



Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

Volume 4 | Número 2 | Dezembro 2021



Fotografia: adaptado de Maria João Matos; Humberto Domingues; Artur Marinho (IER 2017)

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

Editor / Propriedade intelectual

[Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação](#)
[Belmiro Manuel Pereira da Rocha](#) - Presidente da Direção

Editor Chefe

[Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins](#), PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto/ ICBAS -Universidade do Porto, NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem - CINTESIS - FMUP, Portugal

Editor Gestor

[Maria Isabel Barbosa Ribeiro](#), MSc, Centro Hospitalar de S. João, Portugal

Editor Sénior

[Fernando Manuel Dias Henriques](#), MSc, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Comissão Editorial Nacional

[André Filipe Morais Pinto Novo](#), PhD - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; CINTESIS:NursID, Portugal

[Luís Manuel Mota Sousa](#), PhD - Universidade de Évora, Portugal; Comprehensive Health Research Centre, Portugal

[José Miguel Santos Castro Padilha](#), PhD, Esc. Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

Comissão Editorial Internacional

[Fidel López-Espuela](#), PhD, Universidad Extremadura, Espanha

[José Alberto Laredo Aguilera](#), PhD, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, Espanha

[Soraia Dornelles Schoeller](#), PhD, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Produção Editorial

[João Pedro Pinto Coelho Oliveira](#), MSc, Centro Hospitalar de S. João, Portugal

[José Alberto Teixeira Pires Pereira](#), MSc, Centro Hospitalar de S. João, Portugal

[Raquel Maria dos Reis Marques](#), MSc, Centro Hospitalar VNG/E, Portugal

[Rui Pedro Marques da Silva](#), MSc, ACeS Maia/Valongo, Portugal

Revisão Técnica

Elsa Carvela Menoita, MSc, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa João Cavadas

José Luis Dine Falcão Sincer e Sepúlveda, MSc, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Vallis Longus, Portugal

Nuno Manuel Teles Pinto

Nuno Miguel Pais de Figueiredo Correia

Paulo César Soares Moreira

Revisores

A Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação efetua revisão duplamente cega por pares dos seus artigos, a qual é efetuada por um corpo de revisores externos nacionais e estrangeiros.

[Ana Cristina Nunes Mesquita](#), PhD, BES Saúde e Esc. Sup. de Saúde Atlântica, Portugal

[Ana da Conceição Alves Faria](#), MSc, ACES Vila Nova de Famalicão, ESEP, Portugal

[Ana Filipa dos Reis Cardoso](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. de Coimbra, Portugal

[Ana Isabel Cobo-Cuenca](#), PhD, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, Espanha

António Santos Conceição Machado, Centro Hospitalar do Porto, Portugal

[Arménio Guardado Cruz](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. de Coimbra, Portugal

[Bárbara Pereira Gomes](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. do Porto, Portugal

[Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. de São José de Cluny, Portugal

[Bruno Miguel Delgado](#), PhD, Centro Hospitalar do Porto, Portugal

[Carla Sílvia Fernandes](#), PhD, Universidade Fernando Pessoa, Portugal

[César João Vicente da Fonseca](#), PhD, Universidade de Évora, Esc. Sup. de Enf. S. João de Deus, Portugal

[Clara de Assis Coelho de Araújo](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal

[Cristiana Furtado Firmino](#), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Portugal

[Cristina Lavareda Baixinho](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. de Lisboa, Portugal

[Cristina Maria Alves Marques Vieira](#), PhD, Universidade Católica, Portugal

[Cristina Maria Medeiros Guedes F. Moura](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. de Chaves, Portugal
[Domingos António Rodrigues Malta](#), Centro Hospitalar VNG/E, Portugal
[Dulce Sofia Antunes Ferreira](#), MSc, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Portugal
[Élvio Henriques de Jesus](#), PhD, Hospital da Cruz de Carvalho, Portugal
[Eugénia Grilo](#), Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Portugal
[Eunice Salomé Alves Sobral Sousa](#), MSc, Centro Hospitalar do Porto, Portugal
[Fabiana Faleiros Santana Castro](#), PhD, Esc. de Enf. de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil
[Fernando Alberto Soares Petronilho](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde da Universidade do Minho, Portugal
[Glória Maria Andrade do Couto](#), MSc, ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul, Portugal
[Helena Castelão Figueira Carlos Pestana](#), MSc, BES Saúde e Esc. Sup. de Saúde Atlântica, Portugal
[Isabel de Jesus Oliveira](#), MSc, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Portugal
[Ivo Cláudio Mendes Lopes](#), MSc, Centro Hospitalar do Porto, Portugal
[Jacinta Pires Martins](#), MSc, Esc. Cruz Vermelha Chaves, Portugal
[Joana Mendes Marques](#), PhD, Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal
[João Vítor da Silva Vieira](#), MSc, Esc. Sup. de Saúde, Departamento de Saúde, Instituto Politécnico de Beja, Portugal
[Joaquim Augusto Gonçalves Simões](#), MSc, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal
[José Alexandre Pinto Soares](#), UCC Castelo da Maia, Portugal
[José Augusto Pereira Gomes](#), PhD, Portugal
[Júlia da Conceição Marques dos Santos](#), MSc, Esc. Sup. de Enf. de Santarém, Portugal
[Leonel São Romão Preto](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
[Liliana Celeste Faria da Silva Ribeiro](#), MSc, ULS Matosinhos, Portugal
[Luís Jorge Rodrigues Gaspar](#), MSc, Centro Hospitalar São João, Portugal
[Luís Miguel Ferreira Agostinho](#), MSc, Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha, Portugal
[Manuel Barnabé Moura Pinto de Melo](#), MSc, Centro Hospitalar São João, Portugal
[Margareth Santos Zanchetta](#), PhD, RN, Daphne Cockwell School of Nursing, Faculty of Community Services, Ryerson University, Toronto, Canada
[Maria Clara Duarte Monteiro](#), MSc, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, Portugal
[Maria de Fátima Sequeira Loureiro](#), MSc, Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal
[Maria de La Salette Rodrigues Soares](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal
[Maria do Carmo Oliveira Cordeiro](#), MSc, USP Santo António dos Cavaleiros, Portugal
[Maria Eugénia Rodrigues Mendes](#), MSc, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
[Maria Gorete Mendonça dos Reis](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. S. João de Deus, Universidade de Évora, Portugal
[Maria Helena Ferreira de Almeida](#), MSc, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Portugal
[Maria José Abrantes Bule](#), MSc, Universidade de Évora, Esc. Sup. de Enf. S. João de Deus, Portugal
[Maria José Almendra Gomes](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
[Maria José Lopes Fonseca](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal
[Maria José Lumini Landeiro](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. do Porto, Portugal
[Maria Manuela De Magalhães Pontes](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
[Maria Salomé Martins Ferreira](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal
[Maria Teresa Lopes Silveira Galvão](#), MSc, Esc. Sup. de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal
[Marisa da Glória Teixeira da Cunha](#), MSc, ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul, Portugal
[Nelson Emídio Henrique Guerra](#), PhD, Direção Geral da Saúde, Portugal
[Nuno Miguel Faria Araújo](#), PhD, BRU-IL - Business Research Unit (ISCTE); Escola Superior de Saúde do Vale do Ave - IPSN - CESPU, Portugal
[Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. do Porto, Portugal
[Patrícia Maria Rodrigues Pereira Pires](#), MSc, Esc. Sup. de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
[Paulo César Lopes Silva](#), MSc, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Portugal, Portugal
[Pedro Migue Santos Dinis Parreira](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. de Coimbra, Portugal
[Rafael Alves Bernardes](#), MSc, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
[Ricardo Jorge Almeida Braga](#), MSc, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central e ESEL, Portugal
[Rogério Manuel Ferrinho Ferreira](#), PhD, Escola Superior de Saúde, Departamento de Saúde, Instituto Politécnico de Beja, Portugal, Portugal
[Rosa Maria Lopes Martins](#), PhD, Esc. Sup. de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal
[Rute Salomé Silva Pereira](#), IPO Porto, Portugal
[Sandra Hernández Corral](#), PhD, Instituto Nacional de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de México, México
[Sandy Silva Pedro Severino](#), MSc, ACES Loures, Portugal
[Sérgio Alberto Pires Garcia](#), MSc, ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul, Portugal
[Sérgio Filipe Alves Vaz](#), MSc, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
[Sónia Alexandra Claro Casado](#), MSc, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Portugal
[Soraia Dornelles Schoeller](#), Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
[Susan Wirt](#), RN, Wirt & Associates, LLC Rehabilitation Nurse Case Manager and Life Care Planner, Catawba, VA, USA
[Susana Gaspar](#), Escola Superior de Escola Superior de Saúde Atlântica; Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina/ULisboa, Portugal
[Vanda Lopes da Costa Marques Pinto](#), PhD, Esc. Sup. de Enf. de Lisboa, Portugal
[Víctor Jorge Reis Pereira](#), Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal
[Virgínia Lucinda de Sousa Cruz Pereira](#), MSc, Centro Hospitalar de S. João, Portugal
[William C. A. Machado](#), PhD, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

EDITORIAL.....	5
----------------	---

Artigo original reportando investigação clínica ou básica

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR: ESTUDO DE CASO	6
<i>Magali Palma ; Helena Teixeira ; Hélder Pino ; João Vieira ; Maria José Bule </i>	
A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA POR COXARTROSE.....	18
<i>Pedro Dias ; Rogério Ferrinho Ferreira ; Patrícia Messias </i>	
A RELEVÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: FOCUS GROUP.....	30
<i>Marta Lopez Perez ; Tatiana Rodrigues ; Maurício Dias Botelho ; Nilton Santos Silva ; Bruno Miguel Delgado ; Isabel de Jesus Oliveira </i>	
TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA RANCHO LOS AMIGOS LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING SCALE PARA PORTUGUÊS EUROPEU	38
<i>Victor Reis Pereira ; Ana Rita Polaco Ribeiro ; Pedro Coelho ; Tânia Manuel Moço Morgado </i>	
A PRESENÇA DA FAMÍLIA NOS HOSPITAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA E O PARADOXO DA SEGURANÇA DO DOENTE.....	47
<i>Tânia Correia ; Maria Manuela Martins ; Fernando Barroso </i>	
A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O DESMAME VENTILATÓRIO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	57
<i>Rui Miguel Outeiro ; Salete Soares </i>	
LAZER: UM CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA AUTONOMIA DA PESSOA COM DPOC	64
<i>Maria Fernanda Rodrigues ; Goreti Marques ; Glória Couto ; Raquel Marques ; Maria João Mar ; Ana Isabel Araújo </i>	

Revisão de literatura

O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NUMA ÓTICA MARXISTA	72
<i>João Miguel Almeida Ventura-Silva ; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins ; Letícia Lima Trindade ; Olga Ribeiro ; Maria Isabel Barbosa Ribeiro ; Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso </i>	

Perspetiva / Reflexão

CONTRIBUTOS DA TELERREABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA EM PANDEMIA. UMA REFLEXÃO	81
<i>Sérgio Vaz ; Ana Loureiro ; Andreia Félix ; André Novo </i>	
CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	88
<i>Virgínia Maria Pereira Prazeres ; Catarina Dias Ribeiro ; Goreti Filipa Santos Marques </i>	

EDITORIAL

Enfermagem em geral, Enfermagem de Reabilitação em particular e a Sustentabilidade Ambiental

Sustentabilidade Ambiental é um tema que nos inquieta todos os dias. Será que efetivamente estamos a ter um comportamento adequado e mesmo nos pequenos gestos esta preocupação está presente?

Temos todos que fazer um grande esforço para mudar hábitos, com foco particular nas profissões da saúde e nas suas “pegadas ambientais”.

Analisando nesta vertente o quotidiano dos enfermeiros em geral, percebemos que há muito espaço de melhoria para evitar desastres ecológicos.

Quantos resíduos fabricamos diariamente? Podemos mudar algumas praticas? Fazemos uma separação correta de resíduos e procuramos reduzir os seus volumes? Estas são algumas das questões que podem fazer diferença no impacto ambiental.

Os Enfermeiros de Reabilitação pela essência da sua prática, são profissionais que estão próximos de conceitos como reutilizar, reinventar, restaurar, reparar e sem dúvida com recursos naturais pouco poluentes.

Utilizam as mãos e a imaginação. Aproveitam e por vezes inventam instrumentos simples, de baixa pegada ambiental, para devolver a autonomia ao cidadão.

São profissionais que na essência da sua atividade avaliam e planeiam de acordo com o potencial do doente, rentabilizando os recursos com o foco na sua autonomia, apelando a uma vida saudável, com mais qualidade e mais sustentável.

Temos todos metas a cumprir até 2030 para garantir um mundo melhor e garantir um futuro com qualidade para os nossos descendentes. Como profissionais de saúde, temos obrigação de introduzir estes conceitos na nossa dinâmica diária sendo parte da qualidade assistencial. O ensino tem um papel relevante nesta matéria. As questões ecológicas devem fazer parte integrante dos conteúdos programáticos académicos bem como da formação em contexto profissional.

Deixo-vos aqui o desafio para investigarem como melhorar a nossa prática na vertente ecológica, fazendo melhor com “consumo consciente”.

Não tenho dúvidas que nós, Enfermeiros de Reabilitação temos potencial não só para reabilitar a pessoa mas também o seu ambiente numa missão exemplar para a sociedade em geral.

Fico a aguardar com a melhor expectativa, o vosso contributo sobre o modo como reinventar a prática da Enfermagem na vertente da sustentabilidade ambiental.

Festas Felizes e Ecológicas.

Abraço,

ISABEL RIBEIRO 

Centro Hospitalar Universitário de S. João, EPE, Portugal



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR: ESTUDO DE CASO

REHABILITATION PROGRAM FOR THE PERSON WITH FRACTURE OF THE UPPER FEMUR END: CASE STUDY

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA LA PERSONA CON FRACTURA DEL EXTREMO SUPERIOR DEL FÉMUR: RELATO DE CASO

DOI 10.33194/rper.2021.182 | Data de Receção: 30-06-2021; Data de Aceitação: 01-09-2021

Magali Palma¹; Helena Teixeira¹; Hélder Pino¹; João Vieira²; Maria José Bule³

¹ Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ² Instituto Politécnico de Beja Escola Superior de Saúde; ³ Universidade de Évora

Autor correspondente: João Vieira, joao.vieira@ipbeja.pt

RESUMO

Introdução: A fratura da extremidade superior do fémur, frequentemente decorrente de quedas em pessoas idosas, pode requer a intervenção cirúrgica e conduzir ao défice da capacidade de autocuidado, com comprometimento do equilíbrio, da marcha e diminuição da capacidade na realização das suas atividades de vida diárias.

Objetivo: Identificar os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação para o autocuidado da pessoa com fratura do terço superior do fémur.

Metodologia: Estudo de caso que respeita as guidelines CAsE REport, em que se apresenta o caso de uma pessoa com fratura da extremidade superior do fémur.

Resultados: Verificaram-se ganhos relativos à prevenção de complicações respiratórias e músculo-esqueléticas, aumento de força muscular, melhoria do equilíbrio, da capacidade funcional para o autocuidado, do conhecimento sobre medidas de segurança e técnicas adaptativas. Manteve-se um risco de queda elevado.

Discussão: Sugere-se um seguimento mais prolongado para avaliação dos ganhos obtidos a longo prazo e a pesquisa de fatores que possam contribuir para a redução do risco de queda.

Conclusão: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com fratura da extremidade superior do fémur é fundamental para a restituição da sua autonomia e da capacidade funcional.

DESCRIPTORES: Enfermagem, Reabilitação, Fratura, Fémur, Autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: The fracture of the upper extremity of the femur, often resulting from falls in the elderly, may require surgical intervention and lead to a deficit in the capacity for self-care, with impaired balance, walking and decreased ability to perform their daily life activities.

Objective: To identify the contributions of rehabilitation nursing care to the self-care of people with fractures of the upper third of the femur.

Methodology: Case study that respects the CAsE REport guidelines, in which the case of a person with a fracture of the upper extremity of the femur is presented.

Results: There were gains related to the prevention of respiratory and musculoskeletal complications, increased muscle strength, improved balance, functional capacity for self-care, knowledge about safety measures and adaptive techniques. A high risk of falling remained.

Discussion: It is suggested a more prolonged follow-up to evaluate the gains obtained in the long term and the search for factors that may contribute to the reduction of the risk of falling.

Conclusion: The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the person with a fracture of the upper extremity of the femur is fundamental for restoring their autonomy and functional capacity.

DESCRIPTORS: Nursing, Rehabilitation, Fracture, Femur, Self-care

RESUMEN

Introducción: La fractura de la extremidad superior del fémur, a menudo como resultado de caídas en ancianos, puede requerir intervención quirúrgica y conducir a un déficit en la capacidad de autocuidado, con deterioro del equilibrio, la marcha y disminución de la capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria.

Objetivo: Identificar los aportes de los cuidados de enfermería rehabilitadores al autocuidado de personas con fracturas del tercio superior de fémur.

Metodología: Estudio de caso que respeta la guía CAsE REport, en el que se presenta el caso de una persona con una fractura de la extremidad superior del fémur.

Resultados: Se obtuvieron ganancias relacionadas con la prevención de complicaciones respiratorias y musculoesqueléticas, aumento de la fuerza muscular, mejora del equilibrio, capacidad funcional para el autocuidado, conocimiento sobre medidas de seguridad y técnicas adaptativas. Quedaba un alto riesgo de caídas.

Discusión: Se sugiere un seguimiento más prolongado para evaluar las ganancias obtenidas a largo plazo y la búsqueda de factores que puedan contribuir a la reducción del riesgo de caídas.

Conclusión: La intervención del Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación en la persona con fractura de la extremidad superior del fémur es fundamental para restaurar su autonomía y capacidad funcional.

DESCRIPTORES: Enfermería, Rehabilitación, Fractura, Fémur, Autocuidado

INTRODUÇÃO

A esperança média de vida tem vindo a aumentar significativamente a nível mundial, sendo que Portugal integra um grupo de países caracterizado pelo envelhecimento e redução da população jovem⁽¹⁾. O envelhecimento caracteriza-se pelo surgimento de diversos declínios que afetam os múltiplos sistemas orgânicos levando à diminuição da capacidade de adaptação e perda de funcionalidade, ou até mesmo à morte⁽²⁾. A fragilidade, característica frequente na população idosa, encontra-se correlacionado com a perda de força muscular, fragilidade óssea, diminuição de índice de massa muscular, suscetibilidade ao trauma, capacidade física diminuída e ainda maior risco de infeção, *delirium* e instabilidade^(3, 4).

Decorrente do declínio das capacidades físicas referidas, a queda surge como um acontecimento recorrente, sendo que a Organização Mundial de Saúde refere que aproximadamente 28% a 30% das pessoas com mais de 65 anos apresentam quedas a cada ano, observando-se um aumento destas para 32% a 42% nas pessoas com mais de 70 anos⁽⁵⁾. A queda surge como uma das principais causas de internamento hospitalar, constituindo um fator significativo de morbilidade e mortalidade, com graves consequências a nível pessoal, familiar, social e financeiro⁽⁵⁾. Os diagnósticos mais frequentes decorrentes de quedas são fraturas da anca, traumatismos cranianos e lesões dos membros superiores⁽⁵⁾.

As fraturas da extremidade superior do fémur, nomeadamente fraturas trocantéricas e do colo do fémur, ocorrem mais frequentemente na mulher após menopausa, sendo que no caso da fratura trocantérica se verifica uma predominância da sua ocorrência na sétima década de vida, enquanto a fratura do colo do fémur é mais comum na oitava década de vida⁽⁶⁾. A fratura trocantérica, clinicamente, manifesta-se por dor, impossibilidade de realizar carga, rotação externa e encurtamento do membro afetado. Embora se possam encontrar na literatura diversos modelos de classificação para este tipo de fraturas, todas estas assumem dois grandes grupos: as fraturas estáveis e as instáveis. Em qualquer uma delas, o tratamento de eleição inclui intervenção cirúrgica⁽⁷⁾.

A fratura subtrocantérica do fémur ocorre entre o trocânter menor e o terço proximal do fémur, podendo estender-se até à região intertrocantérica. A intervenção cirúrgica de eleição nestas fraturas é a colocação de uma cavilha endomedular⁽⁸⁾. Em termos mecânicos, os implantes endomédulares apresentam uma maior resistência à força da carga do que os implantes internos colocados na periferia do osso (por exemplos, as placas), pois estas danificam menos a estrutura óssea quando comparado com a colocação de vários parafusos de fixação⁽⁹⁾. O processo de reabilitação pretende restabelecer a amplitude de movimento da anca, melhorar a força muscular e principalmente restabelecer o padrão de marcha normal que permita a independência da pessoa. Nestas situações prevê-se um tempo de consolidação óssea de 12 a 16 semanas, sendo que o processo de reabilitação ronda as 16 a 20 semanas⁽⁸⁾.

O tratamento da fratura, muitas vezes associado a longos períodos de imobilidade, acarreta sempre risco de complicações, tais como broncopneumonias, úlceras por pressão, desequilíbrio hidroeletrólítico, infeção urinária, incontinência urinária, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, enfraquecimento muscular, osteoporose agravada, confusão mental, entre outras⁽⁶⁾. Frequentemente, a fratura encontra-se associada a uma limitação física com consequente diminuição da capacidade para a realização das atividades de vida diárias (AVD), menor capacidade para andar e declínio de qualidade de vida⁽¹⁰⁾. Torna-se assim essencial a intervenção do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), cujas competências específicas visam contribuir para a independência funcional, capacitação para o autocuidado e melhoria da qualidade de vida.

De acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), por autocuidado entende-se 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 diária”⁽¹¹⁾. Orem considera que a enfermagem deve ter por objetivo assistir as pessoas nas suas necessidades de autocuidado, promovendo o retorno da independência na sua realização. Deste modo, as intervenções implementadas pelo enfermeiro podem ser plenamente compensatórias, parcialmente compensatórias e direcionadas para a educação⁽¹²⁾.

Perante o supracitado, o presente estudo de caso pretende dar resposta à seguinte questão: “A implementação de um programa de reabilitação a uma pessoa com fratura da extremidade superior do fémur, composto por intervenções específicas do EEER, contribui para a autonomia no autocuidado?”. Neste sentido definiu-se como objetivo geral: identificar os contributos do EEER para o autocuidado da pessoa com fratura do terço superior do fémur. Como objetivos específicos pretende-se: identificar alterações da funcionalidade e possíveis complicações decorrentes da fratura do terço superior do fémur; identificar os principais diagnósticos de enfermagem de reabilitação na pessoa com fratura do terço superior do fémur; avaliar os resultados das intervenções do EEER no autocuidado da pessoa com fratura do terço superior do fémur.

METODOLOGIA

O presente estudo de caso foi elaborado de acordo com as *guidelines* CAsE REport⁽¹³⁾. Desta forma pretende-se estruturar e organizar a sua apresentação, respeitando os itens sugeridos pelas *guidelines* com as devidas adaptações de acordo com o caso específico a estudar.

A obtenção da informação relativa à pessoa em estudo ocorreu por consulta do seu processo informático, com acesso aos exames complementares de diagnóstico, entrevista estruturada, observação e exame físico. A pessoa foi informada acerca da realização do presente estudo de caso tendo dado autorização para que este prosseguisse. Foi informada acerca da garantia do seu anonimato verificando-se o respeito pelos seus direitos e confidencialidade. Desta forma a pessoa em estudo será identificada como sra. A.

A avaliação da pessoa foi realizada com recurso aos seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Braden⁽¹⁴⁾, Escala Medical Research Council Muscle Scale (MRC)⁽¹⁵⁾, Escala de Equilíbrio de Berg⁽¹⁶⁾, Escala Medida de Independência Funcional (MIF)⁽¹⁷⁾ e Escala de Morse⁽¹⁸⁾.

A avaliação diagnóstica foi realizada num 1º momento de avaliação, seguindo-se a identificação de diagnósticos de enfermagem com enfoque nos cuidados especializados do EEER e tendo por base a linguagem da CIPE⁽¹¹⁾. O planeamento do programa de reabilitação realizou-se de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação⁽¹⁹⁾. Após implementação das intervenções do EEER procedeu-se a uma 2ª avaliação num momento intercalar (primeiro dia de pós-operatório) e uma 3ª avaliação no momento da alta hospitalar.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Anamnesese

Mulher de 76 anos de idade, caucasiana e de nacionalidade portuguesa. Apresenta um nível de escolaridade do 5º ano, viúva desde há um ano, pelo que atualmente reside sozinha, num apartamento localizado no primeiro andar sem elevador; na casa de banho tem base de chuveiro adaptado a anteriores défices do esposo falecido. Tem dois filhos do sexo masculino, casados e com filhos, que residem próximos dela. Nunca exerceu nenhuma profissão, identificando-se como doméstica. Foi cuidadora informal do esposo durante 8 anos (parcialmente dependente) e da mãe durante 10 anos (totalmente dependente).

Após falecimento do esposo iniciou toma de Rivotril® (5 gotas de 2 em 2 dias) e Agomelatina® 25mg (meio comprimido de 2 em 2 dias); alterna a toma destes dois medicamentos conforme necessidade depreendida pela própria. Sem outra medicação habitual. Como único antecedente refere uma fratura do cotovelo esquerdo com intervenção cirúrgica há cerca de 20 anos, sendo que ficou como sequelas a nível da força, que se encontra diminuída no membro referido. Sem alergias conhecidas.

A sra. A foi internada no serviço do Ortopedia com diagnóstico de fratura intertrocanterica do fémur à esquerda decorrente de uma queda na via pública. Anteriormente ao episódio de queda, de acordo com a própria, encontrava-se autónoma na realização de todas as atividades de vida básicas e instrumentais. Aquando a sua admissão no serviço de urgência teve indicação de colocação de tração cutânea no membro inferior esquerdo (MIE) de 2 kg, seguindo-se um período de espera de 7 dias até realização da intervenção cirúrgica, durante o qual cumpriu repouso absoluto no leito. Foi submetida a intervenção cirúrgica com indução de anestesia geral, tendo sido realizada colocação de cavilha céfalo-medular do fémur esquerdo que ocorreu sem intercorrências. O período

de internamento da sra. A foi de 18 dias. Foram realizadas duas sessões de intervenção do EEER no período pré-operatório e 7 no período pós-operatório.

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A avaliação de enfermagem de reabilitação foi realizada no período pré-operatório (3º dia de internamento).

