



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA RECUPERAÇÃO DO IDOSO
COM FRATURA DO FÉMUR**

REALIZADO POR:

Beatriz Neves



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA RECUPERAÇÃO DO IDOSO COM FRATURA
DO FÉMUR**

Beatriz Dias Rato Neves

Orientação: Professora Mestre Sandy Severino

Barcarena, 2025

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório.”

AGRADECIMENTOS

Termino este percurso com um reconhecimento especial a todos os que me apoiaram, orientaram e compartilharam os seus conhecimentos e experiências. Cada colaboração foi fundamental para que eu alcançasse os objetivos e superasse os desafios que se apresentaram ao longo desta jornada.

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório apresenta os conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante o Estágio Profissionalizante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, assim como uma análise reflexiva dos mesmos. O trabalho incide no papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na recuperação funcional do idoso com fratura do fémur, evidenciando o desenvolvimento e consolidação de competências para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Objetivo: Desenvolver e avaliar os efeitos de um programa de reabilitação que favoreça a independência funcional e a máxima autonomia no idoso na realização das atividades de vida diárias. Com este plano de cuidados procura-se validar a assimilação de competências, comuns de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, como também o grau académico de Mestre.

Metodologia: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura para corroborar a temática da reabilitação no idoso com fratura do fémur, complementada por uma análise crítico-reflexiva para fundamentar o desenvolvimento das competências necessárias.

Resultados: Por intermédio da prática clínica, tornou-se possível aplicar e expandir os conhecimentos teóricos e práticos, desenvolver um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com impacto positivo no processo de recuperação funcional da pessoa idosa com fratura do fémur, com melhorias na mobilidade, autonomia, qualidade de vida e redução de complicações. Infere-se, a partir destes ganhos, a relevância ímpar do Enfermeiro Especialista de Reabilitação e, deste modo, foram adquiridas e consolidadas as competências clínicas e académicas.

Conclusão: Esta prática clínica promoveu uma análise crítica e reflexiva fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de reabilitação e de grau de Mestre, alinhando-se aos objetivos propostos no plano formativo. Destaca-se, ainda, a relevância do Enfermeiro de Reabilitação na reeducação funcional e promoção da autonomia do idoso, sobressaindo o seu contributo para a ciência e prática de enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem de Reabilitação; Fratura do fémur; Idoso; Capacitação

ABSTRACT

Background: This report presents the theoretical and practical knowledge acquired during the Professional Internship within the scope of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing, as well as a reflective analysis of the same. The work focuses on the role of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the functional recovery of elderly individuals with femur fractures, highlighting the development and acquisition of competencies necessary for obtaining the titles of Nurse Specialist, Nurse Specialist in Rehabilitation, and Master.

Objective: To develop and evaluate the effects of a Rehabilitation program that promotes functional independence and maximizing the autonomy of the elderly in performing daily living activities. This care plan aims to validate the assimilation of competencies common to Specialist Nurses, Specialist Nurses in Rehabilitation, as well as the academic degree of Master.

Methodology: A narrative review was conducted to support the topic of rehabilitation in elderly patients with femur fractures. This was complemented by a critical and reflective analysis to justify the development of the necessary competencies.

Results: Through clinical practice, it was possible to apply and develop theoretical and practical knowledge, develop a rehabilitation nursing care plan with a positive impact on the functional recovery process of elderly individuals with femur fractures, with improvements in mobility, autonomy, quality of life, and reduction of complications. From these gains, the unique relevance of the Specialist Nurse in Rehabilitation is inferred, and thus clinical and academic competencies were acquired and consolidated.

Conclusion: This clinical practice promoted a critical and reflective analysis for the development of specialized competencies in Rehabilitation Nursing and for the Master's degree, aligning with the objectives proposed in the training plan. The relevance of the Rehabilitation Nurse in functional reeducation and in promoting the autonomy of the elderly is also highlighted, emphasizing their contribution to the science and practice of Nursing.

KEYWORDS: Rehabilitation Nursing; Femur Fracture; Elderly; Empowerment

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	13
1.1. Contexto Comunitário	13
1.2. Contexto Hospitalar	16
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	20
2.1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem	23
2.2. Teoria das Transições	26
2.3. Clarificação de conceitos	28
2.4. Envelhecimento demográfico	32
2.5. A pessoa idosa com fratura do fémur	33
2.6. Enfermagem de Reabilitação à pessoa idosa submetida a tratamento cirúrgico após fratura do fémur	36
2.7. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a tratamento cirúrgico por fratura do fémur	41
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	44
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	46
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação	52
3.3. Competências de mestre	57
4. ANÁLISE SWOT	59
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
6. APÊNDICES	76
6.1. APÊNDICE I – Plano de Intervenção do EEER no pré e pós-operatório	77
6.2. APÊNDICE II – Plano de Exercícios de RFM no pós-operatório	79
6.3. APÊNDICE III – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a tratamento cirúrgico por fratura do fémur, em contexto hospitalar	82
6.4. APÊNDICE IV- Folheto informativo: Fratura do fémur – Cuidados pós-cirúrgicos	92
6.5. APÊNDICE V - Folheto informativo: Prevenção de quedas no domicílio	96
6.6. APÊNDICE VI - Relato de caso clínico: Reeducação Funcional Motora no idoso com fratura do fémur: Intervenção da Enfermagem de Reabilitação	99
6.7. APÊNDICE VII- Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico	146

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Intervenções do EEER no pré e pós-operatório	78
Tabela 2- Exercícios de RFM no pós-operatório	81
Tabela 3- Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a tratamento cirúrgico por fratura do fémur.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Autocuidado

AIVD – Atividades de Vida Instrumentais Diárias

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AVD – Atividades de Vida Diárias

CF – Cuidador Familiar

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP – Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERC - Estágio de Reabilitação na Comunidade

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVA – Escala Visual Analógica

FEPF - Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MFR – Medicina Física de Reabilitação

MI – Membro Inferior

MIF - Medida de Independência Funcional

MRC - *Medical Research Council scale*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PC – Plano de Cuidados

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

UPP – Úlcera Por Pressão

INTRODUÇÃO

O relatório da vertente clínica dos Ciclos de Estudos dos Mestrados em Enfermagem é determinante para a conquista do Grau de Mestre e do Título Profissional de Enfermeiro Especialista. No Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Saúde Atlântica, este relatório enquadra-se na unidade curricular (UC) denominada 'Estágio Profissionalizante' (EP).

Na elaboração deste relatório pretende-se uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso até aqui desenvolvido nos diversos contextos de estágio, com a finalidade de promover as competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como as competências associadas ao Grau de Mestre.

No âmbito deste relatório são caracterizados os contextos clínicos do EP; é estruturado o conteúdo com base nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista; é apresentado, de forma crítica e reflexiva, e fundamentada em evidências, as práticas implementadas durante o EP, destacando a influência da experiência clínica na evolução pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista, com ênfase nas competências especializadas. Além disso, visa integrar o conhecimento teórico da enfermagem na prática profissional; analisar criticamente as evidências científicas relevantes para a enfermagem especializada; e comprovar a adequação das decisões e ações tomadas através de evidências e da teoria, garantindo, assim, a conformidade das ações com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

Durante o EP, foram vivenciadas diversas realidades, a nível comunitário e hospitalar. A experiência prática servirá de base para contextualizar as aprendizagens e competências que foram desenvolvidas, bem como os modelos conceptuais e conceitos essenciais da Enfermagem de Reabilitação (ER) que norteiam este relatório. Será apresentado também o enquadramento teórico que valida a temática e, na sequência, uma análise crítico-reflexiva tendo em consideração o desenvolvimento e consolidação de competências de EE, EEER e de Mestre.

Neste sentido, este relatório salienta a base do cuidar em enfermagem, desde a comunicação e a relação terapêutica com a pessoa e família até aos ganhos em saúde alcançados pela intervenção do EEER, mediante um plano de cuidados ajustado ao projeto de saúde da pessoa.

Em virtude do percurso académico e das necessidades de cuidados de ER no contexto hospitalar do EP, foi delineado como tema central, o papel do EEER na recuperação do idoso com fratura do fémur. Apresenta-se como uma temática de interesse pessoal e profissional, potenciada pelo novo paradigma na área da saúde dadas as alterações demográficas na sociedade atual.

A fratura do fémur no idoso constitui um importante desafio para a saúde pública, associada a elevados índices de mortalidade, morbilidade e perda de funcionalidade e autonomia (Palma, 2021), justificando-se por isso a escolha da mesma.

Entre os profissionais de saúde, o EEER é um dos mais aptos a interceder na gestão das mudanças intrínsecas à saúde da pessoa idosa, considerando que “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” com o propósito de “maximizar a funcionalidade devolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13566).

Neste contexto, o EEER é fundamental para garantir um plano de cuidados congruente com as necessidades da pessoa, que responda às suas necessidades físicas, emocionais e sociais, suavizando e otimizando a transição da pessoa do hospital para o domicílio.

O relatório foi elaborado segundo as normas da *American Psychological Association* (7ª edição).

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

O plano de estudos do MER integra uma componente prática robusta, composta por 1000 horas, que engloba um Estágio de Reabilitação na Comunidade (ERC), inserido numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e o Estágio Profissionalizante, desenvolvido no Serviço de Internamento de Ortopedia e Traumatologia num hospital da grande área de Lisboa.

Esta formação visa o desenvolvimento progressivo das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, as específicas do EEER e as inerentes ao Grau de Mestre.

A realização das diferentes práticas clínicas nas várias instituições de saúde proporcionou uma maior diversificação de experiências, facilitando o desenvolvimento de competências específicas de cada uma das estruturas, aos seus recursos e necessidades. Além disso, permitiu adquirir maior flexibilidade e capacidade de adaptação a diferentes contextos, bem como de reflexão crítica sobre os cuidados de saúde e práticas profissionais, mas também oportunidades para criar uma nova rede de contactos profissionais.

1.1. Contexto Comunitário

A prática clínica (PC) de estágio em contexto comunitário decorreu entre 20 de maio de 2024 e 26 de julho de 2024 com a duração de 231 horas. Realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada na Unidade Local de Saúde (ULS) de São José. A UCC apresenta um modelo de funcionamento direcionado à melhoria das condições de saúde da população da sua área de abrangência e presta serviços nos dias úteis das 8h às 18h. Aos sábados e feriados, o horário de funcionamento é das 8h às 12h.

A área geográfica abrangida pela UCC é extensa, destacando-se como uma das maiores da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta região integra grupos vulneráveis, com nível socioeconómico mais baixo, com pessoas sem médico de família e comunidades migrantes, incluindo refugiados. A complexidade das necessidades desta população exige uma atuação próxima e personalizada, como descrito no Relatório de Atividades da UCC 2022-2023.

A missão desta UCC é fornecer cuidados de saúde e apoio social e psicológico, em âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas e grupos em situações de vulnerabilidade, promovendo a educação para a saúde e ganhos em saúde sustentáveis (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017a). A UCC centra a sua visão na contínua melhoria da qualidade dos serviços de saúde que presta, com a intenção de se destacar na área dos cuidados de proximidade. Os valores fundamentais da UCC incluem o respeito pela individualidade da pessoa, bem como pelos seus direitos e a promoção da sua autonomia; o trabalho em equipa, a continuidade dos cuidados e a colaboração com unidades funcionais da ULS e outras instituições da comunidade local. Assim, estas práticas visam a satisfação e o bem-estar tanto das pessoas como dos profissionais de saúde (SNS, 2017a).

A equipa da UCC é multiprofissional e inclui enfermeiros generalistas e especialistas em diferentes áreas, como enfermagem comunitária, reabilitação, médico-cirúrgica e pediátrica; médicos de família, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais, refletindo uma abordagem interdisciplinar. Esta constituição de equipa interdisciplinar permite uma resposta abrangente e integrada às necessidades das pessoas.

A UCC desenvolve vários programas e projetos na sociedade, de entre os quais a Saúde Escolar, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco, Equipas para Prevenção da Violência ao Longo do Ciclo da Vida, Intervenção da Saúde em Requerentes de Asilo e Refugiados, Acompanhamento da Pessoa com Doença Respiratória Crónica, Academia Sénior, Capacitar para Cuidar (promove a formação e capacitação de cuidadores) e ECCI (em que o responsável é um EEER e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com uma capacidade disponível para 20 vagas).

A UCC pode receber referências provenientes das unidades funcionais da ULS a que pertence, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de hospitais ou de outras entidades da comunidade. No caso da ECCI, as referências são efetuadas pela RNCCI, sendo avaliadas e encaminhadas para a equipa pela Equipa de Coordenação Local.

Após a referência e a análise da situação e dos dados comunicados, procede-se à marcação da primeira avaliação domiciliária. Durante esta visita, é obtido o Consentimento

Informado à pessoa ou ao cuidador principal e utilizam-se os instrumentos de avaliação necessários.

Em colaboração com a pessoa e o cuidador principal, é elaborado um plano de intervenção personalizado, com a definição de objetivos, calendarização das visitas domiciliárias, recursos e momentos de reavaliação, com base nas necessidades individuais das pessoas. Estas visitas são precedidas de reuniões para a definição das estratégias de intervenção e seguidas de momentos de partilha e discussão em equipa.

As avaliações iniciais incluem um levantamento detalhado das informações clínicas, antecedentes familiares, condições habitacionais e socioeconómicas da pessoa visada. Como instrumentos padronizados, utiliza-se o Índice de Barthel para avaliar o nível de independência da pessoa para realizar as dez atividades básicas de vida: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, mobilidade, transferências da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016); a *Medical Research Council scale* (MRC) para avaliar a força muscular (OE, 2016) e, por entrevista, avalia-se o estado emocional e a adesão ao regime terapêutico.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são individualizados e envolvem a criação de planos de intervenção congruentes com as necessidades específicas da pessoa, a promoção da autonomia e da funcionalidade. Em conjunto com a pessoa e a família, o EEER, após a recolha de dados e identificação dos focos de atenção, elabora um plano com objetivos específicos para as necessidades da pessoa e metas para as semanas seguintes. Após a conclusão do período definido para o cumprimento do plano de cuidados, e tendo em conta os progressos da mesma e o potencial de reabilitação, decide-se sobre a alta da pessoa.

É também realizada uma reunião em equipa multiprofissional, de quinze em quinze dias, para acompanhamento das pessoas da ECCL.

Os registos são documentados no programa informático *SClinic*® e complementados por planos de intervenção em formato de papel, com o propósito de garantir a continuidade e a eficácia dos cuidados fornecidos.

Neste contexto comunitário foi possível integrar projetos bastante enriquecedores, como o “Acompanhamento de Utentes com Doença Respiratória Crónica”, com a intenção de melhorar o bem-estar da pessoa com esta patologia e das suas famílias/cuidadores. Este tem como metas específicas: melhorar a acessibilidade destas pessoas aos cuidados de saúde primários, otimizar a qualidade do acompanhamento e, consequentemente, reduzir o número de internamentos e admissões nos Serviços de Urgência devido a complicações ou sequelas da doença. Deste modo, destaca-se a relevância da intervenção do EEER neste contexto, uma vez que as exacerbações desta patologia aceleram o declínio clínico e funcional, contribuindo para um pior prognóstico e maior mortalidade.

A experiência de estágio nesta UCC permitiu uma compreensão mais aprofundada da importância do trabalho em equipa e da articulação entre as diferentes áreas de intervenção. Destaco, ainda, o papel preponderante da Enfermeira de Reabilitação que orientou este processo, na readaptação e reintegração das pessoas, com claros benefícios na qualidade de vida das mesmas.

1.2. Contexto Hospitalar

O estágio profissionalizante em contexto hospitalar decorreu, integralmente, no Serviço de Internamento de Ortopedia e Traumatologia, num hospital da grande Lisboa. Esta instituição tem o propósito de prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, cerca de 242.000 habitantes, tendo em consideração o respeito absoluto pela individualidade e as necessidades da pessoa, alinhando a sua atuação em princípios como a eficácia, a qualidade e a eficiência. Do mesmo modo, pretende contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade (SNS, 2024).

A população – alvo do Serviço de Internamento de Ortopedia e Traumatologia é a pessoa com condição ortopédica e/ou traumatológica com idade superior a 18 anos. O serviço é constituído por 30 camas, maioritariamente com quartos duplos e casa de banho privativa, e 3 quartos de isolamento, com uma antecâmara para colocação de equipamentos necessários à proteção individual. Todos os quartos do serviço têm casa de banho equipada com duche e barras de apoio sanitária, adaptados à pessoa com mobilidade reduzida.

O internamento de Ortopedia apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por médicos ortopedistas e de medicina interna que garantem a presença de um clínico 24 horas por dia, cerca de 20 enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e uma assistente técnica de limpeza. Além dos enfermeiros generalistas, o enfermeiro gestor do serviço assume funções enquanto EEER. As atividades de enfermagem são organizadas pelo método individual, sendo que cada enfermeiro é responsável por um número específico de pessoas durante o seu turno, dividido em manhã, tarde e noite, registando no processo na aplicação informática *Soarian*® o planeamento dos cuidados de enfermagem.

Existem outros serviços que dão apoio ao funcionamento desta Unidade como a Rouparia, a Copa (distribui e recolhe as refeições à pessoa internada), a Farmácia, o Serviço de Sangue, a Radiologia, a Patologia clínica e o serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR). O serviço de MFR acompanha a pessoa internada após encaminhamento do médico assistente e avaliação pelo Fisiatra, sendo que, o fisioterapeuta aplica o plano de fisioterapia, durante as manhãs nos dias úteis.

Este serviço oferece um ambiente multifuncional e abrangente. As instalações incluem uma sala polivalente de enfermagem, outra de tratamentos e de terapêutica. Ainda, o armazém, o banho assistido e uma zona de sujos. Esta unidade está equipada com materiais de apoio à reabilitação, como um elevador hidráulico, alteadores de sanita, cadeiras de rodas, almofadas de posicionamento, triângulo abdutor, almofadas com rolos de areia, auxiliares de marcha (andarilho, canadianas, canadianas axilares), bastão e tábua de transferência.

De acordo com a casuística do serviço, no ano de 2024, foram internadas 1.366 pessoas, sendo que 645 dessas pessoas eram da especialidade de ortopedia e destas, 225 pessoas (16,5%) apresentaram como diagnóstico de admissão fratura do fémur, sendo que a incidência foi maior acima dos 65 anos, decorrente de quedas. Nestes casos, a média de internamento é de 6 dias. Com maior frequência surgem também as patologias ortopédicas e traumatológicas da anca, joelho e coluna. Nos casos de condições traumáticas, a maioria são sequelas de quedas ou acidentes (viacção ou trabalho); em situação de cirurgia programada, a maioria das patologias são doenças osteoarticulares, como coxartrose e gonartrose.

Para melhor responder às diversas necessidades das muitas pessoas idosas admitidas neste serviço com fratura do fémur decorrentes de uma queda, com patologias complexas e diversas síndromes geriátricas, foi criada a Unidade de Orto geriatria, coordenada por uma especialista em Medicina Interna com competência em Geriatria e um Ortopedista. Esta Unidade reúne profissionais de diversas áreas, envolvendo a Medicina Interna, a Ortopedia, a Anestesiologia, a MFR – incluindo a Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Farmácia Clínica, Enfermagem de Reabilitação, Serviço Social e Gestão. A referida complexidade e diversidade de patologias, conjugada com a suscetibilidade a eventos adversos, justifica a implementação de uma abordagem multidimensional específica. A finalidade desta Unidade é, a partir de um episódio agudo, sinalizar e realizar um acompanhamento pré e pós-operatório diferenciado em pessoas com idade superior a 65 anos, não se restringindo ao Serviço de Urgência ou ao Serviço de Internamento. As reuniões semanais da equipa confirmaram a necessidade de uma abordagem multidisciplinar visto que, um evento agudo como uma queda, pode provocar comorbilidades que exigem a intervenção de diferentes profissionais. Facilita, deste modo, a identificação de problemas reais e/ou potenciais que possam impactar a funcionalidade da pessoa e que podem comprometer a sua participação e reintegração social, revelando uma fragilidade previamente subestimada. A partir da sua sinalização são avaliados os problemas cognitivos, físicos, psicológicos, mas também, as condições sociais e económicas da pessoa. O assistente social responsável intervém com o diagnóstico social, uma vez que é fundamental para o processo de recuperação. A participação ativa dos familiares na reabilitação, sobretudo na transição para o domicílio, é um ponto-chave nas reuniões semanais desta Unidade. A compreensão das causas da queda e das limitações do idoso é essencial; tornam-se fundamentais para promover a sua qualidade de vida e prevenir novas quedas. Deduz-se, com a participação nestas reuniões, que as situações de isolamento e fragilidade social extrema comprometem significativamente a recuperação funcional e estão associadas a um maior risco de internamento prolongado.

O EEER, no serviço de Ortotraumatologia, tem como função avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções de ER à pessoa com patologia orto-traumática, monitorizando posteriormente os resultados obtidos. A atuação do EEER revela-se, fundamental, tanto no

acompanhamento pré-cirúrgico como na implementação de estratégias de reabilitação dirigidas à recuperação física com o objetivo da reintegração social da pessoa no pós-alta.

A privação da mobilidade, ou imobilidade, resultante da restrição do movimento corporal, com possível envolvimento de uma ou mais articulações, limita a capacidade de realizar as atividades de vida diárias (AVD). Neste contexto, a mobilização precoce afigura-se como um processo imperativo para a prevenção de intercorrências e a recuperação da funcionalidade, indispensável à autonomia no autocuidado (Fernandes et al., 2013). Assim, o EEER dedica-se a capacitar a pessoa dependente, visando maximizar o seu bem-estar e facilitar a sua reinserção social. Para este efeito, adota estratégias que incluem o apoio nas AVD, através de soluções adaptativas, ou em situações de dependência total, capacita o cuidador para a prestação de cuidados adequados (OE, 2012).

Em consonância com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros, o desenvolvimento de competências específicas em cuidados de enfermagem, nomeadamente em autocuidado e capacitação do indivíduo, contribui para a otimização da funcionalidade, a independência e a autoestima da pessoa.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A evolução da sociedade, da cultura e da tecnologia influenciou a evolução da Filosofia e da ciência da Enfermagem, culminando numa transformação dos paradigmas em saúde que orientam o raciocínio para a prática clínica (José & Sousa, 2021).

Este processo inicialmente designado como paradigma da categorização, corresponde cronologicamente ao século XVIII/XIX e prioriza exclusivamente a doença, com uma abordagem orientada pela perspetiva médica, definindo a saúde como ausência de doença. Foi sucedido pelo paradigma da integração, com origem em 1950, que proporcionou uma visão holística sobre a pessoa, avaliando-a nas suas diferentes dimensões, mas também a sua interação com o meio, destacando a dimensão de 'estar com' a pessoa. Permite uma maior diferenciação entre a enfermagem e medicina, nomeadamente no estreitamento da relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, pelas especificidades das circunstâncias em que se encontra, mas também pela possibilidade da resolução de problemas. Atualmente, o paradigma da transformação (surge na década de 1970) valoriza a corresponsabilidade ativa entre o enfermeiro e, especialmente da pessoa, no processo de tomada de decisão, planeamento e prestação de cuidados (José & Sousa, 2021; Ribeiro et al., 2018; Silva, 2002).

Os paradigmas previamente descritos foram desenvolvidos para possibilitar e interligar a organização do conhecimento nesta área, estando presentes nas teorias e modelos conceptuais de enfermagem (José & Sousa, 2021; Ribeiro et al., 2018). Estas teorias descrevem, explicam, prescrevem ou prevêm intervenções e cuidados de enfermagem. Testar teorias por meio de investigação científica é fundamental, e quando isso acontece, esta torna-se uma parte da ciência da enfermagem (José & Sousa, 2021). Com base nesta premissa sobre a relação entre a ciência e a teoria, é possível conferir significado e relevância ao enfermeiro (José & Sousa, 2021). Por esta razão, a recolha e avaliação de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem e a definição de intervenções a implementar devem ser baseadas num modelo conceptual que oriente o processo de enfermagem. Além disso, permite a avaliação dos resultados alcançados e dos benefícios obtidos para a pessoa (José & Sousa, 2021).

Os modelos conceptuais e as grandes teorias têm papéis importantes mas distintos na ciência da enfermagem. As grandes teorias visam fenómenos de natureza mais abstrata, por outro lado, as teorias de médio alcance visam a realidade concreta, abordando dilemas e estabelecendo orientações para a prática, contribuindo para reforçar o corpo de saberes da enfermagem (Smith, 2018).

Além de impulsionarem o crescimento profissional, as bases teóricas têm como objetivo maior a capacidade de proporcionar melhores cuidados de saúde. No entanto, é crucial que ocorra uma prática ativa e reflexiva, uma vez que é a prestação de cuidados que proporciona a evolução das teorias e, quando associada à investigação, permite consolidar uma prática de excelência (Alligood & Tomey, 2004a).

É importante destacar que uma única perspetiva teórica não consegue abranger completamente os cuidados de enfermagem, nem é suficiente para enquadrar toda a complexidade da situação vivida pela pessoa que necessita da atenção do enfermeiro ou de uma investigação específica (José & Sousa, 2021).

Em todas as teorias de enfermagem, o conceito de cuidados ou de cuidar assume um papel central, sendo amplamente consensual que engloba os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, os quais variam de acordo com o paradigma em que estão inseridos (José & Sousa, 2021).

A prática de enfermagem, conforme delineado por Hickman (2000), reconhece a pessoa, nas suas diversas formas de apresentação - indivíduo, família, grupo ou comunidade - como o foco primordial do cuidado.

A pessoa é um ser social que expressa a sua individualidade, valores e vontades através de acções intencionais, sendo influenciada pelo ambiente que a rodeia e onde procura o equilíbrio (OE, 2012).

A enfermagem, como ciência e disciplina humana, dedica-se ao cuidado da pessoa, estabelecendo uma relação de ajuda que visa a conquista ou manutenção do seu bem-estar (Hickman, 2000).

O desenvolvimento da Enfermagem em Portugal foi substancialmente moldado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) em 1996 (Decreto-Lei nº 161/96, 1996), que instituiu a salvaguarda dos direitos, preceitos deontológicos e a excelência dos cuidados. A instituição da Ordem dos Enfermeiros robusteceu a normatização da prática profissional, assegurando a prestação de cuidados à pessoa e à sua rede de apoio (Silva, 2002).

De acordo com o REPE (Decreto-Lei nº 161/96, 1996), o objetivo da enfermagem, enquanto profissão de saúde, é prestar cuidados à pessoa, ao longo do ciclo da vida, em situação de saúde ou doença. Visa manter, melhorar ou recuperar a saúde da pessoa, bem como promover a sua máxima capacidade funcional. Com competências científicas, técnicas e humanas, o enfermeiro é o profissional habilitado para prestar cuidados de enfermagem à pessoa, família, grupos ou comunidade, atuando tanto na prevenção primária, como na secundária ou terciária (Decreto-Lei nº 161/96, 1996; Regulamento nº 613/2022, 2022).

O enfermeiro em conformidade com as suas competências, providencia cuidados e intervenções que podem ser autónomas ou interdependentes (Decreto-Lei nº 161/96, 1996), promovendo uma interação interpessoal entre este e a pessoa, influenciada pelos valores pessoais, e resultantes das vivências e experiências de vida de cada um. Para exercer a profissão, o profissional decide com base numa visão sistémica da pessoa, cuidando, gerindo, ensinando, formando e investigando (OE, 2012). Impera o respeito e compreensão pela dignidade da pessoa, estabelecendo uma relação terapêutica de parceria, considerando-a como um participante ativo no seu plano de saúde (OE, 2012). Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação permitem o ganho de independência funcional, pela manutenção, promoção ou recuperação da capacidade de autocuidado, com vista à reintegração social, melhoria do bem-estar e qualidade de vida (OE, 2018).

A saúde é entendida como o bem-estar físico, mental, emocional, espiritual e cultural da pessoa, numa perspectiva individual, complexa e subjetiva. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo, no qual cada pessoa procura o equilíbrio pessoal (OE, 2012).

Paralelamente, o ambiente é o meio onde a pessoa vive e se desenvolve, exercendo uma influência mútua e dinâmica com a mesma, e incluindo fatores humanos, físicos, socioeconómicos, culturais e organizacionais (OE, 2012).

A natureza humana da Enfermagem manifesta-se na relação interpessoal estabelecida com a pessoa cuidada, numa perspetiva holística, que influencia significativamente os resultados do processo de Enfermagem.

Por fim, no âmbito das necessidades de cuidados em Enfermagem de Reabilitação, é essencial considerar a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, pilares de excelência nesta área de cuidados que permitem justificar e entender a realidade em causa (OE, 2018).