Estado de consciência - consciente, com orientação autopsíquica e alopsíquica.

Linguagem - sem alterações.

Visão - défice visual compensado com utilização de óculos.

Audição - ligeira diminuição da acuidade auditiva não sendo necessários cuidados especiais ou compensação da mesma.

Sensibilidade superficial e proprioceptiva - sem alterações.

Força muscular global dos segmentos corporais - Escala MRC - Hemicorpo direito: 4+/5. Membro superior esquerdo: 3/5. Membro inferior esquerdo (fraturado): articulações tibiotársica e falanges dos dedos: 4+/5; não foi possível avaliar a força no restante membro por apresentar uma tração cutânea, ainda assim verificou-se a capacidade da realização de contração muscular dos músculos da coxa.

Função respiratória - exame subjetivo e objetivo sem alterações.

Avaliação cognitiva - Escala MMSE: 29/30 pontos.

Capacidade funcional - MIF: 60/126 pontos, grau dependência modificada com assistência até 50% da tarefa.

Risco de desenvolver úlceras por pressão - Escala de Braden: 14 pontos, alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Risco de Queda - Escala de Morse: 45/135 pontos, risco de queda elevado.

Equilíbrio Corporal - (avaliado no 1º dia pós-cirúrgico, dado o período de repouso) Escala de Equilíbrio de Berg: 4/56 pontos, equilíbrio diminuído com elevado risco de queda.

Diagnósticos de enfermagem de reabilitação

Na sequência da avaliação realizada e de acordo com as necessidades individuais, foram identificados diagnósticos de enfermagem, onde a avaliação efetuada pelo EEER adquire especial importância, pois a sua intervenção integra os cuidados decorrentes das competências do enfermeiro generalista e ainda das competências inerentes à sua área de especialização, neste caso a reabilitação. Assim, de acordo com a terminologia CIPE foram identificados os seguintes diagnósticos:

1. Risco de úlcera de pressão
2. Ventilação comprometida
3. Movimento muscular diminuído do membro inferior esquerdo
4. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
5. Equilíbrio corporal comprometido
6. Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se
7. Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se
8. Sentar-se comprometido
9. Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha
10. Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene
11. Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário
12. Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário

Planeamento de intervenções

Após identificação dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação foram planeadas as intervenções a implementar no decurso do período de internamento hospitalar.

Para a implementação das intervenções selecionadas foi necessário garantir a existência dos seguintes recursos: 3 almofadas, rolo de areia, uma cadeira de rodas com perneiras de elevação, andarilho, canadianas, folheto informativo.

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

Diagnósticos	Nº da Sessão								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2, 6									
3									
4									
5									
7,8,9,10,11,12									

Tabela 2 – Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
1: Risco de Úlcera de Pressão	- Monitorizar risco de úlceras de pressão com recurso à Escala de Braden - Monitorizar o risco nutricional - Promover a higienização e hidratação da pele, mantendo-a seca - Assistir na alteração de decúbito a cada duas horas e sempre que necessário, respeitando os seguintes posicionamentos: decúbito dorsal, decúbito lateral direito e decúbito semi-dorsal direito - Avaliar a integridade da pele aquando da alteração de posicionamentos - Providenciar superfícies dinâmicas para redução de pressão nas proeminências ósseas (almofadas e rolos de areia)
2: Ventilação comprometida	- Auscultar o tórax - Executar técnicas respiratórias: dissociação de tempos respiratórios, respiração abdómino-diafragmática, reeducação costal global e tosse dirigida - Executar técnica de posicionamento: posição de descanso e relaxamento e correção postural - Incentivar uso de técnicas respiratórias - Vigiar a ventilação e a respiração
3: Movimento muscular diminuído do membro inferior esquerdo	- Monitorizar força muscular com recurso à Escala MRC - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo - assistido das articulações do membro inferior esquerdo, respeitando a amplitude da articulação e a tolerância à dor, com início na porção distal do membro seguindo-se para a região proximal. Executados movimentos de flexão/extensão da tibiotársica; flexão/extensão do joelho; flexão/extensão, abdução/adução (até linha média do corpo) e rotação interna e externa da coxofemoral. Conforme estadio clínico (fase pré ou pós-operatória) e tolerância progredir para mobilizações ativas assistidas e ativas, deste mesmo segmento e respeitando os movimentos citados - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos
4: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar o conhecimento acerca da técnica de mobilização muscular e articular - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular - Providenciar material educativo (folheto informativo) com explicação das técnicas de mobilização muscular e articular

5: Equilíbrio corporal comprometido	- Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg - Avaliar equilíbrio estático sentado, dinâmico sentado, ortostático estático e ortostático dinâmico - Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural - Executar técnica de treino de equilíbrio: alternância de carga dos membros inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos e exercícios de coordenação de movimentos - Orientar na técnica de treino de equilíbrio
6: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se - Assistir na alteração de decúbito a cada duas horas e sempre que necessário, respeitando os seguintes posicionamentos: decúbito dorsal, decúbito lateral direito e decúbito semi-dorsal direito - Manter alinhamento do membro inferior esquerdo
7: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se (Trapézio e grades da cama) - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para transferir-se - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se respeitando a sequência de ações: iniciar rotação para o lado direito (lado não intervencionado) com almofada entre os membros (para evitar adução do membro inferior esquerdo para além da linha corporal média); mobilizar os membros inferiores para fora da cama e elevar o tronco até à posição de sentada; apoiar os pés no chão; manter o membro inferior intervencionado em extensão e o outro em flexão - Treinar no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se - Treinar técnica de adaptação para transferir-se
8: Sentar-se comprometido	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para sentar-se - Instruir sobre técnica de sentar-se respeitando a sequência de ações: realizar extensão do membro inferior esquerdo, baixar-se lentamente, usando os membros superiores na cadeira como suporte do peso corporal, para levantar executar a técnica da mesma forma - Treinar técnica de sentar-se
9: Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho): execução de marcha a três pontos com sustentação parcial do peso corporal, cumprindo uma carga parcial do membro intervencionado. Posteriormente progredir para canadianas respeitando o mesmo tipo de marcha - Treinar andar com auxiliar de marcha - Treinar manobras de mudança de direção com uso de andarilho, e posteriormente com canadianas - Instruir sobre condições de segurança no treino de marcha, como controlo de equilíbrio corporal, remoção de obstáculos, uso de calçado confortável e bem-adaptado aos pés
10: Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene: como esponja de cabo comprido, cadeira sanitária, banco para apoio do membro inferior afetado, uso de roupão para secar o corpo após a higiene - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado higiene

11: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado ir ao sanitário - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário - Treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado ir ao sanitário: como as barras de segurança na casa de banho
12: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado vestuário: vestir-se como início pelo membro afetado e despir-se com início do lado oposto - Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado vestuário - Instruir sobre uso de dispositivos auxiliares para autocuidado vestuário: tais como calçadeira de cabo longo e calçador de meias.

RESULTADOS

Durante todo o período de internamento a sra. A. manteve-se vígil, orientada e colaborante na prestação de cuidados. Relativamente à integridade cutânea constata-se que na 1ª avaliação apresentava um alto risco de desenvolver úlceras por pressão, sendo que ao momento da alta este foi reduzido para baixo risco de desenvolver úlceras por pressão. Também se verifica que ao longo do período de internamento a sra. A não desenvolveu nenhuma úlcera por pressão, apesar dos longos períodos de imobilidade relacionados com a fase pré-operatória (com duração de 7 dias e com presença de tração cutânea o que limita a modificação de decúbitos) e pós-operatória imediata.

Tabela 3 – Avaliação do Risco de Desenvolver úlceras por pressão através da Escala de Braden. Alto risco de desenvolver úlceras por pressão: pontuação ≤16; Baixo risco de desenvolver úlceras por pressão ≥17.

Escala de Braden	1ª Av.	2ª Av.	3ª Av.
Percepção Sensorial	3	4	4
Humidade	4	4	4
Atividade	1	3	3
Mobilidade	2	2	4
Nutrição	3	3	3
Fricção e forças de deslizamento	1	2	3
Pontuação	14	18	21

No que diz respeito à implementação das técnicas que visam a melhoria da ventilação pulmonar foi possível constatar que a sra. A demonstrou ter compreendido a informação transmitida através da correta execução da técnica, sendo que, segundo a própria, realizou este procedimento cerca de 4 vezes por dia no período pré-operatório, tendo-se estendido até ao 2º dia de pós-operatório. Como resultado verificou-se que não ocorreu qualquer complicação respiratória durante o período de internamento.

Relativamente à força muscular global dos segmentos não intervencionados constatou-se que a sra. A manteve o nível de força que apresentava no momento da 1ª avaliação, sem que se tenha verificado diminuição significativa desta ao longo do período de mobilidade reduzida. No que concerne à força muscular global do membro inferior esquerdo (intervencionado), constatou-se um aumento progressivo da mesma, sendo que no momento da alta, pelo recurso à Escala MRC, apresentava força 3/5.

A avaliação do equilíbrio corporal iniciou-se no primeiro dia de pós-operatório, coincidente com o episódio inaugural de saída do leito e assunção da posição ereta. A diminuição do equilíbrio (Escala de Equilíbrio de Berg=4) e o risco elevado de queda encontrados enquadram-se nos contextos de imobilidade no leito durante 8 dias e cirúrgico, mesmo com o controlo de sintomas (e.g. dor). No momento da alta obteve-se uma pontuação de 35, que corresponde a equilíbrio médio com risco de queda médio. Apesar da intervenção cirúrgica ao membro inferior esquerdo, que requer a diminuição de carga sobre este membro, a sra. A conseguiu readquirir parcialmente a sua capacidade de equilíbrio estático e dinâmico na posição de ortostatismo. O seu equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada nunca se encontrou alterado.

Tabela 4 – Avaliação da força muscular global através da Escala MRC. Sem contração muscular palpável ou visível: 0; Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro: 1; Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular: 2; Movimento que vence a gravidade ao longo da totalidade da amplitude articular, mas não a resistência: 3; Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade e a resistência: 4; Força normal: 5

MRC	1ª Av.	2ª Av.	3ª Av.
Membro Inferior Esq.	1	2	3
Membro Inferior Dto.	4+	4+	4+
Membro Superior Esq.	3	3	3
Membro Superior Dto.	4+	4+	4+

Tabela 5 – Avaliação do equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de Berg. Equilíbrio diminuído com elevado risco de queda: 0-20 pontos; Equilíbrio médio com risco de queda médio: 21-41 pontos; Equilíbrio bom com baixo risco de queda: 41-56 pontos

Escala de Equilíbrio de Berg	1ª Av.	2ª Av.	3ª Av.
Pontuação	4	18	35

A capacidade funcional da sra. A foi avaliada com recurso à MIF. De uma forma geral verificaram-se ganhos a nível da capacidade funcional, sendo que pelo recurso à escala mencionada, na 1ª avaliação apresentava uma pontuação de 60 (correspondente a dependência modificada com necessidade de assistência até 50% das tarefas) e no momento da alta apresentava uma pontuação de 108 (correspondente a independência completa/modificada). De salientar que ao longo deste período constatou-se a manutenção das seguintes funcionalidades: controlo de esfíncteres, comunicação e consciência do mundo exterior. Os ganhos obtidos verificaram-se essencialmente a nível dos autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir as metades superior e inferior, utilização de sanita) e da mobilidade (com a realização de transferências, locomoção com auxiliar de marcha e subir/descer escadas com auxiliar de marcha).

Tabela 6 – Avaliação da capacidade funcional através da Medida de Independência Funcional (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.

Medida de Independência Funcional (MIF)	1ª Av.	2ª Av.	3ª Av.
Autocuidado	11	19	35
Controlo de esfíncteres	12	14	14
Transferências	3	9	15
Locomoção	2	3	10
Comunicação	14	14	14
Consciência do mundo exterior	18	18	20
Pontuação	60	77	108

De salientar que a sra. A aparenta potencial físico e capacidades cognitivas preservadas estimando-se por isso a posterior aquisição de total independência na execução dos autocuidados transferência e locomoção, no entanto ainda apresenta défice de equilíbrio decorrente do comprometimento do membro intervencionado. Neste sentido, decorrente da parceria de trabalho existente entre o EEER e a assistente social, a sra. A foi direcionada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), onde poderá dar continuidade aos cuidados de reabilitação iniciados no período de internamento hospitalar, integrando uma Unidade de Convalescença durante um período previsto de 30 dias. Tal como referido anteriormente, dada a situação clínica, estima-se um período de recuperação de 16 a 20 semanas.

Importa ainda referir que a sra. A já possui no seu domicílio os produtos de apoio recomendados, como forma de lhe proporcionar maior autonomia na realização dos autocuidados, nomeadamente: calçadeira de cabo comprido, esponja de cabo comprido, cadeira no local do duche, banco para apoio de membro inferior intervencionado e canadianas.

Através da monitorização do risco de queda, com recurso à Escala de Morse, verificou-se que na 1ª avaliação apresentava uma pontuação de 45 (elevado risco de queda) sendo que no momento da alta se obteve uma pontuação de 50. O aumento deste risco entre a 1ª e a 2ª avaliação pode justificar-se pelo facto de no momento da 1ª avaliação a sra. A se manter acamada devido à presença de uma tração cutânea. Após realização do levante apresentava um risco de queda de pontuação 80. Dada a necessidade da utilização de auxiliar de marcha (por não poder realizar carga total no membro intervencionado) e manter défice a nível do equilíbrio, o risco de queda mantém-se elevado apesar de ter diminuído deste o momento do primeiro levante.

Tabela 7 – Avaliação do risco de queda através da Escala de Morse. Risco de queda baixo: 0-24 pontos; Risco de queda médio: 25-44 pontos; Risco de queda elevado: superior a 45 pontos

Escala de Morse	1ª Av.	2ª Av.	3ª Av.
Historial de quedas	25	25	25
Diagnóstico secundário	0	0	0
Ajuda para caminhar	0	15	15
Terapia endovenosa	20	20	0
Postura no andar e na transferência	0	20	10
Estado mental	0	0	0
Pontuação	45	80	50

DISCUSSÃO

Hoeman define como objetivos para as pessoas portadoras de alterações musculoesqueléticas “adquirir e manter a máxima independência e funcionalidade, conforto e segurança.”⁽¹²⁾. Ainda segundo a mesma autora, a educação e instrução da pessoa contribui para diminuir a incidência de complicações pós-operatórias, controlar a dor e promover a recuperação com progressos a nível o plano de reabilitação. Em consonância com a autora as intervenções do EEER incluíram instrução e treino adaptado às diferentes fases do processo. Os conhecimentos adquiridos pela utente capacitaram-na para participar nas diferentes atividades e recuperar a funcionalidade.

Tal como anteriormente mencionado, da fratura da extremidade superior do fémur podem ocorrer diversas complicações, imediatas ou tardias. Como forma de prevenir este tipo de complicações, as intervenções do EEER devem ter início ainda no período pré-operatório e devem ser direcionadas para a promoção do conforto com alívio da dor, promoção de uma alimentação e hidratação adequadas, manutenção da perfusão tecidual adequada, reeducação funcional motora (com exercícios isométricos e isotónicos) e reeducação funcional respiratória^(7,10).

No presente estudo de caso, a abordagem do EEER iniciou-se ainda no período pré-operatório, através da implementação das intervenções planeadas para os diagnósticos 1, 2, 3, 4 e 6, não se verificando nenhuma das complicações anteriormente referidas. Num estudo acerca dos efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com fatura proximal do fémur, verificou-se uma melhoria da capacidade funcional através implementação de exercícios de reeducação funcional motora e de exercícios de reeducação funcional respiratória, na medida em que estes permitiram manter a força do membro intervencionado e preveniram a ocorrência de complicações⁽²⁰⁾. O mesmo autor refere que durante o período de imobilização pré- cirurgia constata-se uma perda de força muscular, que posteriormente é recuperada durante o período pós-operatório através da realização do primeiro levante e implementação de exercícios isométricos, isotónicos e de amplitude articular⁽²⁰⁾.

No período pós-operatório imediato preconiza-se a adoção do decúbito dorsal com alinhamento do membro intervencionado em posição neutra, se necessário com uma flexão do joelho de cerca de 20° de forma a promover relaxamento da região operada. Encontra-se contraindicado o decúbito homolateral à cirurgia, sendo que o decúbito contralateral pode ser uma opção, conforme tolerância à dor⁽⁷⁾. As intervenções relacionadas com o diagnóstico 6 encontram-se de acordo com o que a literatura refere, sendo que não se verificaram complicações pós-operatórias relacionadas com o posicionamento.

O programa de reabilitação no período pós-operatório, que deve ser iniciado precocemente e dar continuidade ao estabelecido no pré-operatório, remete para a reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora com a realização de exercícios isométricos (para fortalecimento da musculatura peri-articular da coxofemoral) e exercícios isotónicos. Deve incluir treino de mobilizações ativas e ativas assistidas de todos os segmentos articulares do membro intervencionado, de acordo com a amplitude articular e tolerância à dor; treino de mobilizações ativas assistidas, livres ou resistidas dos restantes segmentos livres. Estes exercícios visam manter e intensificar o fortalecimento muscular^(7,10). Neste sentido foram instituídas as intervenções relacionadas com o diagnóstico 3, tendo contribuído para o fortalecimento muscular do membro intervencionado e manutenção da força dos restantes membros, como foi possível constatar pelo recurso da Escala MRC. Também Soares, no estudo que realizou acerca

da intervenção do EEER no idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur, pela implementação de intervenções similares às descritas neste estudo de caso, constatou um aumento da força muscular⁽²²⁾.

A pessoa deve ainda ser instruída acerca da execução de técnicas que promovam o seu autocuidado, nomeadamente na realização de treino de equilíbrio, treino de transferências, sentar-se e levantar-se, uso do sanitário e treino de marcha com correta utilização de auxiliares de marcha, de forma a não realizar carga total sobre o membro intervencionado^(7,10,12). De acordo com o preconizado foram implementadas as intervenções relacionados com os diagnósticos 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12, sendo que com recurso à Escala MIF se verificaram ganhos relativos à realização dos autocuidados identificados, e consequentemente ganhos relativos à autonomia e independência da pessoa.

Tal como anteriormente referido os ganhos obtidos verificaram-se essencialmente a nível dos autocuidados alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se, transferir-se, andar com auxiliar de marcha. Estes resultados encontram-se de acordo com o estudo desenvolvido por Fernandes que, ao avaliar a funcionalidade do idoso com fratura proximal do fémur após intervenção do EEER, verificou uma melhoria da independência funcional, sendo esta estatisticamente mais significativa nas dimensões da alimentação, higiene corporal, uso do sanitário, deambulação, transferência cadeira/cama e subir escadas⁽²¹⁾. Os ganhos a nível da funcionalidade através da implementação de intervenções do EEER semelhantes às delineadas para este estudo de caso são igualmente reconhecidos nos estudos desenvolvidos por Pino e Soares^(20,22).

Os dispositivos de apoio são usados para melhorar a função, atenuando o impacto das limitações funcionais e permitindo que a pessoa seja capaz de realizar as tarefas de forma segura e independente, potencializando-a para o seu autocuidado⁽¹²⁾. A sra. A foi instruída quanto à possibilidade de recorrer a diversos produtos de apoio, nomeadamente calçadeira de cabo comprido, esponja de cabo comprido, cadeira no local do duche, banco para apoio de membro inferior intervencionado.

Tal como referido anteriormente, a queda no idoso é reconhecida como um acontecimento recorrente que acarreta graves consequências, quer a nível pessoal e familiar, quer a nível social e financeiro⁵. O estudo desenvolvido por Lurie et al., constatou que a implementação do treino de força muscular, equilíbrio, correção postural e educação para a saúde, contribui não só para a redução do risco que queda e lesões associadas a esta, como também para uma melhoria significativa do equilíbrio e confiança no equilíbrio.²³ Por outro lado, a identificação de barreiras arquitetónicas e instrução acerca da gestão do ambiente físico através do melhoramento das acessibilidades e desobstrução do espaço por onde a pessoa circula, também deve constituir uma preocupação do EEER⁽¹⁰⁾. Assim, a implementação das intervenções inerentes ao programa de reabilitação, pretenderam contribuir para a diminuição do risco de queda e respetivas complicações, não só através do treino de força e equilíbrio, como também pela adoção de comportamentos e respostas adaptativas perante a presença de barreiras arquitetónicas. Pelo recurso da Escala de Morse verificou-se que a sra. A mantém um elevado risco de queda, embora a pontuação referente a esta escala revele um risco menor do que quando comparado com o momento em que se encontrava no período pós-operatório imediato. Ainda assim é importante ressaltar que apesar de apresentar um risco de queda elevado a sra. A não apresentou nenhum episódio de queda durante este período. Tal fato poderá estar relacionado com as intervenções implementadas, nomeadamente a execução dos exercícios e treinos mencionados e educação para a saúde.

De acordo com um estudo realizado em Portugal, as variáveis que mais influenciaram a re aquisição da funcionalidade do idoso após fratura da extremidade superior do fémur foram a idade (quanto mais elevada a idade menor a capacidade funcional) e o número de sessões de reabilitação, em que quanto maior o número de sessões realizadas melhor os resultados obtidos quanto à funcionalidade da pessoa⁽¹⁰⁾. Neste sentido, considera-se que a presença diária de um EEER de forma a proporcionar a realização de um maior número de sessões de reabilitação, teria sido essencial para a maximização dos ganhos obtidos, nomeadamente no que diz respeito à melhoria do equilíbrio e à diminuição do risco de queda.

Assim, mais uma vez se revela o contributo do EEER no que diz respeito ao aumento da autonomia e da qualidade de vida da pessoa. A necessidade de referenciação para a RNCCI, com posterior direcionamento para uma Unidade de Convalescença após a alta hospitalar, reforça a importância e necessidade de cuidados de reabilitação no período pós-cirúrgico.

Pretendendo-se dar continuidade aos cuidados de reabilitação, poderia ter mantido contacto com a sra. A, de forma a incentivar ao cumprimento dos exercícios instruídos e treinados ao longo deste período, o que permitiria perspetivar por melhores resultados decorrentes da manutenção do programa de reabilitação. O recurso a uma escala que permitisse avaliar o medo de cair, como a Falls Efficacy Scale, poderia ter contribuído para compreender o porquê da sra. A manter um risco de queda elevado, e partindo dos fatores precipitantes, poderia adotar intervenções que permitissem superar as dificuldades identificadas, pretendendo-se a obtenção de melhores resultados.

De uma forma geral, é notório que as intervenções do EEER na pessoa com fratura da extremidade superior do fémur se traduzem em múltiplos benefícios, nomeadamente no que concerne à promoção do autocuidado. Os resultados obtidos neste estudo de caso vão ao encontro do que está descrito na literatura e noutros estudos similares realizados a nível nacional.

CONCLUSÃO

Considerando os resultados anteriormente apresentados, conclui-se que a implementação de um programa de reabilitação à pessoa com fratura da extremidade superior do fémur se revela fundamental para a restituição da sua autonomia e da capacidade funcional, na medida em que contribuíram para a ausência de complicações no período pré e pós-cirúrgico e para melhorias a nível de: equilíbrio, força muscular, marcha, capacidade funcional para as atividades de vida diárias, conhecimento de estratégias adaptativas, conhecimento acerca de estratégias de segurança e prevenção de queda.

No momento da admissão, a funcionalidade da pessoa encontrava-se comprometida pela presença de dor e pela limitação funcional do membro fraturado. Deste comprometimento resultou um défice de autocuidado com incapacidade de realização das diversas AVD, défice de força muscular, risco de desenvolver complicações decorrentes da imobilidade (tais como úlceras por pressão, pneumonia, trombose venosa profunda entre outras), e ainda défice de equilíbrio no período pós-operatório. Considerando os défices identificados, os diagnósticos do EEER centram-se na prevenção deste tipo de complicações e potencialização da funcionalidade da pessoa através do treino de AVD e instrução de comportamentos que visassem a sua reinserção social. O presente estudo de caso, tal como outros estudos desenvolvidos a nível nacional, reflete que a intervenção do EEER contribui para a prevenção das complicações mencionadas e para a melhoria da força muscular e equilíbrio, da capacitação para o autocuidado, com consequente melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa com fratura do terço superior do fémur.

A sra. A foi questionada acerca da sua opinião no que diz respeito à necessidade e importância da implementação de intervenções por parte do EEER, sendo que esta os referiu como fundamentais e indispensáveis para o seu retorno a uma vida autónoma, o mais precocemente possível. Verifica-se então que a intervenção do EEER junto desta senhora deu resposta às competências do EEER definidas pelas Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 392/2019⁽²⁴⁾ na medida em que através da implementação de um programa de treino motor e respiratório, com recurso a instrumentos de avaliação para a medição dos ganhos obtidos, contribuiu para a capacitação funcional na realização de AVD's, promovendo a autonomia, a qualidade de vida e a inserção social e familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [Online] 2019.: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71882686&PUBLICACOESmodo=2.
2. Spirduso, W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri: Editora Manole, 2005.
3. Bicudo, M. Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade contributos dos enfermeiros. [Lopes, M.]. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Loures: Lusociência; 2013: 39-74.
4. Esquenazi, D., Silva, S., & Guimarães, M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. Revista HUPE, 13(2): 11-20. [Online] 2014. DOI: 10.12957/rhupe.2014.10124.
5. Despacho n.º 1400-A/2015 de 1º de fevereiro. Diário da República n.º 28/2015 - Série II. Ministério da Saúde. [Online] 2015. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>.
6. Serra, L. Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia. 2 ed. Lisboa: Lidel; 2001.
7. Chainça, L., Rebelo, O., & Almeida, T. Fracturas do terço superior do fémur. [Cruz, A. & Armenio, C.] Enfermagem em Ortotraumatologia. Coimbra: Formasau; 2009.
8. Hoppenfeld, S. & Murthy, V. Fracturas tratamiento y rehabilitación. Madrid: Marbán Libros, S.L.; 2004.
9. Cunha, E. Enfermagem em ortopedia. Lisboa: Lidel; 2008.
10. Sousa, L. & Carvalho, M. Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. [Marques-Vieira, C. & Sousa, L.]. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta; 2017: 421.431.
11. International Council of Nurses. Navegador da CIPE. [Online] 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
12. Hoeman, S. Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados. 4 ed. Loures: Lusodidacta; 2011.
13. Riley, D., Barber, M., Kienle, G., Aronson K., Schoen-Angerer, T., Kiene, P., Gagnier, J. CARE guidelines for case reports; explanation and elaboration document. Journal of Clinical Epidemiology, 89: 218-235. 2017.
14. Direção-Geral da Saúde. Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q). [Online] 2011a. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx.
15. Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system. [Online] 1943. <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>
16. Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M., Tufik, S., Mello, M. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 14(2): 88-93. [Online] 2008. <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.
17. Direção-Geral da Saúde. Acidente vascular cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação. [Online] 2011. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>.
18. Direção-Geral da Saúde. Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. [Online] 2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>.
19. Ordem dos Enfermeiros. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [Online] 2015b.



https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf.

20. Pino, H. Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura proximal do fémur. [Online] 2019. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29027/1/RF_helder_pino_versao_difinitiva_Prog_enf_reab_femur_apos_discussao.pdf.
21. Fernandes, A. A intervenção dos enfermeiros de reabilitação nos idosos com fratura proximal do fémur. [Online] 2016. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8776/1/Andrea_Fernandes_MGO_2015-2016_ramogestaodeunidadesdesaude.pdf.
22. Soares, M. A enfermagem de reabilitação no idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur. [Online] 2019. https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4892/1/RELAT%c3%93RIO_Final_Maria_Soares.pdf.
23. Lurie, J., Zagaria, A., Ellis, L., Pidgeon, D., Gill-Body, K., Burke, C., Armbrust, K., Cass, S., Spratt, K., & MacDonough, C. Surface perturbation training to prevent falls in older adults: a highly pragmatic, randomized controlled trial. *Phys Ther*, 100(7): 1153-1162. [Online] 2020. <http://doi.org/10.1093/ptj/pzaa023>.
24. Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019- Série II. Ordem dos Enfermeiros. [Online] 2019. <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: MP, HT, HP, JVV;

Metodologia: MP, HP, JVV; MJB.

Validação: MP, HT, JVV; MJB

Análise formal: MP, HP, JVV;

Investigação: MP, HT, HP, JVV;

Tratamento de dados: MP, HT, HP, JVV;

Preparação do rascunho original: MP, JVV; MJB;

Redação e edição: MP, HT, JVV; MJB;

Revisão: MP, HT, JVV; MJB.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Agradecimentos:

Os autores agradecem ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA POR COXARTROSE

THE PERSON UNDERGOING TOTAL HIP ARTHROPLASTY DUE TO COXARTHROSIS: CASE REPORT

LA PERSONA QUE SE SOMETE A UNA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA POR COXARTROSIS: RELATO DE CASO

DOI 10.33194/rper.2021.167; Data de Receção: 2021/04/26; Data de Aceitação: 2021/06/20

Pedro Dias¹; Rogério Ferrinho Ferreira²; Patrícia Messias¹¹ Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal; ² Escola Superior de Saúde de Beja, Beja, Portugal

Autor correspondente: Pedro Dias, pedrodias_vrsa@hotmail.com

RESUMO

Introdução: As modificações biológicas decorrentes do envelhecimento podem acarretar problemas nas articulações, sendo a coxartrose uma das mais comuns. Decorrente das consequências e do modo como afeta a qualidade de vida das pessoas, a artroplastia total da anca surge como uma solução. Neste sentido, destaca-se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como o profissional capaz de potenciar a funcionalidade e maximizar a independência da pessoa.

Objetivo: Identificar os benefícios da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no período pré e pós-operatório de uma pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose.

Metodologia: Estudo de caso descritivo único, fundamentado nas guidelines CARE (CAse REport). Implementou-se um programa de reabilitação específico e direcionado para a pessoa em estudo, baseado nos diagnósticos identificados, com particular interesse na Reeducação Funcional Motora.

Resultados: Verificou-se um aumento da força muscular e da amplitude articular no membro intervencionado, melhorias relativas ao equilíbrio corporal e independência na realização das atividades de vida diária e uma diminuição do risco de queda e intensidade da dor.

Conclusão: A capacidade funcional melhorou após intervenção cirúrgica e implementação do programa de enfermagem de reabilitação.

DESCRIPTORES: Enfermagem de Reabilitação; Reeducação Funcional Motora; Artroplastia Total da Anca; Coxartrose

ABSTRACT

Introduction: Biological changes due to aging can cause joint problems and coxarthrosis is one of the most common. Due to the consequences and the way it affects people's quality of life, total hip arthroplasty appears as one of the solutions. Thus, the rehabilitation nurse stands out as the professional capable of enhancing functionality and maximizing the person's independence.

Objective: Identify the benefits of the rehabilitation nurse's intervention, in the pre and postoperative period of a person undergoing total hip arthroplasty due to coxarthrosis.

Methodology: Unique descriptive case study, based on the CARE guidelines (CAse REport). A specific rehabilitation program was implemented and targeted at the person under study, based on the diagnoses identified and giving particular interest to Functional Motor Reeducation.

Results: There was an increase in muscle strength and range of motion in the surgically operated limb, improvements in body balance and independence in performing activities of daily living and a decrease in the risk of falling and pain intensity.

Conclusion: Functional capacity improved after surgical intervention and a rehabilitation nursing program.

DESCRIPTORS: Rehabilitation Nursing; Functional Motor Reeducation; Total Hip Arthroplasty; Coxarthrosis.

RESUMEN

Introducción: Los cambios biológicos en el envejecimiento causan problemas articulares, como la coxartrosis. Por las consecuencias y cómo afecta la calidad de vida, la prótesis total de cadera surge como una solución. Así, se destaca la intervención del Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación como el profesional que promueve la funcionalidad y maximiza la independencia.

Objetivo: Identificar los beneficios de la intervención del Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación, en el pre y postoperatorio de una persona que se somete a una prótesis total de cadera por coxartrosis.

Metodología: Relato de caso descriptivo único, apoyado en las directrices CARE (CAsE REport). Se implementó un programa de rehabilitación específico y dirigido a la persona en estudio, teniendo en cuenta los diagnósticos identificados, con especial interés en la Reeducción Funcional Motora.

Resultados: Hubo un aumento de la fuerza muscular y amplitud de movimiento en el miembro operado, mejoras en el equilibrio corporal y en la independencia para realizar las actividades de la vida diaria, y una disminución del riesgo de caídas y del dolor.

Conclusión: La capacidad funcional mejoró después de una intervención quirúrgica y un programa de rehabilitación.

DESCRIPTORES: Enfermería de Rehabilitación; Reeducción Funcional Motora; Prótesis Total de Cadera; Coxartrosis

INTRODUÇÃO

O envelhecimento, processo de mudança natural e progressivo, transversal a todas as sociedades, evidencia no idoso as doenças, as morbilidades, incapacidades e dependências⁽¹⁾. Em 2020, apenas 15,6% das pessoas idosas portuguesas percecionavam de forma positiva a sua saúde, colocando Portugal na lista dos países da União Europeia com a perceção de saúde mais depreciativa⁽²⁾. É de destacar que ainda em 2020, 73,8% da população com 65 ou mais anos tinha associado a existência de doenças crónicas à sua perceção de saúde, sendo as mulheres e a população idosa (60,8%) as que referem ter, com mais frequência, alguma limitação na execução de atividades habituais⁽²⁾. Estes dados demonstram a necessidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação irem ao encontro das necessidades reais das pessoas, nomeadamente na capacitação para a independência na realização das atividades de vida diária.

O fenómeno do envelhecimento provoca modificações biológicas, tais como a osteoporose, que se evidencia principalmente nas mulheres como um problema que afeta a independência funcional⁽³⁾. Cerca de 3-6% da população europeia sofre de sintomas relacionados com a degeneração osteoarticular, dados estes que irão aumentar no futuro devido ao envelhecimento populacional⁽⁴⁾. Quando a dor e o sofrimento sentido pela pessoa expressam limitações que a impedem de desempenhar as suas atividades de vida diária, pode ser proposta a artroplastia total da anca, na qual se implanta uma prótese na diáfise femoral, constituída por cabeça, colo e extremidade (componente femoral), e outra no osso ilíaco (componente acetabular)⁽³⁾. Assim, a artroplastia destaca-se com o tratamento de eleição nos estádios finais da osteoartrite da anca, sendo que existem vários estudos que mostram o impacto negativo na qualidade de vida destas pessoas. Contudo, ainda que seja dado valor à reabilitação pós-operatória, pouco se sabe acerca da eficácia dos exercícios atendendo ao tipo, frequência, intensidade e duração do programa de reabilitação⁽⁴⁾.

Ressalta-se desta forma a importância dos cuidados de enfermagem desde o período pré-operatório até ao pós-operatório, sendo que o tratamento da pessoa sujeita a esta cirurgia não termina com a protetização da anca, devendo continuar para o resto da vida. Os cuidados prestados devem ser assim, adaptados e de acordo com uma visão holística da pessoa⁽³⁾.

O sucesso da intervenção cirúrgica de artroplastia total da anca vai depender da assimilação de conhecimentos e dos ensinamentos fornecidos à pessoa, bem como da capacidade do enfermeiro em integrar esses cuidados nas atividades de vida diária, de modo a promover a preservação da articulação⁽³⁾.

Num estudo envolvendo 54 pessoas submetidas a artroplastia total da anca, destacaram-se os principais défices resultantes desta cirurgia, tais como a diminuição da força muscular, do equilíbrio postural e da marcha, tendo-se verificado que, embora a marcha numa condição de descanso não influenciasse a capacidade muscular do doente, o aumento da força muscular decorrente de uma realização exigente das atividades de vida diária, limitou o equilíbrio corporal⁽⁵⁾. Outro estudo refere que uma mobilização articular direcionada, juntamente com treino de força muscular, além de bem tolerados pela pessoa, mostram melhorias na amplitude de movimento da articulação coxofemoral e no desempenho da marcha⁽⁶⁾. É nesse sentido que a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve ser centrada, nomeadamente no desenvolvimento deste tipo de programas de treino motor e de atividades de vida diária, baseados em e para criar evidência científica.

O EEER, dotado de competências específicas necessárias para capacitar a pessoa com limitação da atividade, bem como para maximizar a sua funcionalidade, atendendo às capacidades remanescentes, contribui para a minimização

das sequelas resultantes de uma nova condição e permite que a pessoa readquira o seu máximo de funcionalidade possível. Este profissional elabora planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, atendendo aos problemas reais e potenciais identificados na avaliação inicial. Nesse plano de enfermagem constam, não só o diagnóstico precoce realizado pelo EEER, como as ações e intervenções terapêuticas que irão ser realizadas na etapa da execução, e que irão permitir recuperar ou manter a funcionalidade da pessoa cuidada. Este planeamento só é possível pelo facto deste profissional possuir experiência acrescida e um alto nível de conhecimentos, que lhe permite uma tomada de decisão fundamentada. Numa fase final, é realizada uma avaliação dos resultados, tendo em conta a correta identificação dos problemas e objetivos, planeamento das intervenções e sua execução⁽⁷⁾.

Desta forma, o EEER possui competências que o permitem implementar programas de reabilitação dirigidos à pessoa com alterações do foro músculo-esquelético, com o intuito de promover a sua independência funcional, bem como a participação social. Os programas de reabilitação implementados pelo EEER assumem assim uma elevada importância, nomeadamente no idoso, uma vez que é possível prevenir complicações, como o risco de queda ou os problemas cardiovasculares, a partir de uma reabilitação precoce com promoção da força muscular e funcionalidade, que possibilitam preservar a sua independência o maior tempo possível⁽⁶⁾.

Neste contexto, o objetivo de âmbito geral deste estudo centra-se em identificar os benefícios de um programa de reabilitação, no período pré e pós-operatório de uma pessoa idosa submetida a artroplastia total da anca, dando especial atenção à reeducação funcional motora e ao treino de atividades de vida diária. Os objetivos específicos caracterizam-se por: reconhecer as modificações funcionais e músculo-esqueléticas na pessoa, mediante utilização de instrumentos de avaliação; definir os diagnósticos específicos de enfermagem reabilitação; implementar um programa de treino motor e de atividades de vida diária específico para a pessoa em estudo; avaliar os resultados obtidos com a implementação do plano de cuidados individualizado de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca.

METODOLOGIA

Um estudo de caso descritivo único, encontra-se integrado numa metodologia de investigação, usada com frequência na compreensão de determinados fenómenos⁽⁸⁾ e que permite relatar a história clínica da pessoa para propósitos científicos e educacionais, ou seja, possibilita reconhecer doenças novas ou raras, avaliar os efeitos vantajosos ou perigosos de determinada intervenção e promover a educação e evolução da medicina⁽⁹⁾. Ao ser útil em investigação, surge como uma forma de produzir evidência científica^(8; 9).

O presente estudo de caso baseia-se nas diretrizes CAsE REport (CARE), que fornecem claras indicações em relação aos vários itens que constituem um estudo de caso. De forma organizada e lógica foram cumpridos os diversos critérios da *checklist*, tendo sido realizadas adaptações quando necessário, de modo a adequar ao caso em estudo⁽⁹⁾.

Torna-se importante destacar que foram respeitados os princípios legais e que foi adotada uma conduta ética para realizar esta investigação de enfermagem, recorrendo para tal às recomendações da Declaração de Helsínquia, da Convenção de Oviedo, do *International Committee of Medical Journal Editors* e do *Committee on Publication Ethics*. Ainda se torna relevante ressaltar que o consentimento informado, livre e esclarecido foi obtido antes de se dar início à colheita de dados e que o presente estudo de caso foi elaborado e desenvolvido no contexto de um estágio académico, autorizado pelas instituições intervenientes, nomeadamente uma Instituição de Ensino Superior e um Centro Hospitalar. O projeto foi aceite pela comissão de ética da Instituição de Ensino Superior.

Os diagnósticos foram baseados na linguagem CIPE versão 2015⁽¹⁰⁾ e no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação⁽¹¹⁾. O programa de reabilitação foi implementado desde o dia 19 até ao dia 26 de novembro. Os dados colhidos foram analisados quantitativamente, tendo sido selecionados instrumentos de avaliação para assegurar a medição de determinadas funções da pessoa.

Desta forma, implementou-se um programa de reabilitação específico e direcionado para a pessoa em estudo, baseado nos diagnósticos identificados, com particular interesse na Reeducação Funcional Motora.

Avaliação Inicial e História Clínica

Utente caucasiana do sexo feminino de 67 anos, com 71kg e 1,63m de altura. Reformada ex-cabeleireira, com antecedentes pessoais de asma e ausência de alergias medicamentosas e/ou alimentares. Reside numa casa sem escadas e mora com uma das duas filhas, elemento que irá prestar cuidados / apoio aquando da alta. No domicílio, embora independente nas atividades de vida diária, realizava-as com bastante dificuldade devido à dor sentida, o que influenciava de forma negativa a sua qualidade de vida.

A medicação que realizava no domicílio em SOS era *Maizar Diskus* (50 microgramas de salmeterol + 100 microgramas de propionato de fluticasona) e medicação analgésica que não soube especificar.

A admissão no serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar ocorreu a 19/11/2020, com o diagnóstico de coxartrose esquerda, para cirurgia eletiva, que só se viria a realizar a 21/11/2020. Em relação aos exames pré-operatórios,

foram realizadas análises sanguíneas, que se encontravam dentro dos valores de referência; eletrocardiograma, com ritmo sinusal; e radiografia do tórax e bacia (Figura 1). A senhora foi também submetida a uma avaliação por parte do anestesista, obtendo um risco cirúrgico de ASA II (*American Society of Anesthesiology*), indicativo de doença sistêmica leve. No dia 21/11/2020, foi submetida a artroplastia total da anca esquerda, sob raquianestesia, tendo o pós-operatório decorrido sem intercorrências e com controlo radiográfico da bacia após a cirurgia (Figura 2).

No internamento apresentava a seguinte medicação prescrita: Enoxaparina sódica 40mg SC 17h; Paracetamol 1g PO 7/15/23h; Metamizol magnésico 2g EV 8/8h SOS; Captopril 25mg SL 8/8h SOS; Pantoprazol 20mg PO 7h; Salbutamol 100yg/dose, Suspensão pressurizada para inalação, 8/8h SOS.

No dia 26/11/2020, a senhora tem critérios para alta clínica e para dar continuidade aos cuidados iniciados no internamento, no seu domicílio, com apoio da filha com quem reside. Desta forma, para dar suporte à continuidade de cuidados, foi elaborada a nota de alta do EEER.



Figura 1: Raio-X da bacia pré-operatório.



Figura 2: Raio-X da bacia pós-operatório.

Exame físico - 19/11/2020

Utente consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa, e colaborante. Com mucosas coradas e hidratadas, anictérica e acianótica, bem como eupneica, sem síndrome de dificuldade respiratória e com SpO₂ 96% a ar ambiente. À auscultação pulmonar, evidenciou-se murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios. O abdómen apresentava-se com timpanismo normal, mole, depressível e indolor à palpação. Sem lesões cutâneas e sem sinais inflamatórios na área a ser intervencionada.

Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

O processo de reabilitação em enfermagem enquadra a tomada de decisão em diversas etapas, sendo elas: a colheita de dados ou avaliação inicial, a identificação das problemáticas evidenciadas, a definição de objetivos alcançáveis, a escolha das intervenções tendo em conta a pessoa como um ser holístico, a avaliação dos resultados e a preparação para a alta. Todo este processo é passível de ser reavaliado até que se possa dar por finalizado o processo de reabilitação⁽¹²⁾.

Neste sentido, e atendendo às principais preocupações da senhora e às necessidades identificadas, foram estabelecidos os diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Reabilitação que se seguem, tendo por base a linguagem CIPE versão 2015⁽¹⁰⁾ e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação⁽¹¹⁾:

Diagnóstico 1: Conhecimento sobre a doença ausente, relacionada com a intervenção cirúrgica;

Diagnóstico 2: Dor músculo-esquelética presente à mobilização do membro inferior esquerdo;

Diagnóstico 3: Movimento muscular diminuído no membro inferior esquerdo;

Diagnóstico 4: Equilíbrio corporal comprometido;

Diagnóstico 5: Capacidade para transferir-se comprometida em grau moderado;

Diagnóstico 6: Andar com auxiliar de marcha comprometido;

Diagnóstico 7: Alto risco de queda presente.

De modo a implementar as intervenções relacionadas com os diagnósticos elaborados, utilizaram-se os seguintes materiais e recursos disponíveis: goniómetro, bastão, andarilho, cadeira de rodas/cadeirão, barras laterais na casa de banho, roupa pessoal confortável e sapatos fechados antiderrapantes.

A escolha dos instrumentos de avaliação de uma certa função deve assentar no pressuposto que é uma medida válida para a função estudada e possuir uma fiabilidade adequada, sendo que os resultados obtidos devem ser sensíveis o suficiente para revelarem alterações clínicas significativas⁽¹³⁾. Desta forma, os instrumentos selecionados foram: a escala de coma *Glasgow*, a escala de força de *Medical Research Council*, a escala simples de equilíbrio, a escala de *Barthel*, a escala de *Morse* e a escala numérica da dor.

A escala de coma de *Glasgow* avalia o estado de consciência da pessoa, revelando-se um elemento importante para o estudo de caso em questão, visto que se planeiam intervenções direcionadas para a assimilação de conhecimento, adequadas para uma pessoa consciente e orientada, que tenha capacidades para continuar no domicílio os cuidados instruídos no internamento⁽¹⁴⁾.

De seguida, torna-se importante na pessoa com alterações do foro músculo-esquelético avaliar o grau de força dos diversos segmentos corporais para que se consiga implementar intervenções, tais como o levantar, o treino de marcha ou o treino de atividades de vida diária. Utilizou-se a escala de força de *Medical Research Council* com o objetivo de se avaliar a força de todos os segmentos corporais da pessoa, de modo a prosseguir-se em segurança para a realização de intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação⁽¹⁵⁾.

Para que se possa realizar um levantar correto e em segurança, é necessário primeiro averiguar se a pessoa possui equilíbrio na posição de sentada (estático e dinâmico), e em caso afirmativo proceder-se ao levantar. Na posição de pé consegue-se verificar se a pessoa detém equilíbrio ortostático (estático e dinâmico), sendo que, caso algum destes se encontre diminuído ou ausente, fornece dados para que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação possa atuar e intervir junto da pessoa. A escala simples do equilíbrio constitui assim um instrumento imprescindível na reeducação funcional motora.

Com o intuito de realizar treino de atividades de vida diária para que a pessoa possa otimizar e progredir na situação clínica, recorreu-se à escala de *Barthel*, que avalia o grau de independência da pessoa na execução de dez atividades básicas de vida diária⁽¹⁶⁾.

A escala de quedas de *Morse* também se constituiu como um instrumento de relevância a ser utilizado, uma vez que a prevenção de quedas e dos danos resultantes é, a nível mundial, um dos objetivos de saúde pública, sendo que as quedas constituem, não só uma principal causa de internamento, como de morte^(17; 18). Neste sentido, e associado ao equilíbrio comprometido que a pessoa com alterações do foro músculo-esquelético pode apresentar, destaca-se a importância da escolha e aplicação desta escala.

Por fim, para que se consiga iniciar e dar continuidade a um programa de reeducação funcional motora, torna-se essencial a constante avaliação da dor e tolerância da pessoa às intervenções implementadas, e daí o recurso à escala numérica da dor⁽¹⁹⁾.

Plano de Intervenção - 19/11/2020 a 26/11/2020

Diagnóstico 1: Conhecimento sobre a doença ausente, relacionada com a intervenção cirúrgica.

Objetivos: Fomentar na pessoa a aquisição de conhecimentos face ao processo de recuperação; obter a colaboração da pessoa no período pós-operatório; reduzir complicações pós-operatórias; otimizar estado funcional da pessoa; diminuir tempo de internamento.

Intervenções: Solicitar a colaboração da pessoa; Explicar à pessoa os benefícios da reabilitação precoce no período pós-operatório; Alertar para sinais e sintomas de possíveis complicações (calor, edema, ardor do membro inferior, febre); Sensibilizar e instruir a importância da frequente alternância de decúbitos no leito, respeitando os limites e o risco de luxação da articulação no pós-operatório; Ensinar movimentos potencialmente luxantes; Incentivar à mobilização articular dentro das amplitudes toleradas, para melhor adesão da pessoa ao programa de reabilitação no período pós-operatório; Instruir o levantar do leito; Ensinar sobre medidas de segurança (manutenção de auxiliares de marcha e apoio na marcha e uso de sapato antiderrapante fechado durante a marcha); Instruir marcha a 3 pontos com recurso a auxiliar de marcha (andarilho): andarilho, membro inferior esquerdo operado, membro inferior direito; Instruir acerca dos movimentos musculares e articulares; Instruir e treinar técnicas de reeducação funcional respiratória (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; abertura costal global; tosse); Esclarecer eventuais dúvidas; Avaliar aquisição de conhecimentos da pessoa; Elogiar a pessoa.

Avaliação: A senhora sempre se mostrou receptiva aos ensinamentos. No decorrer do internamento, ainda que a mesma demonstrasse aquisição completa dos conhecimentos sobre os assuntos abordados, estes foram sempre reforçados. Foi questionada sobre as condições no domicílio, tendo referido que já tinha efetuado as adaptações necessárias. No momento da alta clínica, a senhora encontrava-se apta, demonstrando conhecimento acerca dos cuidados a ter no domicílio, nomeadamente a não realização dos movimentos potencialmente luxantes (flexão acima dos 90°, abdução e rotação externa/interna), a realização dos exercícios isométricos e isotónicos, e a marcha correta e segura com andarilho.

Diagnóstico 2: Dor músculo-esquelética presente à mobilização do membro inferior esquerdo.

Objetivos: Controlar / diminuir dor; recuperar / manter a funcionalidade; prevenir alterações posturais.

Intervenções: Avaliar e monitorizar a dor usando a escala numérica da dor; Instruir a manter o alinhamento corporal e posições estáveis; Alternar decúbitos; Realizar mobilizações passivas e ativas-assistidas das articulações, dependendo da tolerância da pessoa e segundo os limites articulares; Instruir e treinar a realização de exercícios isométricos e isotónicos do membro operado e segmentos livres, de acordo com a tolerância e limite articular; Gerir a atividade e o repouso, de modo a evitar a fadiga e o cansaço muscular; Manter elevação do membro inferior esquerdo; Realizar crioterapia no membro inferior esquerdo; Valorizar a dor da pessoa.

Avaliação: A senhora referia dor intensa no pré-operatório, nível 7, sendo que no pós-operatório, embora referisse dor devido à intervenção cirúrgica, esta já era de nível 5, diminuindo para uma dor 3 nos dias seguintes.

Esta diminuição é justificada pela mobilização precoce do membro intervencionado no pós-operatório. A implementação do programa de reabilitação teve em conta a presença da dor e a sua intensidade, bem como o horário da analgesia prescrita.

Diagnóstico 3: Movimento muscular diminuído no membro inferior esquerdo.

Objetivos: Promover o fortalecimento muscular e o aumento da amplitude articular; recuperar a funcionalidade; prevenir alterações posturais, atrofia e contraturas musculares.

Intervenções: Executar mobilizações passivas e ativas-assistidas no membro inferior esquerdo e segmentos articulares; Executar técnica de mobilização articular ativa-assistida: flexão e extensão dos dedos dos pés, flexão plantar e dorsiflexão da articulação tibiotársica, flexão e extensão do joelho (flexão até 90°), extensão, abdução e adução sem ultrapassar a linha média da articulação coxofemoral; Executar técnica de movimento muscular (exercícios isométricos dos flexores (psoas ilíaco, costureiro, reto anterior e tensor da fáscia lata) e dos extensores (isquiotibiais e grande nadequeiro)) - 3 séries de 10 segundos; Incentivar à realização autónoma dos movimentos musculares e articulares; Supervisionar o movimento muscular; Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; Realizar levante precoce nas primeiras 24h; Monitorizar amplitude articular e força muscular; Elogiar a pessoa.

Avaliação: Ao aplicar a escala da força de *Medical Research Council*, a senhora apresentava no pré-operatório (dia 19/11) força 5/5 em todos os segmentos corporais de ambos os membros superiores e membro inferior direito. Apresentava força 5/5 na articulação tibiotársica e joelho esquerdos e força 3/5 na articulação coxofemoral esquerda (realizava movimento ativo, arco de movimento completo contra a gravidade, mas quando era aplicada alguma resistência, havia defesa à dor). No período pós-operatório, nomeadamente no dia 23/11, a força na articulação coxofemoral esquerda situava-se no nível 2/5 (não vencida a gravidade). No entanto, após a aplicação do programa de intervenção de reabilitação, a força aumentou para o nível 4/5, no dia 26/11. Em relação à amplitude articular da articulação coxofemoral esquerda, em extensão manteve-se sempre em 0°. O aumento da amplitude articular foi verificado na flexão desta articulação, que aumentou de 30° no dia 23/11, para 90° no dia 26/11.