2.1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, desenvolvida na década de 50, engloba três teorias: a Teoria do Autocuidado, que explica de que forma e por que razão as pessoas cuidam de si mesmas; a Teoria do Défice de Autocuidado, que justifica a razão pela qual podem beneficiar do apoio proporcionado pelos cuidados de enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que expõe e esclarece as relações que devem ser mantidas para a prática da Enfermagem (Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP], 2021; Petronilho & Machado, 2023; Taylor, 2004).

Autocuidado (AC) é definido por Dorothea Orem, como o conhecimento e as ações intencionais realizadas pela pessoa, para colmatar as suas necessidades e manter a saúde e bem-estar, sendo um componente essencial para a recuperação de doenças ou lesões (Alligood & Tomey, 2004b; Petronilho & Machado, 2023; Taylor, 2004). É descrito como um fenómeno complexo, associado à autonomia e responsabilização da pessoa, e abrange desde a capacidade cognitiva até a motivação emocional para realizar as ações que promovem a saúde. Em 2009, AC foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a capacidade da pessoa, família e comunidade de manter e promover saúde, prevenindo doenças e gerindo incapacidades/limitações, independentemente do apoio dos serviços de saúde (OMS, 2009).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o AC é a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida” (International Council of Nurses [ICN], 2016, p.42).

A teoria de Orem postula que cada pessoa adquire competências ao longo da vida para ter capacidade de realizar as suas atividades de autocuidado (Petronilho & Machado, 2023), podendo este variar com a idade, fases de desenvolvimento, necessidades de saúde, acesso a recursos de saúde e experiências de vida, e que condicionam o autocuidado (ESEP, 2021).

Orem (1991) propõe a Teoria do Autocuidado alicerçada em cinco conceitos fundamentais: ação, capacidade, necessidade e déficit de autocuidado, e intervenção de enfermagem. Os quatro primeiros conceitos centram-se na pessoa que requer cuidados de Enfermagem, enquanto o último, orienta a atuação do enfermeiro (ESEP, 2021).

Como previamente descrito, e segundo Orem (1991), o AC representa um processo dinâmico, deliberado e intencional, que exige a tomada de decisões e é moldado por crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo social da pessoa.

A capacidade de autocuidado traduz a aptidão individual para a execução de todas as atividades exigidas, no momento ou ao longo de um período, para cumprir as necessidades identificadas (ESEP, 2021; Orem, 1991). A incapacidade da pessoa para responder às suas necessidades pode ser total (incapacidade de atender a todas as necessidades) ou parcial (incapacidade para cumprir parte das necessidades) (ESEP, 2021; Orem, 1991). A intervenção de enfermagem, conceito central na teoria de Orem, refere-se ao cuidado prestado por um enfermeiro para auxiliar essas necessidades (ESEP, 2021; Orem, 1991) e pode ser, de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem categorizada em três tipos: totalmente compensatório, quando o enfermeiro assume todas as responsabilidades do autocuidado; parcialmente compensatório, quando apoia parcialmente; ou o sistema de apoio-educação, se ensinar a pessoa a realizá-lo de forma independente (Alligood & Tomey, 2004b; Petronilho & Machado, 2023; Ribeiro et al., 2021a).

Orem introduz também o conceito de requisito de autocuidado, que se refere às condições necessárias para alcançar os objetivos do autocuidado, e pode ser dividido em três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvios da saúde (ESEP, 2021). Os requisitos universais envolvem as ações humanas que mantêm a estrutura e funcionamento do corpo, sendo comuns a todos, independentemente da fase do ciclo da vida. Os de desenvolvimento estão ligados aos processos que ocorrem durante as diferentes etapas da vida, como a infância, adolescência, envelhecimento, gravidez e outras mudanças; e os requisitos de desvio de saúde referem-se a alterações no corpo, genética, desvios estruturais e funcionais, e as suas implicações com o diagnóstico e tratamento médico (ESEP, 2021).

Utilizamos a Teoria do AC de Orem, na prática clínica, quando avaliamos e identificamos as necessidades ou défices de AC da pessoa e posteriormente desenvolvemos um plano de cuidados de enfermagem para a capacitação da pessoa para essas tarefas. Quando uma pessoa não consegue responder às suas próprias necessidades de autocuidado por doença ou lesão, o défice de autocuidado requer o apoio de profissionais de enfermagem, através da sua avaliação da situação. A intervenção de enfermagem, segundo Orem, envolve o conhecimento e a capacidade do enfermeiro para ajudar a pessoa - agente terapêutico - a satisfazer as suas necessidades de autocuidado, estabelecendo uma relação terapêutica baseada na comunicação, empatia e participação ativa da pessoa (Ribeiro et al., 2021a). O objetivo é promover a autonomia e a independência da pessoa ao longo de seu processo de recuperação, ajustando o processo sempre que necessário (Petronilho & Machado, 2023; Taylor, 2004), tendo por base uma relação interpessoal - relação terapêutica (Taylor, 2004). O empenho e a motivação da própria pessoa é crucial para permitir a responsabilidade conjunta no seu plano de cuidados (Ribeiro et al., 2021a). Utilizamos a Teoria dos Sistemas de Enfermagem na prática de cuidados, quando se pretende destacar a importância do ensino e do conhecimento da pessoa e da sua família – literacia em saúde - para se conseguir adaptar e assegurar, por exemplo, uma transição suave para o domicílio.

Estas teorias enfatizam a importância da capacitação da pessoa, com foco no ensino, empoderamento e promoção da autonomia, potenciando o AC ao enfrentar os desafios da doença (Petronilho et al., 2021). Segundo o parecer nº12/2011 da mesa do colégio da

especialidade de ER sobre atividades de vida diária, este é um dos principais objetivos do plano de reabilitação (OE, 2011).

Este modelo insere-se no paradigma da integração e não se pode questionar a sua utilidade na prática da ER. Quando a pessoa enfrenta mudanças no seu estado de saúde (neste caso, traumática), o EEER deve, com ela, desenvolver um programa de reabilitação que a capacite para o AC. Quando isso já não for possível, o EEER deve capacitar os cuidadores informais para garantir os cuidados necessários. Este modelo também é aplicado na prática clínica quando o EEER motiva o indivíduo para o AC e a adquirir estilos de vida mais saudáveis, visto ser fundamental em qualquer pós-operatório, para garantir uma recuperação eficaz e a prevenção complicações. Através deste fator e da definição de objetivos realistas, o EEER pode utilizar este modelo para incentivar à participação nos programas de exercícios e a aceitar as recomendações pós-operatórias (Anacleto, 2024).

2.2. Teoria das Transições

Segundo Chick e Meleis (1986), o conceito de transição define-se como a “passagem ou movimento de um estado, condição ou sítio para outro” (p. 239), sendo entendido como um processo psicológico em que há adaptação e incorporação da mudança pela pessoa (Silva *et al.*, 2019).

As teorias de médio alcance em enfermagem, como já descritas anteriormente, são mais restritas que as grandes teorias. São ferramentas úteis para a prática e o avanço da disciplina, com destaque para a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Smith, 2018).

A Teoria das Transições, elaborada por Afaf Meleis, estuda os fenómenos de enfermagem que estão associados às mudanças que ocorrem na vida das pessoas, tendo como objetivo garantir uma transição estável, tranquila e bem-sucedida, evitando desequilíbrios ou desafios inesperados.

A teoria contempla fatores como o tipo ou padrões de transição, as propriedades da experiência de transição (inter-relaciona conceitos como conhecimento, compromisso, mudança, diferença, intervalo de tempo ou pontos críticos), fatores facilitadores/inibidores (ex: cultura, crenças, nível de conhecimento) e padrões de resposta. Destes são

caracterizados os indicadores de processo (a sensação de conexão, a interação, a confiança, a capacidade de *coping* e o percurso vivenciado no processo de saúde) e os indicadores de resultado (transição saudável ou não).

As transições, como processos complexos e multidimensionais que são, podem envolver mudanças na identidade, papéis sociais, relações, padrões ou comportamentos, podendo ocorrer de forma simultânea ou contínua, influenciadas pelo ambiente e pelas interações da pessoa. O nível de conhecimento é determinante para a gestão do processo, potenciando a aptidão para gerir a situação de transição, mas também a eficácia da relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa que promove uma comunicação eficiente e a promoção da literacia em saúde (Im, 2018; Ribeiro et al., 2021a). Uma transição diz-se saudável quando existem mudanças de comportamentos e aquisição de competências necessárias para lidar com a nova situação.

Neste contexto, a Enfermagem tem um papel essencial por facilitar o acesso à informação, suporte e cuidados diretos. Visa, igualmente, prevenir complicações, minimizar os riscos, melhorar a saúde e, deste modo, promover a reabilitação (Im, 2018).

Acompanhar a pessoa no seu processo de transição, aliado ao desenvolvimento de um plano de cuidados e intervenções terapêuticas indicadas para a sua recuperação, que integre a sua nova identidade ou adquirindo competências de mestria, constitui um dos grandes desafios para os enfermeiros (Ribeiro et al., 2021a).

O presente modelo teórico demonstra a atuação do enfermeiro no acompanhamento das pessoas em processos de transição, mediante a implementação de intervenções terapêuticas que visam a obtenção de um novo equilíbrio e bem-estar, como consequência de uma transição saudável (Ribeiro et al., 2018; Ribeiro et al., 2021a).

As intervenções terapêuticas de enfermagem contemplam 3 vertentes principais: avaliar a transição, educar para a transição e disponibilizar suporte adicional quando necessário (Im, 2018). A incapacidade de compreender ou desempenhar adequadamente o novo papel pode resultar em desajustes em relação aos objetivos e emoções, comprometendo o processo de transição (Silva et al., 2019).

O EEER, ao intervir nesse processo, baseia a sua prática no paradigma da Transformação: identifica os fatores que facilitam ou dificultam a realização das AVD de forma independente e avalia os aspetos psicossociais que influenciam os processos de adaptação e transição relacionados com a saúde, doença e ou incapacidade (Regulamento nº 392/2019, 2019). Além disso, o enfermeiro auxilia na compreensão dos fenómenos de transição, colabora na definição de metas alcançáveis, orienta a clarificação dos papéis e no ajuste de comportamentos, a re-significação de experiências e a integração de novos papéis / funções pretendidas (Meleis, 2015).

2.3. Clarificação de conceitos

No âmbito da ER, a compreensão e aplicação correta de conceitos como capacitação, empoderamento, educação para a saúde, literacia em saúde, autonomia e independência, são fundamentais para garantir uma abordagem centrada na pessoa. Estes conceitos, embora frequentemente utilizados de forma interligada, possuem significados distintos que impactam diretamente as estratégias de intervenção do EEER.

Capacitação engloba o conhecimento, a tomada de decisão e a ação, permitindo o desenvolvimento de capacidades cognitivas, físicas e materiais. Este processo permite à pessoa estar capacitada para gerir as atividades diárias e adaptar-se à nova realidade (Sousa et al., 2020), pelo ensino, orientação e treino das suas AVD e AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diárias) pelo EEER, potencializando a funcionalidade e qualidade de vida (Vigia et al., 2023; Reis & Bule, 2023). O processo de capacitação é desenvolvido tendo em conta as expectativas e motivações da pessoa.

O treino em reabilitação para a realização de atividades é crucial para adquirir aptidões físicas e cognitivas, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa. O incentivo à independência funcional e às AVD contribui igualmente para aumentar a confiança, participação e reintegração social (Vigia et al., 2023).

Paralelamente, a capacitação de um familiar é realizada tendo em conta o conjunto de tarefas que este assume no dia-a-dia, que exigem conhecimento e prática, mas também competências de monitorização, organização e comunicação (Sousa et al., 2020).

O empoderamento em saúde emancipa a pessoa, permitindo-lhe o ganho de autonomia e o alcance dos objetivos terapêuticos, através do conhecimento e da tomada de decisão informada (Sousa et al., 2020), recorrendo a mudanças de comportamentos incentivadas pelo EEER. Desta forma, as pessoas assumem o protagonismo da sua saúde, tomam decisões mais conscientes, adotando atitudes mais proativas e gerindo os recursos de saúde de forma mais adequada (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023).

Apesar de distintos, os dois conceitos são complementares: a capacitação fornece as ferramentas e o conhecimento necessário, enquanto o empoderamento promove a autonomia e a confiança para usá-los (Sousa et al., 2020).

A educação para a Saúde é a construção continua de conhecimento e aperfeiçoamento de capacidades pessoais e sociais, oferecendo oportunidade de tomar decisões bem informadas e de existir um envolvimento ativo na adoção de estratégias que promovam a sua saúde (Sousa et al., 2020). Por exemplo, ensinar a importância da atividade física na recuperação pós - fratura é uma forma de educação para a saúde.

De acordo com a OMS (DGS, 2023), literacia em Saúde é a habilidade da pessoa para obter, reter e processar informações básicas de saúde, essencial para gerir o seu AC. O enfermeiro atua como facilitador da literacia em saúde, oferecendo informações relevantes e validando a sua compreensão (Sousa et al., 2020). Enquanto altos níveis de literacia em saúde estão associados a melhores resultados, maior autonomia e um uso mais eficaz dos serviços, a baixa literacia pode resultar em consequências negativas, mais internamentos e maior procura pelos serviços de urgência (DGS, 2023). Reconhecendo o papel fundamental destes profissionais junto da população, a DGS elaborou o "Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde", como ferramenta que contribui para um maior conhecimento da população portuguesa (DGS, 2023). Segundo este documento (DGS, 2023), pessoas com mais de 65 anos, com doenças crónicas, com perceção reduzida da sua saúde e/ ou com carências económicas, são considerados grupos vulneráveis que necessitam de maior atenção. Além disso, direciona os esforços para a promoção de uma abordagem mais preventiva e proativa (DGS, 2023). O manual tem como objetivo apoiar os profissionais de saúde na reflexão e na implementação de estratégias para promover o saber em saúde, através de uma comunicação eficaz que fortaleça as pessoas. Nele são apresentadas

estratégias que os profissionais podem aplicar no seu dia-a-dia: comunicação eficaz (que visa melhorar a comunicação com as pessoas e adaptar as informações às necessidades e níveis de compreensão); competências de saúde (ensinar habilidades práticas como interpretar rótulos de medicamentos ou agendar consultas, capacitar a pessoa para monitorizar a sua saúde, reconhecer sinais de alerta e agir preventivamente); estratégias para criar um ambiente favorável, opções para realizar sessões educativas (promover campanhas e programas comunitários que aumentem o conhecimento sobre saúde, parcerias com a comunidade como escolas ou associações) e a capacitação contínua dos profissionais (formação para melhorar as competências comunicativas e pedagógicas) (DGS, 2023).

Assim, a educação para a saúde é o meio pelo qual a literacia em saúde pode ser desenvolvida, estando ambas interligadas (Sousa et al., 2020).

Ainda no contexto dos cuidados de saúde, especialmente na ER, os conceitos de autonomia e independência são utilizados frequentemente como sinónimos. No entanto, possuem significados distintos e implicações importantes na prática clínica. Compreender esta diferença é fundamental para a definição das intervenções mais adequadas e que priorizem a pessoa.

Autonomia é definida como a “capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações” por Sequeira (2010, p. 4, citado por Couto, 2012). No que diz respeito à autonomia no AC, esta refere-se à capacidade de tomar decisões sobre uma determinada atividade de vida (Couto, 2012), respeitando os valores e as preferências individuais, mesmo com a dependência de terceiros. Está intimamente ligada ao empoderamento, uma vez que promove a gestão livre e consciente da vida (Sousa et al., 2020).

Independência surge como uma forma de avaliar o grau de dificuldade que a pessoa apresenta ao realizar as tarefas do quotidiano, sem ajuda de terceiros (Couto, 2012). Está relacionada com “a capacidade de desempenho de atividades de vida diárias e de autocuidado” segundo Sequeira (2010, p. 5, citado por Couto, 2012). Este é um objetivo frequentemente trabalhado na capacitação em ER (Sousa et al., 2020). Por exemplo, ajudar a pessoa a conseguir tomar banho ou vestir-se sem necessitar de ajuda.

A mudança de comportamento é uma das principais barreiras para a realização de um plano de cuidados eficaz e fundamentado na relação terapêutica enfermeiro - pessoa. Conhecimento, autonomia, treino e capacitação são essenciais para uma transição eficiente e saudável neste processo (Reis & Bule, 2023), através de intervenções do EEER como “Ensinar sobre (...)”, “Orientar para o uso de (...)” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 13567).

No âmbito das competências específicas do EEER, destaca-se a importância de preparar a pessoa com limitações funcionais ou restrições na participação social, para a sua reintegração e exercício da cidadania, através da conceção e implementação de programas de treino, com técnicas e tecnologias específicas para o AC, que otimizem a autonomia e qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019, 2019). Além disso, engloba a realização de treinos focados nas AVD, com recurso a ajudas técnicas e dispositivos de compensação. O enfermeiro também tem a responsabilidade de supervisionar e orientar o uso adequado destes produtos, garantindo que sejam utilizados de forma a potenciar a funcionalidade da pessoa (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Deste modo, a enfermagem, enquanto disciplina, reconhece a importância das experiências de transição na vida das pessoas e direciona as suas intervenções para a promoção da saúde e do bem-estar (Sousa et al., 2020). O objetivo é promover uma alteração na resposta humana, seja nas AVD ou na transição para uma saúde mais equilibrada. A mudança de comportamento na pessoa manifesta-se nos indicadores de processo e de resultado, demonstrando o seu empoderamento e autonomia nas decisões, que em associação com o ensino e o treino, conduzem à sua capacitação e mestria.

Pelo que atrás foi descrito conclui-se que, no processo de enfermagem realizado em parceria com a pessoa, existe uma intencionalidade terapêutica nas estratégias utilizadas (Raposo, 2024).

2.4. Envelhecimento demográfico

De acordo com os Censos de 2021, desde 2011 que todos os grupos etários registaram uma diminuição da população, com exceção dos idosos. Em 2024, Portugal apresentou uma das percentagens mais baixas de crianças no total da população (12,8%), um valor semelhante ao de Itália (12,2%) e Malta (12,3%) e significativamente inferior à média europeia (*Eurostat*, 2025). Relativamente à população idosa, Portugal destacou-se com 24,1%, sendo o segundo país da União Europeia com a maior proporção de idosos, apenas atrás de Itália (24,3%).

O duplo envelhecimento da população portuguesa intensificou-se, caracterizando-se pelo crescimento da população idosa e pela redução da população jovem (DGS, 2022) - segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2024), o índice de envelhecimento continua a aumentar, atingindo o valor de 188,1 idosos por cada 100 jovens em 2023 (184,4 em 2022). Portugal deverá assistir a um acentuado envelhecimento da sua população nos próximos 50 anos, com o número de idosos a aumentar de 2,2 para 3 milhões, enquanto a população jovem diminuirá de 1,4 para cerca de 1 milhão. Em paralelo, a população total deverá decrescer de 10,3 para 8,2 milhões (INE, 2021).

O aumento da longevidade expõe a pessoa por mais tempo a fatores de risco biológicos, psicossociais e ambientais (Araújo et al., 2022). Apesar de maior longevidade, há um crescimento da dependência funcional da pessoa de 48,5% em 2001 para 58,1% em 2022 (PORDATA, 2024).

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento está relacionado com danos moleculares e celulares que, com o tempo, podem reduzir as reservas fisiológicas, aumentar o risco de doenças e o declínio nas capacidades físicas e mentais da pessoa. O envelhecimento envolve mudanças sociais e emocionais, como a perda de relações próximas e alterações nos papéis familiares, que se refletem tanto como desafios como possibilidades de desenvolvimento contínuo (Rasteiro, 2022).

O aumento da esperança média de vida, potenciado pelo progresso socioeconómico e tecnológico, e pelas melhores condições de vida, criou um desafio social na capacidade de

resposta das sociedades na manutenção e promoção da qualidade de vida da população idosa (Araújo e tal., 2022; Rasteiro, 2022).

A fragilidade é uma condição comum entre os idosos. Está associada à redução da força muscular, fragilidade óssea, maior vulnerabilidade a traumas, limitação da capacidade física e maior propensão a infeções, delírio e instabilidade (Palma, 2021). Assim, a presença de fragilidade é reconhecida como uma síndrome que compromete a funcionalidade e a participação nas atividades diárias, exigindo a atuação precoce dos profissionais (Faria et al., 2021). Paralelamente, a dimensão de capacidade funcional tem atraído uma crescente atenção dos profissionais de saúde, particularmente dos EEER, que procuram continuamente estratégias para otimizar ou preservar as capacidades funcionais da pessoa idosa (Pires et al., 2019).

A monitorização das condições e cuidados de saúde da pessoa, dos cuidados que recebe, do ambiente em que vive e a adoção de hábitos de vida saudáveis, podem ser estratégias úteis para melhorar a qualidade de vida nesta faixa etária e a capacidade de manter/melhorar a autonomia e independência (Pires et al., 2019). O envelhecimento, sendo uma etapa natural do ciclo de vida dinâmico e progressivo, é importante ser valorizado como uma oportunidade para o fortalecimento e enriquecimento da sociedade (Pires et al., 2019).

2.5. A pessoa idosa com fratura do fémur

As alterações músculo-esqueléticas relacionadas com o envelhecimento, redução da densidade óssea, enfraquecimento muscular e perda de funcionalidade, limitam a mobilidade, aumentam a fragilidade e, com isso, o risco de fraturas ósseas sobretudo dos membros inferiores (Antunes et al., 2023).

Considerando que o risco de quedas aumenta com a idade, é previsível que o número de internamentos hospitalares decorrentes de traumas de baixa energia aumente de forma consecutiva (Fialho, 2024). Estima-se que 30% da população idosa sofra uma queda anualmente, sendo estas responsáveis por 5% das admissões hospitalares (Rasteiro, 2022).

Para Nascimento & Tavares (2016):

uma queda é caracterizada como o contacto não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido um fator intrínseco determinante ou um acidente inevitável (p.2).

Segundo o ICN (2019), a queda está descrita como “*Evento ou episódio*” e é um foco de enfermagem. As quedas afetam gravemente a qualidade de vida dos idosos, podendo comprometer a autonomia, causar internamentos e, em situações extremas, conduzir à institucionalização.

A interrupção da continuidade e integridade anatómica de um osso ou cartilagem, total ou parcial, decorrente de uma força externa ou doença, é caracterizado como uma fratura (Soares, 2019).

As fraturas são classificadas de acordo com sua localização (proximal, medial e distal), a causa (stress, patológicas ou traumáticas), lesão das partes moles (simples, exposta ou complicada) e características da fratura (completas, incompletas, cominutivas ou por compressão/esmagamento) (Soares, 2019). As fraturas são predominantemente causadas por traumatismos, que podem variar de baixa a alta intensidade, decorrentes de impactos diretos ou indiretos no membro fraturado ou por tração do músculo que se insere no osso afetado (Soares, 2019).

O fémur destaca-se como o osso mais extenso, resistente e denso do corpo humano, sendo constituído por três segmentos principais: a extremidade proximal, a diáfise e a extremidade distal. A primeira é formada pela cabeça femoral, o colo do fémur, bem como as proeminências ósseas conhecidas como trocânter maior e trocânter menor (Soares, 2019). A fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF) é frequente em idosos e tem registado um aumento da sua ocorrência (Antunes et al., 2023). Incapacidade para a marcha, presença de dor intensa, encurtamento e um padrão de rotação interna ou externa do membro afetado são os sinais e sintomas mais comuns de uma fratura do fémur (Sousa & Carvalho, 2023). As FEPF agrupam-se em três tipos: trocantéricas/transtrocantéricas localizadas entre a linha

intertrocantérica e o limite distal do pequeno trocanter; do colo, entre a cabeça femoral e a região trocantérica e subdividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais e, por último, as subtrocantéricas, entre o limite inferior do pequeno trocanter e até 5 cm abaixo dele (Oliveira, 2019). As cirurgias preferenciais para as FEPF são a osteossíntese e a artroplastia (parcial ou total) e são consideradas maioritariamente urgentes (Sousa & Carvalho, 2023). A escolha da abordagem cirúrgica depende da localização e do tipo da fratura, bem como da idade, fragilidade óssea e condição geral de saúde da pessoa (Antunes et al., 2023). É recomendado que as cirurgias se realizem nas primeiras 24 a 48 horas de internamento, salvo necessidade de estabilização de condições clínicas associadas (Sousa & Carvalho, 2003), com o objetivo de promover a função do membro inferior e diminuir o impacto do declínio funcional (Antunes et al., 2023).

Embora a fratura afete principalmente o osso, pode causar lesões nos músculos, articulações, vasos sanguíneos e nervos mais próximos, resultando em alterações na mobilidade (Sousa & Carvalho, 2023).

O tratamento de fraturas, frequentemente acompanhado por longos períodos de imobilidade, acresce o risco de infeções, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, úlceras de pressão, enfraquecimento muscular, agravamento da osteoporose e alterações cognitivas. Estas condições contribuem para limitações físicas, dificuldade na realização de atividades diárias, redução da mobilidade e piora a qualidade de vida (Palma, 2021).

Nestes casos, “o tempo de consolidação óssea é de 12 a 16 semanas, mas o processo de reabilitação ronda as 16 a 20 semanas.” (Oliveira, 2019, p. 30)

Desta forma, é de fácil perceção que a pessoa com FEPF passa por uma fase de readaptação a uma nova realidade, em que a capacidade de autocuidado se encontra comprometida.

Um estudo de 2023 reporta uma taxa de mortalidade de 26,8% após um ano pós-fratura do colo do fémur, 28,2% para fraturas intertrocantéricas e 24,2% para fraturas subtrocantéricas (Walter et al., 2023). Outro estudo indica que, após um ano da fratura, 50% das pessoas podem ficar restritas ao leito ou à cadeira de rodas (Michelon et al., 2024). Além disso, entre os que regressam ao domicílio, 25 a 35% passam a necessitar de cuidadores ou de auxiliares

de marcha (Michelon et al., 2024). Estes dados enfatizam a importância de medidas preventivas e de uma reabilitação eficaz para mitigar as consequências funcionais e reduzir a mortalidade associada.

2.6. Enfermagem de Reabilitação à pessoa idosa submetida a tratamento cirúrgico após fratura do fémur

Tendo em consideração as diversas alterações que afetam a pessoa idosa com fratura do fémur, é essencial identificar as melhores práticas de cuidados de ER na sequência da cirurgia corretiva da fratura, tanto no período pré como pós-operatório, em ambiente hospitalar. Neste sentido, foi realizada uma revisão narrativa sobre o tema, de forma a reunir os recursos mais atualizados para sustentar a intervenção da ER nesta condição de saúde.

A ER tem como objetivo a recuperação da funcionalidade no menor tempo possível (Soares, 2019). Os principais focos da intervenção do EEER na pessoa idosa com limitação da mobilidade resultantes de uma fratura do fémur e/ou de intervenção cirúrgica, são a promoção da mobilidade e a valorização do AC. O EEER elabora, aplica e acompanha planos de cuidados adaptados aos objetivos da pessoa, com o propósito de estimular a recuperação, evitar complicações, intervir terapêuticamente e potenciar a reabilitação, garantindo a maximização das suas capacidades funcionais (Regulamento nº 392/2019, 2019).

O EEER intervém no período pré-operatório, pós-operatório e na continuidade do processo de reabilitação no regresso ao domicílio.

Previamente à cirurgia, é fundamental realizar uma avaliação holística da pessoa e da família para identificar os fatores que possam impactar negativamente o resultado funcional. Compreender as crenças da pessoa é crucial para proporcionar um cuidado personalizado e direcionar as intervenções específicas aos fatores que possam influenciar a reabilitação, tais como o medo de cair, as expectativas ou falta de motivação, mas também as perceções sobre os benefícios dos exercícios, a dor ou a fadiga (Antunes et al., 2023).

A utilização de instrumentos de avaliação objetiva e funcional à pessoa, permite identificar o seu potencial de reabilitação e monitorizar os resultados obtidos, conforme o plano de reabilitação instituído. Existem vários instrumentos de avaliação que podem ser aplicados à pessoa com FEFP: para a dor (Escala Visual Analógica de Dor (EVA) ou a Escala Numérica de Avaliação da Dor), força muscular (*Medical Council Research (MRC)*), equilíbrio (*Berg Balance Scale; Functional Reach; Distance test; Falls Efficacy Scale, de Tinetti; Global balance measure for older patients*), desempenho físico (*Six minute walking test; Timed up and go*), amplitudes articulares (Goniómetro) e funcionalidade (Medida de Independência Funcional (MIF) e Índice de Barthel). Esta estratégia permite elaborar cuidados personalizados, centrados nos problemas identificados e nos potenciais, assegurando a consolidação dos resultados alcançados (Antunes et al., 2023).