Diagnóstico 4: Equilíbrio corporal comprometido.

Objetivos: Promover o equilíbrio sentado e ortostático; melhorar postura corporal; recuperar a funcionalidade.

Intervenções: Avaliar equilíbrio corporal recorrendo à escala simples de equilíbrio; Assistir a pessoa para promover equilíbrio através da técnica de posicionamento; Supervisionar o equilíbrio corporal da pessoa: equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático e dinâmico ortostático; Estimular a manter o equilíbrio corporal; Executar técnica de posicionamento e de treino de equilíbrio para promover equilíbrio corporal; Instruir e treinar técnica de equilíbrio corporal; Elogiar pessoa; Realizar registos no programa SCLínico.

Avaliação: A senhora apresentava equilíbrio sentado (estático e dinâmico) mantido e equilíbrio ortostático (estático e dinâmico) diminuído. Não suportava a posição ortostática por muito tempo, tendo de recorrer ao apoio de mobiliário. No pós-operatório, aplicou-se a escala simples de equilíbrio, tendo-se obtido melhorias relativas ao equilíbrio ortostático e necessidade de correção postural esporádica.

Diagnóstico 5: Capacidade para transferir-se comprometida em grau moderado.

Objetivos: Promover independência da pessoa; capacitar para o autocuidado.

Intervenções: Avaliar autocuidado transferir-se; Instruir e treinar a técnica de levante do leito (sair pelo lado que costuma sair da cama no domicílio, atendendo a que: o membro operado não pode ultrapassar a linha média do corpo; quando sentada no leito, o tronco não deve fletir, de modo a manter o máximo de flexão da articulação coxofemoral nos 90°); Instruir e treinar técnica de transferência para cadeirão / sanitário com o recurso do andarilho (membro inferior esquerdo operado em extensão imediatamente antes de se sentar; uma mão apoiada no andarilho e a outra nas barras de segurança da sanita, baixando-se lentamente e usando a força do membro inferior sã e dos membros superiores); Supervisionar no autocuidado transferir-se; Incentivar à realização autónoma dos

movimentos musculares e articulares (movimentos isotônicos e isométricos no leito e no cadeirão); Elogiar pessoa; Realizar registos no programa SCLínico.

Avaliação: A senhora antes do internamento era previamente independente, embora com alguma limitação e dificuldade na realização das transferências por dor e rigidez articular no membro inferior esquerdo. No período pós-operatório, foi treinada a técnica de transferência e a senhora necessitou apenas de assistência para realizar a mesma. Também foi dado ênfase à realização dos exercícios isométricos e isotônicos, de modo a promover a mobilização articular e o fortalecimento muscular. Após o programa, no dia 26/11, a senhora conseguia realizar a técnica de transferência da cama para a posição ortostática, e desta para a cadeira/cadeirão/sanitário, de forma independente.

Diagnóstico 6: Andar com auxiliar de marcha comprometido.

Objetivos: Promover independência; capacitar para o autocuidado andar com auxiliar de marcha; promover marcha correta e segura.

Intervenções: Avaliar e treinar o equilíbrio: sentado e ortostático (estático e dinâmico); Ensinar e avaliar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; Ensinar sobre os cuidados com o auxiliar de marcha a ser utilizado (ajustar à altura da pessoa; avaliar sinais de desgaste); Instruir e treinar técnica de levantar e de sentar com andador (realizar extensão do membro inferior esquerdo operado, de modo a realizar carga com os membros superiores no andador e na perna direita); Instruir e treinar técnica de marcha a 3 pontos com andador, em plano horizontal (1º mobilizar andador 15-20cm; 2º mobilizar membro inferior esquerdo intervencionado; 3º mobilizar perna direita para junto da esquerda, sem a ultrapassar ou ao andador); Instruir e treinar técnica de inversão do sentido de marcha (de preferência para o lado operado, mas sempre atendendo ao modo como vira o tronco para evitar a rotação interna e externa do membro inferior esquerdo intervencionado); Realizar reeducação ao esforço (realizar consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, bem como pausas durante a marcha); Avaliar o ciclo da marcha da pessoa, tendo em conta a distância alcançada e a duração; Elogiar pessoa; Realizar registos no programa SCLínico.

Avaliação: Relativamente a este autocuidado, a senhora rapidamente assimilou o conhecimento sobre a realização de um padrão de marcha correto e seguro. Prévio ao início do treino, avaliou-se a tolerância ao esforço e alertou-se para a possível necessidade de se realizar pausas na marcha. No dia 23/11 necessitou de assistência para a realização do treino de marcha, sob orientação de duas pessoas, com reforço da técnica e correção esporádica da postura, percorrendo cerca de 10m e solicitando pausa, retornando ao cadeirão percorrendo mais 10m. No dia 24/11, a senhora apenas necessitou de supervisão, demonstrando conhecimento adquirido da técnica, bem como das adaptações do domicílio, nomeadamente no que se refere às borrachas do andador, à remoção de tapetes e ao alçador de sanita, percorrendo uma distância de cerca de 30m. No dia 26/11, dia da alta, a senhora encontrava-se independente no andar com auxiliar de marcha andador, bem como nos cuidados de manutenção do andador e calçado apropriado. Manteve o ortostatismo, realizando marcha com recurso a andador, sem carga no membro inferior esquerdo (indicação médica), cerca de 50m. Demonstrou assim conhecimento adquirido acerca do padrão de marcha correto e seguro.

Diagnóstico 7: Alto risco de queda presente.

Objetivos: Prevenir queda; reduzir risco de queda.

Intervenções: Avaliar risco de queda utilizando a escala de quedas de Morse; Otimizar o ambiente físico; Educar sobre manutenção de auxiliares de marcha e apoio na marcha e uso de sapato fechado antiderrapante; Executar medidas de segurança; Avaliar o equilíbrio sentado e ortostático (estático e dinâmico); Realizar treino de equilíbrio ortostático dinâmico; Realizar reforço da técnica e correção postural; Supervisionar técnica de marcha com andador, efetuando apoio subaxilar e mantendo uma cadeira de rodas perto da pessoa; Avaliar coordenação motora; Elogiar pessoa; Realizar registos no programa SCLínico.

Avaliação: No dia 19/11, o score da escala de Morse foi de 55, indicativo de alto risco de queda. Posteriormente, após a intervenção cirúrgica e levantar, o score foi de 60, mantendo-se o risco elevado. Inicialmente a senhora apoiava-se na mobília para caminhar, mas após a cirurgia passou a recorrer ao uso de andador e a ter medicação endovenosa. No dia da alta clínica, a senhora mantinha o uso do andador para caminhar e já não tinha medicação endovenosa prescrita, mas a sua postura ao andar e na transferência ainda se encontrava debilitada, obtendo-se um score de 40, indicativo de baixo risco de queda. Verificou-se assim, uma diminuição do score nesta escala, do início do internamento até ao momento da alta. A senhora foi instruída a uma técnica de marcha correta e segura, não se verificando nenhum incidente de queda durante o internamento.

RESULTADOS

A senhora integrou o programa de reeducação funcional motora a partir do dia 19/11/2020, tendo sido os momentos principais de aplicação dos instrumentos de avaliação nos dias 23 e 26/11/2020. No decorrer do programa, a senhora manteve-se sempre hemodinamicamente estável, tendo solicitado medicação analgésica complementar para colmatar, tanto as dores da coxartrose esquerda, como posteriormente para reduzir a dor resultante do pós-operatório. Relativamente à avaliação do padrão respiratório, verificou-se um padrão rítmico com amplitudes regulares, sendo que à auscultação pulmonar o murmúrio vesicular encontrava-se mantido bilateralmente e sem ruídos adventícios, apesar do antecedente pessoal de asma.

De modo a verificar-se que efetivamente a senhora se encontrou consciente e orientada, recorreu-se à escala de coma de *Glasgow*, obtendo-se sempre a pontuação máxima de 15 durante o internamento. Desta forma, os ensinamentos pré-operatórios tiveram um efeito positivo e benéfico, ao permitirem diminuir a ansiedade sentida. Na literatura, verifica-se que as maiores preocupações relatadas consistem no medo pelo desconhecido e na dor que irá ser sentida⁽³⁾. Neste sentido, a importância da aplicação desta escala é justificada no momento dos ensinamentos, que são necessários realizar à senhora e para os quais há a necessidade de que esta esteja disposta e desperta para tal, de modo a permitir que compreenda os cuidados pós-operatórios e possa dar-lhes continuidade no domicílio.

Tendo em conta a aplicação da escala de força de *Medical Research Council*, não houve alterações em termos de força dos segmentos corporais dos membros superiores e membro inferior direito. Apenas se verificou alterações na articulação coxofemoral do membro inferior esquerdo, que foi submetido a intervenção cirúrgica. Inicialmente, no que se refere à articulação coxofemoral do membro inferior esquerdo, este apresentava força 3/5, pois a senhora conseguia vencer a gravidade, algo que já não ocorria no pós-operatório, apresentando uma força 2/5 no dia 23/11/2020. No dia 26, dia da alta, foi alcançada força 4/5, definida pela capacidade de vencer a gravidade e na aplicação de uma moderada resistência.

Em relação à avaliação da amplitude articular com goniómetro, registou-se apenas as amplitudes da articulação coxofemoral do membro inferior esquerdo, uma vez que as demais articulações se encontravam dentro dos valores de amplitude articular fisiológica. Não foram avaliados a rotação interna ou externa, nem a adução para além da linha média, uma vez que representam movimentos luxantes a evitar. No dia 19/11/2020 a senhora recusou a mobilização do membro inferior esquerdo para avaliação da amplitude articular da articulação coxofemoral devido a dor intensa. Ainda assim, após a cirurgia pode-se verificar melhorias do dia 23 para o dia 26, uma vez que houve um aumento das amplitudes articulares deste membro. A flexão passou de 30° para 90° e a abdução de 25° para 29°. O goniómetro constitui assim um instrumento que possibilita uma avaliação com boa confiabilidade das amplitudes de movimento, tanto das articulações dos membros inferiores, como dos superiores⁽²⁰⁾.

Relativamente à escala simples de equilíbrio, a senhora manteve sempre o equilíbrio sentado estático e dinâmico. Antes de ser intervencionada cirurgicamente, apresentava equilíbrio ortostático estático e dinâmico diminuído, uma vez que se apoiava no mobiliário para conseguir manter o ortostatismo e deambular. Após a cirurgia, verificou-se uma melhoria a nível do equilíbrio ortostático estático e dinâmico.

De acordo com a Escala de *Barthel*, pôde-se verificar que, tanto no pré-operatório, como no pós-operatório, a senhora apresentou sempre uma moderada dependência, que se manteve no dia da alta. Ainda assim, no momento da alta, a pontuação foi de 90, limiar da dependência muito leve, e superior tanto à avaliação do dia 19/11, como da de dia 23/11 (pontuação de 75 e 65 respetivamente). No dia da alta, a senhora já percorria mais de 50 metros com o auxiliar de marcha andariço, sem pausas e de forma independente.

Em relação à escala de quedas de *Morse*, a senhora deu entrada no serviço com um alto risco de queda. No momento da alta clínica foi obtido um *score* indicativo de baixo risco de queda, podendo ser justificado, não só pela intervenção cirúrgica em si, como pelo acompanhamento do EEER.

Relativamente à dor e recorrendo à escala numérica⁽¹⁹⁾, verificou-se que a dor era muito superior antes da cirurgia. Após a intervenção cirúrgica, a senhora também referiu dor, mas em menor intensidade.

Quadro 1 – Síntese dos resultados obtidos

Resultados obtidos			
Escalas	Dia 19	Dia 23	Dia 26
Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	15	15	15
Escala de Força de <i>Medical Research Council</i> (coxa esquerda)	3/5	2/5	4/5
Amplitude Articular - Goniómetro (coxofemoral esquerda)	-	F: 30° A: 25°	F: 90° A: 29°
Escala Simples de Equilíbrio (ortostático)	E e D: Dim	E: Man D: Dim	E e D: Man
Escala de <i>Barthel</i>	75	65	90
Escala de Quedas de <i>Morse</i>	55	60	40

Escala Numérica da Dor	7	3	2
------------------------	---	---	---

Legenda: F – Flexão; A – Abdução; E – Estático; D – Dinâmico; Dim – Diminuído; Man – Mantido.

DISCUSSÃO

Todo e qualquer programa de reabilitação deve abordar a pessoa desde o pré-operatório, esclarecendo-a sobre a intervenção cirúrgica e os seus objetivos, sinais e sintomas de possíveis complicações e demonstrar os ganhos de uma reeducação precoce, nomeadamente a nível motor, preparando a pessoa para o programa pós-operatório⁽³⁾. Uma capacitação eficaz deve assegurar a satisfação das necessidades da pessoa na transição de cuidados, permitindo melhorar a sua funcionalidade⁽²¹⁾. A senhora de que trata o presente estudo de caso demonstrou conhecimento adquirido no pós-operatório, o que ressalva a intervenção do EEER e a importância da sua atuação precoce no período pré-operatório. Embora não tenha sido possível capacitar o cuidador informal devido à situação de pandemia mundial, no seu estudo, Huang et al. verificam que a implementação de um programa de empoderamento em pessoas submetidas a artroplastia total da anca foi eficaz em termos de melhoria dos resultados e ganhos obtidos, os quais teriam tido um maior impacto se os cuidadores informais participassem no programa. Deste modo, as intervenções direcionadas para a educação para a saúde têm demonstrado ganhos no desempenho das atividades de vida diária, mobilidade e qualidade de vida⁽²²⁾.

Os principais objetivos do tratamento cirúrgico e da intervenção do EEER prendem-se ao alívio da dor e à melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida, o que promove consequentemente a mobilidade articular e evita a redução da massa muscular⁽⁴⁾.

O procedimento cirúrgico da artroplastia da anca relaciona-se com uma melhoria da funcionalidade da pessoa, nomeadamente no que concerne à diminuição da dor⁽²³⁾. Esta afirmação pode ser verificada no presente estudo de caso, pois houve uma diminuição gradual da dor, no decorrer do internamento. A senhora transitou de uma dor de nível 7 incapacitante no pré-operatório, para uma dor de nível 2 no dia da alta, ou seja, verificou-se uma melhoria na sua qualidade de vida. A realização de um programa de reabilitação no pós-operatório também possibilita melhorar, a curto prazo, a qualidade de vida das pessoas⁽²⁰⁾. Ainda assim, esta diminuição de dor pode estar associada a diversos aspetos, tais como a intervenção cirúrgica em si, o uso de auxiliares de marcha, o repouso ou a administração de analgesia, pelo que se torna um desafio atribuir a principal causa para esta melhoria sentida no período pós-operatório⁽²³⁾.

Existem estudos feitos em Portugal que constatarem melhorias significativas, não só em termos de qualidade de vida, como a nível de independência funcional, mobilidade e equilíbrio, como resultado da intervenção do EEER⁽²⁰⁾.

Um programa de treino adicional e específico de mobilização articular e de força dos músculos da anca, desenvolvido por Matheis e Stöggel e implementado no 3º dia de pós-operatório em pessoas submetidas a artroplastia total da anca, concluiu que, além de ser bem tolerado pelos doentes, numa semana há melhorias relativas à amplitude articular e marcha, quando comparados com a fisioterapia convencional⁽⁶⁾.

Esta afirmação vai de encontro aos resultados obtidos no presente estudo de caso, pois a partir da avaliação do goniómetro verificaram-se diferenças de 60º na flexão e de 4º na abdução da articulação coxofemoral; e melhorias no equilíbrio ortostático estático e dinâmico, ambos imprescindíveis no desempenho da marcha. Deste modo, numa cirurgia eletiva de artroplastia total da anca, a reabilitação precoce, iniciada no pré-operatório, contribui de forma significativa para a mobilidade, força muscular e dor, existindo ainda ganhos pontuais nos valores goniométricos de determinados movimentos⁽²³⁾.

A pessoa pode recuperar mais rapidamente a sua independência para realizar as atividades de vida diária, assim que superar o défice na marcha, ou seja, as intervenções direcionadas para reabilitar a pessoa com andar comprometido, promovem a sua independência⁽²⁴⁾. No presente trabalho, ainda que a senhora tenha mantido o grau de dependência moderada na Escala de *Barthel*, houve um aumento na pontuação no dia da alta, o que remete para a total independência em alguns itens da escala, nomeadamente no da transferência e da mobilidade. Assim, conclui-se que a escala de *Barthel* é determinante na avaliação da capacidade funcional da pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose, uma vez que pessoas independentes possuem uma maior capacidade funcional⁽²³⁾.

A partir da mobilização da pessoa idosa submetida a artroplastia da anca obtém-se uma melhoria da sua capacidade funcional. Além deste ganho em saúde resultante da intervenção do enfermeiro, a mobilização da pessoa submetida a artroplastia da anca também permite uma maior independência na sua mobilidade, nomeadamente nas mobilizações no leito, nas transferências e na deambulação com ou sem auxiliar de marcha⁽²⁵⁾.

Inteiramente relacionado com o treino de marcha destaca-se a segurança da pessoa e a prevenção de quedas, onde se aplica a escala de quedas de *Morse*. Importa assim realçar a utilização de calçado apropriado, a diminuição das barreiras arquitetónicas e de tapetes, avaliando deste modo todo o ambiente circundante⁽²⁴⁾. A senhora teve alta com um baixo risco de queda, tendo contribuído para este valor o facto de já não ter medicação endovenosa, pois embora estivesse consciente das suas capacidades, ainda necessitava do andarilho para caminhar, apresentava uma postura debilitada no andar e transferência, bem como o diagnóstico secundário de asma e coxartrose.

No que se refere à mobilidade articular, tanto os valores obtidos pelo goniómetro, como os valores de força obtidos pela escala de força da *Medical Research Council* são importantes e determinantes para avaliar a capacidade funcional da pessoa, caracterizados por maiores amplitudes de movimento articular e elevados valores de força muscular⁽²³⁾. Os dados obtidos vão de encontro ao estudo de Winther et al., que objetivou a maximização do treino de força em doentes submetidos a artroplastia total da anca, concluindo ser um programa bem tolerado pelos doentes e de fácil integração e aplicação no contexto da prática clínica, com a obtenção de ganhos favoráveis no desenvolvimento da força muscular até 6 meses de pós-operatório, após 3 meses de reabilitação comparativamente à fisioterapia convencional⁽²⁶⁾.

Outro estudo elaborado por Mitrovic et al., demonstrou que exercícios suplementares dos membros superiores e parte superior do tronco contribuíram para ganhos na recuperação da força muscular, em doentes idosos, 12 semanas após a intervenção cirúrgica, o que contribuiu igualmente para a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde⁽²⁷⁾.

Uma análise de estudos de 2009 a 2018 demonstrou que as pessoas submetidas a artroplastia total da anca e intervenção do EEER evidenciam uma maior independência funcional, equilíbrio, mobilidade, e por isso, mais qualidade de vida. De um modo mais específico, pode-se particularizar no caso das pessoas com prótese total da anca, que a intervenção do EEER na realização de sessões de educação para a saúde no momento pré e pós-operatório produz melhorias significativas relativamente à dor, independência no desempenho das atividades de vida diária, amplitude de movimento e marcha. Estas melhorias correspondem por sua vez aos resultados obtidos no presente estudo de caso⁽²⁸⁾.

Desta forma, verifica-se que os EEER assumem um papel preponderante na implementação de programas de reabilitação de treino motor e de atividades de vida diária, que devem ir de encontro aos objetivos, diagnósticos e necessidade da pessoa, com vista à sua máxima recuperação funcional⁽²⁰⁾.

Perspetiva da pessoa

A senhora sempre se mostrou muito recetiva aos cuidados prestados, agradecendo pelo tempo despendido e pela atenção, preocupação e calma com que foram explicadas as técnicas e exercícios muscularto-articulares. Referiu ter esclarecido as suas dúvidas sempre que estas surgiam, e que se encontrava menos preocupada com o regresso a casa, comparativamente com o início do internamento.

CONCLUSÃO

O presente estudo de caso permite confirmar a importância do papel do EEER na implementação de um programa de reabilitação específico para a promoção da independência funcional da pessoa submetida a artroplastia total da anca, destacando-se a reeducação funcional motora e treino de atividades de vida diária.

A senhora em estudo apresentou uma evolução favorável ao longo do internamento, tendo contribuído a intervenção do EEER. Houve necessidade de recorrer a instrumentos de avaliação que permitissem avaliar de uma forma holística determinadas funções da pessoa, tais como: estado de consciência, força muscular, amplitude articular, equilíbrio, nível de dependência, risco de queda e intensidade da dor. Os dados resultantes destes instrumentos de avaliação auxiliaram na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, assim como na monitorização das intervenções implementadas e avaliação dos resultados obtidos. Ao longo da implementação deste programa de reabilitação, verificou-se uma melhoria gradual na independência funcional da senhora na realização das atividades de vida diária, comparativamente à data de admissão. Deste modo, os dados obtidos e sintetizados no quadro 1 possibilitam destacar a relevância do EEER e a sua intervenção com a pessoa com alterações e necessidades especiais do foro músculo-esquelético, tendo-se verificado melhorias a nível da força muscular da coxa esquerda, da amplitude articular da articulação coxofemoral esquerda, no equilíbrio corporal, na independência para a realização das atividades de vida diária e no risco de queda.

Como limitações ao estudo identifica-se: a dificuldade da senhora em cumprir os treinos na ausência do EEER e o facto da dor referida durante a implementação do programa constituir um fator limitador na aplicação de certas intervenções. Como se trata de um relato de caso em concreto, e deste modo de uma pessoa com determinado diagnóstico específico, os resultados obtidos não podem ser generalizados, mas sim servir para o desenvolvimento do conhecimento neste contexto, e permitir melhorar o planeamento e a implementação das intervenções do EEER nestas situações específicas da prática clínica. Desta forma, o presente trabalho consiste numa estratégia de pesquisa científica, que permite investigar certos fenómenos no contexto real da prática de enfermagem, sua reflexão e procura por novas soluções aos problemas evidenciados, o que contribui inevitavelmente para o desenvolvimento do conhecimento⁽²⁹⁾.

Devido à pandemia mundial por SARS-CoV-2 verificou-se outra limitação neste estudo de caso, que foi a capacitação do cuidador informal, algo que não foi possível realizar devido à restrição de visitas imposta no internamento.

Por outro lado, também constituiu uma limitação ao estudo o facto de parte da literatura e estudos internacionais encontrados não definirem claramente as intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, pelo que houve

a necessidade de utilizar estudos que recorressem a intervenções ou programas de reabilitação adotados por outros profissionais, cuja intervenção remetesse para competências do EEER.

Como sugestões de práticas futuras destaca-se a importância de se continuar a realizar planos de cuidados integrados em estudos de caso, baseados na e para produzir evidência científica, de modo a permitir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o aperfeiçoamento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandes MJ. Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem. Em: Lopes MA, organizador. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática. Loures: Lusociência; 2013. p. 3-37.
2. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde - 2019. [Site web] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021 [citado em 27 de maio de 2021]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
3. Parente C, Ângelo M, Tinoco A, Rocha E, Brandão D, Cristina M, Céu M. Artroplastia da anca. Cruz AG, Conceição VC, Oliveira LM, coordenadores. Enfermagem em ortotraumatologia. Coimbra: Formasau; 2009. p. 129-163.
4. Colibazzi V, Coladonato A, Zanazzo M, Romanini E. Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. HIP International. 2020; 30(25): 20-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>
5. Winther SB, Foss OA, Klaksvik J, Husby VS. Increased muscle strength limits postural sway during daily living activities in total hip arthroplasty patients. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2020; 99(7): 608-612. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001382>
6. Matheis C, Stöggel T. Strength and mobilization training within the first week following total hip arthroplasty. Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.06.012>
7. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. [Site web] Ordem dos Enfermeiros; 2010 [atualizado em 2010; citado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
8. Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira A, Xavier AC. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. Texto & Contexto Enfermagem. 2017; 26(4): 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
9. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, Schoen-Angerer T, Tugwell P ... Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017; 89: 218-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
10. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 2015 - classificação internacional para a prática de enfermagem. Lusodidacta; 2016.
11. Ordem dos Enfermeiros. Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. [Site web] Ordem dos Enfermeiros; 2014 [atualizado em 2014; citado em 19 de novembro de 2020]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
12. Santos LL. O processo de reabilitação. Em: Marques-Vieira C, Sousa L, coordenadores. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta; 2016. p. 15-23.
13. Sousa L, Marques-Vieira C, Severino S, Caldeira S. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. Em: Marques-Vieira C, Sousa L, coordenadores. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta; 2016. p. 113-121.
14. Jennett B, Teasdale G. Glasgow coma scale/score (GCS). [Site web] MDCalc; 2020 [atualizado em 2020; citado em 19 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.mdcalc.com/glasgow-coma-scale-score-gcs#use-cases>
15. Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system. [Site web] Medical Research Council; 1976 [citado em 19 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7>
16. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. Journal of Clinical Epidemiology. 1989; 42(8): 703-708. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6)
17. Direção-Geral da Saúde. Norma 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. [Site web] Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2019 [atualizado em 2020; citado em 19 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
18. Dias MJMC, Ferreira PL. Escalas de avaliação de risco de quedas. Revista de Enfermagem Referência. 2014; IV(2): 153-161. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/R1112145>
19. Direção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da dor. [Site web] Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2003 [atualizado em 2020; citado em 19 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
20. Sousa L, Carvalho ML. Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. Em: Marques-Vieira C, Sousa L, coordenadores. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta; 2016. p. 405-420.
21. Sousa L, Carvalho ML. Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. Em: Marques-Vieira C, Sousa L, coordenadores. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta; 2016. p. 421-431.
22. Huang TT, Sung CC, Wang WS, Wang BH. The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. Journal of Advanced Nursing. 2017; 73(8): 1848-1861. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13267>
23. Gonçalves LM. Determinantes da capacidade funcional em indivíduos com coxartrose submetidos a ATA. Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu; 2014 [citado em 22 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2560>
24. Marques-Vieira C, Caldas AC. A relevância do andar: reabilitar a pessoa com andar comprometido. Em: Marques-Vieira C, Sousa L, coordenadores. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta; 2016. p. 547-557.
25. Pereira I, Ferreira RF, Vieira JV, Goes MM, Mestre T, Oliveira H. Gains from nursing care in mobilizing the elderly person after hip arthroplasty. In: Garcia-Alonso J, Fonseca C, editores. Gerontechnology III. Contributions to the Third International Workshop on Gerontechnology, IWOG 2020; 2020 Out 5-6; Évora, Portugal. Suíça: Springer Nature; 2021: 262-276. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_25
26. Winther SB, Foss OA, Husby OS, Wik TS, Klaksvik J, Husby VS. A randomized controlled trial on maximal strength training in 60 patients undergoing total hip arthroplasty. Acta Orthopaedica. 2018; 89. Disponível em <https://doi.org/10.1080/17453674.2018.1441362>

27. Mitrovic D, Davidovic M, Erceg P, Marinkovic J. The effectiveness of supplementary arm and upper body exercises following total hip arthroplasty for osteoarthritis in the elderly: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2016; 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269215516655591>
28. Santos MFP. Prótese total da anca: efetividade e um programa de reabilitação. Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu; 2019 [citado em 30 de maio de 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5455>
29. Silva LAGP, Mercês NNA. Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71(3): 1194-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: PD, PM, RFF;

Metodologia: PD, RFF;

Validação: PD, PM, RFF;

Análise formal: PD, RFF;

Investigação: PD, PM, RFF;

Tratamento de dados: PD, PM;

Preparação do rascunho original: PD, RFF;

Redação e edição: PD, PM, RFF;

Revisão: PD, PM, RFF;

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado, livre e esclarecido por escrito foi obtido do participante para publicar este trabalho.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

A RELEVÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: FOCUS GROUP

RELEVANCE OF REHABILITATION NURSING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: FOCUS GROUP

RELEVANCIA DE LA ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN EN URGENCIAS: FOCUS GROUP

DOI: 10.33194/rper.2021.183; Data de receção: 2021-06-30; Data de aceitação: 2021-09-01

Marta Lopez Perez¹ ; Tatiana Rodrigues² ; Maurício Dias Botelho² ; Nilton Santos Silva¹ ;
Bruno Miguel Delgado³ ; Isabel de Jesus Oliveira⁴ 

¹ Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira; ² Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro; ³ Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE; ⁴ Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Autor correspondente: Tatiana Rodrigues, tatianaarodrigues7@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os instrumentos reguladores da profissão declaram a necessidade de se incluírem nos serviços de urgência (SU) Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Neste contexto procurou-se compreender a relevância do contributo do EEER no contexto atual nos SU.

Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com recurso a focus group como técnica de recolha de dados, numa amostra intencional de oito enfermeiros peritos, quatro deles na área da urgência e quatro EEER.

Resultados: Duas categorias emergem: organização dos cuidados, com maior relevância atribuída às subcategorias equipas e organização dos SU, com um peso 18,0% e 12,8% respetivamente na totalidade do discurso; e prestação dos cuidados, com maior relevância atribuída às subcategorias prevenção de complicações e capacitação da pessoa/cuidador para a alta, com um peso 11,9% e 11,6% respetivamente.

Discussão: Corroborando os achados deste estudo, a evidência salienta a relevância nos domínios da liderança e cuidados interprofissionais, havendo igualmente ganhos percebidos a nível respiratório e motor.

Conclusão: Os participantes identificam ganhos da integração do EEER no SU na organização do serviço e na prestação de cuidados, evidenciando a complementaridade entre competências comuns e específicas, indo assim ao encontro dos referenciais da profissão sobre a necessidade de dotar estes contextos destes profissionais.

DESCRIPTORES: Serviço Hospitalar de Emergência, Enfermagem em Reabilitação, Enfermeiros, Papel do Profissional de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The profession's regulatory instruments declare the need to include in the emergency services rehabilitation nurses. In this context, an attempt was made to understand the relevance of the contribution of rehabilitation nurses in the current context in emergency services.

Methodology: Qualitative, exploratory and descriptive study, using a focus group as a data collection technique, in an intentional sample of eight expert nurses, four of them in the urgency area and four rehabilitation nurses.

Results: Two categories emerge: organization of care, with greater relevance attributed to the subcategories teams and organization of the emergency services, with a weight of 18.0% and 12.8%, respectively, in the totality of the discourse; and provision of care, with greater relevance attributed to the subcategories prevention of complications and training of the person / caregiver for discharge, with a weight of 11.9% and 11.6%, respectively.

Discussion: Corroborating the findings of this study, evidence highlights the relevance of rehabilitation nursing in the domains of leadership and interprofessional care, with gains also perceived at respiratory and motor levels.

Conclusion: The participants identify gains from the integration of rehabilitation nurses in emergency services in the organization of the service and in the provision of care, highlighting the complementarity of common and specific competences, thus meeting the profession's references on the need to provide these contexts for these professionals.

DESCRIPTORS: Hospital Emergency Service, Rehabilitation Nursing, Nurses, Nurse's Role

RESUMEN

Introducción: Los instrumentos normativos de la profesión declaran la necesidad de incluir en los servicios de emergencia (SE) Enfermeros Especializados en Enfermería de Rehabilitación (EEER). En este contexto, se intentó comprender la relevancia de la contribución del EEER en el contexto actual de SE.

Metodología: Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, utilizando un grupo focal como técnica de recolección de datos, en una muestra intencional de ocho enfermeras expertas, cuatro de ellas en el área de urgencia y cuatro EEER.

Resultados: Surgen dos categorías: organización del cuidado, con mayor relevancia atribuida a las subcategorías equipos y organización de los SE, con un peso de 18,0% y 12,8% respectivamente en la totalidad del discurso; y prestación de cuidados, con mayor relevancia atribuida a las subcategorías prevención de complicaciones y formación de la persona / cuidador para el alta, con un peso de 11,9% y 11,6%, respectivamente.

Discusión: Corroborando los hallazgos de este estudio, la evidencia destaca la relevancia en los dominios de liderazgo y atención interprofesional, percibiéndose también ganancias a nivel respiratorio y motor.

Conclusión: Los participantes identifican los beneficios de la integración de una EEER en los SE en la organización del servicio y en la prestación asistencial, destacando la complementariedad de competencias comunes y específicas, cumpliendo así los referentes de la profesión sobre la necesidad de dotar de estos contextos a estos profesionales.

DESCRIPTORES: Servicio de Urgencia en Hospital, Enfermería en Rehabilitación, Enfermeras y Enfermeros, Rol de la Enfermera

INTRODUÇÃO

A enfermagem de reabilitação (ER), enquanto especialidade, abrange um conjunto de conhecimentos e intervenções específicas que permitem aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) potenciar a funcionalidade de pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas (1), constituindo-se igualmente como um campo com especificidade de atuação e de construção de conhecimento (2). A *Association of Rehabilitation Nurses* (ARN) advoga a atuação dos EEER em vários contextos de prática clínica, nomeadamente em contexto agudo, com o intuito de maximizar o processo de reabilitação e minimizar a deficiência (3).

Em Portugal, a ER surge na década de sessenta, resultante da necessidade de especializar um conjunto de profissionais de saúde, entre os quais enfermeiros, e de construir um centro de reabilitação capaz de dar resposta às necessidades dos grandes deficientes motores. Este centro incluiria uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, onde o EEER daria particular atenção aos aspetos que dizem respeito ao autocuidado e atividades de vida diária (AVD), perspetivando-os num paradigma de recuperação funcional tendencialmente dirigida para a retoma da autonomia nas atividades de vida diárias (4). Desde então, a ER tem sido uma especialidade em evolução, no intuito de dar resposta ao desenvolvimento científico e necessidades das populações, expandindo o seu campo de intervenção, não apenas na resposta aos processos saúde doença, mas igualmente enquanto facilitadores nos processos de transição que pessoa/cuidador/família experienciam (5).

Dentro dos diferentes contextos de prática clínica onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade, emergem os serviços de urgência (SU), como contextos de elevada complexidade, elevada afluência e rotatividade de doentes, que apresentam necessidade de intervenção aos mais variados níveis (6) e em que a prestação de cuidados de enfermagem é pluridimensional, implicando conhecimento técnico-científico abrangente sobre os processos de saúde doença, em diferentes momentos do ciclo da vida. Estes serviços constituem-se cada vez mais como a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, dando assistência a milhares de pessoas todos os dias, muitas dessas com múltiplas comorbilidades, acometidas de situações agudas, desde não graves até graves, com risco de falência de funções vitais (6). Muitas dessas pessoas são idosos que, permanecendo vários dias nestes serviços, confrontam-se com restrições à mobilidade, o que os torna mais suscetíveis a complicações como insuficiência cardíaca, deterioração articular, risco trombo-embólico, perda funcional e aumento da dependência para as AVD. A prevenção de tais complicações deve ser o princípio orientador de qualquer plano terapêutico, com necessidade de introdução precoce de medidas com vista à diminuição do grau de dependência da pessoa (5).

Neste contexto, o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que equipara as salas de observação no SU a um internamento de curta duração, prevê a integração de EEER nestas equipas, atuando em complementaridade e garantindo a prestação de cuidados, todos os dias da semana (7). A prestação de cuidados de ER no SU poderá abranger intervenções diversificadas nomeadamente: a avaliação objetiva e completa da pessoa e família; a educação da pessoa e família; medidas de evicção/modificação de fatores de risco; apoio nutricional e psicossocial; reeducação funcional cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva; manobras acessórias respiratórias; drenagem postural; exercícios de tosse; exercícios de amplitude

respiratória; exercícios de correção postural; treino de exercício físico; treino AVD e reinserção social e profissional (8). Para além disso, a Organização Mundial de Saúde alerta que a reabilitação é parte integral da resposta em contexto de cuidados agudos e reforça a importância da integração de profissionais da área da reabilitação em contextos de emergência/catástrofe (9), recomendando explicitamente a sua integração nas equipas de emergência médica em situações de catástrofe e desastres, nomeadamente EEER. Acrescenta ainda que a integração destes profissionais nestas equipas garante que numa fase muito precoce a pessoa seja orientada no seu plano terapêutico no sentido de alcançar o melhor resultado funcional possível após uma lesão ou doença, explicando que a reabilitação ajuda a minimizar o impacto das cirurgias, reduz o tempo de permanência no hospital, previne complicações, reduz a necessidade de cuidados contínuos à pessoa e melhora a possibilidade de retorno à sua atividade laboral (9).

No entanto, e apesar das recomendações existentes para a integração de um EEER no SU, mais concretamente nas salas de observação, não foi encontrada evidência da sua efetiva integração nestes contextos no nosso país. Para além disso, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (7) não explicita ou delimita o campo de intervenção do EEER neste contexto de prática clínica. Neste enquadramento, surge a seguinte questão de investigação: Qual a relevância atribuída à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto do SU? Esta pesquisa contribuirá para ampliar o conhecimento, na perspetiva dos EEER e dos enfermeiros que exercem nos SU, relativamente ao contributo e pertinência dos cuidados de ER nos SU.

Assim, o objetivo deste estudo é o de compreender a relevância do contributo do EEER no contexto atual nos SU.

METODOLOGIA

Partindo da questão de investigação e procurando dar resposta ao objetivo de compreender a relevância do contributo do EEER no contexto atual nos SU segundo a perspetiva dos enfermeiros peritos na área de urgência e dos EEER, foi escolhido um percurso de investigação, do tipo descritivo e exploratório, num paradigma de natureza qualitativa, seguindo a metodologia *Standards for Reporting Qualitative Research* (10). Como técnica de recolha de dados foi escolhida a técnica de *focus group*, cuja principal vantagem assenta no facto de permitir fornecer dados de um grupo de forma mais rápida e com menor custo do que se essa informação fosse sido obtida a partir de entrevistas individuais, permitindo abordar temas em profundidade, revelando características dos elementos que compõem o grupo focal. Trata-se de um processo de diálogo em grupo em que os participantes se juntam e conferenciam em torno de um tema, num processo de interações focadas, orientadas pelo moderador, com o intuito de obter dados qualitativos (11). O guião do *focus group* foi constituído por questões abertas de forma a estimular o pensamento livre e a favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante e utilizou como ponto de partida as experiências de cada um dos participantes e a sua perspetiva da relevância da ER em contexto de SU.

Para a realização deste *focus group* foram convidados a participar enfermeiros peritos, tidos como informantes chave, mais relevantes para fornecer informação e discutir o tema em questão de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter mais de dez anos de experiência como EEER ou enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) em contexto de SU, consentir explicitamente à participação no estudo e gravação áudio do *focus group*. Participaram neste estudo oito enfermeiros, por amostragem não probabilística intencional, quatro deles em exercício em SU, todos EEEMC (50%) e quatro EEER (50%). Os mesmos foram identificados aleatoriamente de P1 a P8 com o objetivo de manter o anonimato. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino ($n = 6$), correspondendo a 75% dos profissionais. A idade média foi de $43,1 \pm 6,2$ anos (mínimo de 36 e máximo de 54). Os participantes, para além do título profissional de enfermeiro especialista, todos detinham pelo menos uma pós-graduação ($n=8$; 100%), 25% tinha mestrado ($n=2$) e 12,5% doutoramento ($n=1$).

O *focus group* foi realizado pelos investigadores, via Microsoft Teams®, a 28 de setembro de 2020 com a duração aproximada de uma hora, moderado por um enfermeiro, doutorado, com experiência profissional na área de urgência. O *focus group* foi gravado e transcrito integralmente. A análise e tratamento dos dados qualitativos foram realizados com recurso ao QDA Miner 4 Lite, que começou com uma codificação inicial que gerou uma lista de códigos que posteriormente progrediu para uma codificação focada e consequente categorização. A redução dos dados qualitativos seguiu a metodologia proposta por Bardin (12). A análise dos dados quantitativos, nomeadamente os dados sociodemográficos dos participantes, foi realizada com recurso ao IBM SPSS Software, versão 25.0. O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da instituição de ensino superior que acolheu o estudo (Parecer n.º 17/2020, de 19 de maio de 2020).

RESULTADOS

Da análise dos dados resultaram duas categorias: organização de cuidados e prestação de cuidados. Estas duas categorias foram divididas em subcategorias para facilitar a compreensão do conteúdo em análise (tabela 1).

Organização de cuidados

Esta categoria surgiu da reflexão dos participantes sobre o funcionamento dos SU e a importância de ter uma equipa diferenciada para a prestação de cuidados de qualidade. Dentro desta categoria inseriram-se as subcategorias: **equipas, organização dos SU e qualidade dos cuidados**.

Das subcategorias incluídas nesta categoria, a que se salientou pela sua frequência foi a **equipas**, onde os participantes deram particular relevância à inclusão do EEER no serviço de urgência: *“papel deste enfermeiro especialista como uma mais valia no nosso serviço”* (Perito [P]6), na mesma linha de pensamento o P3 refere: *“enfermeiro com conhecimentos alargados em determinadas áreas será sempre uma mais valia”*

Os participantes não descuraram a importância da exclusividade do EEER *“ficar única e exclusivamente dedicado à reabilitação”* (P4), ressaltando também que *“o ideal era termos enfermeiro de reabilitação todos os dias, todos os turnos”* (P8). Referiram também a importância da cooperação com outras equipas: *“faz a ponte com os cuidados de saúde primários e hospitalização domiciliária”* (P2), *“referenciar para (...) colega da ECCI, para o colega dos cuidados continuados, para o colega do lar, para os cuidadores informais”* (P5) e com a própria equipa do serviço de urgência *“papel importante (...) para com os colegas, nomeadamente na ergonomia”* (P6), *“não é só cuidar do doente, mas também dos colegas”* (P1).

Na subcategoria **organização dos SU** os participantes deram especial ênfase à permanência dos doentes no SU, *“os doentes acabam por ser protelados, um bocadinho, na urgência e quando dizemos um bocadinho é 1 dia, 2 dias quando já deveriam estar numa unidade de internamento”* (P1), P3 referiu também: *“um doente deveria passar pela urgência para ser feito o diagnóstico e deveria seguir para o domicílio ou para o internamento, não deveria ficar cá e por isso nunca deveríamos ter aqui um doente horas suficientes (...) mas não é essa a realidade”*. Referindo ainda a elevada afluência a este serviço: *“o [elevado] volume de doentes que nós temos no SU”* (P6), P2 refere também *“a porta que tem mais trabalho é o SU”*.

A par das duas anteriores subcategorias emergiu a **qualidade dos cuidados**. Os participantes referiram: *“uma boa organização de equipas e serviços traduz-se na excelência da qualidade de cuidados e em “ganhos em saúde”* (P4), P2 refere ainda *“doentes são privilegiados e vão ter sempre os cuidados de reabilitação”, “ajudar neste tipo de articulação de cuidados, é isso a nossa essência do cuidar”* (P2)

Prestação de cuidados

Esta segunda categoria surgiu da identificação das diferentes áreas em que o EEER pode atuar no SU de acordo com as suas competências e foi dividido em onze subcategorias: **prevenção de complicações, capacitação para a alta e regresso a casa, resultados da intervenção na área respiratória, resultados da intervenção na área traumatológica, capacitação para a autonomia, gestão do regime terapêutico, resultados da intervenção na área cardíaca, resultados da intervenção na área neurológica, capacitação da família e cuidador e resultados da intervenção na área pediátrica**.

A subcategoria mais frequentemente referida foi a **prevenção de complicações**. Nesta, a discussão levou-os a salientar que o EEER *“tem um papel muito importante naquilo que também é um dos focos da enfermagem de reabilitação que se chama a prevenção de complicações”* (P1), *“enfermeiro de reabilitação neste sentido iria prevenir muitos reinternamentos”* (P2) e *“vindas às urgências recorrentes”* (P7).

A segunda subcategoria com maior frequência foi a **capacitação para a alta/regresso a casa**, onde os intervenientes referiram que *“[no serviço de urgência] não planeamos a alta, não fazemos ensinamentos”* (P4), *“vai para casa e não existe (...) qualquer nível de ensinamento para a saúde”* (P6) mas que estas atitudes podem ser alteradas *“esses ensinamentos pontuais devem começar... na urgência”* (P4) realizados pelos EEER sendo uma das *“competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação da Ordem”* (P4). Ainda dentro das competências foi referida a pertinência do EEER como *“elo da promoção da saúde”* (P2) ressaltando que era importante criar uma *“consulta de enfermagem de reabilitação”* (P4) onde pudéssemos *“reavaliar e perceber a capacidade que o doente tem em gerir o seu processo de doença”* (P4).

Os participantes identificaram ainda resultados das intervenções do EEER nas **áreas da reabilitação respiratória, cardíaca, traumatológica, neurológica e pediátrica**. Destas, a subcategoria a que deram mais destaque foi aos **resultados da intervenção na área respiratória** dando ênfase à importância da capacitação da pessoa no âmbito da inaloterapia como forma de prevenção de readmissões hospitalares: *“As técnicas são complexas, são vários passos, vários itens, ou panóplia de dispositivos e o doente não assimila tudo de uma só vez”* (P2) e sem o contributo do enfermeiro de reabilitação *“os doentes vão com inaladores para casa e, se eles não fizerem a técnica correta, não adianta estarem a fazer”* (P2). Acrescentaram ainda nesta subcategoria a importância da reabilitação respiratória, *“o enfermeiro de reabilitação (...) executa técnicas de reeducação funcional respiratória com o ensino da tosse com mobilização de secreções (...) potencia a [sua] eliminação”* (P5).

Os **resultados da intervenção na área pediátrica** também foram abordados pelos participantes quase sempre associados à área respiratória, ressaltando importância de aprimorar o que já é feito pelos *“colegas da pediatria fazem este trabalho muito bem... da inaloterapia e dos ensinamentos para casa”* (P2) com *“os pais que vão com os miúdos asmáticos à urgência”* (P2).

Quanto aos **resultados da intervenção na área traumatologia/motora** os participantes englobaram os doentes que recorrem ao SU devido a um traumatismo com necessidade de cuidados de reabilitação: “fazer o primeiro ensino a deambular com um auxiliar de marcha” (P2), (...) não descurando os cuidados com “o gesso (...) ou [imobilizador] Velpeau/Gerdy” (P4).

No que concerne aos **resultados da intervenção na área cardíaca** os intervenientes reconheceram a importância do EEER na abordagem aos “[doentes] insuficientes cardíacos precisam de ser muito trabalhados, são recorrentes no serviço de urgência” (P2).

Por fim, no que respeita às áreas de intervenção a que surgiu com menor frequência, mas não com menos relevância, foi **resultados da intervenção na área neurológica**: “doente que teve um AVC” (P4), com “depressão do seu estado de consciência” (P6) e/ou “compromissos da deglutição” (P7).

Todas estas áreas de intervenção abordadas anteriormente culminaram na importância dos ensinamentos transmitidos pelo EEER aos doentes, com vista à sua autonomia. Assim, a **capacitação para a autonomia** foi uma subcategoria abordada recorrentemente pelos peritos: “Os ensinamentos são em todos os momentos” (P7) e o “ajudar, ensinar, instruir, treinar, orientar, informar, avaliar e referenciar” (P5), são verbos que fazem parte de campo lexical diário dos enfermeiros de reabilitação para “capacitar a pessoa” (P4).

Para esta capacitação é importante que o utente faça a **gestão do regime terapêutico**, que foi mais uma subcategoria abordada pelos peritos intervenientes: “No serviço de urgência, frequentemente, detetam-se doentes com gestão do regime terapêutico (...) ineficaz e inadequado e eles voltam por isso mesmo” (P2). Por isso, a função do EEER passa por “reavaliar e perceber a capacidade que o doente tem em gerir o seu processo de doença” (P4), facilitar “adesão à terapêutica” (P7), “promover o reconhecimento das agudizações (...) fazer os ensinamentos e que têm de perceber na agudização” (P2).

Para que este processo de doença seja ultrapassado com sucesso os peritos falaram da importância do cuidador e assim despontou a subcategoria na qual o EEER tem um papel preponderante que é a **capacitação família/cuidador**, sendo que o “enfermeiro de reabilitação faz... a ponte muito grande quer com o cuidador... e com o próprio doente” (P2) com vista a “capacitar a família” (P4) promovendo a autonomia do doente.

Por fim, na última subcategoria **sem utilidade/sem interesse** os participantes referiram que “não será fundamental [o EEER no SU]” (P3) principalmente “se alguém faltasse esse elemento da reabilitação era o primeiro a ter que saltar para os cuidados” (P1) e assim “teria que deixar de fazer as suas tarefas para substituir colegas nos cuidados gerais” (P3), ou seja, “estar lá se for para fazer cuidados gerais como os outros todos não é uma mais-valia” (P3).

Tabela 1 – Organização dos dados por categorias e frequência de evocação

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Organização de cuidados	Equipas	59	18,0%
	Organização dos SU	42	12,8%
	Qualidade de cuidados	32	9,8%
Prestação de cuidados	Prevenção de complicações	39	11,9%
	Capacitação para a alta/regresso a casa	38	11,6%
	Resultados da intervenção na área respiratória	35	10,7%
	Resultados da intervenção na área traumatologia/motora	21	6,4%
	Capacitação para a autonomia	20	6,1%
	Gestão do regime terapêutico	9	2,7%
	Sem utilidade/sem interesse	9	2,7%
	Resultados da intervenção na área cardíaca	8	2,4%
	Resultados da intervenção na área neurológica	6	1,8%
	Capacitação família/cuidador	6	1,8%
	Resultados da intervenção na área pediátrica	4	1,2%
Total		328	100%

DISCUSSÃO

Da análise do discurso dos participantes emergiram essencialmente duas categorias. Ao nível da organização dos cuidados, no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a integração do EEER é feita no contexto das salas de observação (7), no entanto, no discurso dos participantes não foram percecionadas distinções neste domínio, ou seja, os contributos que os participantes identificaram não foram distinguidos quanto ao posto de trabalho a ocupar. Nesta perspetiva, identificaram contributos direcionados à equipa do SU, nomeadamente ao nível da ergonomia. De facto, esta dimensão do exercício profissional do EEER é evidenciada nos critérios de avaliação da unidade de competência relacionada com a gestão do ambiente terapêutico (13) e que, tendo em atenção o conjunto de competências específicas do EEER, poderá tomar um sentido mais abrangente quando a equipa de saúde do SU é perspetivada como alvo dos cuidados. Neste sentido, a enfermagem de reabilitação ganha significado que efetivamente irá além da sua integração em contexto da sala de observação e, assim, um contributo relevante para a qualidade e segurança dos cuidados no contexto global do SU. Igualmente a ARN, dos domínios que compõe o modelo de competências para a prática de enfermagem de reabilitação, existem dois que traduzem os contributos identificados no discurso dos participantes: a liderança, na medida da responsabilidade do EEER na promoção de um ambiente de cuidados seguro, por exemplo ao nível da manipulação de doentes e os cuidados interprofissionais (14). Este modelo reflete o paradigma da enfermagem de reabilitação dentro do metaparadigma da enfermagem, salientando o papel fulcral do EEER enquanto facilitador dos cuidados interprofissionais e elemento determinante na equipa no sentido da obtenção de ganhos em saúde para as pessoas. Neste contexto, a ARN advoga que a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é multicontextual havendo necessidade em cuidados de reabilitação desde as unidades de reabilitação à comunidade, passando pelos serviços de prestação de cuidados em situação aguda (14). De facto, numa análise das competências do enfermeiro em serviços de atendimento de situações agudas, na perspetiva das necessidades em reabilitação da pessoa, foram identificados quatro domínios sobreponíveis, de onde, uma vez mais, se salientam a liderança e os cuidados interprofissionais (15). Desta análise emergiram outros dois domínios - a promoção da saúde e a capacitação da pessoa para a gestão da incapacidade e doença crónica - onde se enquadra a categoria da prestação de cuidados. Nesta categoria, pela frequência no discurso, sobressaíram as subcategorias da prevenção de complicações e capacitação para a alta, traduzindo as competências específicas do EEER (1), bem como as prioridades definidas no mandato social da profissão (5). Os participantes salientaram o contributo do EEER na capacitação para a gestão da doença crónica enquanto estratégia para a redução das idas à urgência, indo ao encontro da evidência que existe da dificuldade que os doentes sentem na gestão de sintomas e da relevância desta estratégia educacional na redução de readmissões hospitalares (16). Revisitando as áreas de intervenção do EEER, foram identificados contributos da enfermagem de reabilitação ao longo do ciclo vital, tendo sido evocada a área pediátrica, e, com maior expressão, as áreas respiratória e motora. A perceção dos participantes foi ao encontro dos resultados encontrado por Falé (8), que concluiu que a intervenção do EEER se traduziu em ganhos ao nível da capacidade respiratória em doentes com patologia respiratória crónica em sala de observação e a redução de dias de internamento. Igualmente na área motora, a evidência sugere que a intervenção de um profissional da área da reabilitação, na modalidade de consultadoria, nas situações de lesão musculoesquelética aguda, dor lombar e perturbações da marcha, se traduzem em ganhos para a pessoa (17, 18). Numa revisão integrativa sobre as experiências e/ou perceção de profissionais de saúde e doentes no domínio da reabilitação no SU, conclui-se que profissionais de saúde e doentes vêem estes profissionais como tendo habilidades clínicas especializadas e um papel educacional, mas que existe confusão de papéis e fraca integração nas equipas dos SU (19).