Antes da cirurgia é fundamental iniciar a reeducação funcional, com exercícios de mobilização ativa e ativa-resistida dos membros não afetados, com o objetivo de fortalecer a musculatura, assim como contrações isométricas no membro comprometido e reeducação funcional respiratória (RFR) (Sousa & Carvalho, 2023).

A RFR visa prevenir complicações respiratórias e posturais, enquanto a motora se concentra na execução de exercícios terapêuticos para melhorar a amplitude de movimento, força e equilíbrio.

Foi realizada uma descrição sumária dos exercícios de reabilitação funcional que deverão ser realizados no período pré-operatório e no período pós-operatório da pessoa com fratura do fémur (Apêndice I).

Após a cirurgia, o programa de reabilitação deve iniciar-se o mais célere possível, no leito se a pessoa não tolerar o levantar, pois o EEER deve evitar complicações como úlceras por pressão, problemas respiratórios e/ou circulatórios. Posteriormente, potenciar a transferência para a cadeira de rodas e, evoluindo, para a marcha com carga sobre o membro inferior afetado. Nesta fase, o fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores e em mobilizações passivas, ativas-assistidas ou resistidas no membro operado, respeitando a capacidade da pessoa, são prioritários. Os exercícios recomendados incluem: flexão e extensão da articulação coxofemoral com movimento do joelho, abdução e adução da

articulação coxofemoral, dorsiflexão e flexão plantar da articulação túbio társica, além do treino de marcha (Sousa & Carvalho, 2023).

A recuperação da mobilidade favorece o retorno à independência nas atividades de autocuidado, sendo por isso padronizado que o levante e deambulação ocorra nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia, bem como o ensino e treino de equilíbrio, transferências e marcha, dependendo das características da pessoa, do tipo de cirurgia realizada e a estabilidade clínica (Sousa & Carvalho, 2023).

Para realizar o levante e o treino de marcha, a pessoa precisa de ser capaz de se manter na posição ortostática, requerendo postura corporal e equilíbrio. O levante ajuda a prevenir complicações associadas à imobilidade, a treinar o equilíbrio e a marcha, e incentiva a pessoa a praticar o AC. Além da postura, a força muscular e a amplitude de movimento influenciam o equilíbrio (Soares, 2019).

A capacidade do tecido contráctil gerar tensão, está relacionada com a idade, género, constituição física e nível de atividade, sendo esse, o conceito de força muscular. A perda ou redução da mesma compromete a capacidade de realizar o movimento (Soares, 2019).

O equilíbrio é segundo a CIPE® a “segurança do corpo e coordenação dos músculos, osso e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (ICN, 2016, p.56). O equilíbrio ou estabilidade postural é o processo que permite à posição do corpo manter-se estável (Soares, 2019). A capacidade de manter o equilíbrio é essencial para a realização das atividades físicas, incluindo as AVD's, pois implica manter posturas, reagir a mudanças do corpo e a estímulos externos de forma eficiente (Soares, 2019). A capacidade da pessoa em manter a posição define-se por equilíbrio estático, enquanto no dinâmico, a pessoa tem de ter a capacidade de se mover de forma estável e segura durante as mudanças de posição ou transferências (Soares, 2019). Antes de se levantar, realizar transferências e, mais especificamente, deambular, é fundamental adquirir o equilíbrio na posição de sentada, visto que manter o equilíbrio possibilita o início do treino de marcha. A avaliação do equilíbrio deve ser feita enquanto a pessoa se mobiliza, como as transferências e a marcha. Desta forma, antes da transferência, deve-se entender o conceito de transferir como "colocar: mover uma pessoa ou objeto de um local para outro" (Soares, 2019, p.38).

Foi realizada uma descrição acompanhada de ilustração das principais estratégias no âmbito da Reeducação Funcional Motora (RFM) para este caso em particular (Apêndice II).

Após a alta hospitalar, a maioria dos idosos fica mais vulnerável à quebra na continuidade dos cuidados. Por esse motivo, necessitam do apoio de um Cuidador Familiar (CF) que dê continuidade aos cuidados e à recuperação funcional (Oliveira et al., 2023), auxiliando na realização dos exercícios, no ajuste do ambiente doméstico e no reforço das orientações médicas e de enfermagem. Quando os familiares participam no processo, a pessoa sente-se mais segura para enfrentar os desafios, favorecendo a sua recuperação. No entanto, assumir este papel traz benefícios e desafios associados, podendo resultar em sobrecarga emocional, física e social, devido à falta de preparação e apoio adequado (Oliveira, Abreu, & Reis, 2023).

Abrunhosa (2021) diz-nos que segundo a *Eurocarers* (2020a), na Europa, os cuidadores familiares são responsáveis por 80% dos cuidados prestados. Em Portugal, há 1,1 milhão de cuidadores, o que corresponde a 12,5% da população com responsabilidades nos cuidados. Mais de 85% destes cuidadores dedicam-se principalmente ao apoio a familiares. As mulheres representam 61% do total de cuidadores e 64,3% destes prestam cuidados durante 10 horas ou mais por semana. Como referiu Abrunhosa (2021) o CF, em Portugal, é maioritariamente do sexo feminino (geralmente o cônjuge), entre os 45 e os 75 anos, com baixo nível de escolaridade e em situação de desemprego (Ponnala et al., 2020; Eurocarers, 2021).

A literatura aponta que envolver os CF no processo de reabilitação funcional pode:

- Promover a recuperação funcional do idoso: O apoio do CF facilita a adesão ao plano de cuidados e a realização de atividades no domicílio;
- Agilizar o regresso a casa: A presença de um cuidador preparado permite uma transição mais precoce e segura do hospital para o domicílio;
- Reduzir complicações e reinternamentos: A intervenção do CF contribui para a prevenção de eventos adversos associados à dependência funcional (Oliveira et. al, 2023).

Por outro lado, os desafios enfrentados pelos CF incluem:

- Sobrecarga: O cuidado prolongado pode impactar negativamente a saúde física e mental do cuidador.
- Falta de informação: Muitos cuidadores relatam dificuldades em entender o processo de reabilitação e utilizar os recursos adequados.
- Conflitos de papéis: A transição para o papel de cuidador pode gerar tensões familiares e incertezas sobre responsabilidades (Oliveira et. al, 2023).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na preparação do CF desde a avaliação inicial até ao desenvolvimento de competências práticas. A aplicação de programas educativos e a adoção de estratégias de comunicação eficazes são essenciais para capacitar os cuidadores e assegurar o retorno ao domicílio (Oliveira et. al, 2023).

É fundamental que o plano de reabilitação no domicílio inclua: apoio à família; que seja ajustado às necessidades de ambas as partes, mitigando possíveis complicações e proporcionando intervenções de saúde e sociais mais adequadas tanto ao cuidador quanto à pessoa cuidada. Por essa razão, a equipa de ER deve estar atenta às necessidades do cuidador a fim de lhe fornecer as informações necessárias (Abrunhosa, 2021).

Abrunhosa (2021) recomenda que o acompanhamento da pessoa após alta clínica, através de visitas domiciliárias semanais, durante 2-3 meses, conforme as necessidades individuais é extremamente benéfico.

Em conformidade com o Decreto-Lei nº100/2019 (2019), o CF tem o direito a:

- a) Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada; b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; (...) e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais; (...) g) Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional. O cuidador familiar pode beneficiar de alguns

apoios: a) Identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada; (...) d) Participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador; (...) g) Aconselhamento, informação e orientação; (...) i) Informação e encaminhamento para redes sociais de suporte, incentivando o cuidado no domicílio, designadamente através de apoio domiciliário (p.11).

Com o propósito de garantir o descanso do cuidador, o mesmo pode usufruir da referenciação da pessoa que cuida para a RNCCI, encaminhar para estruturas residenciais de forma periódica e transitória ou apoio domiciliário. Existe também um subsídio de apoio destinado ao CF que é atribuído pelo subsistema de solidariedade, dependendo da condição económica (Decreto-Lei n.º 100/2019, 2019).

2.7. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a tratamento cirúrgico por fratura do fémur

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, sustentada por um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, permite auxiliar a pessoa doente ou com sequelas, maximizando o seu potencial funcional e independência. O seu objetivo é melhorar a função, promover a independência e garantir a máxima satisfação à pessoa, preservando a sua autoestima. Em consequência disso, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados, fundamentados em problemas reais e potenciais da pessoa, resultando em ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde (Regulamento nº 392/2019, 2019).

As competências específicas do EEER envolvem o cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo da vida, em diversos contextos de prática de cuidados. Incluem também a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, visando a sua reintegração e exercício da cidadania, além de maximizar a funcionalidade e desenvolver as suas capacidades (Regulamento nº 392/2019, 2019).

No caso específico da pessoa com fratura do fémur, o EEER desempenha um duplo papel: inicialmente, o principal desafio é a prevenção da queda que pode resultar em fratura do fémur. Quando a fratura se verifica, além dessa responsabilidade, é imperativo gerir o controlo do medo de novas quedas, a dor pós-cirúrgica, a adaptação do ambiente domiciliário, e a capacitação da pessoa e do cuidador para realizar as AVD de forma independente e segura (Rasteiro, 2022).

Idealmente, a intervenção do EEER no hospital deve iniciar-se com a avaliação multidimensional no serviço de urgência para a preparação do internamento. Inclui também a reabilitação respiratória e motora durante todo o internamento (Rasteiro, 2022). O planeamento do regresso a casa tem início na admissão, sendo continuado com estratégias que potenciam a independência da pessoa, assegurando que, no momento da alta, consiga prosseguir com o programa de reabilitação no seu domicílio (Rasteiro, 2022). Os planos de ER são elaborados a partir das necessidades identificadas, personalizados e diferenciados, maximizando as capacidades e minimizando as limitações, favorecendo um desempenho motor mais eficiente e otimizado (Rasteiro, 2022). Devem incluir treino de fortalecimento muscular e equilíbrio, a fim de facilitar a adaptação às limitações impostas pelo diagnóstico permitindo auxiliar na redução do risco de comprometimento do potencial de reabilitação, tanto no período de internamento quanto na transição do hospital para o domicílio (Rasteiro, 2022). Estes programas de treino são estruturados de forma individualizada, tendo em consideração o contexto da pessoa (Rasteiro, 2022).

Assim, a elaboração de um plano de cuidados em conjunto com a pessoa é fundamental para atingir os objetivos definidos por ambos - o profissional e a pessoa (Apêndice III).

A utilização de instrumentos de avaliação em termos clínicométricos na prática clínica de enfermagem é fundamental para garantir a precisão dos diagnósticos, a efetividade das intervenções e dos resultados alcançados. Neste contexto, a escolha desses instrumentos deve basear-se em recomendações de entidades como a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, garantindo maior rigor científico na avaliação clínica.

Instrumentos clinicamente válidos, reprodutíveis, confiáveis e responsivos fornecem aos enfermeiros informações precisas e relevantes sobre a condição de saúde da pessoa, permitem decisões terapêuticas mais assertivas com planos de cuidados personalizados e otimizados para as necessidades individuais de cada pessoa (Sousa et al., 2021).

Assim, tendo em consideração as principais dificuldades e exigências da pessoa idosa submetida a tratamento cirúrgico após fratura do fémur, foram estabelecidos os diagnósticos e intervenções de ER (Apêndice III), com base na linguagem CIPE® versão 2015, na Ontologia de Enfermagem e no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ICN, 2016; OE, 2015).

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências em enfermagem é um processo gradual e influenciado pela vivência profissional (Mártirez *et al.*, 2019). Assim, a prática clínica emerge como um espaço privilegiado para a aprendizagem, permitindo um conhecimento sólido e atualizado pela experiência.

A aquisição de uma competência envolve a aprendizagem de conhecimentos teórico-práticos, a capacidade de refletir sobre a prática, de melhorar a qualidade dos cuidados e de desenvolver análises críticas que identifiquem áreas de melhoria e assumam a responsabilidade pelo exercício profissional. Além disso, inclui o desenvolvimento de competências relacionais, bem como o papel formativo junto das equipas (Pestana, 2023). As competências acrescidas, constituem uma prática especializada, que consiste em prática, treino e reflexão. Têm como propósito a melhoria da qualidade dos cuidados, conferidos pelo EEER, culminando numa maior satisfação da pessoa, bem-estar e qualidade de vida. Este percurso favorece o desenvolvimento contínuo do profissional até se tornar perito (Barata, 2023). Aplicar as competências em questão assenta num conhecimento prévio que inclui o saber-saber, o saber-estar, o saber-fazer e o saber - ser, integrando dimensões teóricas, práticas, sociais e comportamentais (Barata, 2023). Consiste num processo dinâmico e contínuo de cada profissional, que facilita a gestão de situações mais complexas e a tomada de decisões mais adequadas (Barata, 2023).

A análise da prática profissional, sob a ótica das competências, permite estabelecer os padrões de qualidade necessários ao exercício profissional, em consonância com o referencial estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 350/2015, 2015). Ventura et al. (2021) destacam que os padrões de qualidade são essenciais para uma prática de cuidados segura e de excelência. A regulamentação do exercício profissional, em conjunto com a definição de padrões de qualidade, configura-se como um fator de inegável relevância para o avanço da enfermagem enquanto disciplina e ciência. Permite reconhecer a autonomia tanto do profissional, como da área (Gaspar et al., 2021).

Os padrões de qualidade de enfermagem impulsionam a melhoria contínua e a implementação de programas de qualidade para benefício da pessoa, do profissional ou da

instituição (OE, 2012), como exemplo, o Plano Nacional para a Segurança do Doente que visa a prevenção de eventos adversos (quedas, UPP, infeções) ou a melhoria das instalações (Decreto-Lei nº 9390/2021, 2021).

Deste modo, a partir desses padrões, é possível desenvolver indicadores de saúde que possibilitam avaliar a eficácia e a qualidade dos cuidados e demonstrar o impacto positivo do EEER na saúde da população (Gaspar et al., 2021). Dando como exemplo a prática enquanto estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a qualidade dos cuidados de saúde prestados pode ser medida por indicadores: de estrutura (folhetos informativos desenvolvidos durante o estágio (Apêndice IV e V), revisão bibliográfica); de processo (percentagem de pessoas acompanhadas ao longo do estágio) e de resultados. Estes últimos indicadores avaliam os ganhos em saúde e funcionalidade da pessoa, com a intervenção enquanto EEER.

Neste sentido, durante este percurso académico, para além das pesquisas bibliográficas realizadas em bases de dados científicas, foram selecionados os referenciais teóricos e os conceitos que se consideraram mais relevantes. Paralelamente, foram consultados documentos orientadores que contribuíram para evoluir na minha prática profissional, orientando a elaboração deste relatório. Incluem-se, como exemplos, os seguintes documentos: a CIPE, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER, para além dos regulamentos que regem a profissão e, mais recentemente pelo documento: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros.

Acredito que a qualidade e a segurança dos cuidados devem ser sempre a nossa maior prioridade, enquanto EEER. Ao investirmos no nosso desenvolvimento profissional, estamos a investir na saúde e no bem-estar daqueles que dependem de nós.

Assim, a minha prática clínica, desenvolvida no contexto comunitário e hospitalar, fundamenta este capítulo, descrevendo e analisando de que modo as atividades que foram realizadas em cada estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns

do EE, específicas do EEER e inerentes ao Grau de Mestre, tendo em consideração os objetivos, os respetivos domínios de competências e os resultados obtidos.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Ao abrigo do Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, os EE, independentemente da sua área de atuação, possuem um conjunto de competências que os habilita a conceber, gerir e supervisionar cuidados em diversos contextos, além de proporcionar uma base sólida para o desenvolvimento em áreas como formação, investigação e consultoria. Detêm também competências científicas, técnicas e humanas para oferecer cuidados de enfermagem diferenciados e especializados à população dentro das suas áreas de especialidade (Regulamento nº 140/2019, 2019). Deste modo, no âmbito do Regulamento das Competências Comuns do EE, as competências comuns foram estruturadas em quatro áreas fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O primeiro, “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”, engloba as seguintes competências:

- “Competência A1: Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Competência A2: Garantir prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

Neste domínio constata-se que a prestação de cuidados foi pautada pelos princípios éticos e deontológicos que constam em normas estabelecidas pelos reguladores da profissão, o REPE e o Código Deontológico do Enfermeiro. Durante as práticas clínicas, os planos de cuidados desenvolvidos e implementados atenderam às necessidades da pessoa, respeitando os seus valores (liberdade de escolha, dignidade, privacidade, segurança) e crenças, mas também integrando intervenções terapêuticas baseadas em evidências científicas.

O foco esteve também na participação ativa da pessoa na construção do seu plano de cuidados, na garantia da confidencialidade e do respeito à individualidade. Todas estas práticas tiveram como finalidade demonstrar a qualidade e a segurança do cuidado. A fim de atingir esses objetivos, foi priorizada a escuta ativa; a comunicação clara e transparente com a pessoa e os seus familiares no esclarecimento de dúvidas; o reforço positivo ao enfatizar as melhorias da pessoa; a disponibilização de apoio emocional, demonstrando empatia e a inclusão dos familiares no plano de cuidados e na tomada de decisões. Esta abordagem contribuiu para a humanização da prática de cuidados e para a obtenção de melhores resultados.

Respeitar a autonomia da pessoa implica garantir o seu direito à escolha, por meio de uma decisão intencional, livre e informada, sem influências externas (Nunes & Amaral, 2022). Caso a pessoa não tenha capacidade de autonomia, a tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde é atribuída aos familiares e/ou aos profissionais de saúde que, fundamentados em evidências científicas e princípios éticos, estes devem atuar em conformidade com o melhor interesse da pessoa (Vasconcelos, 2021).

De acordo com os princípios bioéticos, a realização de estudos de casos clínicos exige a garantia de que nenhum dano será causado à pessoa, que a liberdade de decisão seja respeitada (inclusão, exclusão e desistência) e que haverá total transparência em relação ao estudo. Neste sentido, o consentimento livre e esclarecido, conforme preconizado pela Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, é um requisito indispensável e é implementado na recolha de dados pessoais e de saúde e, posteriormente, quando o seu caso for tratado pelo investigador (Deodato, 2022; Nunes, 2020).

Desta forma, o rigor ético e deontológico no exercício da enfermagem torna-se imperativo em situações de fragilidade, vulnerabilidade ou complexidade.

Em consonância com os princípios éticos e deontológicos que orientam a prática clínica e a investigação em enfermagem, foi garantido o consentimento informado de todas as pessoas envolvidas na elaboração dos estudos de caso clínico, assegurando também o anonimato e a proteção dos seus dados pessoais.

Assim, a fim de garantir a confidencialidade da pessoa, as informações da mesma foram apenas partilhadas com a equipa multidisciplinar envolvida diretamente nos seus cuidados: a equipa médica, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais (OE, 2012). O dever do enfermeiro de respeitar a intimidade da pessoa e garantir o sigilo profissional é essencial, e está previsto no regulamento geral da proteção de dados.

O segundo, “Domínio da melhoria contínua da qualidade”, com as seguintes competências:

- “Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Competência B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

A qualidade dos cuidados de saúde deve ser continuamente monitorizada e visa a aquisição de resultados benéficos para a pessoa. Conforme apontam a OMS, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e o Banco Mundial (2018), a procura pela excelência é um processo contínuo e deve ser incentivada em todos os contextos em saúde.

A saúde comunitária beneficia da implementação de programas específicos para os mais vulneráveis. Iniciativas como o apoio a cuidadores informais e o acompanhamento de doentes respiratórios crónicos, minimizam a ocorrência de complicações em pessoas com múltiplas patologias. Com este tipo de intervenções, pretende-se otimizar a gestão dos recursos de saúde, promovendo o bem-estar individual e colectivo.

A responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados à pessoa é um objetivo comum, traduzido na implementação de protocolos e diretrizes por parte das instituições de saúde e das equipas de enfermagem, que se materializa em normas como as recomendações para a profilaxia de infeções nosocomiais e os protocolos de segurança para a minimização do risco de quedas, entre outras.

As quedas, com as suas consequências negativas, no aumento da morbilidade, e mortalidade, principalmente na população geriátrica, têm um impacto negativo no domínio físico, psicológico, social, e económico da pessoa (Santos & Baixinho, 2020). Neste âmbito, a fim de prevenir eventos adversos, o EEER avalia o risco de queda da pessoa através da Escala de Morse e adequa a sua intervenção consoante a situação real, com intuito preventivo (Fernandes et al. (2020). Além de identificar o risco de queda, é essencial reconhecer dificuldades na marcha, no equilíbrio e/ou na mobilidade; comunicar o risco de queda à pessoa e aos seus familiares; recomendar exercícios e treino físico para aqueles que apresentam risco de queda para melhorar a sua força e equilíbrio; identificar a medicação habitual da pessoa, e dessa a que pode potenciar o risco de queda; aconselhar àqueles com risco queda ou com lesões desencadeadas por uma queda, a procura de um profissional de saúde adequado para obter orientações sobre suplementação de vitamina D e incentivar sugestões dietéticas para otimizar a saúde óssea (RNAO, 2017). A utilização de pulseiras de identificação em pessoas com alto risco de queda também é uma prática comum em hospitais, permitindo alertar a equipa sobre a necessidade de cuidados redobrados e atuar na prevenção.

A prevenção de Úlceras por Pressão (UPP) também é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde. Estas lesões, que podem ser causadas pela pressão e pelo atrito, afetam principalmente pessoas idosas e imobilizadas. Assim, durante os estágios, foi priorizada a implementação de estratégias para promover a mobilização precoce da pessoa, contribuindo para a redução de complicações, por exemplo, no pós-operatório.

No estágio realizado no Serviço de Ortopedia e Traumatologia foi possível constatar a necessidade de fornecer mais informação às pessoas sobre os cuidados pós-operatórios após fratura do fémur, principalmente, quando regressavam ao seu domicílio. Diante desta situação, tomei a iniciativa de propor a elaboração de um folheto informativo (Apêndice IV). Os idosos com que trabalhei expressaram diversos medos e inseguranças, como o medo de cair, a perda de autonomia e a dor. Para ajudar a superar estas dificuldades e a promover a segurança no ambiente doméstico, também desenvolvi um folheto com orientações práticas para prevenir quedas (Apêndice V).

Também foi possível intervir de acordo com os princípios de ergonomia, tanto na pessoa alvo dos cuidados como em mim própria de modo a prevenir lesões decorrentes de mobilizações e posturas incorretas.

Para se adaptarem às constantes mudanças e evoluírem as organizações de saúde devem investir na formação contínua e na autoformação dos seus profissionais, como defende Menoita (2011). Esta prática permite que o conhecimento teórico seja aplicado de forma eficaz na resolução dos desafios do dia-a-dia, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Para destacar a importância dos cuidados de EE, adoto um rigor especial em relação aos registos eletrónicos que devem ser precisos e completos. Estes são essenciais para alcançar a excelência no exercício profissional e garantir a qualidade na organização dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019). Através dos registos no processo clínico, conseguimos demonstrar de forma clara as intervenções realizadas e os resultados ou ganhos em saúde alcançados com a nossa prática (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O terceiro, “Domínio da gestão de cuidados”, destacam-se as seguintes competências:

- “Competência C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Competência C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Os dois estágios proporcionaram a oportunidade de desenvolver capacidades de liderança, gestão de cuidados especializados e capacidade de trabalhar em equipa. A articulação entre competências técnicas, relacionais e cognitivas é fundamental para o exercício da profissão na área da saúde. A criação de equipas multiprofissionais que reúnam diferentes competências, é fundamental para superar os desafios atuais da saúde.

Como apontam Ferreira e Coelho (2020), a OMS destaca a importância de combinar aptidões técnicas e relacionais para oferecer cuidados de qualidade. Durante o meu percurso, tanto

no estágio comunitário como no profissionalizante, consegui estabelecer relações de confiança com o/a enfermeiro/a supervisor/a, o que me proporcionou maior autonomia na prática clínica e contribuiu para o desenvolvimento do meu pensamento crítico na planificação e execução dos planos de cuidados, ajustados às necessidades de cada pessoa e à sua condição. Foi-me ainda reconhecido o saber-estar demonstrado pela minha competência relacional, identidade profissional e respeito pelas individualidades. Durante os dois estágios, senti-me integrada na equipa, contribuindo para as decisões da equipa multidisciplinar.

Os cuidados de saúde no domicílio requerem uma abordagem distinta em comparação com a prática hospitalar. A adaptação às condições do domicílio da pessoa, através de visitas domiciliárias, exige a aplicação de conhecimentos e técnicas específicas. A realidade comunitária apresenta desafios complexos, como a pobreza extrema, a precariedade habitacional e o isolamento social. A carência de recursos monetários devido a pensões baixas exige a capacidade de improvisação e adaptação dos profissionais, como na realização de treino de marcha em espaços limitados. No entanto, existem inúmeras vantagens no contexto domiciliário como a proximidade com a pessoa e a família, que facilita a educação para a saúde e promove a adesão ao programa; a identificação precoce de complicações, evitando hospitalizações desnecessárias; permite a recuperação funcional num ambiente familiar, incentivando a independência da pessoa na realização das atividades diárias; favorece uma abordagem mais completa, considerando tanto a condição clínica, fatores emocionais, sociais e ambientais da pessoa; permite o ensino de estratégias para otimizar os cuidados prestados pela família, reduzindo a sobrecarga dos cuidadores informais. É evidente que a gestão destas situações por parte do EE pode ser complexa, e impacta tanto o processo de reabilitação como a prevenção de complicações. É uma experiência emocionalmente desafiadora, mas extremamente enriquecedora a nível profissional.

O EE desempenha também funções na gestão de um serviço de saúde, podendo ser responsável de turno, atuando como uma referência para a equipa; gere recursos materiais e humanos e, toma decisões inerentes à organização do serviço, por exemplo, as altas hospitalares. Exigindo, por essa razão, competências em gestão de equipas, de cuidados e de recursos.

No domínio direcionado ao “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, foram trabalhadas as seguintes competências:

- “Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Competência D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais possibilita a aquisição de diversas competências, aliando o conhecimento teórico à prática. Este processo facilita a evolução no saber-ser, saber-fazer e saber-estar contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados (Barata, 2023; Cestari, 2003).

Ao longo dos estágios, dediquei-me à pesquisa bibliográfica de artigos científicos, *guidelines* e protocolos em bases de dados confiáveis, à análise crítica de casos clínicos e à elaboração de planos de intervenção baseados em evidências científicas. Elaborar dois relatos de caso tornou-se útil para aprofundar os conhecimentos teóricos adquiridos no curso.

As reuniões com os enfermeiros orientadores e colegas mais experientes foram essenciais para a troca de conhecimentos, reflexão conjunta, desenvolvimento do meu raciocínio clínico e para adaptar novas estratégias terapêuticas o que contribuiu para identificar os meus pontos fortes e áreas a melhorar.

Deste modo, estas experiências práticas foram fundamentais para consolidar as competências necessárias ao exercício da profissão de EEER.

3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação

De acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) (2010):

estes Enfermeiros Especialistas têm, fundamentalmente, como missão promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, a sua socialização, a sua dignidade. Atuando

na saúde e na doença, aguda ou crónica, contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização ambiental e utilização de ajudas técnicas (p.1).

A ER tem, assim, como objetivo principal recuperar a funcionalidade e a independência da pessoa com doença aguda ou crónica, utilizando um conjunto de conhecimentos e técnicas exclusivas (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Segundo o regulamento n.º 392/2019 (2019) de 3 de maio, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incluem o prestar cuidados a pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida, em diversos contextos da prática, capacitar pessoas com deficiência, limitações na realização de atividades ou restrições na participação, facilitando a sua reintegração e exercício da cidadania, e otimizar a funcionalidade estimulando as capacidades da pessoa.

Um plano individual de cuidados em ER realizado com a pessoa visa prevenir, recuperar e habilitar a pessoa a realizar suas AVD, promovendo a sua máxima independência funcional, independentemente das suas condições de saúde. Assim, a construção de uma relação de confiança, a elaboração de um plano individualizado de acordo com o projeto de saúde da pessoa e uma comunicação eficaz são fundamentais para atingirmos os objetivos em ER (Raposo, 2024).

Em todos os programas instituídos ao longo dos estágios, a implementação de cada um foi precedida por uma detalhada recolha de dados, avaliando a condição da pessoa. Esta avaliação inclui a história clínica atual, antecedentes pessoais, avaliação física e psicológica com recurso a instrumentos e escalas específicas para a população/patologia, avaliação de sinais vitais, análise da rede de apoio familiar, condições habitacionais e expectativas da pessoa relativamente ao programa de reabilitação. A recolha de dados deve ser realizada nas primeiras 48 horas de internamento para garantir um maior rigor e a criação de uma relação de confiança com a pessoa. Com base numa avaliação inicial rigorosa, foram definidos os diagnósticos e os focos de atenção comprometidos, os resultados esperados e o

planeamento das intervenções de reabilitação. Cada programa foi desenvolvido e estruturado com base na evidência mais recente, utilizando artigos científicos, fontes credíveis disponíveis em bases de dados, bibliografia especializada e a opinião de especialistas da área. Este processo garantiu a utilização de técnicas apropriadas e ajustadas a cada situação de incapacidade e alteração da funcionalidade.

Em contexto comunitário, realizei um relato de caso clínico que preparei para submeter para publicação para revista (Apêndice VII). De momento, aguardo o comprovativo de submissão. O relato de caso clínico incide sobre uma pessoa com o diagnóstico de Demência e Doença de Parkinson. Vivia com a sua esposa/principal cuidadora de 66 anos e estava acamado há cinco meses após internamento hospitalar por agravamento de Doença de Parkinson. O declínio da saúde desta pessoa, desencadeado pela Doença de Parkinson, resultava num comprometimento motor e cognitivo significativo, impactando a funcionalidade e qualidade de vida, bem como a dinâmica familiar. Este caso representou um desafio importante para a minha prática como EEER, permitindo-me desenvolver competências na avaliação e implementação de intervenções direcionadas à otimização das capacidades motoras e neuropsicológicas, à prevenção de complicações e à melhoria da qualidade de vida. A necessidade de adaptação constante do plano de cuidados, tendo em consideração a variabilidade sintomática e o estado diário da pessoa, reforçou a importância de um planeamento flexível e centrado na individualidade da mesma. Esta experiência reforçou ainda a relevância da relação terapêutica com a pessoa e a sua cuidadora, potenciando a adesão e colaboração nos cuidados. A repetição e sequenciação das intervenções foram fundamentais para consolidar ganhos funcionais e promover a confiança. Paralelamente, permitiu-me aprofundar conhecimentos técnico-científicos na abordagem perante patologias neurodegenerativas, assegurando intervenções baseadas na melhor evidência disponível.

Deste modo, esta experiência contribuiu para a consolidação das minhas competências enquanto EEER, destacando a importância de um acompanhamento especializado e realista, capaz de promover a funcionalidade dentro das possibilidades da pessoa e de apoiar a família na adaptação ao processo de doença.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, o EEER identifica dificuldades relacionadas com a limitação de recursos materiais, barreiras arquitectónicas (escadas, entradas pouco acessíveis nas residências, passeios com acessibilidade limitada); é útil na adaptação e improvisação de produtos de apoio e para avaliar a segurança e eficácia desses dispositivos, prevenir complicações ou acidentes resultantes do seu uso (Vigia et al., 2023). Para garantir a eficácia dos produtos de apoio, é essencial que a sua seleção seja personalizada, tendo em conta as necessidades específicas de cada pessoa, o contexto de utilização e a capacidade de os utilizar corretamente (Pontes & Santos, 2023).

Em contexto hospitalar, o EEER previne complicações, promove maior independência funcional e qualidade de vida para a pessoa e para os seus familiares, resultando em ganhos relevantes para a saúde e para a economia e, por essa razão, a sua intervenção é particularmente importante em unidades de AVC e serviços como Medicina, Ortopedia, Cardiologia, Pneumologia e Neurologia, que se caracterizam por um grande número de idosos e/ou dependentes.

Com a prática clínica que experienciei no serviço de Ortotraumatologia, o EEER no período pré-operatório é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados no pós-operatório. Uma educação para a saúde clara e objetiva prepara a pessoa e a família para o procedimento cirúrgico, a sua recuperação e a necessidade dos cuidados serem mantidos no domicílio. A curta duração da hospitalização exige que o EEER otimize o tempo disponível para capacitar a pessoa e a família, promovendo a autonomia e a adesão ao programa (Hoeman, 2011). Os planos de cuidados foram sempre personalizados, considerando os défices identificados e os objetivos da mesma. O foco incidia na promoção da autonomia e do autocuidado, pelo que, o treino de AVD é fundamental para a reabilitação, promovendo a autonomia e a participação social das pessoas. A capacitação neste domínio permite que a pessoa se torne progressivamente mais independente nas suas atividades quotidianas, como propõem Vigia et al. (2023). De acordo com o caso clínico que abordei no relatório (APÊNDICE VI), através do ensino de técnicas específicas, do treino de atividades de vida diária e da utilização de produtos de apoio, procurou-se maximizar a funcionalidade da pessoa com FEFP. A orientação, treino e utilização de produtos de apoio mostrou-se

fundamental para facilitar o AC e para promover a independência das pessoas, potenciando o processo de adaptação ao novo contexto.

Em ambos os estágios, tive a oportunidade de desenvolver competências científicas e técnicas nas diversas áreas clínicas: neurológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e reumatológico. Para maximizar a funcionalidade da pessoa, desenvolvi competências na reeducação funcional motora (treino de força e de marcha), respiratória (cinesiterapia respiratória e técnicas de conservação de energia), treino de equilíbrio e de coordenação motora, estimulação cognitiva, treino de motricidade fina, treino de AVD, bem como as estratégias de ensino inerentes.

Nos dias de hoje, é de grande relevância a justificação económica da relação custo - eficácia dos cuidados de saúde, que reforça a importância do EEER (Sousa et al., 2021a).

Com a realização destes estágios, considero que os cuidados de ER que desempenhei contribuíram para ganhos adicionais em saúde, tal como recomenda a APER (2010):

a diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência ou a episódios de internamento; diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados; aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade (UPP, infeções respiratórias e urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular); diminuição do consumo de medicamentos; aumento da adesão ao regime terapêutico; diminuição da dependência funcional e social; diminuição da morbilidade; diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio e otimização da reintegração do utente no seio familiar e social (p.4).

3.3. Competências de mestre

A integração das diferentes áreas de conhecimento – mestrado e especialização em enfermagem de reabilitação – enriquece a prática profissional e o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

As competências de mestre incluem deter conhecimentos e capacidade de compreensão:

- Baseando-se nos conhecimentos adquiridos durante o 1.º ciclo, os possa desenvolver e aprofundar;
- Possibilitem e estabeleçam a base de desenvolvimentos e aplicações originais, em contexto de investigação;
- Saibam aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em cenários novos, em contextos alargados e interdisciplinares, ainda que estejam relacionados com a sua área de especialização;
- Demonstrem aptidão para assimilar conhecimentos, gerir questões complexas, elaborar soluções ou tomar decisões em situações de informação exígua, considerando as implicações éticas e sociais resultantes dessas soluções;
- Saibam comunicar de forma clara as suas conclusões e os raciocínios subjacentes, tanto a especialistas quanto a não especialistas;
- Desenvolvam competências que possibilitem uma aprendizagem contínua, de modo autónomo ou auto-orientado (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

No sentido de garantir a excelência, equidade e otimização dos recursos nos serviços de saúde, a prática informada na evidência assegura cuidados personalizados e eficazes, de acordo com as necessidades individuais para cada pessoa (Pereira, 2023).

A prática informada na evidência é indispensável para apoiar as decisões clínicas do EEER, associando o julgamento profissional com a experiência clínica, os recursos acessíveis, as preferências da pessoa e a evidência científica disponível. Para isso, é essencial desenvolver capacidades em análise crítica, dado a necessidade de distinguir os estudos com mais e

melhor rigor e qualidade científica, e assim proporcionar cuidados de qualidade (Pereira, 2023).

Com a intenção de adquirir competências de grau de mestre considero que, em estágio, desenvolvi diferentes atividades: revisão da literatura científica, pesquisa de artigos científicos e análise de casos clínicos reais que permitiu aprofundar o meu conhecimento sobre patologias, intervenções e resultados na reabilitação que sustentaram as intervenções que realizei; desenvolvi planos de intervenção personalizados em cenários desafiantes, como a que experienciei na comunidade (Apêndice VII); refleti sobre situações clínicas que envolviam dilemas éticos; e, no campo da Educação para a saúde, e dada a complexidade da reabilitação após fratura do fêmur desenvolvi os folhetos informativos durante o estágio profissionalizante (Apêndice IV e Apêndice V) com informação informada na evidência e imagens ilustrativas. Estes materiais desenvolvidos em contexto de estágio foram submetidos a aprovação por profissionais da área, de outras áreas e a diversas pessoas internadas no serviço de Ortopedia e Traumatologia, pelo que foi necessário reescrever os mesmos para assegurar a sua qualidade e percetibilidade.

No exercício das competências inerentes ao grau de Mestre, e reconhecendo a importância da investigação para o avanço do conhecimento na área, o relato de caso que foi submetido para publicação, visa a sua partilha com a comunidade científica (Apêndice VII).

Considero que, ao investir no desenvolvimento profissional e na prática baseada em evidências, as organizações de saúde promovem a excelência na prestação de cuidados, potencializam a imagem da profissão de Enfermeiro e contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população.

4. ANÁLISE SWOT

No contexto do meu desenvolvimento de competências em ER, é necessário identificar quais as forças e fraquezas durante o processo, mas também as oportunidades e ameaças que podem advir do mesmo, de forma a poder construir uma prática clínica mais eficaz e especializada para o contexto em que estou inserida.

Existem vários fatores internos que atuam como forças facilitadoras para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. A minha motivação pessoal ocupa um papel importante, uma vez que procuro realizar um processo de aprendizagem contínuo e crescente, melhorando e inovando as capacidades técnicas, mas também humanas, mantendo o compromisso com a excelência nos cuidados centrados na pessoa. Reconheço a minha capacidade para criar empatia nas relações interpessoais, desenvolver uma relação de confiança e de disponibilidade, tanto com os profissionais de saúde das diferentes equipas quanto com a pessoa e a família a quem prestei cuidados.

As equipas com quem tive a oportunidade de trabalhar em ambos os contextos, por serem muito experientes nas suas áreas de intervenção e integrarem profissionais com conhecimentos e competências específicas, permitiu-me uma aprendizagem ativa com os meus pares que formaram uma base sólida para o meu crescimento profissional. A interação com outros pares de outras áreas, pela sua disponibilidade e partilha, permitiu a troca de conhecimentos, a discussão de casos clínicos complexos e a construção de planos de cuidados integrados, beneficiando a pessoa e promovendo um cuidado mais abrangente e eficaz. O ambiente organizacional proporcionou um contexto favorável para a minha aprendizagem, permitindo integrar as dinâmicas e atividades dos mesmos como um elemento integrante da equipa.

Mais do que a experiência com cada equipa, estas vivências práticas proporcionaram-me um ambiente de aprendizagem real, o contacto direto com pessoas em contextos reais de reabilitação, permitindo-me testar e colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos previamente, desenvolver e melhorar competências técnicas, e tornar o meu raciocínio clínico e tomada de decisão mais eficazes. Além disso, permitiu-me também trabalhar e melhorar as minhas aptidões de comunicação e interação em equipa, com as

peessoas e os seus familiares. A experiência de acompanhar os desafios e os progressos das pessoas tornou o processo de aprendizagem mais real e significativo.

Durante o EP no serviço de internamento, tive a oportunidade de intervir na recuperação da pessoa com fratura, submetida a cirurgia ou em tratamento conservador. A complexidade das transições que as pessoas vivenciavam exigiu a criação de planos de cuidados diferenciados, promovendo o meu crescimento em várias áreas da prática do EEER.

As oportunidades também surgiram na elaboração de dois folhetos informativos, com o intuito de capacitar a pessoa e a família sobre os cuidados pós-cirúrgicos em casos de fratura do fémur e sobre a prevenção de quedas no domicílio, com o apoio do enfermeiro orientador e professora supervisora. Para garantir a qualidade e a informação mais adequada, os folhetos foram submetidos a um processo de validação junto de profissionais de saúde (enfermeiros do internamento de Ortopneumatologia e enfermeiros de outras áreas), permitindo a introdução de ajustes com base no seu *feedback*. Adicionalmente, foram testados junto de algumas pessoas idosas internadas naquele serviço e dos seus familiares, assegurando que a linguagem utilizada era clara e acessível. A oportunidade de construir este tipo de materiais permitiu-me refletir sobre cenários mais complexos e de maior necessidade de cuidados de reabilitação, consoante a faixa etária a que me dirigia. Ao disponibilizar informações úteis e pertinentes sobre as suas condições clínicas, os folhetos contribuíram para a literacia em saúde e o empoderamento dos idosos e das suas famílias, permitindo-os tomarem decisões mais conscientes e informadas sobre a sua saúde e bem-estar. O processo de construção e otimização dos folhetos, utilizando informações relevantes e de fácil acesso, permitiu personalizá-los para as necessidades das pessoas.

Também a necessidade de me adaptar ao sistema Soarian®, inicialmente considerado como uma ameaça, proporcionou uma oportunidade única de desenvolvimento profissional.

O trabalho em equipa com outros profissionais de reabilitação, como a equipa de MFR, que inicialmente considerei como uma ameaça para o desenvolvimento dos meus planos de reabilitação, rapidamente se tornou uma parceria útil no meu percurso profissional e fortaleceu a minha convicção de que o trabalho em equipa em prol da pessoa que cuidamos deve ser aquilo que nos une enquanto profissionais de saúde.

A experiência em contexto comunitário revelou-se desafiante devido, em algumas situações, à insuficiência de recursos e às condições disponíveis, o que influenciou o meu percurso de aprendizagem, e exigiu adaptação e criatividade na prestação de cuidados. Desafios que abriram caminho para novas oportunidades de aprendizagem.

Apercebi-me de que a melhoria dos cuidados de saúde depende da implementação de um sistema de apoio social eficaz para a pessoa/família na comunidade e da disponibilização de produtos de apoio que promovam a independência no autocuidado.

Terminei o estágio na comunidade convicta de que o domicílio é o cenário ideal para a intervenção do EEER, permitindo a criação de um ambiente facilitador ao cuidado, às necessidades da pessoa e da família, bem como às adversidades que possam surgir.

Nos dois percursos, foi possível verificar que existem muitos desafios na garantia da continuidade dos cuidados de reabilitação para todas as pessoas que precisam, especialmente em contexto hospitalar. Esta descontinuidade afeta a qualidade de vida, pois não permite que a pessoa retome a funcionalidade que possuía anteriormente.

Uma das maiores dificuldades que senti foi a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos técnico-científicos na aplicação de instrumentos de avaliação em contexto real, tornando a minha avaliação mais rigorosa e mensurável, e passível de identificar o progresso da pessoa que cuido. Pela minha pouca experiência manual, tive algum receio de não executar corretamente os exercícios tanto de RFR como de RFM, impedindo a eficácia total das minhas intervenções. Além disso, a escassez de tempo inerente às tarefas do serviço também tornou a sua gestão um desafio. Ao elaborar este relatório senti algumas dificuldades em detalhar e transmitir o meu raciocínio clínico, bem como a justificação de algumas decisões tomadas durante o processo.

A título mais pessoal, a conciliação entre o estágio, a vida profissional e a vida pessoal foi um desafio. A conciliação de turnos e restrições de horários dos serviços, obrigou-me a melhorar a minha gestão de tempo, obrigando-me a ser mais eficaz no tempo que tinha disponível para conseguir ter boas prestações e realizar trabalhos científicos de qualidade.

Apesar dos desafios, foi uma experiência enriquecedora a nível profissional e pessoal, fortalecendo o meu espírito de missão enquanto enfermeira e profissional que cuida, mas também o meu gosto pela reabilitação.

CONCLUSÕES

Os Enfermeiros, sendo os profissionais mais numerosos no setor da saúde, desempenham um papel fundamental. Intervém na prestação de cuidados à pessoa e à família, em diversos contextos e ao longo de todo o ciclo de vida.

A perceção do nosso impacto incentiva-nos a evoluir, adquirindo competências para prestar cuidados mais especializados e ajustados às necessidades atuais.

Ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, aprofundei a minha perspetiva holística sobre a pessoa em diversos contextos, desenvolvendo competências teóricas e práticas essenciais ao exercício EEER. Este progresso foi construído sobre uma base sólida de pesquisa científica, que combinada com a autorreflexão contínua permitiu a implementação de cuidados especializados de qualidade. A partilha de experiências com os meus orientadores revelou-se essencial para o meu desenvolvimento profissional e para o aperfeiçoamento constante dos cuidados ministrados.

Em todo o percurso, o meu objetivo foi garantir que a minha intervenção tivesse como finalidade o bem-estar da pessoa, apoiando-a no seu processo de reabilitação, promovendo a sua funcionalidade e capacitando-a a atingir o seu potencial máximo de independência.

A participação nesta experiência de conhecimento reafirmou o meu compromisso com a profissão e proporcionou uma reflexão profunda sobre a importância da intervenção do EEER na vida da pessoa com patologia aguda e/ou crónica, com deficiência ou limitações no AC, o que limitam a sua participação plena na comunidade.

Acompanhar o percurso de alguém que supera desafios, que reconquista a capacidade de se autocuidar, de se deslocar de forma independente, de desfrutar de uma vida com mais qualidade é uma experiência recompensadora.

A vulnerabilidade presente em transições saúde - doença exige dos enfermeiros um elevado nível de sensibilidade e profissionalismo na interação com a pessoa que se cuida. O envelhecimento da população e o desenvolvimento praticamente inevitável de doenças crónicas e degenerativas constituem um desafio significativo para os cuidados de saúde,

exigindo uma reorganização que permita não apenas viver mais anos, mas fazê-lo com autonomia, independência e qualidade de vida. Assim, a ER requer uma atualização constante e um acompanhamento da evolução da sociedade, uma vez que esta influencia e redefine as abordagens no cuidar. Para além disso, possibilitou-me deparar e refletir sobre a falta de respostas sociais e/ou comunitárias adequadas para apoiar estas famílias, especialmente aquelas sobrecarregadas com múltiplos papéis sociais.

Concluo este percurso ciente de que, apesar das dificuldades e desafios enfrentados, o balanço final é positivo.

Este Mestrado revelou-se uma experiência gratificante, preparando-me para um futuro como Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunhosa, C. (2021). *Promoção da mobilidade na pessoa idosa no domicílio: Intervenção de suporte ao cuidador familiar* [Relatório de Estágio, ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório ESEL. <http://hdl.handle.net/10400.26/43530>
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004a). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 3-14). 5ª Edição. Lusociência.
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004b). Significado da Teoria para a Enfermagem, enquanto Disciplina e Profissão. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 15-34). 5ª Edição. Lusociência.
- Alligood, M. R. (2004). O Estado da Arte e Ciência da Teoria de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 719-725). 5ª Edição. Lusociência.
- Anacleto, R. (2024). *Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Pós-Cirúrgico de Prótese Total do Joelho* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório ESSATLA. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1518>
- Antunes, T., Sá, M. C., & Nabais, A. (2023). A pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur: A intervenção do enfermeiro de reabilitação na prevenção do seu declínio funcional. *New Trends in Qualitative Research*, 18, 1-14. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.1023.e833>
- Araújo, F., Campos, J., Lumini, M. J., & Nogueira, N. (2021). A fragilidade no contexto da saúde. in: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem (pp. 27-42). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Araújo, M., Figueiredo, S., & Soeiro, J. (Coords.). (2010). Cuidar de quem cuida. História e testemunhos de um trabalho invisível. Um manifesto para o futuro. Objectiva Editora.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. <https://www.aper.pt/wp-content/uploads/2023/04/aper2.pdf>

Barata, L. F. (2023). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Chen, Y., Liang, S., Wu, H., Deng, S., Wang, F., Lunzhu, C. & Li, J. (2022). *Postoperative delirium in geriatric patients with hip fractures*. *Frontiers in Aging Neuroscience*. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.1068278>

Chick, N. & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. In P. Chinn (Eds.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation*, (pp. 237-257). Aspen Publication.

Coelho, L. S. Z., Dutra, T. M. S., & Figueiredo Júnior, H. S. de. (2022). Uma análise acerca das quedas em idosos e sua principal consequência: A fratura de fémur. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 4, 1-7. <https://doi.org/10.25248/reamed.e9764.2022>

Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 2015. Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros; 2016. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Couto, G. (2012). *Autonomia/independência no autocuidado sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação* [Dissertação de Mestrado, ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório ESEP. <https://biblioteca.esenf.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=9625>

Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República n.º 157, Série I de 2018-08-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Decreto-Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República n.º 171, Série I de 2019-09-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>

Decreto-Lei n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República n.º 28, Série II de 2015-02-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República n.º 205, Série I de 1996-09-04. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei nº 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República nº 187, Série II de 2021-09-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dias, P., Ferrinho Ferreira, R., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 18–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

Direção Geral de Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde da população em Portugal*. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2023). *Plano Nacional de Literatura em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano Estratégico*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Porto

Eurostat. (2025, fevereiro). *Population structure and ageing*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

Farias, L. T. M., Libório Lago, C. da C., & Clarêncio, J. (2016). Osteoporose: uma análise fisiopatológica voltada para os profissionais da enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.646>

Fernandes, F., Leite, J., Nascimento, B. & Baciuk, E. (2013). Atuação fisioterapêutica em imobilismo no leito prolongado. *Revista Intellectus*, 25, 1-15.

<http://www.revistaintellectus.com.br/artigos/25.272.pdf>

Fernandes, J. B., Lourenço Sá, M. C., & Campos Nabais, A. S. (2020). Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação que Previnem a Ocorrência de Quedas na Pessoa Idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 57–63.

<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>

Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V., Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(1), 147–153.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>

Fialho, M. P. (2024). *Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: Oportunidades e desafios em Enfermagem de Reabilitação* [Relatório de Estágio Profissionalizante, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório ESSATLA.

<https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1517>

Filho, A., Queirós, P., & Vidinha, T. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157–164.

<https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Frada, M. C. (2020). O conceito de dignidade da pessoa humana – Um mapa de navegação para o jurista. *Católica Law Review*, 4 (2), 139-172.

<https://doi.org/10.34632/catolicalawreview.2020.9323>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). *Índice de Envelhecimento e outros indicadores de Envelhecimento*. PORDATA.

<https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021). Exercício Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lidel.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed. Lusodidacta.

Im, E. (2018). Theory of Transitions. In M. J. Smitth & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*(pp. 265-288). 4ª Ed. Springer Publishing Company.

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (2015). *Como reduzir quedas no idoso*. <https://www.into.saude.gov.br/lista-dicas-dos-especialistas/186-quedas-e-inflamacoes/272-como-reduzir-quedas-no-idoso>

José, H., & Sousa, L. M. M. (2021). Questões epistemológicas em enfermagem para a conceção e integração dos cuidados. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp.3-12). Sabooks Lusodidacta.

Martins, M., Ribeiro, O., Schoeller, S. (2021). Investigação e Inovação em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 38-45). Lidel.

Martins, T. & Brito, A. (2021). *Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde*. In: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem (pp. 5-13). ESEP

Mártires, A., Monteiro, M.J., Rainho, C. & Castelo-Branco, M.Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44 (44), 159-172. doi: 10.24140/issn.1645-7250.rle44.10

MDCalc. (2020). Glasgow Coma Scale (GCS). <https://www.mdcalc.com/calc/64/glasgow-coma-scale-score-gcs>

Meleis, A. I. (2015). *Transitions Theory*. In M. Smith & M. Parker (Eds.). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 4ª ed. (pp. 361-380). F.A Davis Company.

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC- Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

Michelon, I. C., Yonegura, W. H. T., Abe, N. L. M., Silva, L. M. G., & Brunetto, E. (2024). Perfil epidemiológico de idosos internados por fratura de fémur no estado do Paraná de 2017 a 2023. *Research, Society and Development*, 13(7), e14313746483. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i7.46483>

Nunes, L. & Amaral, G. (2022). Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem: manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20EDDP%20I%20%20vol%20I%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf

Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação em enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Oliveira, A. R., Abreu, M., & Reis, L. (2023). Preparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 61-72. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.269>

Oostwaard, M. V. (2018). *Osteoporosis and the Nature of Fragility Fractures-An Overview*. Em *Fragility Fracture Nursing- Holistic care and Management of the Orthogeratric Patient* (pp. 1-13). https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2_1

Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 12/2011 – Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Revisão e Reimpressão. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (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/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumntacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Orem, D. (1991). Nursing: concepts of practice (6 ed.). Mosby Inc

Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Pereira, R. (2023). Enfermagem Baseada na Evidência: um Desafio, uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-111). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Petronilho, F., & Machado, M. (2023). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Petronilho, F., Margato, C., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O Autocuidado como Dimensão Relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lidel.

Pires, R., Martins, M., Gomes, B., Monteiro, C & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – Programa Teia. RPER, 2(1), 90-101. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.11.4557>

Pontes, M. M. & Santos, A. (2023). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Raposo, C. (2024). *Enfermagem de reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da Escoliose* [Relatório de estágio profissionalizante, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório ESSATLA. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1514>

Rasteiro, C. (2022). *A intervenção do Enfermeiro especialista em Reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44316>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls* (4ª ed.). RNAO

Regulamento n.º 613/2022. Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022). Diário da República n.º 131, Série II de 2022-07-08.

Regulamento nº 140/1019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República nº 26, Série II de 2019-02-06

Regulamento nº 392/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. (2019). Diário da República nº 85, Série II de 2019-05-03

Ribeiro, O., Faria, A., Ventura, J. (2021b). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Classificações e Sistemas de Informação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 58-65). Lidel.

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e3970016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Ribeiro, O., Moura, M. I. & Ventura, J. (2021a). Referenciais Teóricos Orientadores do Exercício Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48-57). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde (2017a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/937/30038/3113551/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde (2017b). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. Portugal: Serviço Nacional de Saúde.

Silva, D. M. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Millenium*, 26 (7), 1647-662X. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%c3%aancias%20de%20enfermagem.pdf>

- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2 (26), 35-44. [file:///C:/Users/user/Downloads/ContributosdoreferencialtericodeAfafMeleisparaaEnfermagemdeReabilitao%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/ContributosdoreferencialtericodeAfafMeleisparaaEnfermagemdeReabilitao%20(1).pdf)
- Smith M. C. (2018). *Evaluation of Middle Range Theories for the Discipline of Nursing*. In M. J. Smitth & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 33-47). 4ª Edition. Springer Publishing Company.
- Soares, M. J. R. (2019). *A enfermagem de reabilitação no idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde]. Repositório IPS - ESS. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29360>
- Sousa, L, Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C. & Branco, P.S. (2023a). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 559-570). Lusodidacta
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2023b). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 113-121). Lusodidacta.
- Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R. & Marques-Vieira, C. (2021a). Avaliar para Gerir a Doença Aguda: Propriedades Clinicométricas dos Instrumentos e Avaliação Económica em Enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Eds.). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 31-40). Sabooks Editora.
- Taylor, S. G. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 211-235). 5ª Edição. Lusociência.

Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 34-37). Lidel.

Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2023). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 351-363). Lusodidacta.

Walter, N., Szymiski, D., Kurtz, S. *et al.* Factors associated with mortality after proximal femoral fracture. *J Orthop Traumatol* 24, 31 (2023). <https://doi.org/10.1186/s10195-023-00715-5>

World Health Organization. (2007). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf

6. APÊNDICES

6.1. APÊNDICE I – Plano de Intervenção do EEER no pré e pós-operatório

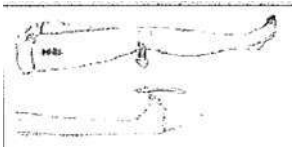
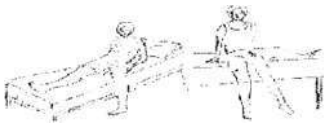
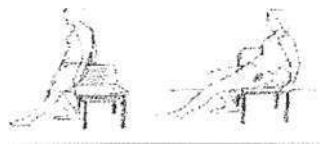
Período	Intervenção		Atividades
Pré-Operatório	Reeducação Respiratória	Funcional	-Consciencialização da respiração; -Exercícios de RFR abdómino-diafragmáticos; -Exercícios de reeducação costal; -Ensino da tosse - Ensino dirigido à pessoa de acordo com a patologia cardiorrespiratória.
	Reeducação Motora	Funcional	Exercícios Isométricos: -Contrações isométricas abdominais; -Contrações isométricas dos glúteos; -Contrações isométricas do quadrícipite. Exercícios Isotónicos: -Mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros sãos.
Pós-Operatório	Reeducação Respiratória	Funcional	- Executa os mesmos exercícios recomendados no pré-operatório.