A comparabilidade destes achados com a evidência produzida a nível internacional torna-se difícil uma vez que, do ponto de vista da organização dos serviços de urgência, as realidades na organização dos serviços é diferente de país para país (19) e, por outro lado, a enfermagem de reabilitação não é uma realidade em muito países e, mesmo nas que existe, verificam-se especificidades em cada um deles (2). Grande parte da evidência encontrada neste contexto traduz os resultados da intervenção de técnicos de diagnóstico e terapêutica (20), limitando ainda mais a comparabilidade, dadas as diferenças de competências e âmbito de intervenção de cada um destes profissionais.

CONCLUSÃO

Os participantes consideram a integração de um EEER no SU como uma mais valia tanto na organização do serviço como na prestação de cuidados, salientando a sua importância no âmbito das competências específicas do EEER e das comuns do enfermeiro especialista, com os conhecimentos abrangentes na intervenção à pessoa e na articulação com a equipa multidisciplinar. É ao nível da prevenção das complicações que salientam maior relevância das suas intervenções, assim como na capacitação da pessoa e cuidador para a alta. Estes resultados vão assim ao encontro dos referenciais da profissão sobre a necessidade de dotar os SU de EEER, sugerindo mesmo que a intervenção do EEER não se limitará apenas às salas de observação, identificando ganhos aos mais variados níveis de intervenção.

Este estudo tem algumas limitações, nomeadamente relacionadas com a técnica de recolha de dados e número de participantes, que limita a transferibilidade destes resultados para além do contexto em que foi realizado. Neste sentido mostra-se pertinente aprofundar e dar continuidade à investigação nesta área, procurando criar evidência dos ganhos resultantes da integração dos EEER no SU, consolidando para o nosso país os contributos identificados pelos participantes. A integração de EEER nos SU, enquanto atores na melhoria de cuidados à pessoa, implicará uma

mudança na cultura organizacional dos hospitais no que concerne a prestação de cuidados de ER nestes contextos de prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio de 2019. D R [Internet]. 2019 maio 3 [cited em 2020 jan 23]; II Série(85):13565-8. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>
2. Dornelles SS, Martins MM, Ribeiro I, Souza Lima DK, Itayra Padilha M, Pereira Gomes B. Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. Rev Port Enf Reab [Internet]. 2018 jun 23 [cited 18 de janeiro de 2021];1(1):6-12. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/11>
3. Association of Rehabilitation Nurses. Rehabilitation Nurses Play a Variety of Roles. [Internet]. Chicago: Association of Rehabilitation Nurses; s.d. [cited 2020 fev 15]. Available from: <https://rehabnurse.org/about/roles-of-the-rehab-nurse>
4. Ordem dos Enfermeiros. História da Enfermagem de Reabilitação em Portugal. Revista da Ordem dos Enfermeiros 2003;(9): 12-13.
5. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018 jan [cited 2019 nov 28]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
6. Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. Rede Hospitalar de Urgência/Emergência. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2001 nov 14 [cited 2019 dez 19]. Available from: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>
7. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 743/2019 de 22 de setembro. D R [Internet]. 2019 set 22 [cited 2020 jan 14]; II Série(184):128-55. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
8. Falé, MJ. Na especificidade, a evidência do impacto das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no doente com patologia respiratória crónica, no serviço de urgência [Internet]. Portalegre: Escola Superior de Saúde de Portalegre; 2016 [cited 5 nov 2020]. 111p. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14591/1/ESSTFC591.pdf>
9. World Health Organization. Emergency medical teams: minimum technical standards and recommendations for rehabilitation. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2019 dez 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252809/9789241511728-eng.pdf>
10. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. [Internet]. 2014 set [cited 2020 jan 14];89(9):1245-51. Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/09000/Standards_for_Reporting_Qualitative_Research__A.21.aspx
11. Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. Rev Lusófona de Educ. [Internet]. 2014 [cited 5 nov 2020];26(26):175-190. Available from: <https://revistas.ulisofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
12. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições Setenta; 2006.
13. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. D R [Internet]. 2019 fev 6 [cited 2020 out 10]; II Série(26):4744-50. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
14. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Rehabil Nurs. [Internet]. 2015 set 25 [cited 2020 fev 27];41(1):33-44. DOI:10.1002/rnj.225
15. Havrilla E. Rehabilitation Concepts for the Acute Care Nurse. Madridge J Nurs. [Internet]. 2017 set 26 [cited 2020 fev 10]; 2(2): 72-75. DOI: 10.18689/mjn-1000113
16. Sousa JP, Santos M. Symptom Management and Hospital Readmission in Heart Failure Patients: A Qualitative Study From Portugal. Crit Care Nurs Q. [Internet]. 2019 jan/mar [cited 2020 fev 9];42(1):81-88. DOI:10.1097/CNQ.0000000000000241
17. Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F. Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review. Phys Ther. [Internet]. 2019 ago 24 [cited 2020 fev 12];99(9):1150-1166. DOI:10.1093/ptj/pzz082
18. Kim HS, Strickland KJ, Mullen KA, Lebec MT. Physical therapy in the emergency department: A new opportunity for collaborative care. Am J Emerg Med. [Internet]. 2018 ago [cited 2020 fev 12];36(8):1492-1496. DOI:10.1016/j.ajem.2018.05.053
19. Barrett R, Terry L. Patients' and healthcare professionals' experiences and perceptions of physiotherapy services in the emergency department: a qualitative systematic review. Int J Emerg Med. [Internet]. 2018 out 11 [cited 2020 fev 12];11(1):42. DOI:10.1186/s12245-018-0201-z
20. Pontius EA, Anderson RS Jr. Physical Therapy, Occupational Therapy, and Speech Language Pathology in the Emergency Department: Specialty Consult Services to Enhance the Care of Older Adults. Emerg Med Clin North Am. [Internet]. 2021 maio [cited 2020 fev 12];39(2):419-427. DOI:10.1016/j.emc.2021.01.005

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: MP, TR, MB, NS e IJO;

Metodologia: MP, TR, MB, NS e IJO;

Validação: BD e IJO;

Investigação: MP, TR, MB e NS;

Tratamento de dados: TR, MB e IJO;

Preparação do rascunho original: MP, TR, MB, NS;

Redação e edição: MP, TR, MB, NS e IJO;

Revisão: MP, TR, MB, NS, BD e IJO;

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (Parecer n.º 017/2020).

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Agradecimentos:

Os autores agradecem ao Prof. Doutor Pedro Sardo.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *RANCHO LOS AMIGOS LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING SCALE* PARA PORTUGUÊS EUROPEU

TRANSLATION AND CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE *RANCHO LOS AMIGOS LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING SCALE* INTO EUROPEAN PORTUGUESE

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA *RANCHO LOS AMIGOS LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING SCALE* AL PORTUGUÉS EUROPEO

DOI 10.33194/rper.2021.174; Data de Receção: 2021-05-12; Data de Aceitação: 2021-09-07

Victor Reis Pereira¹ ; Ana Rita Polaco Ribeiro¹ ; Pedro Coelho¹ ; Tânia Manuel Moço Morgado² 

¹ Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ² Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Autor correspondente: Víctor Jorge Reis Pereira, 4974@chuc.min-saude.pt

RESUMO

Introdução: A avaliação cognitiva sistemática é essencial para estabelecer planos de reabilitação ajustados à pessoa com traumatismo crânio-encefálico (TCE). A *Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS) é uma ferramenta descritiva de enquadramento do nível de cognitivo e comportamental, representando a recuperação típica das pessoas com TCE. Este estudo teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente a LCFS.

Metodologia: Foi realizada a equivalência linguística da LCFS com recurso a tradutores e retrotradutores independentes. A equivalência conceptual obteve-se através de um painel de peritos, constituído por 5 elementos seleccionados nas áreas das neurociências e enfermagem, seguido de um *cognitive debriefing* formado por 8 enfermeiros com experiência significativa em neurocirurgia. Ao longo deste processo houve o envolvimento e contributo dos autores da escala original.

Resultados: A equivalência linguística foi um processo de decorreu de forma fluída. No Painel de Peritos obteve-se consenso em 79 (94%) dos 84 itens da escala. Da análise realizada no *Cognitive Debriefing* resultaram alterações num número reduzido de termos, obtendo-se a LCFS no português europeu.

Conclusão: A versão portuguesa da LCFS demonstra ser de fácil entendimento e obteve-se uma robusta validade de conteúdo. Sugere-se a realização do estudo psicométrico para assegurar a validação transcultural.

DESCRIPTORES: Traumatismo Encefálico; Instrumento de Triagem de Avaliação Cognitiva; Cognição; Disfunção Cognitiva.

ABSTRACT

Introduction: Systematic cognitive assessment is essential to establish rehabilitation plans adjusted to the person with traumatic brain injury (TBI). The *Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS) is a descriptive tool for framing cognitive and behavioral levels, representing the typical recovery of patients with TBI. This study aims to translate and cross-culturally adapt the LCFS.

Methodology: Linguistic equivalence of the LCFS was performed using independent translators and back-translators. Conceptual equivalence was obtained through an expert panel, with 5 elements selected in the field of neuroscience and nursing, followed by a *cognitive debriefing* composed by 8 nurses, with significant experience in neurosurgery. Throughout this process, there was the involvement and contribution of the authors of the original scale. **Results:** Linguistic equivalence was a fluid process. The expert panel reached a consensus on 79 (94%) of the 84 items on the scale. The analysis carried out in the *cognitive debriefing* resulted in changes in reduced number of terms, obtaining the LCFS in European Portuguese.

Conclusion: The Portuguese version of the LCFS proves to be easy to understand and provides a robust content validity. A psychometric study is suggested to ensure cross-cultural validation.

DESCRIPTORS: Brain trauma; Cognitive Assessment Screening Instrument; Cognition; Cognitive Dysfunction.

RESUMEN

Introducción: la evaluación cognitiva sistemática es fundamental para establecer planes de rehabilitación a la medida de la persona con traumatismo craneoencefálico (TCE). La Escala de Niveles de Funcionamiento Cognitivo (LCFS) de Rancho Los Amigos es una herramienta descriptiva para enmarcar el nivel cognitivo y conductual, que representa la recuperación típica de los pacientes con TCE. Este estudio tuvo como objetivo traducir y adaptar LCFS transculturalmente.

Métodología: La equivalencia lingüística de la LCFS se realizó mediante traductores y retrotraductores independientes. La equivalencia conceptual se obtuvo a través de un panel de expertos, compuesto por 5 elementos seleccionados en el campo de la neurociencia y enfermería, seguido de un *debriefing* cognitivo formado por 8 enfermeros con importante experiencia en neurocirugía. En todo este proceso se contó con la implicación y aportación de los autores de la escala original.

Resultados: La equivalencia lingüística fue un proceso fluido. El panel de expertos se alcanzó consenso en 79 (94%) de los 84 ítems de la escala. El análisis realizado en *debriefing* cognitivo resultó en cambios en un número reducido de términos, obteniendo el LCFS en portugués europeo.

Conclusion: La versión portuguesa del LCFS demuestra ser fácil de entender y se obtuvo una sólida validez de contenido. Se sugiere un estudio psicométrico para asegurar la validación intercultural.

DESCRIPTORES: Traumatismo craneoencefálico; Instrumento de cribado de evaluación cognitiva; Cognición; Disfunción cognitiva.

INTRODUÇÃO

Os últimos dados disponíveis em Portugal estão em consonância com a realidade da União Europeia e evidenciam que a taxa de incidência de traumatismos crânio-encefálicos (TCE) diminuiu para valores na ordem dos 62 a 65 casos por 100000 habitantes/ano no período entre 2011 e 2014, e que nesse mesmo período, as taxas de mortalidade mostram também um drástico declínio para valores de 9 a 10 casos por 100000 habitantes/ano. A média de idades dos traumatizados crânio-encefálicos tem vindo a aumentar, acompanhando a tendência de mudança na etiologia dos TCEs. Nesta matéria temos assistido a uma redução do contributo dos acidentes de viação, associados a adultos jovens e ao aumento na parcela associada a quedas, essencialmente de idosos. Estes dados refletem um decréscimo na gravidade dos acidentes de viação, como resultado da melhoria nas medidas de prevenção rodoviária e nos sistemas de segurança das viaturas, e estão igualmente relacionados com o aumento da esperança média de vida. [1]

O TCE define-se como uma lesão que resulta em alterações de funções cerebrais, manifestadas por confusão, nível de consciência alterado, crises convulsivas, coma ou défices neurológicos focais, sensoriais ou motores, que advêm de forças abruptas e penetrantes na cabeça. [2]

A *Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS), a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a Disability Rating Scale (DRS) são consideradas referências na avaliação da cognição, da consciência e do comportamento de pessoas com TCE. [3]

A LCFS tornou-se amplamente aceite e usada para descrever os padrões cognitivos e comportamentais das pessoas com TCE e prima por apoiar a equipa de saúde na definição de um programa individualizado de reabilitação. Foi desenvolvida no *Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center*, nos Estados Unidos da América e divulgada em 1972, sendo constituída por 8 níveis de funcionamento cognitivo. Foi revista em 1974 (LCFS-R) e foram adicionados dois níveis (IX e X). Em 1997, verificou-se uma nova revisão que foi publicada em 1998, tendo sido adicionados três itens a três níveis diferentes, sendo esta última versão a utilizada neste estudo, excluindo os níveis correspondentes à categoria funcionamento superior (Nível IX e X). [4] [5]

Como propriedades psicométricas, a LCFS apresenta boa concordância intraavaliadores, interavaliadores, validade concorrente e moderada capacidade preditiva. [6]

Este estudo teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente a LCFS, dando resposta à necessidade de ter um instrumento de avaliação cognitiva em Português Europeu que facilite a comunicação entre profissionais de saúde, que permita o acompanhamento da evolução clínica e que contribua para o estabelecimento de planos de reabilitação em pessoas após TCE.

METODOLOGIA

O estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural da LCFS, para o Português Europeu, decorreu entre 2011 e 2020, seguindo as orientações de vários autores. [7] [8]

Levels of Cognitive Functioning Scale

A LCFS é uma escala de avaliação clínica, desenvolvida para pessoas com TCE, com o objetivo de avaliar o nível de funcionamento cognitivo. Na revisão desta escala, em 1974, foram adicionados 2 níveis, dando resposta às fases mais tardias de recuperação, por forma a permitir a avaliação cognitiva da pessoa inserida na comunidade. Contudo, não só no *Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center*, mas também noutras instituições dedicadas ao tratamento e reabilitação das pessoas com TCE, são apenas utilizados os primeiros oito níveis, uma vez que estes caracterizam a maioria dos quadros clínicos apresentados por estas pessoas. Estes oito níveis são hierarquizados, com o nível I a representar o nível mais baixo de funcionamento cognitivo e o nível VIII o nível mais alto. É constituída por 84 itens, distribuídos pelos vários níveis, representando comportamentos, respostas a estímulos, competência das funções cognitivas, resposta à interação social e ambiental e desempenho na realização de atividades de vida, tipicamente observados durante a recuperação após lesão cerebral. [9]

Etapa 1 - Tradução

Partindo da versão da LCFS, revista em 1997, considerada neste estudo a versão original, iniciou-se o processo de tradução, para o Português Europeu, por dois tradutores independentes, originando duas traduções: T1 (por tradutora oficial, portuguesa, bilingue, conhecedora dos objetivos do estudo, com domínio na área da psicologia) e T2 (por tradutora oficial, bilingue, conhecedora da área do estudo).

Etapa 2 - Síntese das traduções

A partir da versão da LCFS original e da comparação com as duas traduções T1 e T2, foi realizada a síntese das traduções, produzindo uma tradução comum (T12), que originou a primeira versão da escala LCFS, no Português Europeu (V1).

Etapa 3 - Retrotradução

Partindo da primeira versão da escala LCFS, no Português Europeu, duas tradutoras independentes (tradutoras oficiais, bilingues, uma conhecedora dos objetivos do estudo e outra apenas conhecedora da área em estudo) traduziram esta versão para o inglês: Retrotradução 1 (R1); Retrotradução 2 (R2).

Etapa 4 - Síntese da retrotradução

Foi realizada síntese das retrotraduções (RT1 e RT2), resultando na RT12, que foi enviada aos autores para verificação e validação semântica. Este processo revelou-se positivo, uma vez que foram recomendados pequenos ajustes. Desta resposta, foram realizadas pequenas alterações na V1, resultando na segunda versão da escala LCFS, no Português Europeu (V2).

Etapa 5 - Painel de Peritos

Seguidamente foi constituído um painel transdisciplinar de 5 peritos. Os peritos foram selecionados intencionalmente, tendo sido convidados pessoalmente, sendo-lhes apresentado o objetivo e a metodologia pretendida.

O painel de peritos, com média de exercício profissional de 19 anos, com desvio padrão (DP) de 9 anos, foi constituído por: Médico assistente hospitalar em Neurocirurgia numa unidade de traumatizados crânio-encefálicos; Psicóloga clínica, com especialização em avaliação psicológica; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, com doutoramento em desenvolvimento e intervenção psicológica; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, com mestrado em ciências de enfermagem e Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com doutoramento em saúde mental.

Este painel de peritos teve como objetivo avaliar a equivalência semântica/idiomática; experiencial/cultural e conceptual, entre a versão da LCFS revista e a V2 no Português Europeu. Foi definido como critério de consenso, a concordância de pelo menos 80% dos peritos para a tradução e adaptação de cada item da escala [8]. Desta etapa resultou a terceira versão da LCFS em Português Europeu (V3).

Posteriormente, foi solicitada a clarificação aos autores, dos itens que não reuniram total unanimidade, através do envio dos comentários e dúvidas de todos os peritos. Após a obtenção da resposta dos autores alcançou-se a quarta versão da LCFS, em Português Europeu (V4).

Etapa 6 - Cognitive Debriefing

Para garantir a clareza e compreensibilidade da V4 da LCFS, realizou-se um *cognitive debriefing* com 8 enfermeiros, selecionados de forma intencional, tendo como critério a experiência no cuidado a pessoas com traumatismos crânio-encefálicos.

Os enfermeiros que participaram tinham entre 12 e 42 anos de exercício profissional. No contexto específico de cuidados neurocirúrgicos à pessoa com TCE, apresentavam uma média de 20 anos (DP= 9 anos) de experiência profissional. Os elementos deste painel analisaram e manifestaram-se individualmente sobre cada um dos itens da escala.

Etapa 7 - Revisão e relatório final

As reduzidas sugestões de alteração que emergiram do *cognitive debriefing* foram consideradas, resultando na versão final (V5) da LCFS em Português Europeu.

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados relativos às diferentes etapas que constituíram o processo de tradução e adaptação transcultural da LCFS, para o Português Europeu.

Etapa 1 a 4

Os processos de tradução e retrotradução não geraram dificuldades às tradutoras. A RT 12 foi muito similar à versão original, sendo apenas reconhecidas diferenças em alguns tempos verbais. A síntese das retrotraduções foi enviada aos autores que, na resposta e este contato, acrescentaram termos, que facilitaram a interpretação do conteúdo de alguns itens e que foram úteis nas etapas seguintes (tabela 1).

Tabela 1- Exemplos de itens alterados no processo de tradução linguística da LCFS

Itens alterados no processo de tradução linguística da LCFS		
Versão original	Retrotradução (RT 12)	Resposta dos autores
<i>Unaware of others needs and feelings</i>	<i>Unaware of others needs and feelings</i>	<i>Limited awareness of others needs and feelings</i>
<i>Irritable</i>	<i>Irritable</i>	<i>May easily become irritable</i>
<i>Responds to external stimuli with physiological changes generalized gross body movement and/or not-purposeful vocalization</i>	<i>Responds to external stimuli with physiological changes generalized gross body movement and/or not-purposeful vocalization</i>	<i>Responds to external stimuli with physiological changes generalized gross body movement, increased or decreased level of activity and/or not-purposeful vocalization</i>

Etapa 5 - Painel de Peritos

Os peritos tiveram acesso à versão original da LCFS, diferentes traduções e versão que resultou do processo realizado até então (V2). Foi solicitado que individualmente, cada perito analisasse todos os 84 itens constituintes da escala em estudo.

Deste processo obtiveram-se os seguintes resultados: 36 (43%) itens tiveram concordância de todos os peritos, sem sugestões de alteração; 33 (39%) itens obtiveram a concordância da totalidade dos peritos, após reduzidas alterações; 10 (12%) itens da escala, alcançaram 80% de concordância dos peritos (4 em 5 peritos), após sofrerem alterações; 5 (6%) itens não obtiveram nível de concordância mínima, por dificuldades no processo de análise, tendo sido pedidos esclarecimentos aos autores.

O resultado final (V4) traduziu-se na alteração de alguns termos e adequação sintática de alguns itens particularmente os mais extensos (tabela 2).

Tabela 2 – Exemplos de itens alterados na etapa Painel de Peritos

Itens alterados na etapa Painel de Peritos	
Versão 2	Versão 4
<i>Ausência <u>total</u> de mudanças comportamentais quando <u>apresentado a</u> um estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso</i>	<i>Ausência de mudanças comportamentais <u>observáveis</u> <u>perante</u> um estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso</i>
<i><u>Demonstra retração</u> ou vocalização a estímulos dolorosos</i>	<i><u>Apresenta resposta motora em retirada</u> ou vocalização a estímulos dolorosos</i>
<i><u>Em alerta, não agitado, mas</u> pode vaguear ao acaso ou com uma vaga intenção de ir para casa</i>	<i><u>Vigil, sem agitação,</u> pode vaguear ao acaso ou com uma vaga intenção de ir para casa</i>
<i><u>Impróprio</u></i>	<i><u>Inapropriado</u></i>

Etapa 6 - Cognitive Debriefing

Neste processo, 8 enfermeiros analisaram a clareza e a compreensibilidade de cada item da LCFS, na sua versão 4 (V4).

O termo “pode”, presente em vários itens, suscitou dúvidas em todos os elementos. A decisão da sua substituição pela expressão “por vezes”, foi unânime, por traduzir de forma mais clara a frequência e flutuação de algumas respostas e comportamentos das pessoas com TCE. Os termos “inconsistentemente” e “emergente” também foram alvo de discussão, no entanto, foram mantidos por serem caracterizadores da condição comportamental e cognitiva da pessoa com TCE e pela importância da valorização de pequenas mudanças que caracterizam a evolução cognitiva pós TCE (tabela 3).

Palavras como “automonitorização” e “estruturação” suscitaram algum debate, todavia, não foram substituídas por não terem sido encontradas alternativas que melhor definissem o que se pretendia avaliar.

Todos os elementos manifestaram necessidade de associar a expressão “de outrem” ao termo “orientação”, em dois itens, de forma a aumentar a clareza do nível de apoio em avaliação.

Tabela 3 – Exemplos de itens alterados na etapa Cognitive Debriefing

Itens alterados na etapa Cognitive Debriefing	
Versão 4	Versão 5
<i><u>Pode apresentar</u> comportamento de oposição/ não cooperação.</i>	<i><u>Por vezes apresenta</u> comportamento de oposição/ não cooperação.</i>
<i><u>Inconsistentemente</u> orientado em relação ao espaço e/ou tempo.</i>	<i><u>Por vezes</u> orientado em relação ao espaço e/ou tempo.</i>
<i>As respostas podem ser <u>significativamente</u> tardias.</i>	<i>As respostas podem ser tardias.</i>

Etapa 7 - Revisão e relatório final

Os investigadores consideraram as alterações sugeridas no *cognitive debriefing* definindo a versão final (V5) da LCFS em Português Europeu (tabela 4).

Tabela 4- Versão final da LCFS (Português Europeu)

VERSÃO FINAL DA LCFS (Português Europeu)	
Nível 1: Sem Resposta (Assistência Total)	
Ausência de mudanças comportamentais observáveis perante estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso.	
Nível 2: Resposta Generalizada (Assistência Total)	
Apresenta resposta reflexa generalizada a estímulos dolorosos.	
Responde a estímulos externos com mudanças fisiológicas generalizadas, movimento corporal grosseiro,	

aumentando ou diminuindo o nível de atividade e/ou vocalização não intencional.

As respostas mencionadas anteriormente podem ser as mesmas independentemente do tipo e localização do estímulo.

As respostas podem ser tardias.

Nível 3: Resposta Localizada (Assistência Total)

Apresenta resposta motora em retirada ou vocalização a estímulos dolorosos.

Afasta-se ou dirige-se a estímulos auditivos.

Pestaneja quando uma luz intensa entra no seu campo visual.

Segue objetos em movimento que entrem no seu campo visual.

Responde ao desconforto puxando tubos ou imobilizações.

Responde inconsistentemente a ordens simples.

As respostas são diretamente relacionadas com o tipo de estímulo.

Por vezes responde a algumas pessoas (especialmente a família e amigos), mas não a outras.

Nível 4: Confuso - Agitado (Assistência Máxima)

Apresenta períodos de vigília e de elevado estado de atividade/reactividade.

Apresenta tentativas para remover imobilizações, dispositivos médicos ou sair da cama.

Por vezes executa atividades motoras tais como sentar, andar e alcançar algo, sem qualquer propósito aparente ou a pedido de outrem.

Momentos muito breves e geralmente não intencionais de atenção mantida.

Ausência de memória de curto prazo.

Ausência de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização.

Por vezes chora ou grita de forma exagerada em resposta a estímulos, mesmo após a sua remoção.

Por vezes apresenta comportamento agressivo e/ou de fuga.

O humor por vezes oscila da euforia à hostilidade sem relação aparente com o ambiente.

Incapaz de cooperar nos cuidados.