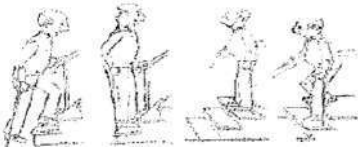
	Reeducação Funcional Motora	Exercícios Isométricos: - Contrações isométricas abdominais; - Contrações isométricas dos glúteos; - Contrações isométricas do quadrícipite. Exercícios Isotônicos: - Mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros sãos; - Mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro operado conforme a tolerância da pessoa: Flexão/Extensão da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho; Abdução/Adução da articulação coxofemoral (até a linha média do corpo); Dorsiflexão/Flexão plantar da articulação tibiotársica.
--	-----------------------------	--

Tabela 1- Intervenções do EEER no pré e pós-operatório

Fonte: Adaptado de Sousa & Carvalho (2023)

6.2. APÊNDICE II – Plano de Exercícios de RFM no pós-operatório

EXERCÍCIOS	ILUSTRAÇÃO	DESCRIÇÃO
<i>Contrações isométricas e mobilização da articulação tibiotársica</i>		1. Contração dos glúteos, quadricípites e isquiotibiais durante 4 segundos, 2 séries de 10 repetições; 2. Flexão Plantar e dorsiflexão da articulação tibiotársica, 2 séries de 10 repetições.
<i>Levante da cama</i>		1. Sair pelo lado do membro operado; 2. Sentar na cama apoiado nos antebraços sem fletir o tronco com o membro operado em extensão; 3. Fletir o membro não afetado; girar até tocar no chão.
<i>Sentar e levantar da cadeira</i>		1. Manter o membro operado em extensão antes de se sentar; 2. Baixar-se calmamente utilizando a força de ambos os membros superiores; 3. Para se levantar, inverter o processo.

<i>Uso de sanitário</i>		1. Pode ser facilitador utilizar um alteador de sanita; 2. Colocar o membro operado em extensão antes de se sentar; 3. Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente utilizando a força de ambos os membros superiores; 4. Para se levantar, inverter o processo.
<i>Treino de marcha com canadianas</i>		1. Avançar as duas canadianas ou andarilho; 2. Deslocar o Membro operado até ao nível das canadianas/andarilho; 3. Avançar o Membro Inferior (MI) não operado; 4. Mudar de direção virando-se para o lado não operado.
<i>Treino de subir e descer escadas</i>		Subir: 1. MI não operado; 2. MI operado; 3. Canadianas para o degrau onde estão os pés; Descer: Fazer o inverso.

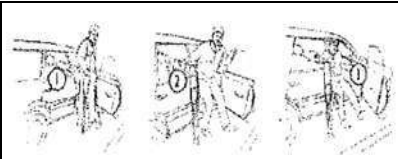
Entrar e sair do carro		1.Sentar-se com os MI's de fora; 2.Girar os MI's para dentro; 3. Membro operado em extensão; 4.Para sair, fazer o inverso.
-------------------------------	--	--

Tabela 2- Exercícios de RFM no pós-operatório

Fonte: Adaptado de Sousa & Carvalho (2023). Ilustrações Luís Sousa.

6.3. APÊNDICE III – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a tratamento cirúrgico por fratura do fémur, em contexto hospitalar

Diagnóstico 1: Conhecimento sobre a doença ausente, relacionada com o procedimento cirúrgico.

Objetivo: Elevar o nível de conhecimento da pessoa sobre a sua doença e o procedimento cirúrgico associado.	Intervenções: - Pedir a cooperação da pessoa; - Explicar as vantagens da reabilitação precoce no pós-operatório; - Alertar sobre sinais e sintomas de possíveis complicações, como calor, edema, ardor do Membro Inferior (MI) e febre; - Sensibilizar para a importância de alternar de decúbitos no leito frequentemente, respeitando os limites e o risco de luxações das articulações após a cirurgia; - Ensinar movimentos que possam evitar luxações; - Estimular a mobilização articular dentro das amplitudes toleradas, promovendo uma maior adesão ao programa de reabilitação no pós-operatório; - Orientar sobre como se levantar do leito; - Explicar medidas de segurança, como o uso de auxiliares de marcha e sapatos antiderrapantes durante a marcha; - Ensinar a marcha a três pontos com o apoio de um auxiliar de marcha (andarilho), conforme a sequência: andarilho, MI operado, MI não operado; - Orientar sobre os movimentos musculares e articulares; - Instruir e treinar técnicas de reeducação funcional respiratória, como a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, abertura costal global e tosse; - Esclarecer dúvidas da pessoa; - Avaliar a aquisição de conhecimentos por parte da pessoa; - Elogiar os progressos da pessoa.
--	--

Resultados previstos/esperados: A colaboração da pessoa é determinante para o plano de reabilitação. A pessoa deve demonstrar motivação e proatividade no processo de recuperação e compreender a importância da sua participação ativa. É esperado que a pessoa aprenda e implemente os movimentos ensinados para evitar lesões, o que resulta numa maior segurança nas atividades diárias e na mobilização. A mobilização articular vai sendo progressivamente realizada dentro dos limites da pessoa, o que favorece a recuperação da amplitude de movimento e reduz a rigidez articular. É esperado que a pessoa seja capaz de realizar a marcha a três pontos de forma eficaz, o que melhora a estabilidade, segurança e coordenação de movimentos na realização da marcha. O uso de auxiliares de marcha e sapatos adequados deve ser seguido corretamente, contribuindo para uma marcha mais segura. A pessoa deve aprender e aplicar os movimentos musculares e articulares mais adequados, para favorecer o fortalecimento muscular e a recuperação da mobilidade. O cumprimento das orientações irá resultar na melhoria da funcionalidade do membro afetado. É esperado que a pessoa adquira conhecimentos significativos sobre o programa de reabilitação, e que se reflita na adesão e empenho para seguir o mesmo corretamente

Diagnóstico 2: Dor músculo-esquelética presente durante a mobilização do MI afetado

Objetivo: Reduzir a dor músculo-esquelética da pessoa durante a mobilização do membro inferior afetado.

Intervenções:

- Avaliar e monitorizar a dor utilizando a escala numérica de avaliação da dor;
- Orientar a pessoa a manter o alinhamento corporal e posições estáveis;
- Promover a alternância de decúbitos;
- Executar mobilizações passivas ou ativas-assistidas das articulações, respeitando os limites articulares e a tolerância da pessoa (3 séries de 10 repetições);
- Ensinar e praticar exercícios isométricos e isotónicos do membro operado e segmentos livres, conforme os limites articulares e a resistência da pessoa (3 séries de 10

	repetições); - Equilibrar períodos de atividade e descanso para evitar fadiga e cansaço muscular; - Manter o MI afetado elevado; - Aplicar crioterapia no MI afetado; - Reconhecer e valorizar a percepção de dor da pessoa.
Resultados previstos/esperados: A dor deve ser monitorizada regularmente utilizando a escala numérica, e é esperado uma redução progressiva da intensidade da dor, especialmente durante as mobilizações e AVD. A pessoa vai demonstrando um maior controlo sobre a dor, com períodos mais curtos de dor intensa e maior alívio entre as sessões. O alinhamento corporal adequado contribui para uma maior sensação de conforto e previne de complicações musculoesqueléticas adicionais. A alternância de decúbitos vai eficaz na prevenção de lesões por pressão, além de promover o conforto e melhorar a circulação sanguínea. As mobilizações realizadas permitem maior amplitude de movimento das articulações afetadas, com uma redução da rigidez e um aumento progressivo da mobilidade, respeitando os limites e a tolerância da pessoa. É esperado que a pessoa, ao longo do plano de reabilitação, não tenha queixas significativas de dor durante as mobilizações, o que indica uma adaptação positiva ao plano. É esperado que a pessoa tenha uma boa resposta aos exercícios, que demonstre um aumento da força muscular, principalmente no membro operado. A resistência da pessoa melhora, e a fadiga muscular é controlada através de períodos de atividade e de descanso. Manter o membro inferior elevado vai ser eficaz na redução do edema, melhora a circulação sanguínea e alivia o desconforto. A aplicação de crioterapia ajuda a reduzir a dor, proporcionando um alívio imediato, especialmente após os exercícios.	

Diagnóstico 3: Movimento muscular diminuído do MI afetado.

Objetivo: Melhorar a amplitude de movimento e a força muscular do membro inferior afetado.

Intervenções:

- Realizar mobilizações passivas e ativas-assistidas no MI afetado e nas articulações envolventes (3 séries de 10 repetições);
- Aplicar a técnica de mobilização articular ativa-assistida (3 séries de 10 repetições), incluindo:
 - Flexão e extensão dos dedos dos pés;
 - Flexão plantar e dorsiflexão da articulação tibiotársica;
 - Flexão e extensão do joelho (até 90º);
 - Extensão, abdução e adução da articulação coxofemoral sem ultrapassar a linha média;
- Executar exercícios isométricos para os músculos flexores (psoas ilíaco, costureiro, reto anterior e tensor da fáscia lata) e extensores (isquiotibiais e grande glúteo), com 3 séries de 10 segundos cada;
- Estimular a realização autónoma dos movimentos articulares e musculares pela pessoa;
- Supervisionar a execução dos movimentos musculares;
- Averiguar o nível de conhecimento da pessoa sobre técnicas de exercícios musculares e articulares;
- Promover o levante precoce dentro das primeiras 24 horas;
- Monitorizar a amplitude articular e a força muscular (recorrer a escalas de avaliação: *Medical Research Council*);
- Reconhecer os esforços e encorajar a pessoa.

Resultados previstos/esperados: É esperado uma melhoria progressiva na amplitude de movimento das articulações, com o aumento da mobilidade do MI afetado. A execução das mobilizações ajuda a manter a articulação flexível e diminui a rigidez muscular, facilitando a mobilidade da pessoa. A mesma vai conseguindo realizar alguns movimentos articulares

e musculares de forma mais autónoma, com diminuição do apoio necessário com o decorrer do tempo. Esse aumento de autonomia é um indicativo da melhoria da força muscular e coordenação motora, o que aumenta a confiança da mesma nas suas capacidades. A supervisão constante é essencial para garantir a execução correta dos movimentos, evitando lesões e garantindo que os exercícios sejam realizados dentro dos limites da pessoa. O levantar precoce favorece uma recuperação mais rápida e diminuição da atrofia muscular. É esperado que a amplitude articular e a força muscular melhorem progressivamente, de acordo com a avaliação feita pela escala Medical Research Council, o que indica um fortalecimento gradual do membro inferior afetado.

Diagnóstico 4: Equilíbrio corporal comprometido.

Objetivo: Promover o equilíbrio corporal.

Intervenções:

- Avaliar o equilíbrio corporal utilizando uma escala simples de equilíbrio – presente, diminuído ou ausente na posição de sentado: estático e dinâmico e em pé: estático e dinâmico;
- Apoiar a pessoa na promoção do equilíbrio através de técnicas de posicionamento;
- Supervisionar o equilíbrio corporal, incluindo o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e em pé;
- Incentivar a manutenção do equilíbrio corporal;
- Aplicar técnicas de posicionamento e treino para otimizar o equilíbrio corporal;
- Reconhecer e valorizar os progressos da pessoa.

Resultados previstos/esperados: A avaliação do equilíbrio, inicialmente, indica que o equilíbrio está comprometido, especialmente na posição de pé. No entanto, após a intervenção do EEER, é esperado uma melhoria significativa no equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, o que evidencia uma evolução positiva na capacidade de manter a estabilidade corporal. A prática contínua de técnicas de posicionamento ajuda a melhorar a postura e a estabilidade da pessoa e contribui para o fortalecimento do

equilíbrio. A supervisão contínua durante as técnicas de equilíbrio permite identificar as áreas de maior dificuldade, sendo assim possível de corrigir posturas inadequadas e reforçar as técnicas de manutenção do equilíbrio.

Diagnóstico 5: Capacidade de realizar transferências comprometida em grau moderado.

Objetivo: Melhorar capacidade para realizar técnica de transferências.

Intervenções:

- Avaliar a capacidade de autocuidado na realização de transferências;
- Orientar e praticar a técnica de sair do leito pelo lado habitual, garantindo que:
 - O membro operado não ultrapasse a linha média do corpo;
 - Ao sentar no leito, o tronco permaneça ereto, com a flexão da articulação coxofemoral limitada a 90º;
- Ensinar e praticar a técnica de transferência para cadeirão ou sanitário com o auxílio de um andarilho, assegurando que:
 - O MI operado permaneça em extensão antes de se sentar;
 - Uma mão esteja no andarilho e a outra nas barras de segurança;
 - A descida ocorra lentamente, com apoio no MI são e nos membros superiores;
- Supervisionar a pessoa na realização das transferências;
- Incentivar a execução autónoma de movimentos musculares e articulares, incluindo exercícios isotónicos e isométricos no leito e no cadeirão;
- Reconhecer e valorizar os progressos da pessoa.

Resultados previstos/esperados: A avaliação da capacidade para o autocuidado permite identificar as limitações e os pontos fortes da pessoa na realização das transferências, proporcionando uma melhor compreensão das suas necessidades e ajustando as intervenções de acordo com o seu nível de independência. A pessoa passa a executar a técnica de sair do leito de maneira mais segura e controlada, com a proteção do membro operado. A manutenção da postura correta contribui para a prevenir lesões e proporciona mais conforto na realização de transferências. A supervisão contínua durante as transferências permite que a pessoa seja corrigida quando necessário, garantindo uma execução mais segura e eficiente. Ao incentivar a execução autónoma dos exercícios, a pessoa demonstra um aumento na capacidade de realizar os movimentos articulares, melhorando a força muscular e a amplitude de movimento, o que contribui para uma recuperação mais rápida e eficaz.

Diagnóstico 6: Andar com auxiliar de marcha comprometido.

Objetivo: Melhorar a capacidade da pessoa para utilizar o auxiliar de marcha de forma segura e eficaz.	Intervenções: - Avaliar e treinar o equilíbrio: na posição de sentado e ortostático (estático e dinâmico); - Orientar e avaliar a adaptação do domicílio para a utilização de auxiliares de marcha; - Ensinar cuidados necessários com o auxiliar de marcha, como o ajuste à altura da pessoa e a verificação de sinais de desgaste; - Instruir e praticar a técnica de levantar e sentar utilizando o andarilho, garantindo: • A extensão do membro operado. • O apoio nos membros superiores e no membro não operado. - Avaliar Marcha recorrendo a instrumentos de avaliação – <i>Timed up and Go test</i>; - Avaliar a marcha, tendo em consideração a distância
--	---

	percorrida e o tempo necessário; - Ensinar e treinar a técnica de marcha a três pontos com andarilho em superfícies planas, seguindo os passos: • Deslocar o andarilho cerca de 15-20 cm. • Mobilizar o membro operado. • Mobilizar o membro não operado até igualar o anterior, sem ultrapassá-lo ou ao andarilho. - Demonstrar e praticar a técnica de inversão do sentido de marcha, preferencialmente para o lado operado, evitando rotações internas ou externas do membro operado ao virar o tronco; - Realizar reeducação ao esforço, promovendo a consciencialização e a coordenação dos tempos respiratórios, com pausas durante a marcha; - Reconhecer e reforçar os progressos da pessoa.
Resultados previstos/esperados: A avaliação e o treino contínuo do equilíbrio nas diferentes posições melhoram a estabilidade da pessoa, contribuindo para a redução do risco de queda e o aumento da confiança ao realizar as atividades diárias. A adaptação adequada do ambiente do domicílio para o uso de auxiliares de marcha permite que a pessoa se movimente de forma mais segura em casa, reduzindo obstáculos e melhorando a mobilidade com o apoio necessário. Ensinar o uso correto do auxiliar de marcha e a manutenção adequada, como o ajuste da altura, garante uma utilização segura e eficaz, prevenindo lesões ou quedas decorrentes do mau funcionamento do equipamento. O treino da técnica correta de levantar e sentar, com a devida atenção à posição do membro operado e ao uso dos membros superiores para apoio, ajuda a evitar movimentos inadequados, protegendo a pessoa de possíveis lesões e promove uma mobilidade mais segura e confortável. A aplicação do <i>Timed Up and Go Test</i> permite avaliar a capacidade funcional da pessoa, a mobilidade e o risco de quedas, possibilita ajustes no plano de intervenção para melhorar a eficácia do movimento e a segurança. A avaliação da marcha, com foco na distância e no tempo, permite monitorizar o progresso da pessoa, ajudando a identificar as dificuldades e promovendo os ajustes necessários no treino para otimizar a	

marcha e reduzir o risco de queda. O ensino da técnica de marcha a três pontos com andador, com o devido foco na sequência correta de movimentos, contribui para melhorar a mobilidade e a confiança da pessoa, promovendo uma marcha mais estável e segura. A prática da inversão de marcha, especialmente para o lado operado, com o cuidado de evitar rotações inadequadas, melhora a coordenação motora e a segurança durante o movimento, promovendo uma marcha mais fluida e sem risco de lesões. A reeducação ao esforço, com a coordenação dos tempos respiratórios durante a marcha e pausas regulares, contribui para melhorar a resistência física e a capacidade de deambular por períodos mais longos sem cansaço excessivo.

Diagnóstico 7: Alto risco de queda presente.

Objetivo: Reduzir o risco de queda da pessoa.

Intervenções:

- Identificar o risco de queda com recurso à escala de quedas de Morse;
- Promover a organização e otimização do ambiente físico para maior segurança;
- Orientar sobre a manutenção adequada dos auxiliares de marcha, a utilização de sapatos fechados com sola antiderrapante e a importância do apoio durante a marcha;
- Implementar medidas de segurança para prevenir quedas;
- Avaliar o equilíbrio da pessoa nas posições sentada e ortostática, tanto estática como dinâmica;
- Realizar treino de equilíbrio ortostático dinâmico, reforçando a técnica e corrigindo a postura;
- Supervisionar a técnica de marcha com andador, oferecendo apoio subaxilar quando necessário e mantendo uma cadeira de rodas por perto como medida de segurança;
- Avaliar a coordenação motora da pessoa;
- Reconhecer e reforçar os progressos alcançados.

Resultados previstos/esperados: A identificação precoce dos riscos específicos permite a implementação de estratégias de prevenção mais eficazes, ajudando a minimizar as quedas. A organização do ambiente físico contribui para a criação de um espaço mais seguro e adaptado às necessidades da pessoa, reduzindo significativamente o risco de quedas. A utilização correta dos auxiliares de marcha e sapatos adequados garante maior segurança durante a mobilização, diminuindo o risco de quedas. A implementação de medidas de segurança eficazes ajuda a evitar quedas, criando um ambiente mais seguro para a pessoa. A avaliação detalhada do equilíbrio permite intervenções mais personalizadas, que podem melhorar a estabilidade da pessoa e reduzir o risco de quedas. A prática do equilíbrio dinâmico melhora a estabilidade e a postura da pessoa durante os movimentos, resultando em mais segurança e confiança na marcha. A supervisão constante e o apoio subaxilar garantem uma marcha mais segura, minimizando o risco de quedas, e a presença de uma cadeira de rodas como medida de segurança também contribui para a proteção. A avaliação da coordenação motora permite identificar dificuldades específicas, possibilitando a implementação de intervenções que podem melhorar a mobilidade da pessoa.

O reconhecimento dos avanços da pessoa promove maior motivação, incentivando a adesão contínua ao processo de reabilitação e resultando em melhores resultados funcionais.

Tabela 3- Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a tratamento cirúrgico por fratura do fémur

6.4. APÊNDICE IV- Folheto informativo: Fratura do fémur – Cuidados pós-cirúrgicos

Internamento 2.3 - Ortopneumatologia

FRATURA DO FÉMUR

Cuidados Pós-Cirúrgicos



INFORMAÇÃO PARA O/A UTENTE E FAMÍLIA

Elaborado por: Estudante de ER Beatriz Neves

Data: Dezembro de 2024

FRATURA DO FÉMUR

O fémur é o osso mais longo do corpo humano e une a articulação da anca à articulação do joelho.

A fratura do fémur é das fraturas mais comuns, ocorrendo principalmente no colo (próximo da anca), mas também pode ocorrer ao longo do osso (diáfise) ou mais perto da articulação do joelho.

Uma fratura é a interrupção total ou parcial da continuidade de um osso e a gravidade do trauma pode variar muito.



Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados a pessoas com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

FRATURA DO FÉMUR

Este folheto é dirigido a si, que acabou de ser operado ao fémur.

Tem como objetivo facilitar o seu processo de adaptação às novas circunstâncias e oferecer algumas recomendações e conselhos para melhorar a sua mobilidade.

Seguindo estes conselhos práticos é possível diminuir o risco de complicações no pós-operatório.

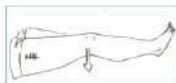


PRETENDE-SE COM O TRATAMENTO CIRÚRGICO, O ALÍVIO DA DOR, A RECUPERAÇÃO DA MOBILIDADE E DA MARCHA!

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados a pessoas com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

CONSELHOS PRÁTICOS

- Puxe os dedos do pé para si e depois para baixo;
- Contraia o músculo das nádegas (aperte-as bem uma contra a outra);
- Empurre o joelho contra a cama como se estivesse a fazer força contra o colchão;
- Levante a bacia (dobre a perna não operada, faça força no calcanhar e nos cotovelos e levante as nádegas);



Faça estes exercícios 4 a 5 vezes por dia e aumente todos os dias a frequência mediante a sua tolerância.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados a pessoas com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

CONSELHOS PRÁTICOS

ENTRAR NA CAMA

- Encoste as nádegas à beira da cama, e sente-se;
- Com a ajuda dos braços, chegue-se mais para dentro da cama;
- Rode a bacia e as pernas para o meio da cama;



SAIR DA CAMA

- Chegue o corpo para a beira da cama, do lado operado;
- Sente-se na cama, apoiando os braços e ao mesmo tempo rode a bacia e as pernas para fora da cama;

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados a pessoas com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

CONSELHOS PRÁTICOS

PARA SE SENTAR

- Sente-se numa cadeira de assento alto com apoio de braços (para que a anca fique ao mesmo nível que os joelhos), mantendo os pés e os joelhos ligeiramente afastados;
- Utilize alçador de sanita de 10 a 15cm;



NO CARRO

- Para entrar: sente-se primeiro e depois passe uma perna de cada vez para dentro;
- Para sair: tire uma perna de cada vez e depois levante-se;

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

CANADIANAS / ANDARILHO

MODO DE UTILIZAÇÃO

De acordo com a sua estatura, ajuste corretamente a altura da canadiana/andarilho.

Posicione as canadianas ao lado do corpo, avance primeiro com as canadianas/andarilho, depois mova a perna operada, seguida pela perna não operada;

Para mudar de direção deve virar para o lado da perna operada;

Se utilizar apenas uma canadiana, posicione-a no lado oposto à perna operada.



Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

USO DE ESCADAS

Utilize sempre que possível o corrimão!

Subir

1º a perna não operada;

2º a perna operada;

3º as canadianas para o mesmo degrau;

Descer

1º descem as canadianas;

2º a perna operada;

3º a perna não operada;



Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

SINAIS DE ALERTA

- Inchaço nos dedos dos pés;
- Mudança na cor das pernas ou dos pés (fiquem azulados ou muito pálidos);
- Alteração na temperatura das pernas ou dos pés (fiquem muito quentes ou frios ao toque);
- Sensação de formigamento ou queimadura nas pernas ou nos pés;
- Dor forte que aparece de repente;
- Deformidade na perna (como estar virada para fora ou parecer mais curta que a outra);



DIRIJA-SE A UMA URGÊNCIA HOSPITALAR

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamento, transferência e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

RECOMENDAÇÕES GERAIS	NOTAS
• Aplique gelo 2 a 3 vezes ao dia, durante 30 minutos; • Evite molhar o penso; • Se o penso estiver sujo e a pele estiver quente, recorra ao serviço de urgência; • Durante o dia intercale momentos de descanso com pequenas deslocações; • Use andarilho, canadianas ou bengala para aumentar a sua confiança e segurança ao caminhar; • Tenha sempre um telemóvel à mão;	
Ordem dos Enfermeiros (2019). Guia orientador de boas práticas: Cuidado à pessoa com alteração da mobilidade - Posicionamento, transferência e meio de deslocação. Ordem dos Enfermeiros.	LOCALIZAÇÃO: Edifício Central - piso 2 CONTACTOS: Internamento 2.3 -

6.5. APÊNDICE V - Folheto informativo: Prevenção de quedas no domicílio

Internamento 2.3 - Ortopneumatologia

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO



INFORMAÇÃO PARA O/A UTENTE E FAMÍLIA

Elaborado por: Estudante de ER Beatriz Neves

Data: Novembro de 2024

FATORES DE RISCO

- Alterações visuais
- Alterações de equilíbrio
- Diminuição dos reflexos
- Diminuição da força das mãos
- Fraqueza muscular — Membros Inferiores
 - Alterações na marcha
 - Dor nos Membros Inferiores
 - Piso escorregadio
 - Calçado inadequado
 - Iluminação inadequada
 - Medicação

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda de Adultos em Cuidado Hospitalar*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-de-adulto-em-cuidado-hospitalar.pdf>

PARA PREVENIR QUEDAS

Utilize calçado fechado e confortável.



Evite tropeçar em sua casa: remova todos os tapetes e mantenha os caminhos livres de obstáculos.



No quarto, coloque um candeeiro próximo à cama, utilize luzes de presença e opte por cadeiras/cadeirões com apoios laterais.



Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda de Adultos em Cuidado Hospitalar*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-de-adulto-em-cuidado-hospitalar.pdf>

PARA PREVENIR QUEDAS

Mantenha a casa de banho bem iluminada e coloque barras de apoio ou uma cadeira ou um banco no duche/banheira.



Pedir ajuda se não conseguir levantar-se ou caminhar sozinho.



Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda de Adultos em Cuidado Hospitalar*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-de-adulto-em-cuidado-hospitalar.pdf>

PARA PREVENIR QUEDAS

Conhecer o efeito dos medicamentos que toma.



Tenha sempre um telemóvel à mão.



Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda de Adultos em Cuidado Hospitalar*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-de-adulto-em-cuidado-hospitalar.pdf>

PARA PREVENIR QUEDAS	NOTAS
Evite pisos molhados, atente-se!  Não utilize armários altos. Prefira armários baixos e de fácil acesso. Na sua casa: coloque corrimão fixo na parede para vocês se apoiar!  https://saugens.com/prevencao-de-quedas/	LOCALIZAÇÃO: Edifício Central - piso 2 CONTACTOS: Internamento 2.3 -

6.6. APÊNDICE VI - Relato de caso clínico: Reeducação Funcional Motora no idoso com fratura do fémur: Intervenção da Enfermagem de Reabilitação



2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

**REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÉMUR:
INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Elaborado por: Beatriz Neves nº 2023045

Enfermeiro Supervisor: Hugo Barros

Professora Orientadora: Mestre Sandy Severino

Barcarena

novembro de 2024

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório.”

Beatriz Neves – novembro 2024 – ESSATLA

2

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD – Atividades de Vida Instrumentais Diárias

ALLEA – All European Academies

AVD – Atividades de Vida Diárias

CARE – CAse REport

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DMNID - Diabetes Mellitus Não Insulino-Dependente

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

FEPP - Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

GCS – Glasgow Coma Scale

IMC – Índice de Massa Corporal

MFR – Medicina Física de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council Muscle Scale

MS – Membros Superiores

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RX – Radiografia

SPMER – Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

TAC – Tomografia Computorizada

TAC CE – Trauma Cranioencefálico

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UPP – Úlcera Por Pressão

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Índice

INTRODUÇÃO	8
MATERIAIS E MÉTODOS	12
APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	14
Focos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	23
RESULTADOS.....	26
DISCUSSÃO	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÊNDICES	37
APÊNDICE I - Folheto informativo “Fratura do Fémur - Cuidados Pós-Cirúrgicos”	38
APÊNDICE II – Folheto informativo “Prevenção de Quedas no domicílio”.....	43

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de Fraturas	9
------------------------------------	---

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 - Cronograma relativo ao período de implementação das intervenções planeada...	19
Tabela 2 - Plano de Cuidados de ER à pessoa submetida a tratamento cirúrgico após fratura transtrocanterica do fémur	22
Tabela 3 - Avaliação do Risco de Desenvolver UPP	25
Tabela 4 - Avaliação do Equilíbrio Corporal.....	25
Tabela 5 - Avaliação da Independência Funcional com recurso à MIF	26

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RESUMO

Introdução: A fratura do fémur em pessoas idosas é uma condição debilitante que compromete a autonomia, o equilíbrio e a mobilidade.

Objetivo: Avaliar os resultados da intervenção da Enfermagem de Reabilitação na recuperação funcional de um idoso submetido a tratamento cirúrgico após fratura do fémur.

Metodologia: Para a realização deste relato de caso clínico utilizaram-se diversas metodologias, incluindo a análise de documentos clínicos, observação direta, entrevistas e avaliações diárias com escalas específicas, seguindo as diretrizes do CAsE REport e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Resultados: O plano de Enfermagem de Reabilitação aplicado à pessoa idosa submetida a tratamento cirúrgico após fratura do fémur demonstrou melhorias significativas na força muscular, controlo da dor, equilíbrio e execução de Atividades de Vida Diárias, refletindo-se positivamente na qualidade de vida da pessoa. Contribuiu também para a prevenção de complicações decorrentes da imobilidade e reduziu o tempo de hospitalização.

Conclusão: O plano de Enfermagem de Reabilitação, baseado no ensino, treino, demonstração e supervisão, capacitou a pessoa para alcançar o máximo de independência funcional, facilitando a sua transição para o domicílio e destacando a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia e qualidade de vida em casos similares.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem de Reabilitação, fratura do fémur, idoso.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INTRODUÇÃO

As quedas ocorrem quando há desequilíbrios ou dificuldades em recuperar dos mesmos. Embora possam afetar pessoas de todas as idades, a população idosa é a mais vulnerável, apresentando maior prevalência de riscos e consequências associadas às quedas (Decreto-Lei n.º 1400-A/2015, 2015).

As quedas caracterizam-se como um problema sério de saúde pública, que muitas vezes necessita de intervenção médica. De acordo com o Decreto-Lei n.º 1400-A/2015 (2015) “A literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência” (p.6).

Entre 28% e 35% das pessoas com 65 anos ou mais experienciam quedas anualmente, com a percentagem a elevar-se para os 32% a 42% entre os que têm mais de 70 anos (Decreto-Lei n.º 1400-A/2015, 2015).

Ademais, a frequência de quedas é superior entre as pessoas que residem em lares comparativamente às que vivem na comunidade. Estima-se que entre 30% e 50% das pessoas que vivem em instituições de cuidados prolongados sofram pelo menos uma queda anualmente, e cerca de 40% dessas experienciem múltiplas quedas (Decreto-Lei n.º 1400-A/2015, 2015).

Estes incidentes estão associados a um considerável nível de doenças e mortes e representam um dos principais motivos de hospitalização. O impacto das quedas é extenso e afeta não apenas a pessoa, mas também as suas famílias e a sociedade como um todo, pois implica custos elevados para os serviços de saúde (Decreto-Lei n.º 1400-A/2015, 2015).

As quedas podem resultar em declínio mental e físico, afetando negativamente a qualidade de vida, o bem-estar e a capacidade de realizar atividades diárias e instrumentais de forma independente (Pires et al., 2019).

Devido à alteração no perfil demográfico em Portugal, marcado pelo envelhecimento da população e pela redução das taxas de natalidade, é essencial ajustar os cuidados prestados ao longo da vida, priorizando os cuidados especializados na terceira idade, onde a enfermagem de reabilitação pode e deve desempenhar uma contribuição importante (Pires et al., 2019).

Swift & Iliffe (2014) dizem-nos que:

existem alguns fatores de risco que poderão contribuir para as quedas em idosos, nomeadamente: histórico de quedas; instabilidade postural; problemas de mobilidade;

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

problemas de equilíbrio; problemas de continência; comprometimento cognitivo; problemas de saúde; medicação; síndrome da síncope; e deficiência visual.

Constata-se que alterações no equilíbrio, continência urinária e cognição, são determinantes para ocorrência de quedas nos idosos (p.92).

As lesões mais significativas resultantes de quedas incluem as fraturas da anca, traumatismos cranianos e lesões nos membros superiores (Decreto-Lei n.º 1400-A/2015, 2015).

“Uma fratura é a quebra parcial ou total da continuidade e integridade anatômica de um osso ou cartilagem causada por uma força direta, indireta ou por um processo patológico” (Soares, 2019, p.29).

A fratura da extremidade proximal do fêmur (FEPPF) é definida como:

todas as fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado proximalmente pelo limite inferior da cabeça do fêmur e distalmente por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocanter (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003, p.7).

Organizam-se em três grupos, nomeadamente:

- Colo – Entre a cabeça e a área trocantérica e subdividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais.
- Trocantéricas/Transtrocantéricas – Localizam-se na região delimitada superiormente pela linha intertrocantérica e inferiormente pelo limite distal do pequeno trocanter.
- Subtrocantéricas – Localizam-se na região que se estende do limite inferior do pequeno trocanter até um nível de 5cm abaixo desse ponto (Oliveira, 2019).



Figura 1 – Tipos de Fraturas

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008).

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Com maior especificidade, a fratura transtrocanterica localiza-se entre o grande e o pequeno trocanter do fêmur proximal, na transição entre o colo femoral e a diáfise. Esta área, com denso trabeculado ósseo, é fundamental para a distribuição de carga ao membro inferior. Predominantemente em idosos, esta tipologia de fratura corresponde à maior parte das lesões que ocorrem no fêmur proximal e têm registado um aumento significativo nos últimos anos (Sousa & Carvalho, 2023). Decorrem de traumas de baixa intensidade, afetando predominantemente mulheres, numa proporção de 3:1 em relação aos homens (Pozzi et al., 2011).

Após o trauma, a pessoa sente dor e tem dificuldade na deambulação. A dor é sentida na região superior da coxa e intensifica-se durante a flexão ou rotação da anca (Sousa & Carvalho, 2023). Sob o ponto de vista clínico, verifica-se um encurtamento do membro afetado e uma deformidade com rotação externa, em comparação com o lado contralateral (Sousa & Carvalho, 2023).

O diagnóstico destas fraturas é realizado por meio de radiografias (RX). Em caso de dúvida, por exemplo, numa pessoa com antecedentes de queda, limitação funcional e dor, pode-se recorrer à cintigrafia óssea, tomografia computadorizada (TAC) ou ressonância magnética (Pozzi et al., 2011).

A abordagem mais recomendada é o tratamento cirúrgico, com o objetivo de proporcionar uma fixação interna estável e facilitar a mobilização e levante precoce da pessoa (Sousa & Carvalho, 2023). As placas com parafusos de compressão e as hastes intramedulares para fêmur proximal são os materiais mais comuns para o efeito (Sousa & Carvalho, 2023).

Segundo Pozzi et al., (2011) para o sucesso do tratamento cirúrgico, é fundamental realizar uma escolha adequada do implante, assegurar uma redução precisa dos fragmentos fraturados e seguir uma técnica cirúrgica rigorosa na implantação do material. Opta-se por tratamento conservador e monitorização regular da pessoa caso a mesma não esteja apta para realizar uma cirurgia ou em situações de fratura incompleta ou não evidente.

Fraturas desta natureza em pessoas idosas é sempre um evento além de complexo e traumático, perturbador, visto que desencadeia perda da funcionalidade, muitas vezes, incapaz de retornar ao nível de independência que tinham antes de fratura, como também o aumento da morbilidade e mortalidade.

Perante esta condição, o repouso e a imobilidade no leito afetam significativamente os idosos, na medida em que diminui a força muscular, desencadeia alterações osteoarticulares, torna a pessoa mais suscetível a infeções respiratórias, hipotensão ortostática aquando do levante, Beatriz Neves – novembro 2024 – ESSATLA 10

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

aparecimento de úlceras de pressão, falta de empenho e motivação na sua recuperação (Oliveira, 2019). Por essa razão, a mobilização e a reabilitação precoce são pilares fundamentais no planeamento dos cuidados de enfermagem ao idoso com fratura transtrocanterica do fêmur (Oliveira, 2019).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) revela-se assim, fundamental, dado que suas competências específicas são direccionadas para promover a independência funcional, capacitar para o autocuidado e melhorar a qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Assim sendo, para organizar de forma mais estruturada o presente trabalho escrito, foram definidas algumas questões orientadoras que se espera responder ao longo deste estudo de caso. Estas incluem: O que ocorreu? Quem foi afetado? De que forma? Por que motivo? Que problemas foram identificados e quais são as alternativas para resolvê-los? E que sugestões a Enfermagem de Reabilitação (ER) apresenta para superar esses desafios?

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

MATERIAIS E MÉTODOS

Um relato de caso clínico é uma forma de investigação narrativa amplamente usada na área da saúde, visto que permite a análise de situações complexas e a reflexão sobre a prática clínica. (Galdeano et al., 2003). Assim, com base nas melhores evidências científicas, possibilita ao EEER fornecer cuidados mais direcionados, fundamentando as suas intervenções.

O estudo segue as diretrizes do CAse REport (CARE) para a elaboração de relatos de casos e aborda os cuidados de ER após fratura transtrocantérica do fêmur. A metodologia inclui a colheita de dados pessoais e de saúde, a identificação de diagnósticos de enfermagem considerando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e a Ontologia de Enfermagem, intervenções tendo por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação, os resultados atingidos e, por fim, as conclusões do estudo.

A par com a importância da investigação em enfermagem para o desenvolvimento da prática baseada em evidências e para uma prática de qualidade e excelência, é também pilar fundamental para os diferentes casos clínicos seguir os princípios éticos, como o consentimento livre e esclarecido (Deodato, 2022).

A Declaração de Helsínquia, adotada pela Associação Médica Mundial, estabelece princípios éticos fundamentais para a investigação envolvendo seres humanos, sublinhando a necessidade de respeitar os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes (World Medical Association, 2013). Entre os seus pilares está o consentimento informado, que deve ser obtido antes de qualquer participação no estudo, garantindo que a pessoa compreenda plenamente os objetivos, os riscos e os benefícios envolvidos.

Além disso, o Código Europeu de Conduta para a Integridade na Investigação, desenvolvido pela ALLEA (All European Academies), reforça a importância da transparência, do respeito pela autonomia do participante e da proteção de dados pessoais (ALLEA, 2017).

Estes documentos possibilitam uma conduta ética rigorosa na investigação, assegurando que a pessoa esteja informada e que se envolva de forma voluntária.

Assim, a pessoa foi devidamente informada sobre a realização do presente relato de caso e autorizou o seu seguimento. Garantiu-se o anonimato, com total respeito pelos seus direitos e pela confidencialidade das informações.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Como complementaridade à ética profissional, surge o código deontológico como um pilar essencial para a prática dos enfermeiros e nele enunciam-se os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como as responsabilidades que a profissão assumiu. O código deontológico dos enfermeiros assenta em cinco princípios gerais, tais como a autonomia, a justiça, a fidelidade, a beneficência e o da não-maleficência (Lei nº 156/2015, 2015).

O autocuidado é um resultado que responde de maneira significativa aos cuidados de enfermagem, contribuindo positivamente para a promoção da saúde e bem-estar (Santos, Ramos & Fonseca, 2017). Este processo concede tanto à pessoa como à família a possibilidade de adquirir e desenvolver competências para cuidar da sua própria saúde e recuperar de forma autónoma e eficaz após um acidente ou doença, assumindo também a responsabilidade pelo mesmo.

É, então, responsabilidade do EEER garantir o autocuidado como base e auxiliar no processo de integração da pessoa à sua nova realidade e na reabilitação das suas capacidades, conduzindo um plano de reabilitação tendo em conta as necessidades da pessoa previamente identificadas, de forma a obter os resultados esperados “promovendo estratégias adaptativas com o objetivo de tornar a pessoa com o máximo de independência possível” (Ribeiro, 2021, p. 74).

Independentemente do motivo pelo qual a pessoa apresenta compromisso no sistema músculo-esquelético, a intervenção do EEER, nos diversos contextos da prática, tem enfoque principalmente ao nível do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional e da prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

Assim sendo, a intervenção do EEER no internamento foca-se no ensino à pessoa e à família/cuidador, procura reduzir a ansiedade, melhorar a adesão ao plano de reabilitação e promover uma recuperação mais rápida, com tempo de internamento reduzido.

Para o caso clínico que irei abordar foi implementado um programa de reeducação funcional respiratória (RFR) e motora (RFM), embora este trabalho escrito se concentre principalmente na vertente motora.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÉMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

O presente caso foi realizado numa instituição hospitalar na grande área de Lisboa, num serviço de internamento dedicado à área da Ortopedia, com foco na prestação de cuidados especializados à pessoa, tendo em conta as suas necessidades. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros generalistas e um EEER, envolvendo a Ortopedia, Anestesiologia, Medicina Interna, a Medicina Física e de Reabilitação (MFR) – incluindo a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional - a Nutrição, a Farmácia Clínica e o Serviço Social. São utilizados os registos padronizados pela CIPE, o que facilita o planeamento de cuidados individualizados e a tomada de decisões seguras por parte dos enfermeiros especialistas. A maioria das pessoas de traumatologia atendidas nesta unidade apresenta diagnóstico de fratura, sendo os casos mais frequentes decorrentes de quedas, acidentes de trabalho ou acidentes de viação. Entre as pessoas admitidas por quedas, destaca-se a faixa etária com mais de 65 anos e frequentemente diagnosticadas com fratura do fémur.

O caso clínico que irei apresentar decorreu durante 10 dias, desde a admissão no serviço de internamento até ao domicílio. A pessoa envolvida foi designada por “Sr.ª L.”, salvaguardando a confidencialidade dos dados e anonimato da mesma. A Sr.ª L. foi informada dos direitos na participação do estudo e foi obtido o consentimento livre e esclarecido antes da colheita de dados.

COLHEITA DE DADOS

Identificação: Sr.ª L. de 88 anos de idade, do sexo feminino, viúva há três anos, tem dois filhos ativos profissionalmente. Residente em lar. Previamente dependente em grau reduzido, realizava marcha sem auxiliares, mas acompanhada. Quanto às Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD) apenas era capaz de utilizar o telemóvel, as restantes como o ir às compras, limpar, cozinhar, utilizar transportes, não necessitava visto que residia num lar. Quem geria o seu dinheiro era os seus filhos.

História Clínica: A Sr.ª L. foi admitida neste serviço após queda da própria altura enquanto realizava os seus cuidados de higiene sozinha no lar onde residia, com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e trauma da bacia à direita. Encaminhada para o Serviço de Urgência, realizou exames complementares de diagnóstico - RX e TAC da bacia e coxofemoral direita - que confirmaram fratura transtrocanterica femoral à direita com um fino traço de fratura que se prolongava para o terço proximal posterior da diáfise femoral, globalmente alinhados.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Realizou ainda TAC CE que não revelou alterações agudas. Após estabilidade hemodinâmica foi transferida para o internamento com indicação cirúrgica, a aguardar data para a mesma.

Antecedentes Pessoais: Osteoporose, Carcinoma mamário bilateral com mastectomia, Rim único, Hipotireoidismo, Adenoma da Paratiróide, Doença Arterial Periférica, Transtorno Depressivo - Ansiedade, Diabetes Mellitus Não Insulino-dependente (DMNID).

Medicação no domicílio: AAS, Bioflavonoides, Ceregunil, Vitamina B12, Duloxetina, Levotiroxina, Metformina+sitagliptina, Mirtazapina, Omeprazol, Quetiapina, Trazadona.

Alergias medicamentosas: Nega.

Encontrava-se com 45kg, com 1.55m de altura, resultando num IMC (Índice de Massa Corporal) normal de 18,73kg/m².

No dia da sua admissão no serviço, apresentava períodos de consciência plena, orientada no tempo e no espaço. GCS (Glasgow Coma Scale) - 15. Comunicativa à abordagem. Apresentava-se emagrecida, com mucosas descoradas, sem lesões de integridade cutânea. Eupneica com SpO2 periféricas de 98% a ar ambiente e com 15 ciclos respiratórios por minuto, respiração de predomínio torácico. Normotensa, normocárdica e apirética. Apresentava grau de dependência grave, score de 25/100, avaliado na escala de Barthel, pois não conseguia permanecer de pé, o que impossibilitava a realização das Atividades de Vida Diárias (AVD). Encontrava-se muito receosa e pessimista quanto ao seu diagnóstico e recuperação e, nesse sentido, foram úteis os dias prévios à cirurgia. Conforme evidenciado em estudos recentes, a intervenção do EEER no pré-operatório é essencial – consiste na identificação de fatores que possam determinar o sucesso de um programa de reabilitação relacionado com os seus antecedentes pessoais, progressos obtidos durante a reabilitação, o controlo eficaz da dor e da mobilização ao longo do dia, o receio das quedas, a fadiga e a falta de empenho (Antunes et al., 2023). Foi também incentivada a necessidade de suplementação calórica e proteica adequada.

Sousa & Carvalho (2023) defendem que deve ser realizado o seguinte plano nos dias prévios à cirurgia:

- Reeducação funcional respiratória através de técnicas e exercícios respiratórios;
- Contrações isométricas de abdominais, glúteos e quadríceps por 5 a 6 segundos ajudam a reduzir o edema e a fortalecer o membro fraturado, sem causar fadiga;
- Exercícios isotónicos com mobilização ativa livre, assistida e resistida dos membros não afetados;

Beatriz Neves – novembro 2024 – ESSATLA

15

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Reforço dos membros superiores e do membro inferior não afetado, com a realização de movimentos articulares, incluindo dorsiflexão e flexão plantar bilaterais na articulação tibiotársica, flexão e extensão da articulação coxofemoral associadas à flexão e extensão do joelho, bem como abdução e adução da coxofemoral.

- Fortalecimento dos músculos abdominais e dos membros superiores por meio de exercícios específicos, como abdominais e o exercício da ponte.

A Sr.^a L. seguiu este plano com sucesso, o que contribuiu significativamente para a sua recuperação no período pós-operatório.

Quatro dias após a admissão no serviço de internamento, a Sr.^a L. foi submetida a intervenção cirúrgica, onde foi realizada redução fechada e osteossíntese com cavilha cefalomedular curta sob anestesia locorregional. Intervenção que decorreu sem intercorrências. Retornou ao serviço de internamento após ter recebido alta clínica da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). Consciente, sem alterações hemodinâmicas e algaliada por queixas à mobilização. Apresentava penso operatório simples na região lateral da coxa à direita, externamente limpo e seco. O membro inferior operado sem sinais de compromisso neurocirculatório.

A Sr.^a L. realizou RX controlo à bacia, que confirmou a posição correta da cavilha, o alinhamento adequado dos fragmentos ósseos e ausência de desvio ou desalinhamento. Deu-se início ao planeamento da alta, com orientações para a mobilização gradual e aplicação de carga o mais célere possível.

Procedeu-se a uma avaliação inicial no primeiro dia do pós-operatório para delinear os diagnósticos e intervenções subsequentes de ER. Para atingir os objetivos pretendidos, o EEER utiliza instrumentos de avaliação confiáveis, válidos, sensíveis e práticos, que orientam o processo de reabilitação da pessoa.

Durante o todo o período de internamento, a pessoa manteve-se vigil, com orientação na pessoa, tempo e espaço. Foi realizada avaliação neurológica sensitiva, não apresentando alterações na propriocepção (avaliado através do posicionamento de diversos segmentos corporais de olhos fechados), sensibilidade tátil mantida (avaliada com compressa), sensibilidade térmica mantida (avaliado com a água, conseguindo verbalizar se sentia frio ou quente ao toque) e sensibilidade dolorosa mantida (avaliado com clip e estímulo doloroso).

Para avaliar a funcionalidade, foi utilizado o Índice de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF). A MIF inclui 18 itens em áreas como o cuidado pessoal, mobilidade e

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

cognição-social, sendo que a pontuação mínima é de 18 e a máxima é de 126. A partir da pontuação 81 tem indicação para ter alta hospitalar e encaminhada para ambulatório. O Índice de Barthel avalia a capacidade funcional em 10 atividades básicas, com pontuação de 0 a 100. A evolução favorável é um aumento de 5 pontos semanais (Palma, 2021). No primeiro dia pós-operatório a Sr.^a L. apresentava um Índice de Barthel de 25/100 e pela MIF uma pontuação de 54 pontos, o que evidenciava dependência total nos autocuidados, mobilidade e locomoção, visto que ainda não era capaz de realizar levantar. Com necessidade de assistir na alimentação e no beber, se ajustada a posição da cama.

A Escala de Ashworth foi utilizada para avaliar o tônus muscular, tendo sido registado grau 0 nos membros superiores e inferiores, o que indica que a senhora apresentava tônus muscular normal. Coordenação dos membros superiores (MS) mantida, avaliada por meio de prova dedo-nariz. Foi também avaliado o risco de queda pela Escala de Morse, tendo apresentando alto risco de queda (60/125 pontos) e avaliado o risco de úlcera de pressão (UPP) pela Escala de Braden, tendo resultado em alto risco de desenvolvimento de UPP (14 pontos).

Com o decorrer do plano de reabilitação estabelecido, a Sr.^a L. melhorou a sua autonomia para a realização das AVD, tanto o seu estado geral como funcional. Iniciou o plano de reabilitação às 24h de pós-operatório e às 48h de pós-operatório foi desalgaliada e iniciou levantar. No primeiro dia, o levantar foi realizado com ajuda total. Contudo, a partir do segundo dia, passou a ser possível efetuar o levantar com apoio de apenas uma pessoa. Geralmente, a Sr.^a L. tolerava permanecer no cadeirão por cerca de 3 horas e regressava ao leito após o almoço. Visto que a Sr.^a L. já apresentava algumas comorbidades como Osteoporose e algum grau de dependência, foi necessário ir mantendo expectativas realistas.

Os cuidados do EEER e da MFR foram realizados diariamente no período das manhãs, paralelamente aos cuidados gerais prestados pela restante equipa de enfermagem, sendo que o tempo de cada intervenção podia variar, dependendo da necessidade da pessoa. Os cuidados de EEER foram realizados durante 30 a 60 minutos e as sessões de MFR geralmente tinham uma duração de 30 a 40 minutos.

Os objetivos traçados para o plano de reabilitação da pessoa com alterações da mobilidade, baseiam-se na sua situação atual e no estilo de vida anterior.

Segundo Hoeman (2000) pretende-se

- prevenir as complicações associadas à diminuição ou ausência de movimento,
- aumentar a força muscular e a mobilidade, manter e aumentar a independência em
- atividades que exigem desempenho motor; prevenir as lesões ou traumatismos durante

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

a atividade, usar corretamente os dispositivos compensatórios, se for caso disso, ajustar-se e adaptar-se à mobilidade alterada, participar em atividades sociais e ocupacionais, compreender as intervenções específicas relacionadas com o compromisso de mobilidade (p.268).

Diariamente era tido em conta o valor de hemoglobina (oscilou entre 11,0 – 13,0g/dL) para avaliar a capacidade da pessoa em tolerar o levantar de forma segura, não tendo sido necessário recorrer a transfusões ou suplementação. Além disso, utilizava-se a escala numérica para avaliação da dor, sendo administrada terapêutica analgésica sempre que o valor fosse superior a 3, a força muscular pela escala Medical Research Council (MRC), a mobilidade e a marcha. Apresentou diariamente equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada à beira da cama, com os pés em contacto com o chão (feito treino de equilíbrio). Com o decorrer do plano de reabilitação estabelecido, na posição ortostática apresentava equilíbrio estático, no entanto, algum desequilíbrio dinâmico, pois necessitava de andador como auxiliar de marcha.

Apresentou variações no apetite durante o internamento, predominantemente com períodos de baixo apetite, sendo necessário o apoio da equipa de nutrição para a escolha de novas abordagens alimentares e suporte nutricional mais adequado.

Continente de esfíncteres e com padrão intestinal mantido.

Para implementar um programa de reabilitação à pessoa submetida a intervenção cirúrgica após fratura transtrocanterica do fémur, o planeamento de intervenções vai incidir nas ações Instruir, Treinar, Assistir, Supervisionar, Ensinar, Motivar e Elogiar (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Os principais focos de intervenção do EEER à Sr.ª L. no período pós-operatório são:

- Conhecimento;
- Ventilação;
- Movimento Muscular;
- Posicionar-se;
- Transferir-se;
- Equilíbrio Corporal;
- Pôr-se de pé;
- Andar com auxiliar de marcha;
- Autocuidados: Banho/Higiene pessoal, Uso do Sanitário, Vestir e Despir, Alimentação.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

É necessário ainda considerar enquanto EEER, outros diagnósticos importantes que não podem ser ignorados e que já teremos como base enquanto enfermeiros de cuidados gerais, e que devemos ter em consideração, tais como:

- Dor ligeira
- Ferida Cirúrgica
- Risco de Hemorragia
- Risco de Infecção Cruzada
- Risco de Queda
- Risco de Úlcera de Pressão
- Stress por mudança de ambiente
- Suscetibilidade à infeção
- Dispneia ligeira
- Hiperglicémia

O EEER tem de ter em linha de conta durante o programa implementado (Sousa & Carvalho, 2023):

- A mobilização do membro operado é realizada sem restrições, na maioria das intervenções efetuadas, respeitando apenas a tolerância da pessoa.
- Levante pelo lado operado para fazer força com o são;
- Disponibilização de uma cadeira de braços com o assento fixo e não reclinável;
- Ensinar à pessoa a sentar-se, formando um ângulo de 45°.
- Promoção da marcha o mais breve possível, entre o 2º e o 5º dia, começando com andarilho e progredindo lentamente para as canadianas, se for o caso. Neste caso, dado as comorbilidades, a idade avançada da pessoa e as limitações relacionadas com o equilíbrio, foi conseguido apenas marcha com andarilho. A melhor prevenção de complicações da imobilização é a mobilização e o levante, que devem ser efetuados o mais precocemente possível. Segundo a DGS (2008, p.13) devem ser prevenidas “as complicações cardiovasculares, digestivas, génito-urinárias, do aparelho locomotor, do revestimento cutâneo e as neuropsicológicas, o melhor meio de prevenção das complicações da imobilização é o levante da pessoa. A intervenção em equipa, dos serviços de orto-traumatologia e de MFR, é fundamental nestas situações”.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- As AVD devem ser desempenhadas de modo independente com dispositivos de apoio (andarilho, barras de apoio no chuveiro, calçadeira de cabo longo, alteador de sanita).

Uma metodologia amplamente utilizada para prescrever um programa de treino de exercício, é o formato FITT-VP: Frequência (número de sessões de exercício), Intensidade (taxa de consumo energético), Tempo (duração de cada sessão), Tipo de treino (força e/ou resistência), Volume (produto da frequência, intensidade e duração desse mesmo exercício) e Progressão (a progressão consiste em aumentar a frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão na prescrição do exercício que seja tolerado pela pessoa) (OE, 2018; Gomes, 2015). Assim, foi instituído à Sr.^a L. o seguinte programa de reabilitação (Tabela 1), diariamente, estabelecendo um tipo de exercício, duração, intensidade, e progressão do mesmo ao longo do tempo.

1º dia	2º - 4º dia	5º - 6º dia
- RFR (consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos e tosse) – 3 séries de 10 repetições; - Fortalecimento muscular em especial do membro operado, através de exercício isométrico e isotónicos - 3 séries de 10 repetições; - Mobilizações ativas-assistidas, ativas resistidas, passivas de ambos os membros inferiores - 3 séries de 10 repetições; - Ensino e treino sobre posicionamentos e transferências; - Ensinos sobre atividades de	- RFR (consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos e tosse) - 3 série de 10 repetições; - Fortalecimento muscular em especial do membro operado, através de exercício isométrico e isotónicos - 3 séries de 10 repetições; - Mobilizações ativas - assistidas, ativas resistidas, passivas de ambos os membros inferiores - 3 séries de 10 repetições; - Levante, treino ortostático e treino de marcha com andarilho	- RFR (consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos e tosse) - 3 série de 10 repetições; - Fortalecimento muscular em especial do membro operado, através de exercício isométrico e isotónicos - 3 séries de 10 repetições; - Mobilizações ativas-assistidas, ativas resistidas, passivas de ambos os membros inferiores - 3 séries de 10 repetições; - Levante, treino ortostático e treino de marcha com andarilho;

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURADO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

vida diárias: levantar da cama, sentar e levantar da cadeira, uso do sanitário, treino de marcha com andarilho e subir e descer escadas; - Treinar alguns dos exercícios terapêuticos que vão influenciar o levantar: ponte e o treino de equilíbrio – 3 séries de 10 repetições.	- Treino de marcha com andarilho com distância de 60 metros (30 metros, descanso, 30 metros); - Treino de atividades de vida diárias (higiene, vestuário e eliminação).	- Treino de marcha com andarilho com distância de 60 metros (não necessitava de períodos de descanso no decorrer do treino de marcha); - Treino de atividades de vida diárias (higiene, vestuário e eliminação); - Treino de subir e descer escadas com andarilho; - Ensinos para a alta: • Entrada e saída do carro; • Prevenção de quedas.
---	---	---

Tabela 1 - Cronograma relativo ao período de implementação das intervenções planeadas

Existem dois grupos de exercícios que podem ser utilizados para fortalecimento e alongamento: os passivos e os ativos, sendo os exercícios ativos subdivididos em ativos, ativo-passivos e ativo-resistidos. Conforme estabelecido por Santos (2017), nos exercícios passivos, a mobilização da articulação é realizada de forma passiva, ou seja, quando outra pessoa executa o movimento em vez do próprio. Essa mobilização da articulação vai até os pontos finais de amplitude do movimento, seguindo os seus planos e eixos. No exercício ativo, a pessoa realiza os movimentos, contraindo os músculos, o que favorece o aumento da sua força. Ao passo que, nos exercícios ativo-assistidos, o EEER auxilia no movimento, enquanto nos exercícios ativo-resistidos há resistência externa ao movimento. Essa resistência deve ser colocada de forma progressiva, e com isso vai aumentar a força dos músculos recrutados. Este tipo de exercícios estimula a coordenação muscular, corrige alterações posturais e de equilíbrio, previne a atrofia muscular e evita a imobilidade funcional (Santos, 2017).