As verbalizações são frequentemente incoerentes e/ou inadequadas para as atividades ou ambiente.

Nível 5: Confuso - Inapropriado - Não Agitado (Assistência Máxima)

Vígil, sem agitação, por vezes vagueia ao acaso ou com vaga intenção de ir para casa.

Por vezes torna-se agitado em resposta a estímulos externos e/ou à falta de estruturação ambiental.

Desorientado relativamente ao espaço e/ou tempo.

Frequentes e breves períodos de atenção mantida, de caráter não intencional.

Comprometimento grave da memória de curto prazo.

Ausência de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização.

Demonstra frequentemente o uso inadequado de objetos, sem orientação de outrem.

Por vezes é capaz de executar tarefas que lhe são familiares, com estruturação e orientação de outrem.

Incapaz de aprender novas informações.

Capaz de responder adequadamente a ordens simples, de forma consistente, com estruturação e orientação de outrem.

As respostas a ordens simples, sem estruturação e orientação, são aleatórias e despropositadas.

Capaz de conversar socialmente, num nível automático, por breves períodos de tempo, quando lhe é fornecida estruturação e orientação.

As verbalizações sobre acontecimentos atuais tornam-se inadequadas e confabuladas quando não lhe é fornecida estruturação e orientação.

Nível 6: Confuso - Apropriado (Assistência Moderada)

Inconsistentemente orientado em relação ao espaço e/ou tempo.

Capaz de executar tarefas, que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante 30 minutos, com assistência moderada.

A memória de longo prazo tem maior profundidade e detalhe do que a memória de curto prazo.

Reconhecimento vago de alguns funcionários.

Capaz de usar auxiliares de memória com assistência máxima.

Consciência emergente de respostas apropriadas para as necessidades básicas do próprio e da família.
 Comportamento progressivamente direcionado a objetivos relacionados com a satisfação das suas necessidades básicas.
 Necessita de assistência moderada para resolver problemas e obstáculos à conclusão de tarefas.
 Necessita de assistência mínima para executar tarefas aprendidas no passado.
 Demonstra iniciativa para executar tarefas reaprendidas.
 Necessita de assistência máxima para executar novas tarefas aprendidas, demonstrando reduzida ou nenhuma iniciativa.
 Sem consciência da sua deficiência, da sua incapacidade e dos riscos relativos à segurança.
 Segue orientações simples de forma consistente.
 As verbalizações são apropriadas em situações estruturadas e fortemente familiares.

Nível 7: Automático - Apropriado (Assistência mínima)

Consistentemente orientado em relação a si e ao espaço, em ambientes fortemente familiares. Assistência mínima na orientação temporal.
 Capaz de executar tarefas que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante pelo menos 30 minutos, com assistência mínima para as concluir.
 Capaz de usar auxiliares de memória com assistência mínima.
 Necessita de assistência mínima para novas aprendizagens.
 Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais e domésticas, apresentando vaga memória do que esteve a fazer.
 Capaz de monitorizar a precisão e a totalidade de cada passo das rotinas pessoais e domésticas e modificar o plano com assistência mínima.
 Tem consciência superficial da sua condição, mas não das suas deficiências e incapacidades específicas, nem das limitações que estas colocam na sua capacidade de completar as rotinas com segurança e precisão, em contexto doméstico, comunitário, de trabalho e lazer.
 Assistência mínima para a segurança nas rotinas domésticas e atividades comunitárias.
 Planeamento irrealista do futuro.
 Incapaz de pensar sobre as consequências de uma decisão ou ação.
 Sobrestima capacidades.
 Tem dificuldade em reconhecer as necessidades e os sentimentos dos outros.
 Por vezes apresenta comportamento de oposição/ não cooperação.
 Tem dificuldade em reconhecer comportamentos inapropriados de interação social.

Nível 8: Intencional - Apropriado (Supervisão)

Consistentemente orientado em relação a si, ao espaço e ao tempo.
 Executa e completa tarefas, que lhe são familiares, de forma independente, durante 1 hora, em ambientes com distrações.
 Capaz de recordar e integrar acontecimentos passados e recentes.
 Capaz de usar auxiliares de memória com supervisão.
 Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais, domésticas, comunitárias, de trabalho e de lazer, que lhe são familiares, com supervisão e modifica o plano, quando necessário, com assistência mínima.
 Não necessita de assistência para executar novas tarefas aprendidas.
 Tem consciência e reconhece as suas deficiências e incapacidades, quando estas interferem com a conclusão de tarefas, mas necessita de supervisão para tomar as medidas corretivas necessárias.
 Pensa sobre as consequências de uma decisão ou ação, com assistência mínima.
 Sobrestima ou subestima as suas capacidades.
 Reconhece as necessidades e os sentimentos dos outros e responde de forma apropriada com assistência mínima.
 Facilmente apresenta humor depressivo.
 Facilmente irritável.
 Baixa tolerância à frustração.
 Argumentativo.
 Tem dificuldade em compreender outros pontos de vista.
 Invulgarmente dependente/independente.
 Capaz de reconhecer um comportamento de interação social como inapropriado, enquanto este ocorre e de tomar

medidas corretivas com assistência mínima.

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o processo de tradução e adaptação da LCFS para o Português Europeu.

Nas etapas de equivalência linguística não foram identificadas dificuldades no processo de tradução e retrotradução e verificou-se qualidade nas traduções, facilitando as etapas seguintes.

A participação dos profissionais de diferentes áreas da saúde no painel de peritos, tal como vários autores sugerem [7] [8], permitiu uma análise profunda e multidimensional da LCFS, tendo-se obtido consenso em 94% dos itens que a constituem, apesar da extensão da escala.

Na etapa *cognitive debriefing* foram incluídos enfermeiros com elevada experiência profissional no cuidado à pessoa com TCE, os quais reconheceram a compreensibilidade dos itens da escala e a sua relevância e pertinência para a prática.

As intervenções, sugestões e esclarecimentos dos autores da escala original para a validação semântica, na verificação de propostas de acerto, na apresentação de alternativas com clarificação de palavras e explicação de conceitos foram considerados fortes contributos, pois permitiram maximizar a compreensão dos itens, otimizando as etapas ao longo do estudo.

Neste estudo, a fase metodológica foi similar à utilizada no processo de adaptação e validação transcultural da LOCFAS (Levels of Cognitive Functioning Assessment Scale - Escala de Avaliação de Níveis de Funcionalidade Cognitiva) para o contexto italiano. [12] A escala LOCFAS resultou do processo de transformação e adaptação dos primeiros cinco níveis da LCFS [6] [10] [11]. No entanto, salienta-se a utilização de um maior número de peritos e a realização da etapa de *cognitive debriefing* no presente estudo, tornando o processo de tradução e adaptação transcultural da LCFS mais rigoroso.

Na adaptação e validação transcultural da LOCFAS para o contexto italiano foi realizado um pré-teste [12], que representa uma implicação do presente estudo para a investigação, dando continuidade e concluindo o processo de validação transcultural da LCFS para o Português Europeu. Simultaneamente, permite testar a sua aplicabilidade, constituindo-se também como uma implicação significativa para a prática clínica, através da disponibilização de um instrumento validado para a comunidade clínica e científica.

Sugere-se ainda a realização de estudos posteriores de comparação com outras escalas de avaliação da consciência e cognição, validadas para o Português Europeu.

CONCLUSÃO

Neste estudo realizou-se o processo de tradução e adaptação transcultural da LCFS para o Português Europeu através de um processo metodológico rigoroso, que na sua versão final apresenta equivalência linguística e semântica com a escala original.

Este instrumento, validado e com uma linguagem uniformizada, facilitará a avaliação cognitiva e comportamental pela equipa de saúde transdisciplinar e a implementação de programas de reabilitação sistematizados e ajustados às necessidades e especificidades das pessoas com TCE.

Relativamente à metodologia, reconhece-se como limitação o facto de não terem sido incluídos outros profissionais de saúde na etapa relativa ao *cognitive debriefing*. Outra limitação relaciona-se com a não realização da validação transcultural da LCFS, representando uma implicação para a investigação que já teve início, através da realização de um estudo na fase pré-teste para avaliação das suas propriedades psicométricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mascarenhas Lino. Sobre a Necessidade de Promover a Prevenção Primária do Traumatismo Craniano. Cartas ao Editor, Acta Med Port. 2020 Mar;33(3):213-216. <https://doi.org/10.20344/amp.13241>
2. Bruns J Jr, Hauser WA. The epidemiology of traumatic brain injury: a review. Epilepsia. 2003; 44 Suppl 10:2-10. PubMed; PMID: 14511388.
3. Simões J. A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma. Universidade de Aveiro. 2011.
4. Hagen C., Malkmus D., Durham P. A Levels of cognitive functioning. Rehabilitation of the Head Injured Adult; Comprehensive Physical Management, Downey, CA: Professional Staff Association of Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. 1979.
5. Hagen C. The Rancho Levels of Cognitive Functioning: The Revised levels. (3rd ed.), Downey, CA: Rancho Los Amigos Medical Center, Communication Disorders Department. 1998.
6. Flannery J, Abraham I. Psychometric properties of a cognitive functioning scale for patients with traumatic brain injury. West J Nurs Res. 1993 Aug;15(4):465-77. PubMed; PMID - 8356838.
7. Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F. & Ferraz, M. B. Recommendations for the cross-cultural adaptation of healthy status measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health. 2002.
8. Sousa V. D., & Rojjanasirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011.17(2), 268-274. <https://doi.org/b4msr3>

9. Lin K, Dulebohn SC. Ranchos Los Amigos. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020 Aug; 30. PubMed; PMID - 28846341
10. Flannery J. Cognitive assessment in the acute care setting: reliability and validity of the Levels of Cognitive Functioning Assessment Scale (LOCFA). J Nurs Meas. 1995; 3(1): 43-58. PubMed; PMID - 7493188
11. Flannery J. Using the levels of cognitive functioning assessment scale with patients with traumatic brain injury in an acute care setting. Rehabil Nurs. 1998; 23(2): 88-94. PubMed; PMID - 9668871
12. Galeoto G., Turriziani S., Berardi A., Sansoni J., Santilli V., Mascio M., Paoloni M.- Levels of cognitive functioning assessment scale: italian cross-cultural adaptation and validation. Annali di igiene medicina preventiva e di comunità. 2020. 32 (1), 16-26. ISSN 1120-9135. <http://dx.doi.org/10.7416/ai.2020.2326>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: VP, AR, PC, TM

Metodologia: VP, AR, PC, TM

Tratamento de dados: VP, AR, PC, TM

Preparação do rascunho original: VP, AR, PC, TM

Redação e edição: VP, AR, PC, TM

Revisão: VP, AR, PC, TM

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética do CHUC (Ref.ª: CHUC-95-12).

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Agradecimentos:

Os autores agradecem a todos os participantes neste estudo e ao Núcleo de Investigação em Enfermagem do CHUC, na pessoa do Enfermeiro Supervisor António Marques e ao Enfermeiro Ricardo Ferreira, pela colaboração na revisão deste artigo.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

A PRESENÇA DA FAMÍLIA NOS HOSPITAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA E O PARADOXO DA SEGURANÇA DO DOENTE

THE FAMILY'S PRESENCE IN HOSPITALS IN PANDEMIC TIME AND THE PATIENT SAFETY PARADOX

LA PRESENCIA FAMILIAR EN LOS HOSPITALES EN TIEMPO DE PANDEMIA Y LA PARADOJA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

DOI 10.33194/rper.2021.176; Data de Receção: 2021-06-01; Data de Aceitação: 2021-10-18

Tânia Correia¹; Maria Manuela Martins^{1,2}; Fernando Barroso³

¹ ICBAS e NursID - CINTESIS, Porto, Portugal; ² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal;

³ Centro Hospitalar de Setúbal (HS), DGS, Setúbal, Portugal

Autor correspondente: Tânia Correia, tsp.correia@gmail.com

RESUMO

Introdução: Devido à pandemia por COVID-19, para garantir a segurança dos cuidados de saúde e conter a sua transmissão, foram adotadas medidas restritivas que afastaram as famílias dos doentes hospitalizados. Tais medidas trouxeram implicações.

Objetivo: analisar, a partir dos discursos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), as vantagens, desvantagens e contextos da presença da família nos hospitais, à luz da segurança do doente, em contexto pandémico.

Metodologia: Estudo qualitativo interpretativo fundamentado no modelo de risco de James Reason, realizado através de entrevista semiestruturada a 6 EEER escolhidos por conveniência. Realizada análise de conteúdo com recurso ao *software* Atlas.ti. e à metodologia de Bardin.

Resultados: Foram identificadas 17 categorias agrupadas de acordo com a representação da família na segurança do doente: 10 categorias na visão da família potencializadora de falhas de segurança e 7 no âmbito da família como barreira de segurança.

Discussão: Os EEER consideram a presença da família como muito importante para doentes hospitalizados e para a segurança dos cuidados. No entanto, os seus discursos evidenciam que a sua atuação foi fortemente influenciada pela visão da família como potencial disseminador de infeção, demonstrando uma avaliação mais negativa do que positiva desta presença para a manutenção dessa segurança, nem sempre suportada pela evidência disponível.

Conclusão: As medidas restritivas poderão estar a contribuir para um retrocesso na prestação de cuidados centrados na família do doente hospitalizado. Contudo, há falta de dados a nível nacional que permitam perceber se as famílias em Portugal representam um risco para a segurança nos hospitalizados.

DESCRIPTORES: Segurança do Paciente, Hospitalização, COVID-19, Gestão da Segurança, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Familiar

ABSTRACT

Introduction: Due to the pandemic by COVID-19, to ensure the safety of health care and to contain its transmission, restrictive measures were taken to keep families away from hospitalized patients. Such measures have implications.

Objective: to analyze, from the speeches of nurses specialized in rehabilitation nursing (EEER), the advantages, disadvantages and contexts of the family's presence in hospitals, in the light of patient safety, in a pandemic context.

Methodology: Qualitative interpretative study based on James Reason's risk model, conducted through semi-structured interviews with 6 EEERs chosen for convenience. Content analysis was performed using the Atlas.ti software. and Bardin's methodology.

Results: 17 categories were identified, grouped according to the representation of the family in patient safety: 10 categories in the view of the family that potentiates security failures and 7 within the family as a security barrier.

Discussion: The EEERs consider the presence of the family as very important for hospitalized patients and for safety care, however, their speeches show that their performance was strongly influenced by the view of the family as a

potential disseminator of infection, demonstrating a more negative assessment than positive of this presence for the maintenance of this security, not always supported by the available evidence.

Conclusion: Restrictive measures may be contributing to a setback in the provision of care centered on the hospitalized patient's family. However, there is a lack of data at the national level that allows us to understand whether families in Portugal represent a safety risk in hospitalized patients.

DESCRIPTORS: Patient Safety, Hospitalization, COVID-19, Safety Management, Rehabilitation Nursing, Family Nursing

RESUMEN

Introducción: Debido a la pandemia por COVID-19, para garantizar la seguridad de la atención de salud y contener su transmisión, se tomaron medidas restrictivas para mantener a las familias alejadas de los pacientes hospitalizados. Tales medidas tienen implicaciones.

Objetivo: analizar, a partir de los discursos de enfermeras especializadas en enfermería rehabilitadora (EEER), las ventajas, desventajas y contextos de la presencia de la familia en los hospitales, a la luz de la seguridad del paciente, en un contexto pandémico.

Metodología: Estudio interpretativo cualitativo basado en el modelo de riesgo de James Reason, realizado a través de entrevistas semiestructuradas con 6 EEER elegidos por conveniencia. El análisis de contenido se realizó utilizando el software Atlas.ti. y la metodología de Bardin.

Resultados: se identificaron 17 categorías, agrupadas según la representación de la familia en la seguridad del paciente: 10 categorías en la visión de la familia que potencializa brechas de seguridad y 7 dentro de la familia como barrera de seguridad.

Discusión: Los EEER consideran muy importante la presencia de la familia para los pacientes hospitalizados y para la seguridad de los cuidados, sin embargo, sus discursos muestran que su desempeño estuvo fuertemente influenciado por la visión de la familia como un potencial diseminador de la infección, demostrando una valoración más negativa. que positivo de esta presencia para el mantenimiento de esta seguridad, no siempre respaldado por la evidencia disponible.

Conclusión: Las medidas restrictivas pueden estar contribuyendo a un retroceso en la prestación de cuidados centrados en la familia del paciente hospitalizado. Sin embargo, faltan datos a nivel nacional que permitan comprender si las familias en Portugal representan un riesgo para la seguridad de los pacientes hospitalizados.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente, Hospitalización, COVID-19, Administración de la Seguridad, Enfermería en Rehabilitación, Enfermería de la Familia

INTRODUÇÃO

O primeiro caso diagnosticado com Corona Virus Disease (COVID-19) aconteceu em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Desde então, segundo a Organização Mundial da Saúde (1), ocorreram mais de 237 milhões de casos confirmados de COVID-19 e mais de 4 milhões de mortes resultantes desta doença (2). A pandemia causada pelo coronavírus foi reconhecida como tal pela OMS a 11 de Março de 2020 (3) e é atualmente considerada pelo mesmo organismo como a maior emergência global de saúde pública e responsável por uma extrema pressão nos sistemas de saúde (4).

Desta forma, houve um maior reconhecimento dos riscos para os doentes e a segurança dos cuidados reafirmou-se como um grande foco de preocupação e atuação (5).

A segurança na prestação de cuidados é considerada um fenómeno complexo devido à envolvimento de inúmeros fatores, pelo que é essencial a análise dos mecanismos que concorrem para a causalidade do erro. James Reason (6) desenvolveu o modelo do queijo suíço (figura 1) para explicar a dinâmica das falhas de um sistema. Considera que os sistemas são dotados de barreiras, como equipamentos, pessoas ou tecnologias, que estão posicionadas intencionalmente para evitar o erro. Idealmente nas barreiras não haveria falhas, contudo, o autor reconhece que as falhas existem e estas estão representadas pelos buracos nas fatias de queijo suíço. Caracteriza-as como dinâmicas pelo que abrem e fecham em diferentes localizações. A existência de falhas isoladas não implica necessariamente a ocorrência de erro. Este ocorre quando se alinham as falhas de todas as barreiras numa trajetória com risco para a segurança do cliente. Ao considerar este modelo explicativo do mecanismo do erro, a gestão do risco tende a tornar-se mais proactiva (6, 7).

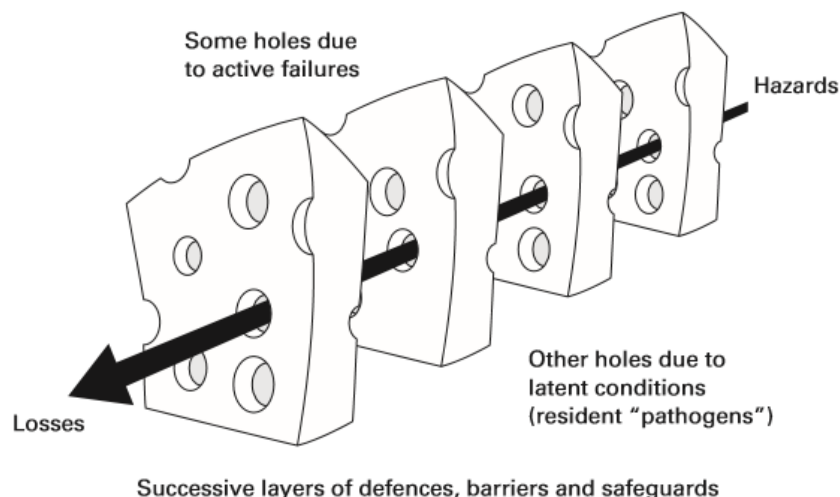


Figura 1 - Modelo de risco do "Queijo Suíço" de James Reason | Fonte: Reason, Carthey (7)

Neste contexto pandémico, no sentido de garantir a segurança dos cuidados de saúde e conter a transmissão de COVID-19 em muitos sistemas de saúde, nomeadamente no Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português, entre as medidas adotadas surgiu a restrição a acompanhantes e visitas aos doentes internados em unidades hospitalares, veiculada na Orientação nº 038/2020 de 17/12/2020 (8).

Tais medidas trazem implicações para os doentes, famílias, enfermeiros, restantes profissionais de saúde e aos próprios serviços de saúde (9).

Em contraponto, o Cuidado Centrado no Doente e na Família (Patient and Family-Centred Care - PFCC) é uma abordagem que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre prestador de cuidados de saúde, doentes e famílias nos vários contextos de cuidados de saúde (10). Nesta filosofia de cuidados, os doentes e seus familiares definem a sua família e estabelecem como pretendem participar no processo de prestação de cuidados, nomeadamente na tomada de decisão (10). Esta perspetiva baseia-se no reconhecimento dos doentes e familiares como aliados fundamentais para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde na medida em que o PFCC leva a melhores resultados em saúde, nomeadamente reduzindo hospitalizações e erros em saúde, melhorando a experiência de cuidados e satisfação dos doente e família e tornando mais eficaz a gestão dos recursos (10, 11).

Para tal importa ter presente o conceito de família sob várias perspetivas: legal, biológica, sociológica ou psicológica. Do ponto de vista da prestação de cuidados de enfermagem, uma das definições adotadas é a que considera a família como “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para efeitos de apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.” (12).

Eventos de saúde e a família afetam-se mutuamente sendo que, quando um elemento da família adoece, todos os outros elementos da mesma são afetados (12). Constata-se assim que eventos de saúde têm um grande potencial de risco para a família, particularmente no seu funcionamento, o que leva a considerá-la população em risco. População em que os enfermeiros têm a responsabilidade de intervir, nesses períodos críticos, no sentido de apoiar no desenvolvimento da capacidade de adaptação, reorganização e manutenção da saúde no seu global (12).

Em consonância com o exposto, na definição das competências do Enfermeiro de cuidados gerais, a Ordem dos Enfermeiros define que o processo de tomada de decisão deve fundamentar-se numa abordagem sistémica e sistemática da pessoa, família e comunidade, e estabelece critérios de competência, nomeadamente para apoiar pessoas, famílias e comunidades nos seus desafios de saúde numa ótica holística (13). A relação terapêutica estabelecida pelo enfermeiro não se esgota na parceria com o cliente, mas expande-se à família e comunidade.

Por sua vez, e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação “... utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (14).

O objetivo deste estudo é analisar, a partir dos discursos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), as vantagens, desvantagens e contextos da presença da família durante o internamento hospitalar, à luz da segurança do doente, durante a pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Considerando que o objeto em análise se apresenta com uma natureza complexa e dinâmica e perante a escassez de estudos nesta área, desenvolveu-se um estudo qualitativo, interpretativo, baseado no Modelo do risco de James Reason (7).

O método de amostragem é não probabilística intencional, os sujeitos de investigação deste estudo são enfermeiros em funções durante o período de pandemia COVID-19 em 3 hospitais nacionais do norte, selecionados por conveniência por serem os mais acessíveis e simultaneamente cumprirem os critérios de inclusão pré-determinados (15). Estes critérios são: ter especialidade em Enfermagem de Reabilitação, ter experiência em serviços de internamento hospitalar de adultos, estar a exercer funções no momento da entrevista. Do universo de 11 enfermeiros entrevistados, com diferentes especialidades, constituímos a população deste estudo apenas com 6 enfermeiros, os que preenchiam o critério da especialidade em Enfermagem de Reabilitação: 5 enfermeiras e um enfermeiro, com idades entre os 34 e 62 anos (média de 43 anos), com tempo de experiência entre 8 e 39 anos (média de 20 anos) sendo que 4 dos entrevistados são mestres, dos quais, dois mestres em reabilitação, 2 em Ciências de Enfermagem e 1 em cuidados paliativos.

A colheita de dados realizou-se com entrevistas semiestruturadas individuais com questões abertas que “permitem fazer ressaltar os pontos de vista dos participantes, e ter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência” (15). As entrevistas decorreram entre junho e setembro de 2020 via zoom. As questões cujos dados são analisados nesta fase foram:

- Que avaliação faz da presença da família junto dos doentes internados?
- O que vê de positivo e de negativo na restrição de visitas?
- Como considera a família para a segurança dos cuidados?

Após transcritas, as entrevistas foram enviadas ao respetivo entrevistado para que fossem validadas.

A análise de conteúdo fez-se com recurso à metodologia de Bardin (16) que compreende três fases: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (16).

Na leitura exploratória procuraram-se conteúdos comuns, o que originou a identificação de áreas temáticas denominadas categorias, sempre com o Modelo de James Reason (6, 7) como referencial teórico orientador deste processo. Como instrumento de auxílio na codificação e categorização das entrevistas recorreu-se ao *software* Atlas.ti®. As unidades de análise foram identificadas a partir dos fragmentos das entrevistas que, posteriormente, foram reunidas em grandes áreas temáticas as quais possibilitaram o desenvolvimento dos resultados deste estudo.

Foram respeitados os princípios éticos e legais. O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética conjunta do Centro Hospitalar e Universitário do Porto e Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto (UP). Todos os procedimentos realizados com os participantes respeitaram o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado.

RESULTADOS

Da análise de conteúdo das entrevistas aos EEER, foram identificadas dezassete categorias que foram agrupadas em duas grandes áreas temáticas de acordo com o posicionamento dessas categorias no modelo de risco de James Reason (7) (figura 1): Família como potencializadora de falhas de segurança e Família como barreira de segurança (figura 2 e 3).

Família como potencializadora de falhas de segurança

Dentro da visão da presença da família no hospital enquanto potencializadora de falhas de segurança, foram identificadas 10 categorias: Falta de capacidade das famílias, Riscos na alimentação, Risco de queda, Risco de infeção COVID, Risco de infeção, Falta de informação das famílias, Família não colaborante, Família desrespeitadora de indicações de enfermagem, Família desrespeitadora das normas, Presença das famílias dificultadora de cuidados (figura 2).

A falta de informação das famílias foi muito referida pelos participantes como algo frequente nas suas realidades de cuidados: “Nós temos famílias que atrapalham muito, infelizmente, mas acho que é porque elas não sabem, é mesmo porque não estão informadas.” (E3). Neste contexto pandémico, foi referido que sobre medidas específicas de contenção da transmissão de COVID-19, há muita falta de informação: “...a população em geral ainda tem bastante desconhecimento sobre algumas medidas restritivas ou de controlo de infeção daquilo que penso que pode passar ainda pela necessidade de educação dos familiares.” (E5). Houve ainda quem defendesse que “...as pessoas na escola deviam ter um curso sobre como estar num hospital, porque toda a gente um dia vai ter de vir para o hospital e se na escola falassem sobre isso já era a formação cívica no fundo...” (E1).