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Para a realização dos exercícios a pessoa deverá:

- Realizar os exercícios diariamente (duas a três vezes por dia), de forma calma, pausada e com roupa e calçado adequados;
- Ter em consideração as repetições: número de vezes que determinado movimento é repetido; Séries: refere-se a um conjunto de exercícios, cada um com o seu número de repetições. Cada série pode também ser repetida; Repouso: É a pausa entre uma série e outra. O repouso entre séries é importante e deve ser feito 1 minuto de repouso entre cada série;
- Durante a execução de um exercício, se surgir dor superior a 3 (numa escala numérica de 0 a 10), deverá diminuir o número de repetições e/ou de séries ou até mesmo suspender de imediato se esta persistir (Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação [SPMFR], 2015).

O EEER tem um papel preponderante na avaliação da pessoa e, concomitantemente, um vasto conhecimento das intervenções mais adequadas, para que possa elaborar um programa de reabilitação ajustado à pessoa (Narciso, et al., 2016). Visto que a Sr.^a L. apresenta como comorbidade a Osteoporose, é recomendado de acordo com a International Osteoporosis Foundation (2022): Exercícios de sustentação de peso e fortalecimento muscular (para aumentar a força óssea e muscular). Para esse fim, procedeu-se à realização de exercícios como a flexão de parede (fortalece os ombros e músculos centrais, coxas e nádegas), o remo (dirigido aos músculos dos ombros e das costas) e o agachamento. Incentivou-se também a realização da elevação do calcanhar, um movimento útil para o treino do equilíbrio e da postura (reduz o risco de queda).

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Focos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Como referido anteriormente, para um programa de reabilitação dedicado à reeducação funcional motora no idoso com fratura transtrocanterica do fémur estão presentes vários diagnósticos de enfermagem, no entanto, para este trabalho escrito apenas irei dar destaque aos seguintes:

Foco: Movimento Muscular
Diagnóstico de Enfermagem: Movimento Muscular Diminuído [membro inferior operado]
Intervenções ER: • Monitorizar força muscular através de escala MRC; • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo [Flexão/extensão da articulação coxofemoral bilateralmente; dorsiflexão e flexão plantar] - 3 séries de 10 repetições; • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido [Exercícios Isométricos: contrações isométricas abdominais/glúteos/quadríceps, no leito. Exercícios Isotónicos: Flexão/extensão da articulação coxofemoral bilateralmente; dorsiflexão e flexão plantar] - 3 séries de 10 repetições; • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido – 3 séries de 10 repetições; • Incentivar a pessoa a executar os exercícios muscular e articular ativos [auto mobilizações] - 3 séries de 10 repetições; • Supervisionar o movimento muscular [membro inferior operado].
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
Intervenções ER: • Informar sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Validar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular através da utilização de escalas ou questionários: Aplicar instrumentos simples antes e após o ensino, como perguntas curtas ou <i>checklists</i> (questionar se compreende a importância dos exercícios para a sua condição de saúde, se sabe a frequência e duração recomendados para o mesmo, se reconhece sinais de esforço excessivos, se realiza a amplitude de movimento mais adequada, se mantém um ritmo/frequência adequada, se sente dor durante a realização dos exercícios) e através de demonstração prática: Solicitar à pessoa que repita os exercícios para confirmar que compreendeu; • Providenciar material educativo com explicação das técnicas de mobilização muscular e articular: Foram disponibilizados, numa primeira fase do meu estágio, panfletos desenvolvidos pela equipa de MFR. Como não existia material desenvolvido pela equipa de enfermagem ou ER, sugeri a criação de guias simples com base em fontes científicas, adaptados à realidade da pessoa e ao protocolo do serviço (“Fratura do fémur – Cuidados pós-cirúrgicos” (Apêndice I) e “Prevenção de quedas no domicílio” (Apêndice II)).

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Foco: Equilíbrio Corporal
Diagnóstico de Enfermagem: Equilíbrio Corporal comprometido
Intervenções ER: • Avaliar equilíbrio corporal (estático sentado, dinâmico sentado, ortostático estático e ortostático dinâmico) com recurso à Escala de Berg; • Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural, utilizando um espelho quadriculado; • Executar técnica de treino de equilíbrio (alternância de carga dos membros inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos e exercícios de coordenação de movimentos) – 3 séries de 10 repetições, diariamente, consoante a tolerância; • Orientar na técnica de treino de equilíbrio.
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnica de treino de equilíbrio
Intervenções ER: • Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal - Solicitar que a pessoa realize exercícios simples de equilíbrio e observar a postura durante a execução, a capacidade de manter a estabilidade e a confiança em realizar os exercícios; Pedir à pessoa que classifique a sua confiança em manter o equilíbrio em diferentes situações; Apresentar situações do dia-a-dia e perguntar como reagiria: "O que faria se perdesse o equilíbrio ao levantar-se de uma cadeira?" • Avaliar conhecimento acerca de técnicas de treino de equilíbrio de compensação de equilíbrio corporal (equilíbrio sentado estático e dinâmico: colocar os joelhos da pessoa fletidos em ângulo reto, alinhados, mantendo os pés no chão com correção postural, realizar movimentos de inclinação anterior e posterior e de oscilação da esquerda para a direita, exercícios de coordenação de movimentos, de correção postural frente a espelho); • Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal sentado e em pé; • Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal sentado e em pé. • Instruir acerca de técnicas de treino de equilíbrio de compensação de equilíbrio corporal (equilíbrio sentado estático e dinâmico: colocar os joelhos da pessoa fletidos em ângulo reto, alinhados, mantendo os pés no chão com correção postural, realizar movimentos de inclinação anterior e posterior e de oscilação da esquerda para a direita, exercícios de coordenação de movimentos, de correção postural frente a espelho).
Foco: Andar com auxiliar de marcha
Diagnóstico de Enfermagem: Andar com auxiliar de marcha comprometido
Intervenções ER: • Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho) - categorias funcionais da marcha - andarilho, perna operada, perna sã - E como mudar de direção, virando-se para o lado da perna não operada; - Numa distância de 60 metros (30 metros, descanso, 30 metros), uma a duas vezes por dia; • Instruir sobre condições de segurança no treino de marcha, como o controlo de equilíbrio corporal, remoção de obstáculos e uso de calçado confortável e bem adaptado aos pés, em todas as sessões; • Supervisionar técnica de adaptação para andar - Em todas as sessões;

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

• Subir e descer escadas uma a duas vezes por dia conforme tolerância – Subir: MI não operado; MI operado; Andarilho para o degrau onde estão os pés; Para descer: Fazer o inverso.
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio (lar) para andar com auxiliar de marcha [andarilho] Intervenções ER: • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha [andarilho] – questionar se sabe identificar os principais obstáculos onde reside e que podem dificultar o uso do andarilho, se reconhece a importância de espaços desimpedidos e através de observação direta – observar se a pessoa consegue deslocar-se com o andarilho sem dificuldades; • Ensinar sobre adaptação do domicílio/lar para andar com auxiliar de marcha [remoção de tapetes; usar cadeiras com apoio de braços; o espaço de circulação deve estar desimpedido de móveis]; • Providenciar material educativo (folhetos) desenvolvido por mim e que foram disponibilizados à pessoa: “Fratura do fêmur – Cuidados Pós-Cirúrgicos” e “Prevenção de quedas no domicílio” (Apêndice I e II).

Foco: Autocuidados: Higiene, Arranjo pessoal, Vestuário, Ir ao sanitário Diagnóstico de Enfermagem: Autocuidados Comprometido Intervenções ER: • Avaliar autocuidados através do Índice de Barthel e da MIF; • Assistir na execução dos autocuidados; • Instruir e treinar sobre uso de dispositivo auxiliar [barras de apoio/cadeira de banho/esponja de cabo comprido/tapete antiderrapante]; • Supervisionar autocuidados. Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivos auxiliares de autocuidados e adaptação do domicílio (lar) Intervenções ER: • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio (lar) e dispositivos auxiliares de autocuidados (questionar se o mobiliário foi reorganizado para facilitar a mobilidade, a presença de barras de apoio nos locais necessários, banco/cadeira de banho); • Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares de autocuidados; • Providenciar material educativo (questionar se conseguiu esclarecer dúvidas com o material entregue, e se é necessário complementar com mais informação).

Tabela 2 - Plano de Cuidados de ER à pessoa submetida a tratamento cirúrgico após fratura transtrocantérica do fêmur

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RESULTADOS

No decorrer do tempo de internamento a Sr.^a L. manteve-se vígil, orientada e participativa perante os cuidados.

Quanto à integridade cutânea verificou-se que na 1ª avaliação (1º dia pós-operatório – Dia 0) a Sr.^a L. apresentava um risco elevado de desenvolver úlceras por pressão, risco que foi reduzido para baixo risco no dia da alta (10º dia pós-operatório – Dia 10). Durante o período de internamento, a Sr.^a L. não apresentou qualquer comprometimento cutâneo, apesar dos períodos prolongados de imobilização na fase pré e pós-operatória.

Escala de Braden	Dia 0	Dia 10
Perceção Sensorial	3	4
Humidade	4	4
Atividade	1	3
Mobilidade	2	3
Nutrição	2	3
Fricção e forças de deslizamento	1	3
Score	13	20

Tabela 3 – Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão com recurso à Escala de Braden: Alto risco quando a pontuação é ≤ 16; Baixo risco quando a pontuação é ≥ 17.

No que diz respeito à força muscular dos membros superiores e inferior não intervencionado, verificou-se que a Sr.^a L manteve o mesmo nível de força identificado na 1ª avaliação, 5/5 na escala MRC, sem alterações significativas durante a fase de maior restrição física. Relativamente à força muscular do membro inferior intervencionado, verificou-se um progresso gradual, atingindo uma classificação de 3/5 na Escala MRC no dia da alta. Foi realizada a avaliação do equilíbrio corporal no primeiro dia do pós-operatório, que correspondeu à primeira tentativa de sair do leito e assumir a posição vertical. Na posição ortostática, a Sr.^a L. recuperou parcialmente o equilíbrio dinâmico com o auxílio do andador. Relativamente ao equilíbrio estático permaneceu inalterado.

	Dia 0	Dia 10
Equilíbrio corporal:		
Sentado estático	Presente	Presente
Sentado dinâmico	Diminuído	Presente
Ortostático estático	Presente	Presente
Ortostático dinâmico	Diminuído	Presente

Tabela 4 – Avaliação do Equilíbrio Corporal

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Por recurso à MIF, foi avaliada a capacidade funcional da Sr.ª L. Constatou-se uma melhoria na capacidade funcional, visto que, na 1ª avaliação apresentou dependência modificada com assistência até 50% da tarefa, enquanto, no momento da alta, o nível de dependência foi classificado como modificada com assistência até 25% da tarefa. Destacam-se progressos, essencialmente, nas áreas dos autocuidados, na mobilidade e na locomoção.

A marcha precoce revela-se uma intervenção segura, não apenas sem elevar a ocorrência de complicações clínicas, mas também ajudando a reduzi-las. (Sousa et al., 2023).

A pessoa conseguiu realizar uma marcha segura com o apoio de andarilho, progredindo de 15 para 60 metros na última avaliação. Este avanço representou uma quadruplicação na distância percorrida, refletindo uma melhoria significativa no autocuidado ao utilizar o auxiliar de marcha.

MIF	Dia 0	Dia 10
Autocuidados	10	22
Controlo de Esfincteres	10	10
Mobilidade/Transferências	3	9
Locomoção	2	7
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	15	15
Score	54	77

Tabela 5 – Avaliação da capacidade funcional foi realizada com recurso à MIF. Dependência total: 18 pontos; Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa: 19-60 pontos; Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa: 61-103 pontos; Independência completa: 104-126 pontos.

Utilizando a Escala de Morse, foi avaliado o risco de queda. Na 1ª avaliação, a Sr.ª L. apresentou uma pontuação de 60 (elevado risco de queda) aumentando para 65 no dia da alta. O aumento do risco entre a 1ª e a 2ª avaliação pode justificar-se pelo facto de no momento da 1ª avaliação a Sr.ª L. se encontrar mais restrita ao leito. Após o primeiro levante apresentou risco de queda mais elevado, visto que, necessitava de utilizar um auxiliar de marcha por manter alguma dificuldade no equilíbrio. Neste caso, o risco de queda permanece elevado mesmo que tenha diminuído desde o primeiro dia do levante.

A redução do risco de queda e de lesões por pressão são indicadores de segurança e qualidade nos cuidados. São resultados associados à implementação da mobilidade e da marcha precoce que reflete ganhos tanto no equilíbrio corporal, como na força muscular e na capacidade funcional (Sousa et al., 2023).

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relativamente ao Índice de Barthel, a Sr.^a L. apresentava na 1.^a avaliação um score de 20/100 (dependência grave) e na 2.^a avaliação um score de 65/100, classificado como dependência moderada.

Destaca-se que a Sr.^a L. apresentou uma boa evolução clínica, com progressos significativos e uma independência crescente no seu processo de reabilitação, respeitando as suas capacidades. Aparentava ao dia da alta potencial físico e capacidades cognitivas preservadas estimulando, por isso, a manutenção do programa de reabilitação no lar onde reside, o levantar da cama diariamente e o treino de marcha com andarilho várias vezes ao dia, consoante a tolerância. Inporta ainda referir que a Sr.^a L. no dia da alta já possuía andarilho próprio e no lar onde reside são facultados os produtos de apoio recomendados, como forma de lhe proporcionar mais independência na realização dos autocuidados, nomeadamente: cadeira no local do duche e alteador da sanita.

Em relação ao conhecimento demonstrado pela Sr.^a L. nos diferentes focos mencionados, é de salientar que na primeira avaliação a senhora não demonstrava conhecimento nas áreas dos autocuidados (na adaptação dos dispositivos auxiliares para os autocuidados), nas técnicas de exercício muscular e articular, na técnica de adaptação para o equilíbrio corporal e para andar, subir e descer escadas com auxiliar de marcha. No entanto, na avaliação final, após a intervenção do EEER o conhecimento foi demonstrado em todas as áreas: Demonstrou corretamente as técnicas de exercício muscular e articular, equilíbrio corporal, e o uso do andarilho para andar, subir e descer escadas. Utilizaram-se ferramentas estruturadas, como *checklists* ou escalas de desempenho para avaliar se a pessoa cumpria os critérios esperados em cada área e foi verificado que completava os passos corretamente sem necessidade de ajuda constante, e através dos registos que documentavam o progresso e expunham uma evolução contínua e sustentada. Com o decorrer das sessões, foi igualmente trabalhada a confiança e a segurança da Sr.^a L. na realização das atividades, permitindo-lhe compreender gradualmente os objetivos de cada técnica ensinada.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DISCUSSÃO

De acordo com as avaliações iniciais e finais obtidas no capítulo anterior, posso concluir que a minha intervenção enquanto EEER com a Sr.^a L. demonstrou resultados positivos na força muscular, com melhoria significativa da mobilidade e, consequentemente, aperfeiçoamento na habilidade da marcha, no equilíbrio ortostático (estático e dinâmico) e na redução da intensidade da dor. Revelou-se essencial para uma evolução significativa na independência para as atividades de vida diária, passando de uma dependência com assistência até 50% da tarefa na primeira avaliação para uma dependência com assistência em apenas 25% da tarefa, conforme avaliado pela MIF, e para melhorar a capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa, favorecendo-lhe mais independência (tendo em conta as suas condicionantes). Preveniu, também, complicações como UPP's, a diminuição da massa óssea, alterações cardiorrespiratórias, gastrointestinais, fenómenos tromboembólicos e, por isso, contribuiu para uma recuperação mais eficiente.

Para atingir os meus objetivos para a Sr.^a L., considero como intervenções principais: a educação pré-operatória sobre cuidados e exercícios a realizar, abordando aspetos físicos, funcionais e psicossociais segundo uma abordagem holística; as mobilizações passivas e ativas-assistidas, além de exercícios específicos para fortalecimento muscular; e por fim, o treino de equilíbrio e da marcha utilizando o andarilho.

Este relato de caso clínico também atua como um alerta para as consequências que as quedas podem originar na vida de uma pessoa, principalmente ao nível da sua independência. O que, frequentemente, conduz a limitações permanentes, quer a nível físico, quer psicológico.

Todos estes benefícios reforçam a importância deste modelo de programas de exercícios para esta população, tornando-se uma contribuição valiosa tanto para os idosos quanto para os profissionais que cuidam deles. Ao promovermos a independência na mobilidade da pessoa sob os nossos cuidados, conseguimos também encontrar benefícios psicológicos para a mesma, pois a verdade é que se a pessoa vê melhorias com a aplicação do plano de reabilitação, tende a ficar mais motivada e a querer participar de forma mais ativa no mesmo.

Este relato de caso clínico valida as evidências apresentadas por Barbosa & Frazão (2020), que destacam a importância do ajuste de expectativas, da preparação para as AVD, do acompanhamento contínuo ao longo do programa, da capacitação progressiva e do reforço da segurança na transição para o lar.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Correia et al. (2019) destacam:

o impacto positivo de programas dirigidos ao treino proprioceptivo e equilíbrio postural na prevenção de quedas, especialmente em idosos. Pretende-se, por esse motivo, uma continuidade de cuidados com ênfase na atividade física, na transição para o lar onde a pessoa reside a fim de evitar futuras quedas e sensibilizar para a sua importância na vida de um idoso institucionalizado (p.66).

Assim, com a elaboração deste relato de caso clínico sugiro que em instituições residenciais para idosos a avaliação da pessoa inclua um histórico de quedas, medicação que necessita diariamente, alterações cognitivas, avaliar a marcha e o equilíbrio visto que permite evitar a existência de mais quedas em pessoas desta faixa etária. Considero também importante sensibilizar com formação os profissionais de saúde com a divulgação de resultados de estudos realizados relativos às causas e consequências mais comuns da ocorrência de quedas, a criação de folhetos informativos tanto em ambiente hospitalar como no domicílio e sessões de educação para a saúde dirigidos à pessoa e a cuidadores.

O principal objetivo da prática clínica consistiu em desenvolver e adquirir competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEER. Considero que enquanto EEER consegui realizar uma avaliação e planeamento de intervenções adequadas à pessoa a quem direcionei o relato de caso, mais concretamente na vertente da RFM, implementando os conhecimentos lecionados nas aulas e também fruto do meu estudo autónomo.

Relativamente aos objetivos comuns do ER, no âmbito da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria Contínua da Qualidade, Gestão de Cuidados, bem como o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, considero que durante a prática clínica demonstrei uma atitude proativa no processo de aprendizagem, valorizando as necessidades de cada pessoa a quem me foi proposto desenvolver um plano de intervenção, de forma personalizada, respeitando as escolhas e a privacidade da pessoa que necessitava de ER.

Relativamente a limitações para este estudo de caso, identifiquei a dificuldade da pessoa em cumprir os treinos na ausência do EEER principalmente nos fins-de-semana e, por vezes, a presença de dor se tornar um fator limitativo durante certas intervenções. Antes de cada sessão era avaliada a necessidade de ajustar a terapêutica analgésica para garantir que a dor não impedisse a realização das atividades. Quando a dor foi identificada como um fator limitante, além da terapêutica analgésica, as intervenções foram ajustadas com o devido cuidado quanto à sua intensidade, priorizando exercícios de baixo impacto e progressivamente aumentando a

Beatriz Neves – novembro 2024 – ESSATLA

30

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

exigência conforme a tolerância, visto que tinha de ter em consideração a idade e as comorbilidades da pessoa. Estas ações ajudaram a minimizar as limitações e a promover a continuidade do processo de reabilitação de forma segura e eficaz.

Quero acreditar que, com este relato de caso consegui dar um importante contributo para que melhor seja avaliado este tema complexo e amplo das quedas nos idosos, visto que, as suas consequências podem ser imprevisíveis e desencadeadoras de maior dependência e, consequentemente, sejam ministrados mais e melhores cuidados de saúde.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de desenvolver e pôr em prática os conhecimentos e assimilar novos conteúdos que me foram proporcionados durante este período permitiram-me a aquisição de competências em ER. Acredito que as metodologias, os recursos e os conhecimentos mobilizados na prestação de cuidados para com a pessoa submetida a cirurgia após fratura transtrocanterica do fêmur foram os adequados, assegurando a qualidade dos cuidados e correspondendo às expectativas da pessoa envolvida na minha intervenção.

Tendo em consideração o objetivo geral: avaliar como a intervenção da ER contribuiu para readquirir a recuperação funcional motora no idoso nas condições apresentadas, verificou-se uma melhoria da mobilidade, do equilíbrio e da capacidade de realização das atividades diárias e, portanto, considero que foi cumprido. Na sequência do mesmo, todos os objetivos específicos também foram alcançados após a implementação do programa e os resultados obtidos demonstraram o efeito benéfico do mesmo. Em determinadas variáveis não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, mas, no geral, a pessoa teve melhorias comparando a avaliação inicial e a final, e daí ter tido significado clínico.

Assim, através desta prática clínica pude dar continuidade à satisfação pessoal e profissional pela Enfermagem de Reabilitação, compreender a necessidade de dinamismo e de ser criativa, e o quão essencial é estarmos focados e direcionados para os objetivos que estabelecemos para a pessoa. Tentei sempre demonstrar um trabalho interdisciplinar, cooperando em benefício das pessoas e das suas famílias, estabelecendo relações interpessoais com os diversos profissionais de saúde e restantes elementos. Como outra limitação descreveria a ausência de material educativo no internamento onde realizei a prática clínica (tipo folheto) sobre: exercícios, movimentos a evitar e autocuidados após a cirurgia ao fêmur. Por esse motivo, estou a desenvolver um folheto intitulado “Fratura do fêmur – Cuidados Pós-Cirúrgicos” e um outro folheto com o título “Prevenção de quedas no Domicílio”, visto que a maioria dos casos no internamento onde realizei esta prática clínica correspondia a fraturas do fêmur decorrentes de quedas, predominantemente em pessoas com mais de 65 anos. Encontra-se, neste momento, em fase de validação por peritos: professores e enfermeiro orientador, enfermeiros generalistas do mesmo e de outros serviços de internamento, profissionais de outras áreas e a outros casos semelhantes para averiguar se se encontra percetível para esta faixa etária e receber possíveis sugestões de melhoria (Apêndice I e Apêndice II).

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEA - *All European Academies*. (2017). *The European code of conduct for research integrity* (Revised ed.).
- Alves Sobral Sousa, E. S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2023). O impacto de programas de reabilitação da marcha no tempo de internamento hospitalar – Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), 1-18. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.313>
- Antunes, T., Sá, M. C., & Nabais, A. (2023). A pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur: A intervenção do enfermeiro de reabilitação na prevenção do seu declínio funcional. *New Trends in Qualitative Research*, 18, 1-14. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.1023.e833>
- Barbosa L.G., & Frazão CDS. (2020). *Impact of demonstration in a realistic simulation environment as a postoperative education in patients' experience*. *Einstein*, 18,eAO4831. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4831
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 66–76. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>
- Decreto-Lei n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República n.º 28, Série II de 2015-02-10* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. In Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 97-106). Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso - Recomendações para Intervenção Terapêutica*. <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=3&back=1&mid=5005&id=5544>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Gomes, C. E. L. (2015). *Prescrição de exercício e lecionação de aulas individuais no ginásio eugénios hc & spa club*. [Relatório de estágio de mestrado, Escola de Ciências e Tecnologia, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/18772>
- Hoeman, S. P. (2000). Bases Conceptuais da Enfermagem de Reabilitação. In S. P. Hoeman (Coordenação). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª ed. (pp. 3-22). Lusociência
- International Osteoporosis Foundation (2022). Exercício Físico para a saúde óssea e osteoporose. <https://www.osteoporosis.foundation/sites/iofbonehealth/files/2022-10/exercisebrochure-portuguese.pdf>
- Lei nº 156/2015 de 16 setembro. Código Deontológico. Diário da República nº 181, Série I <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Martins, M., Ribeiro, O., Schoeller, S. D. (2021). Investigação e Inovação em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 38-45). Lidel.
- Narciso, L., Capela, S., Fernandes, S., Seixas, M., & Cruz, M. (2016). *Manual informativo para o doente com osteoartrose*. Unidade Local de Saúde do Sudoeste. <https://pt.scribd.com/document/462142602/Manual-da-Osteoartrose>
- Oliveira, Ana (2019). *A Preparação do Familiar Cuidador para a Alta da Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur: Perceção dos Enfermeiros do Serviço de Ortopedia* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório ESEP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31246>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Revisão e Reimpressão. Divulgar: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros 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

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>
- Pires, R., Martins, M. M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – Programa TEIA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 90-100. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.11.4557>
- Pozzi, I., Reginaldo, S., Almeida, M. V., & Cristante, A. F. (Coords.). (2011). *Manual de trauma ortopédico*. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT).
- Regulamento nº 392/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. (2019). Diário da República nº 85, Série II de 2019-05-03
- Ribeiro, O., Faria, A., Ventura, J. (2021b). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Classificações e Sistemas de Informação. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 58-65). Lidel.
- Soares, M. J. R. (2019). *A enfermagem de reabilitação no idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur*. [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde]. Repositório comum. <https://comun.rcaap.pt/handle/10400.26/29360>
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2008). Queda e fraturas em idosos. [Fotografia]. Dr. Fernandes <https://drfernandes.com.br/queda-e-fratura-em-idosos/>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. (2015). *Exercícios de reabilitação após fratura da anca*. <https://pt.scribd.com/document/786126957/SPMFR-EXERCICIOS-APOS-FRATURA-ANCA>
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2023). Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. In C. Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-428). Lusodidacta.
- Swift, C. G., & Iliffe, S. (2014). *Assessment and prevention of falls in older people – Concise guidance*. *Clinical Medicine*, 14(6), 658–662. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954140/>

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APÊNDICES

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURADO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APÊNDICE I - Folheto informativo “Fratura do Fémur - Cuidados Pós-Cirúrgicos”

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÉMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Internamento 2.3
Ortotraumatologia



FRATURA DO FÉMUR
Cuidados Pós-Cirúrgicos

INFORMAÇÃO PARA O/A UTENTE E FAMÍLIA

Elaborado por: Estudante de ER Beatriz Neves

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

FRATURA DO FÊMUR

O fémur é o osso mais longo do corpo humano e une a articulação da anca à articulação do joelho.

A fratura do fémur é das fraturas mais comuns, ocorrendo principalmente no colo (próximo da anca), mas também pode ocorrer ao longo do osso (diáfise) ou mais perto da articulação do joelho.

Uma fratura é a interrupção total ou parcial da continuidade de um osso e a gravidade do trauma pode variar muito. O tratamento será conservador ou cirúrgico, sendo que o mais habitual é o cirúrgico.



PRETENDE-SE COM O TRATAMENTO CIRÚRGICO, O ALÍVIO DA DOR, A RECUPERAÇÃO DA MOBILIDADE E DA MARCHA!

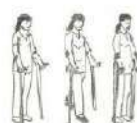
CONTEÚDO DE A. A. GARCIA, adaptado para a reeducação funcional em idosos com fratura do fémur. (PUBBLICAR NA REVISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO)

FRATURA DO FÊMUR

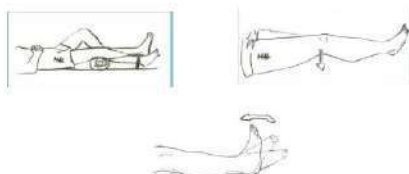
Este folheto é dirigido a si, que acabou de ser operado ao fémur.

Tem como objetivo facilitar o seu processo de adaptação às novas circunstâncias e oferecer algumas recomendações e conselhos para melhorar a sua mobilidade.

Seguindo estes conselhos práticos é possível diminuir o risco de complicações no pós-operatório.



CONSELHOS PRÁTICOS



- Mobilize o tornozelo (puxe os dedos do pé para cima e depois para baixo);
- Contraia o músculo das nádegas (aperte-as bem uma contra a outra);
- Contraia o músculo da coxa (empurre o joelho contra a cama, como se estivesse a fazer força contra o colchão);
- Levante a bacia (dobre a perna não operada, faça força no calcanhar e nos cotovelos e levante a bacia).

Faça estes exercícios 4 a 5 vezes por dia e aumente todos os dias a frequência mediante a sua tolerância.

Ordem dos Enfermeiros, CCOE. Guia de enfermeiros de base primária. Cuidados funcionais orientados para a mobilidade. Prevenção, promoção e treino de competências. Ordem dos Enfermeiros

ENTRAR NA CAMA:

- Encoste as nádegas à beira da cama, e sente-se;
- Com a ajuda dos braços, chegue-se mais para dentro da cama;
- Rode a bacia e as pernas para o meio da cama;



SAIR DA CAMA:

- Chegue o corpo para a beira da cama, do lado operado;
- Sente-se na cama, apoiando os braços e ao mesmo tempo rode a bacia e as pernas para fora da cama;

Ordem dos Enfermeiros, CCOE. Guia de enfermeiros de base primária. Cuidados funcionais orientados para a mobilidade. Prevenção, promoção e treino de competências. Ordem dos Enfermeiros

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PARA SE SENTAR:

- Sente-se numa cadeira de assento alto (para que o anca fique ao mesmo nível que os joelhos) com apoio de braços, mantendo os pés e joelhos ligeiramente afastados;
- Utilize alçador de sanita de 10 a 15 cm.



NO CARRO:

- Para entrar: sente-se primeiro e depois passe uma perna de cada vez para dentro;
- Para sair: tire uma perna de cada vez e depois levante-se;

Ordem dos Enfermeiros (OEN), Guia orientador de boas práticas: Cuidados pessoais em situações de mobilidade - Tratamento, transferência e apoio de mobilidade. Ordem dos Enfermeiros.

CANADIANAS/ANDARILHO

MODO DE UTILIZAÇÃO

De acordo com a sua estatura, ajuste corretamente a altura da canadiana/andarilho.

Posicione as canadianas ao lado do corpo, avance primeiro com as canadianas/andarilho, depois mova a perna operada, seguida pela perna não operada;

Para mudar de direção deve virar para o lado da perna operada;

Se utilizar apenas uma canadiana, posicione-a no lado oposto à perna operada.



Ordem dos Enfermeiros (OEN), Guia orientador de boas práticas: Cuidados pessoais em situações de mobilidade - Tratamento, transferência e apoio de mobilidade. Ordem dos Enfermeiros.

USO DE ESCADAS

(utilize sempre que possível o corrimão)

Subir

- 1ª a perna não operada;
- 2ª a perna operada;
- 3ª as canadianas para o mesmo degrau;

Descer

- 1ª descem as canadianas;
- 2ª a perna operada;
- 3ª a perna não operada;



Ordem dos Enfermeiros (OEN), Guia orientador de boas práticas: Cuidados pessoais em situações de mobilidade - Tratamento, transferência e apoio de mobilidade. Ordem dos Enfermeiros.

SINAIS DE ALERTA

- Formação de edema (inchaço) dos dedos dos pés;
- Coloração dos membros inferiores (tonalidade azulada ou branca);
- Alteração da temperatura dos membros inferiores (quente ou frio);
- Parestesias nos membros inferiores (formiguelo ou sensação de queimadura);
- Dor aguda ou súbita;
- Deformidade na perna (rotação externa ou encurtamento do membro operado);
- Impossibilidade de se movimentar.



DIRIJA-SE A UMA URGÊNCIA HOSPITALAR

Ordem dos Enfermeiros (OEN), Guia orientador de boas práticas: Cuidados pessoais em situações de mobilidade - Tratamento, transferência e apoio de mobilidade. Ordem dos Enfermeiros.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RECOMENDAÇÕES GERAIS	NOTAS
• Aplique gelo 2 a 3 vezes ao dia, durante 30 minutos; • Evite molhar o penso; • Se o penso estiver sujo e a pele estiver quente, recorra ao serviço de urgência; • Durante o dia intercale momentos de descanso com pequenas deslocações; • Use andarilho, canadianas ou bengala para aumentar a sua confiança e segurança ao caminhar; • Tenha sempre um telemóvel à mão;	
	LOCALIZAÇÃO: Edifício Central – piso 2
	CONTACTOS: Internamento 2.3

Gratos do Informático (2023) São o resultado de uma prática cultural baseada em evidência e melhoria. - Pensamentos, necessidades e estilo de aprendizagem. Colaboradores Informáticos.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APÊNDICE II – Folheto informativo “Prevenção de Quedas no domicílio”

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Internamento 2.3 - Ortotraumatologia

**PREVENÇÃO DE QUEDAS
NO DOMICÍLIO**



INFORMAÇÃO PARA O/A UTENTE E FAMÍLIA

Elaborado por: Estudante de ER Beatriz Neves

Data: Novembro de 2024

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PARA PREVENIR QUEDAS

Mantenha a casa de banho bem iluminada e coloque barras de apoio ou uma cadeira ou banco no duche/banheira.



Pedir ajuda se não conseguir levantar-se
ou caminhar sozinho.

[illegible]

PARA PREVENIR QUEDAS

Utilize calçado fechado e confortável.



Evite tropeçar em sua casa: remova todos os tapetes e mantenha os caminhos livres de obstáculos.



No quarto, coloque um candeeiro próximo à cama, utilize luzes de presença e opte por cadeiras/cadeirões com apoios laterais.



Foroughi, Karami & Ghazi de Lencastre, 2012). *Fraxinus* e *Juniperus* son le specie arboree in Italia maggiormente rappresentate nei boschi, e insieme alle altre specie arboree più comuni, formano il 95% dell'abbondanza in termini di volume dei boschi italiani (CNR, 2007).

FATORES DE RISCO

- Alterações visuais
- Alterações de equilíbrio
- Diminuição dos reflexos
- Diminuição da força das mãos
- Fraqueza muscular — Membros Inferiores
 - Alterações na marcha
 - Dor nos Membros Inferiores
 - Piso escorregadio
 - Calçado inadequado
 - Iluminação inadequada
 - Medicação

For more information, contact: Dr. Jennifer Rossini, Director, Center for Health Systems Research, jrossini@u.washington.edu

PARA PREVENIR QUEDAS

Conhecer o efeito dos medicamentos que toma.



Tenha sempre um telemóvel à mão.



Полное наименование: ООО "Генерал-конструкторское бюро "Технополис" (ООО "ГКБ "Технополис")

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA NO IDOSO COM FRATURA DO FÊMUR: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PARA PREVENIR QUEDAS	NOTAS
Evite pisos molhados, atente-se!  Não utilize armários altos. Prefira armários baixos e de fácil acesso. Na sua casa: coloque corrimão fixo na parede para vocês se apoiar!  http://taget.com/prevencao-de-quedas/	
	LOCALIZAÇÃO: Edifício Central - piso 2 CONTACTOS: Internamento 2.3 -

6.7. APÊNDICE VII- Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

RELATO DE CASO

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

Beatriz Neves

RESUMO

Introdução: A Doença de Parkinson é uma patologia neurodegenerativa insidiosa que compromete a mobilidade, o equilíbrio e a autonomia, reduzindo significativamente a qualidade de vida da pessoa que enfrenta esta condição de saúde. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel essencial na mitigação destes efeitos através de intervenções dirigidas à autonomia e independência da pessoa com Doença de Parkinson.

Objetivo: Descrever os benefícios da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com síndrome de imobilidade por doença de Parkinson, num contexto comunitário.

Relato de Caso: Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso de uma pessoa com síndrome de imobilidade por doença de Parkinson. Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, foi elaborado um plano de cuidados centrado na reabilitação funcional, com foco no equilíbrio corporal, movimento muscular e intolerância à atividade, em contexto domiciliário. O plano terapêutico contemplou visitas domiciliárias três vezes por semana, englobando exercícios terapêuticos, mobilizações, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular, bem como a capacitação do familiar/cuidador.

Conclusão: Após dois meses e meio de intervenção, o plano de enfermagem de reabilitação implementado para a pessoa com Doença de Parkinson avançado registou uma evolução positiva na mobilidade, força muscular, equilíbrio corporal, no aumento da funcionalidade e, sucessivamente, na independência para as atividades de vida diárias. A sobrecarga do cuidador foi atenuada, refletindo-se numa melhoria global da qualidade de vida da família. Face às alterações motoras e funcionais desencadeadas pela Doença de Parkinson, torna-se fundamental a implementação de um plano de

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

Reeducação Funcional Motora e Respiratória, associado a estratégias de capacitação e treino, que permitam a maximização da independência e a melhoria da qualidade de vida da pessoa e do cuidador.

Descritores: Doença de Parkinson, Enfermagem de Reabilitação, Funcionalidade, Cuidados Domiciliários.

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson é uma patologia neurológica progressiva caracterizada por sintomas motores (tremor, rigidez muscular, lentificação dos movimentos, instabilidade postural) e não motores (depressão, apatia, alterações cognitivas, insónia/sonolência excessiva diurna) (Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson [APDPk], 2014; Chibante & Pereira, 2021).

A causa desta patologia ainda é desconhecida, mas acredita-se que seja multifatorial, resultando da morte de neurónios na substância nigra, que reduz a produção de dopamina, essencial para o controlo dos movimentos (APDPk, 2014). Esta doença compromete a mobilidade, o equilíbrio e o controlo muscular, afetando tanto os movimentos em repouso como em atividade (Loureiro et al., 2021).

O tratamento da Doença de Parkinson é individualizado, tendo em consideração a evolução da doença, a gravidade dos sintomas e o impacto que o mesmo tem na qualidade de vida da pessoa (APDPk, 2014). A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é fundamental para minimizar o impacto da doença, promovendo a independência da pessoa através de planos de reabilitação específicos. Estes planos envolvem estratégias não farmacológicas que incluem a adaptação às mudanças funcionais e o apoio à família e cuidadores.

O objetivo deste relato de caso é descrever o processo de reabilitação da pessoa com síndrome de imobilidade por doença de Parkinson, num contexto comunitário, bem como apresentar os cuidados de enfermagem de reabilitação que maximizam a independência e melhoram a qualidade de vida.

RELATO DE CASO

O Sr. J, de 68 anos, é um homem com Doença de Parkinson avançada, Síndrome Demencial e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, totalmente dependente nas atividades de vida diária (AVD's). Vive com a esposa, que é sua cuidadora principal, e recebe apoio do Centro Social da freguesia para os cuidados de higiene 1x/dia. Estava acamado há quatro meses após agravamento da doença e apresenta quadro grave de

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

rigidez muscular, limitando a mobilidade das articulações, impedindo o ortostatismo.

A avaliação inicial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação revelou que o Sr. J apresentava-se pouco colaborante nos cuidados, apresentava dor às mobilizações, flutuação motora, rigidez muscular, e totalmente dependente para a alimentação, higiene, uso de sanitário e deambulação. O Sr. J apresenta um risco elevado para desenvolver úlceras de pressão (12/23 pontos) e reduzido para a ocorrência de quedas (30/125 pontos). A esposa demonstrou um grau elevado de sobrecarga de cuidador (77/100 na Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit) (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2023).

A avaliação realizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação baseou-se nos seguintes instrumentos (OE, 2016):

- Medical Research Council (Avalia a força muscular através de uma escala de 0 a 5, onde 0 representa ausência de contração e 5 força normal);
- Escala Ashworth Modificada (Mede o grau de espasticidade (tónus muscular aumentado) em indivíduos com lesões neurológicas, variando de 0 (sem aumento de tónus) a 4 (rigidez extrema);
- Avaliação do Equilíbrio (Permite determinar a estabilidade da pessoa nas posições de sentado e de pé, analisando o equilíbrio estático e dinâmico);
- Escala de Quedas de Morse (Avalia o risco de queda tendo por base o historial de quedas, diagnósticos secundários, marcha, mobilidade e estado mental);
- Índice de Barthel (Mede a capacidade funcional da pessoa para realizar atividades de vida diária como alimentação, higiene pessoal, deambulação e incontinência, e varia de dependência total a independência);
- Medida de Independência Funcional (utilizada para classificar o grau de capacidade/incapacidade funcional, avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária).

A tabela 1 apresenta o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, incluindo diagnósticos, objetivos, intervenções e avaliação final.

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções	Avaliação final – 18/07/2024
Equilíbrio Corporal Comprometido	Promover o equilíbrio corporal	- Monitorizar equilíbrio corporal estático e dinâmico através da escala simples de equilíbrio (sentado e em pé, se adota posições viciosas, presença de deformidades na coluna, alterações na postura); - Estimular a manutenção do equilíbrio corporal (alternância de cargas nos membros superiores (MS) e inferiores (MI), movimentos de oscilação do tronco, exercícios de coordenação de movimentos, facilitação cruzada, correção postural frente a espelho); - Executar técnicas de treino de equilíbrio corporal (equilíbrio sentado estático e dinâmico: colocar os joelhos da pessoa fletidos em ângulo reto, alinhados, mantendo os pés no chão com correção postural, realizar movimentos de inclinação anterior e posterior e de oscilação da esquerda para a direita); - Exercícios terapêuticos: rolamento na cama; facilitação cruzada; auto mobilização dos membros superiores e inferiores, levante e transferência;	Escala simples de Equilíbrio: Sentado estático: Presente Sentado dinâmico: Presente Ortostático estático: Ausente Ortostático dinâmico: Ausente

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

		- Treino de equilíbrio e reforço muscular; - Apoio na gestão da terapêutica e dor.	
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal comprometido	Melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento acerca de técnicas de treino de equilíbrio de compensação de equilíbrio corporal (equilíbrio sentado estático e dinâmico: colocar os joelhos da pessoa fletidos em ângulo reto, alinhados, mantendo os pés no chão com correção postural, realizar movimentos de inclinação anterior e posterior e de oscilação da esquerda para a direita, exercícios de coordenação de movimentos, de correção postural frente a espelho); - Instruir acerca de técnicas de treino de equilíbrio de compensação de equilíbrio corporal (equilíbrio sentado estático e dinâmico: colocar os joelhos da pessoa fletidos em ângulo reto, alinhados, mantendo os pés no chão com correção postural, realizar movimentos de inclinação anterior e posterior e de oscilação da esquerda para a direita, exercícios de coordenação de movimentos, de correção postural frente a espelho); - Educação sobre estratégias de equilíbrio; - Exercícios terapêuticos: rolamento na cama; facilitação cruzada; auto mobilização dos	Atingido

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

		membros superiores e inferiores, levante e transferência; - Ensino à esposa para continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.	
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal comprometido	Melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	- Treinar técnicas de treino de equilíbrio de compensação de equilíbrio corporal (equilíbrio sentado estático e dinâmico: colocar os joelhos da pessoa fletidos em ângulo reto, alinhados, mantendo os pés no chão com correção postural, realizar movimentos de inclinação anterior e posterior e de oscilação da esquerda para a direita, exercícios de coordenação de movimentos, de correção postural frente a espelho; - Treino de prática de equilíbrio; - Exercícios terapêuticos: rolamento na cama; facilitação cruzada; auto mobilização dos membros superiores e inferiores, levante e transferência; - Ensino à esposa para continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Apoio na gestão da terapêutica e dor.	Atingido Parcialmente visto só ser sido possível equilíbrio sentado (estático e dinâmico)

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

Movimento muscular Comprometido	- Manter e aumentar amplitudes articulares e musculares; - Manter e aumentar a força muscular; - Prevenir espasticidade; - Prevenir UPP;	- Monitorizar a força muscular através de MRC; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; - Incentivar a pessoa a realizar exercícios musculares e articulares ativos (automobilizações: exercícios da cabeça e pescoço, dos MS e MI, e dos dedos); - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-resistido de todos os membros; - Executar técnica de posicionamento; - Exercícios terapêuticos: rolamento na cama; facilitação cruzada; auto mobilização dos membros superiores e inferiores, levante e transferência; - Apoio na gestão da terapêutica e dor.	Avaliação MRC: Membro Superior Direito 5/5 Membro Superior Esquerdo 5/5 Membro Inferior Direito 4/5 Membro Inferior Esquerdo 4/5
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular MS e MI comprometido	Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular MS e MI	- Informar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular dos MS e MI; - Incentivar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular ativos e resistidos; - Exercícios terapêuticos: rolamento na cama; facilitação cruzada; auto mobilização dos	Atingido

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

		membros superiores e inferiores, levante e transferência; - Validar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensino à esposa para continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.	
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular MS e MI comprometido	Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular MS e MI	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular ativos e resistidos; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular ativos e resistidos; - Exercícios terapêuticos: rolamento na cama; facilitação cruzada; auto mobilização dos membros superiores e inferiores, levante e transferência; - Ensino à esposa para continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Apoio na gestão da terapêutica e dor.	Atingido Parcialmente na execução de técnicas de exercício muscular e articular dos MI visto que ainda necessitava de algum auxílio na sua realização; Atingido na execução de técnicas de exercício muscular e articular dos MS.
Intolerância à atividade comprometido	Melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular MS e MI	- Monitorizar através da escala de Borg; - Gerir o exercício; - Realizar exercícios de forma progressiva;	4/6 Atividade Moderada

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

		- Supervisionar resposta ao exercício;	
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de descanso e conservação de energia comprometido	Melhorar conhecimento sobre técnicas de descanso e conservação de energia	- Avaliar sobre técnicas de descanso e relaxamento e técnicas de conservação de energia (inspirar lentamente pelo nariz parado, realizar atividade enquanto expira lentamente com os lábios semicerrados); - Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento e de conservação de energia; - Validar técnicas de descanso e relaxamento e de conservação de energia; - Ensino à esposa para continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.	Atingido
Potencial para melhorar a capacidade de realizar técnicas de descanso e conservação de energia comprometido	Melhorar a capacidade de realizar técnicas de descanso e conservação de energia	- Instruir sobre técnicas de descanso e relaxamento e de conservação de energia; - Treinar sobre técnicas de descanso e relaxamento e de conservação de energia; - Ensino à esposa para continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.	Atingido

Tabela 1: Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Iniciou-se um programa de reabilitação tendo como diagnósticos principais o equilíbrio corporal comprometido, o movimento muscular comprometido e intolerância à atividade comprometido. Para esse propósito foram definidos de acordo com estes diagnósticos, objetivos e, de seguida, as intervenções necessárias. Foram

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

realizadas visitas domiciliárias 3 vezes por semana com duração média de 45 min – 1 hora por cada sessão.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação direcionada para a Reeducação Funcional Respiratória desempenhou um papel fundamental, uma vez que esta patologia pode comprometer a função respiratória devido à rigidez muscular, à bradicinesia e às alterações posturais. Como a rigidez e a postura encurvada, presentes no Sr. J., dificultam a expansão torácica e reduzem a capacidade pulmonar, os exercícios respiratórios ajudaram a otimizar a ventilação e a mobilidade torácica; a fraqueza dos músculos respiratórios pode induzir a uma tosse ineficaz e à acumulação de secreções, aumentando o risco de infeções respiratórias, pelo que foi treinado as técnicas de expiração forçada e o treino da tosse que auxiliam na sua prevenção; melhorar o padrão respiratório contribuiu para uma maior oxigenação dos tecidos e aumento da capacidade funcional, reduzindo o cansaço, e melhorando a qualidade de vida; ensinar estratégias para o controlo da respiração permitiu ao Sr. J. gerir melhor situações de esforço e ansiedade, promovendo mais independência na realização das atividades diárias.

Resultados após dois meses e meio:

- **Melhoria Física:** Aumento da força muscular nos membros superiores (4/5 para 5/5) e membros inferiores (3/5 para 4/5), mobilidade articular e equilíbrio em posição sentado. O Sr. J. passou a auxiliar em cuidados básicos (higiene, mudanças de posição);
- **Redução da Dependência Funcional** com alívio da sobrecarga da esposa. Tanto o Sr. J. como a sua cuidadora revelaram conhecimento nas áreas mencionadas, estando capacitados para as realizar e ajustarem-se à condição de saúde do Sr. J.
- **Ganhos Psicossociais:** Maior participação da pessoa em períodos de lucidez e satisfação do casal com os progressos.

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

Desafios Persistentes:

- Dificuldades na marcha e equilíbrio em posição ortostática.
- Postura encurvada (típica da doença), limita os objetivos do equilíbrio corporal em posição ortostática.

Esta abordagem reforçou a importância de ajustar expectativas e estratégias conforme a evolução clínica da pessoa.

DISCUSSÃO

A Doença de Parkinson é caracterizada pela sua imprevisibilidade, afetando cada pessoa de forma única. A abordagem terapêutica mais eficaz é multidisciplinar, conciliando um programa de reabilitação e o tratamento farmacológico.

A reabilitação, conforme demonstrada em estudos como o de Loureiro et al. (2021), proporciona múltiplos benefícios à pessoa, incluindo a melhoria da mobilidade, a diminuição do risco de quedas, maior facilidade na realização das atividades de vida diárias e, sobretudo, na melhoria do bem-estar. Também Barbosa et al. (2022) dizem-nos que a integração de atividades motoras e cognitivas em planos de cuidados, oferece benefícios significativos para a mobilidade e para a função cognitiva de todos os intervenientes. Garcia et al. (2021) destacam a importância do equilíbrio corporal para a realização das AVD's e para a participação social das pessoas. A perda de equilíbrio, segundo os autores, é um fator determinante na diminuição da funcionalidade em idosos, com consequências negativas para sua autonomia e qualidade de vida.

O treino de força e a atividade física aeróbia devem ser incentivados e promovidos na pessoa com Doença de Parkinson (Campos et al., 2017). Um estudo epidemiológico demonstrou que os doentes com Doença de Parkinson que praticam atividade física regularmente apresentam menor mortalidade, melhor qualidade de vida e maior envolvimento nas atividades diárias, em comparação com os menos ativos (Campos et al., 2017). Além disso, são capazes de aperfeiçoar o desempenho com a repetição, nomeadamente em exercícios de coordenação e movimentos dos membros

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

superiores, embora de forma mais lenta e sem alcançar os níveis de execução dos indivíduos saudáveis (Campos et al., 2017).

O exercício físico desempenha um papel essencial em diversas vertentes da doença, mas deve ser mantido de forma contínua. Assim, é fundamental apostar no ensino, na motivação e em reavaliações regulares. Neste sentido, os exercícios foram estruturados de acordo com as orientações FITT-VP: para ser realizado diariamente, definindo um tipo específico de exercício, a sua duração, intensidade e evolução ao longo do tempo consoante as flutuações motoras e bloqueios *on-off* (característicos da pessoa com Parkinson) (OE, 2018; Gomes, 2015). Tem também um papel central as repetições, séries e o repouso para cada exercício. O descanso deve ser de um minuto entre cada série. Se, durante a realização de um exercício, a dor ultrapassar 3 (numa escala de 0 a 10), é necessário reduzir o número de repetições e/ou séries, ou até mesmo interromper o exercício imediatamente, caso a dor continue (SPMFR, 2015).

O caso do Sr. J ilustra os desafios da reabilitação em pessoas com Doença de Parkinson avançado. Apesar das limitações impostas pela doença, o programa de reabilitação resultou em melhorias na mobilidade, equilíbrio e tolerância ao esforço, evidenciando os benefícios do exercício e da reabilitação.

O plano de ER implementado para o Sr. J. no foco “movimento muscular” e “equilíbrio corporal” revelou-se significativo. Foi possível intensificar o conhecimento e a capacidade para executar as técnicas, a fim de melhorar o movimento muscular e articular e o equilíbrio corporal. Consequentemente, foi possível ao Sr. J ajudar a sua esposa na alimentação e no beber visto que já foi possível ao Sr. J equilibrar-se na posição de sentado mantendo uma postura correta, à beira da cama para as refeições; foi possível ao Sr. J ajudar na higiene, na mudança da fralda e nos posicionamentos visto que o Sr. J já colaborava mais nas mobilizações e, consequentemente, facilitava os posicionamentos, bem como, na mudança de fralda através dos exercícios de elevação pélvica e, desta forma, proporcionou-se mais satisfação e qualidade de vida ao próprio e à sua esposa/cuidadora. Mediante um incentivo contínuo e a prática de exercícios como o sentar e levantar, o Sr. J progrediu a ponto de ser possível transferi-lo para o cadeirão, embora ainda necessite de auxílio total nas transferências. A pessoa com esta patologia tende a adotar uma postura com a coluna fletida para a frente,

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

como era o caso do Sr. J, o que intensifica a instabilidade postural e não permite a realização dos objetivos propostos para o equilíbrio corporal, principalmente, na posição de pé o que condiciona também a capacidade para realizar a marcha.

O contexto domiciliário oferece desafios e oportunidades únicas para a prática do Enfermeiro de Reabilitação permitindo uma avaliação holística e a personalização do plano terapêutico, uma vez que permite ter em consideração a condição de saúde da pessoa e o seu contexto sociofamiliar. Além disso, possibilita o treino e capacitação da pessoa e do seu cuidador, promove uma corresponsabilidade no processo de reabilitação e é possível a adaptação do ambiente para maior segurança e bem-estar. O programa desenvolvido para o Sr. J também envolveu o apoio aos seus familiares, reconhecendo que esta doença afeta tanto a pessoa, como quem cuida dela. A rede de apoio familiar é essencial para o sucesso da reabilitação, destacando a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na orientação e no acompanhamento dos cuidadores.

Este plano de intervenção reduziu, assim, a ocorrência de complicações, promoveu melhorias relativamente à independência funcional e à satisfação da pessoa.

CONCLUSÕES

As intervenções descritas neste relato de caso vão ao encontro das necessidades da pessoa com patologia neurodegenerativa, nomeadamente a Doença de Parkinson. Estas intervenções constituem uma abordagem segura e de qualidade, proporcionando cuidados adequados à pessoa e à sua família e potenciando melhores resultados. Esses resultados permitirão o desenvolvimento das capacidades individuais para a realização das atividades de vida diárias e das atividades instrumentais de vida diárias, contribuindo para a maximização da funcionalidade, a promoção da autonomia e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida.

A Doença de Parkinson representa uma nova condição de saúde para a pessoa, podendo desencadear limitações e/ou incapacidades com impacto no âmbito pessoal, familiar e social.

As intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa, família e cuidador devem ser

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

adaptadas às necessidades específicas e à evolução da doença, seguindo uma perspetiva realista e centrada na promoção da qualidade de vida.

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

REFERÊNCIAS

Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (2014). Manual para Pessoas com Parkinson. https://parkinson.pt/_apdpk/wp-content/uploads/2023/03/parkinson-manual_pt.pdf

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2023). *Guia prático – Saúde da pessoa idosa na comunidade*. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/11/Guia-Pratico-idoso_2023.pdf

Barbosa, E. R., Limongi, J. C. P., Chien, H. F., Barbosa, P. M. & Torres, M. R. C. (2022). How I treat Parkinson's disease. Movement Disorders, *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 80. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-S126>

Campos, I., Pinheiro, J. P., Branco, J., & Figueiredo, P. (2017). Evidências na Reabilitação do Doente Parkinsónico. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Medicina Física E De Reabilitação*, 18(2), 29–32. <https://doi.org/10.25759/spmfr.49>

Chibante, E., & Pereira, L. (2021). Doenças Neurológicas Degenerativas: Cuidados de Enfermagem ao Longo do seu Percurso. In C. Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Aguda*. (pp. 409-427). Sabooks Editora.

Garcia, S., Cunha, M., Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Coordenação). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 494-508). Lidel.

Gomes, C. E. L. (2015). *Prescrição de exercício e lecionação de aulas individuais no ginásio eugénios hc & spa club*. [Relatório de estágio de mestrado, Escola de Ciências e Tecnologia, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/18772>

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Imobilidade por Doença de Parkinson: relato de caso clínico

Loureiro, R., Martins, R., Bernardo, J. & Batista, S. (2021). Eficácia da Reabilitação na mobilidade, prevenção e diminuição do risco de queda em doentes com Parkinson. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais: Avanços e Desafios*. 8, 163-171. DOI:10.36367/ntqr.8.2021.163-171

Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDaDosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. 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

Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. (2015). *Exercícios de reabilitação após fratura da anca*. <https://pt.scribd.com/document/786126957/SPMFR-EXERCICIOS-APOS-FRATURA-ANCA>

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