Um dos participantes referiu ainda que há famílias que não têm capacidade para gerir e cumprir as informações dadas pela equipa de enfermagem: “...muitas vezes as informações que nós damos são demasiado para a capacidade deles reproduzirem as nossas indicações de segurança...” (E1) e desta forma podem representar um risco para segurança do seu familiar internado.

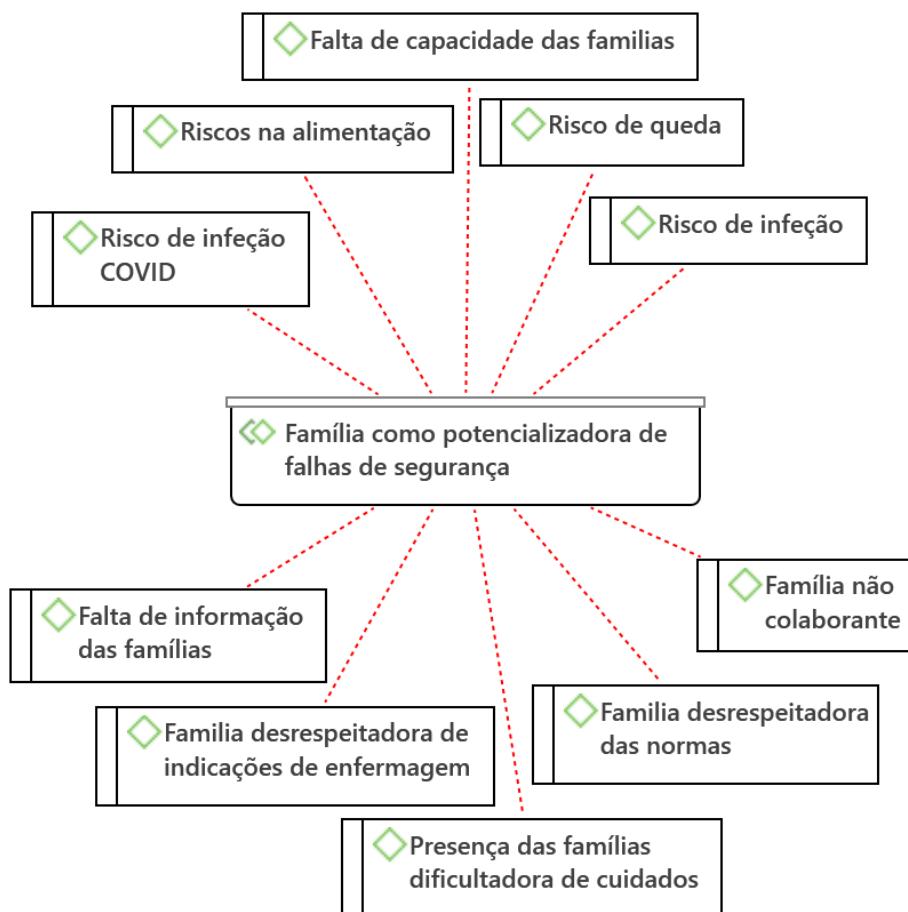


Figura 2 – Categorias identificadas no âmbito da Família como potencializadora de falhas de segurança

A Família desrespeitadora das normas foi também referida nas entrevistas como uma preocupação para os enfermeiros no que diz respeito à segurança da pessoa internada: “É lógico que se a família não tiver uma conduta adequada, se não respeitar as normas de controlo de infeção, a família torna-se insegura para a prestação se cuidados.” (E2)

Outra fonte de preocupação apontada pelos EEER foi o desrespeito que as famílias apresentam das indicações dadas pela equipa de enfermagem: “Eu acho que as famílias só põem em causa a segurança dos utentes se não estiverem de acordo com a nossa prestação de cuidados. Por exemplo, eu tenho o doente imobilizado, até explico porque é que ele está imobilizado, e o familiar mesmo assim retira a imobilização e o doente arranca a sonda nasogástrica. Isto acontece com muita frequência e nestas situações as famílias poem em causa a prestação de cuidados e em risco a segurança do doente.” (E3).

Também identificaram que há famílias não colaborantes: “... quando adquirem uma postura dificultadora na prestação de cuidados, de criar obstáculos, de criar stress no próprio doente, acho que aí faço uma avaliação negativa na presença da família... É que por vezes há famílias tão difíceis para nós que nos levam a pensar que o COVID veio ajudar-nos a evitar essas situações difíceis.” (E3).

Houve também quem identificasse a presença das famílias como dificultadora da prestação de cuidados: “Eu sei que isto pode ser considerado injusto com as famílias, mas esta restrição foi positiva na medida em que veio simplificar os nossos cuidados... Não somos tantas vezes interrompidos com questões por parte da família, o que é normal e eu no lugar deles faria o mesmo... não temos de fazer esta gestão em função da família.” (E3).

Houve unanimidade nos discursos sobre a avaliação da presença da família como risco para o controlo de infeção: “...o nível do controle de infeção, eles não têm noção das coisas e por isso não têm cuidado, não lavam as mãos, pousam os pertences em qualquer lado.” (E4); “Nós também temos problemas com aqueles familiares que, em vez de virem visitar o seu doente, estão a conversar por dentro da cama ao lado e interferem com o controlo de infeção e esses problemas efetivamente também vão surgindo...” (E1).

Especificamente sobre o risco de transmissão de COVID, mais uma vez, a presença da família no meio hospitalar, foi referida como potencializadora de falhas na segurança do doente: “Os nossos doentes são testados efetivamente e os familiares não são testados e é um risco.” (E1), pelo que a restrição de visitas foi avaliada positivamente: “Positivo, a não contaminação dos profissionais e dos doentes.” (E6).

A presença da família também foi referida como potencializadora do risco de queda: “Nós temos muitas quedas no serviço, temos receio que os familiares levistem os doentes, que os deixem cair ou até caíam os dois...Quando

vinha a família, nós explicávamos à família e tirávamos o cinto porque achávamos desnecessário estar imobilizado estando acompanhado, mas esse doente caiu mais vezes com a família do que connosco.” (E4).

Riscos na alimentação foram também identificados pelos participantes como incrementados pela presença das famílias: “Muitas vezes a família está associada a eventos relacionados com a alimentação.”(E4).

Família como barreira de segurança

No âmbito do reconhecimento da presença da família no meio hospitalar como barreira de segurança, foram identificadas sete categorias: Comunicação mais efetiva com a família, Promotora da adesão ao regime terapêutico, Promotora de segurança hospitalar, Parceira na segurança hospitalar, Família colaborante, Família informada, Preparação de alta segura (figura 3).

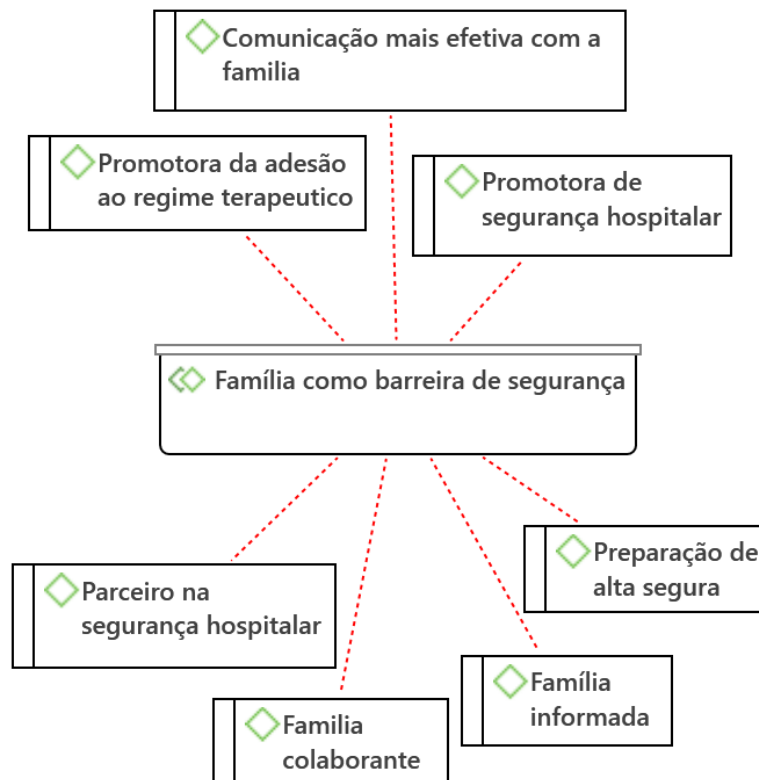


Figura 3 – Categorias identificadas no âmbito da Família como barreira de segurança

A presença da família foi avaliada como fator de segurança na medida em que a comunicação com a família se torna mais efetiva: “É vantajoso em termos emocionais e em termos de passagem de informação mais efetiva com a família, o regresso a casa mais preparado...” (E1).

E que uma família colaborante é uma mais-valia para a segurança dos cuidados: “Se a família quiser ter uma postura de colaboração connosco, de aprendizagem, de enriquecimento de estratégias, para depois mais tarde usarem no cuidado no domicílio, acho que é extremamente positiva a presença das famílias.” (E3).

Da mesma forma uma família informada é considerada barreira protetora no que se refere à segurança do doente internado: “Se todas as normas de conduta forem respeitadas, se for explicado, ensinado à família como devem se comportar no hospital, eu acho que a presença da família tem mais vantagens do que desvantagens.” (E2).

Com a restrição da presença de famílias no hospital, verificaram a sua importância na adesão ao regime terapêutico: “...tanto para o utente como para profissionais, foi muito negativo, levou ao isolamento à solidão, à falta de relação de afeto e até resistência na adesão aos tratamentos.” (E2)

Foi também considerado pelos participantes que a presença da família em ambiente hospitalar é fundamental para a preparação de uma alta segura: “Penso que a presença da família também é importante no sentido de consciencializar as reais necessidades de cuidado do doente, o que faz com que se consiga prever dificuldades e necessidades de ajustar a prestação de cuidados, por exemplo, se for o caso, aquando do regresso a casa. Portanto, em termos de planeamento de alta e continuidade de cuidados, na minha opinião a presença da família é muito importante.” (E5).

A família foi referida por alguns participantes como promotora de segurança do doente: “É muito benéfica, quer para o doente quer para o profissional, uma segurança na prestação de cuidados.”(E6), “...acho que a família apresenta sempre vantagens em poder estar junto dos utentes/doentes. Vantagem não só pela promoção da

Segurança junto do utente, a família também é um incentivo à adesão ao tratamento, é um apoio em fim de vida, um apoio em situações de dor e angústia extrema.” (E2).

A família chegou mesmo a ser considerada parceira na segurança hospitalar: “É um elemento importante, essencial para que haja mais segurança e mais qualidade.” (E1).

DISCUSSÃO

Na análise das entrevistas foi possível verificar que todos os participantes consideram de forma genérica que é importante a presença da família junto dos seus familiares internados, como se pode verificar nas palavras mais frequentes dos entrevistados: família, ser, doente, cuidado, entre outras (figura 4). Contudo, no que se refere a essa presença em confronto com a segurança do doente, apresentam posicionamentos díspares. Se para alguns EEER a família é identificada como barreira de segurança e, por conseguinte, o envolvimento da família na segurança do doente hospitalizado é vantajoso, para outros, ou até para os mesmos, alega-se que a família é potencializadora de falhas de segurança. Os seus discursos apontaram mais preocupações do que vantagens nesta presença, o que se demonstra na distribuição das categorias e volumes de discurso: dez categorias identificadas no âmbito da família como potencializadora de falhas de segurança e sete categorias no âmbito da família como barreira de segurança e também na maioria das palavras identificadas como mais frequentes: infeção, problema, controlar, positivar, causar (figura 4).



Figura 4 – Nuvem de palavras identificadas de acordo com a sua frequência nos discursos dos entrevistados

A evidência tem registado achados semelhantes: por um lado a presença da família é vista pelos enfermeiros como uma mais valia para a segurança do doente, por outro, perante medidas mais concretas como o alargamento do horário de visitas, alegam que a segurança dos doentes fica em risco, que esta medida os desprotege, veem a família como um elemento perturbador e temem um aumento da carga de trabalho (17).

Quanto à colaboração da família na segurança dos doentes, estudos têm demonstrado que as famílias se esforçam para salvaguardar a segurança dos seus familiares hospitalizados o que fundamenta as categorias identificadas no âmbito da família como barreira de segurança, particularmente: *Promotora de segurança hospitalar*, *Parceira na segurança hospitalar*, *Família colaborante* (17) contrapondo-se às categorias identificadas em sentido contrário: *Família não colaborante*, *Família desrespeitadora de indicações de enfermagem*, *Família desrespeitadora das normas*.

Sobre o risco de infeção, principal fundamento para a restrição de visitas hospitalares e principal risco apontado nos discursos dos EEER à presença das famílias em ambiente hospitalar, patente nas categorias *Risco de infeção COVID*, *Risco de infeção*, a evidência demonstra que as famílias procuram atuar de acordo com as recomendações para a prevenção do risco de infeção mas que se sentem pouco preparadas e acompanhadas pelos profissionais de saúde para colaborar a este nível (17). Estudos anteriores indicaram que a presença da família em cuidados intensivos de adultos não está associada a aumento das taxas de infeção (18). Já durante a atual crise pandémica, a Holanda abriu 26 lares de idosos aos familiares e não houve registo de novas infeções (19). Na verdade, a literatura disponível não demonstra um papel substancial das visitas na transmissão da COVID-19 nos hospitais (20).

Sobre esse e restantes riscos apontados pelos enfermeiros, os dados apontam para que possa haver uma relação positiva entre a família e a segurança do doente. No entanto, a relação entre o envolvimento do doente e da família em questões de segurança dos cuidados de saúde e a redução de danos não é bem compreendida, sendo que os achados disponíveis na literatura atual são limitados (17).

A categoria *Comunicação mais efetiva com a família* no âmbito da família como barreira de segurança ganha particular relevo quando falamos em doentes idosos, muitas vezes com alterações cognitivas associadas, pelo que os familiares presentes podem estar mais atentos a mudanças a este nível e fornecer informações muito importantes à prestação de cuidados (21).

Diversos estudos realizados sobre questões de segurança dos cuidados de saúde, apontam para a necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e a família (17). Sobre esta dinâmica família-enfermeiro, foram descritos por Doherty (22) cinco níveis de envolvimento de prestação de cuidados à família. Nos discursos dos participantes foi possível verificar que, com a restrição de visitas, o nível de envolvimento de prestação de cuidados à família é o nível 1, em que os cuidados de enfermagem dão ênfase mínima à família estabelecendo contactos apenas por razões práticas ou legais como a assinatura de um consentimento para realização de exame (22). Tal é possível verificar, nomeadamente na categoria “Presença da família dificultadora de cuidados”, quando foi referido que a restrição de visitas foi positiva porque “Quando temos as famílias, temos que adaptar às condições das famílias. Por isso é lado positivo porque simplifica a nossa prestação de cuidados.”(E3). Contudo, quando as famílias estão presentes no ambiente hospitalar o nível de envolvimento nos cuidados prestados à família evidenciado nos discursos é maioritariamente de nível 2 em que os cuidados de enfermagem à família são generalistas e dizem respeito a aconselhamentos ou ensinamentos sobre determinada temática de saúde: “se for explicado, ensinado a família como devem se comportar no hospital, eu acho que a presença da família tem mais vantagens do que desvantagens.” (E2). O nível 3, em que a intervenção de enfermagem implica o apoio à família permitindo que esta expresse emoções e conhecimentos acerca da dinâmica e stress familiares reativos a situação de saúde/doença encorajando as estratégias de coping foi referido no âmbito avaliação emocional da família, sem que fossem referidas intervenções específicas: “É vantajoso em termos emocionais e em termos de passagem de informação mais efetiva com a família,...” (E1).

Importa mencionar que existem mais dois níveis de intervenção de enfermagem à família. No nível 4, o enfermeiro atua de modo sistemático na avaliação e intervenção na família o que implica um conhecimento específico dos sistemas de família e dos sistemas que interagem com a mesma. No nível 5, requer-se que o enfermeiro detenha um elevado grau de conhecimentos e competências para intervir na família como é o caso do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria ou com formação em terapia familiar (12, 22).

Assim, verifica-se que esta restrição das visitas ao doente hospitalizado limita os cuidados de enfermagem à família e promove um retrocesso no nível de envolvimento em que os enfermeiros prestam cuidados à família. Ainda sobre o desempenho dos EEER durante esta pandemia, importa referir que um estudo realizado também a nível nacional verificou que um número significativo de EEER prestou apenas cuidados gerais durante o primeiro pico pandémico de COVID-19 devido a necessidades emergentes (23). Também se constatou uma diminuição da satisfação com os cuidados prestados a par com uma elevada percentagem de vivências de desafios éticos e deontológicos (23). Estes achados podem, também eles, contribuir para um retrocesso na qualidade dos cuidados e na prestação de cuidados à família do doente hospitalizado, como referido anteriormente.

Além disso, os discursos dos EEER evidenciam que a sua atuação foi fortemente influenciada pelo entendimento da família enquanto potencial disseminador de infeção. Apesar disso, a evidencia demonstra que iniciativas mais estruturadas de envolvimento da família parecem ter resultados positivos na segurança dos cuidados (17). A segurança dos cuidados e a presença da família não são incompatíveis desde que sejam cumpridas as recomendações nesse sentido (24). Recentemente, a OMS publicou *Final draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* onde, entre os princípios orientadores e como um dos objetivos estratégicos, surge o envolvimento dos doentes e familiares como parceiros em cuidados seguros (5). Refere ainda que a segurança dos cuidados de saúde depende do envolvimento do doente, familiares, cuidadores e comunidades como parceiros nos diversos níveis de cuidados, desde a formulação de políticas e planeamento até a supervisão do desempenho, consentimento totalmente informado e tomada de decisão compartilhada (5). A família é considerada insubstituível no contexto dos cuidados, é quem melhor conhece a história de saúde do doente, pode contribuir na observação e vigilância do doente, alertar para necessidades que surjam de novo e podem ser os olhos e os ouvidos do sistema (5). Para tal é necessário envolver e capacitar as famílias nesse sentido (5) devendo a mesma ser vista como uma parceira na segurança dos cuidados como referido por alguns participantes.

CONCLUSÃO

A conceptualização do Cuidado Centrado no Doente e na Família tem vindo a desenvolver-se e a ganhar espaço ao demonstrar valor na prática de cuidados. Contudo, devido às medidas restritivas de segurança aplicadas, nomeadamente ao nível hospitalar durante e devido à pandemia por COVID-19, surge a ameaça de uma estagnação ou até mesmo involução nesta área.

É de extrema importância refletir sobre este afastamento das famílias do meio hospitalar.

Foi importante perceber, aqui e a partir dos discursos dos EEER, as vantagens, desvantagens e contextos da presença da família durante o internamento hospitalar, à luz da segurança do doente, durante a pandemia de COVID-19.

Perante a análise dos dados, podemos verificar que os EEER consideram a presença da família como muito importante para doentes internados num hospital e até para a segurança dos cuidados. Todavia, os seus discursos evidenciam que a sua atuação foi fortemente influenciada pela visão da família como potencial disseminador de infeção, demonstrando uma avaliação mais negativa do que positiva desta presença para a manutenção desta segurança, entendimento nem sempre suportados pela evidência disponível.

Ainda assim, a inexistência de estudos sobre este tema a nível nacional, não permite perceber se as famílias em Portugal representam um risco para a segurança dos seus familiares hospitalizados pelo que são necessários mais estudos sobre este tema. Na mesma linha de investigação, será importante desenvolver investigação no sentido de perceber que estratégias os enfermeiros e as instituições devem adotar para potenciar o papel das famílias na segurança do doente internado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Corona vírus disease (COVID-19) Situation Dashbord: WHO; 2020 [Available from: <https://covid19.who.int>].
2. Chen NS, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Hang Y. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet* 2020;395(10223):507-13.
3. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020: WHO; 2020 [Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>].
4. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*. 2020;3(3):e203976-e.
5. World Health Organization. Final draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva, Switzerland: WHO; 2021.
6. Reason J. Human error: models and management. *British Medical Journal* 2000;320(7237):768-70.
7. Reason JT, Carthey J, Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*. 2001;10:ii21-ii5.
8. Direção Geral da Saúde. Orientação nº 038/2020 de 17/12/2020 - COVID-19: Acompanhantes e visitas nas Unidades Hospitalares. Lisboa 2020. p. 1-5.
9. Meiers SJ, Swallow V. COVID-19 Pandemic and Family Nursing: IFNA President and President-Elect Offer a Message to Members USA: International Family Nursing Association; 2021 [Available from: <https://internationalfamilynursing.org/2020/03/27/covid-19-pandemic-ifna-president-and-ifna-president-elect-offer-a-message-to-members/>].
10. Johnson BH, Abraham MR. Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities. Institute for Patient- and Family-Centered Care; 2012.
11. Clay AM, Parsh B. Patient- and family-centered care: It's not just for pediatrics anymore. *AMA J Ethics*. 2016;18(1):40-4.
12. Hanson SMH. Enfermagem de cuidados de saúde à família : teoria, prática e investigação. 2ª ed. Loures Lusociência; 2005. 497 p.
13. Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, (2015).
14. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010.
15. Fortin M-F. Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Loures 2009. 618 p.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.
17. Correia TSP, Martins MM, Barroso FF. The Family and Safety of the Hospitalized Patient: An Integrative Literature Review. *Portuguese Journal of Public Health*. 2020;38:1-12.
18. Bishop SM, Walker MD, Spivak IM. Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing changes. *Crit Care Nurs*. 2013;33(1):14-24.
19. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, Boer BS, Koopmans R, Hamers J. Allowing visitors back in the nursing home during the COVID-19 crisis: A Dutch national study into first experiences and impact on well-being. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(7):900-4.
20. Munshi L, Evans G, Razak F. The case for relaxing no-visitor policies in hospitals during the ongoing COVID-19 pandemic. *CMAJ*. 2020.
21. Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse SJ, Carson SS, Curtis JR, et al. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults *JAMA*. 2010;303(8):763-70.
22. Doherty WJ. Family Interventions in Health Care. *Family Relations*. 1985;34:129-37.
23. Padilha JM, Silva RP. Impacte da pandemia por COVID-19 nos Enfermeiros de Reabilitação portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2020;3(2):102-7.
24. Institute for Patient-And Family-Centered Care. Family presence during a pandemic: Guidance for decision-making. Bethesda, USA: IPAFCC; 2021.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição dos autores:

Conceptualização: TC, MMM, FB;

Metodologia: TC, MMM;

Validação: MMM, FB;

Análise formal: TC, MMM, FB;

Investigação: TC;

Tratamento de dados: TC, MMM, FB;

Preparação do rascunho original: TC;

Redação e edição: TC;

Revisão: MMM, FB;

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética conjunta do Centro Hospitalar e Universitário do Porto e Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto (UP) de 22/05/2020 (documento 2020/CE/P010).

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Agradecimentos:

Os autores agradecem o tempo, disponibilidade e a colaboração dos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O DESMAME VENTILATÓRIO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

REHABILITATION NURSING AND VENTILATORY WEEANING IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN Y DESTETE VENTILATORIO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DOI 10.33194/rper.2021.177; Data de Receção: 2021-06-16; Data de Aceitação: 2021-10-18

Rui Miguel Outeiro¹; Salete Soares²

¹ ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal; ² IPVC Viana do Castelo, Portugal

Autor correspondente: Rui Miguel Outeiro, 2351@ulsam.min-saude.pt

RESUMO

Introdução: O sucesso desmame ventilatório é fundamental, traduzindo-se na redução do tempo de internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), na minimização das sequelas da ventilação mecânica e na maximização da qualidade de vida, onde o Enfermeiro de Reabilitação (ER) assume um papel fundamental.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo, exploratório. Participaram todos os ER (4) a exercer funções numa UCI da ARS Norte. Recorreu-se à entrevista semiestruturada e à observação não participada sistemática, após a qual se efetuou análise de conteúdo e cruzamento dos dados colhidos nas entrevistas e na observação. O objetivo é conhecer a perceção dos ER no desmame ventilatório.

Resultados: A reabilitação motora, respiratória e a avaliação da pessoa são intervenções identificadas pelos ER no cuidado à pessoa em desmame ventilatório, as quais devem ser iniciadas precocemente. As dificuldades identificadas prendem-se com a falta de material, ausência de um protocolo de desmame ventilatório, défice de interação entre a equipa e défice na continuidade de cuidados

Discussão: A intervenção do ER na pessoa em desmame ventilatório traduz-se em ganhos positivos tais como a minimização das sequelas da imobilidade, o aumento da força muscular, a capacitação para a autonomia e o célere desmame ventilatório. A elaboração de um instrumento de avaliação estruturado e sistematizado são elementos fulcrais neste processo

Conclusão: O desmame ventilatório é um processo muito específico onde a intervenção do ER requer a aquisição e desenvolvimento de competências muito próprias. Destaca-se a inclusão destes conteúdos na formação especializada, formação contínua e no reconhecimento de experiências em realidades semelhantes.

DESCRITORES: Respiração artificial, Desmame do respirador, Enfermagem, Reabilitação

ABSTRACT

Introduction: Successful ventilatory weaning is essential, translating into a reduction in the length of stay in the Intensive Care Units (ICU), in the minimization of the sequelae of mechanical ventilation and in the maximization of the quality of life, where the Rehabilitation Nurse (ER) plays a key role.

Methodology: Qualitative, descriptive, exploratory study. All ER (4) exercising functions in a UCI of ARS Norte participated. A semi-structured interview and systematic non-participated observation were used, after which a content analysis and crossing of data collected in the interviews and in the observation were carried out. The objective is to know the perception of RE in ventilatory weaning.

Results: Motor and respiratory rehabilitation and the assessment of the person are interventions identified by the RE in the care of the person undergoing ventilatory weaning, which should be started early. The identified difficulties are related to the lack of material, absence of a ventilatory weaning protocol, lack of interaction between the team and deficit in the continuity of care

Discussion: The intervention of the RE in the person undergoing ventilatory weaning translates into positive gains such as the minimization of immobility sequelae, increased muscle strength, training for autonomy and rapid ventilatory weaning. The development of a structured and systematized assessment instrument are key elements in this process

Conclusion: Ventilatory weaning is a very specific process where the intervention of the RE requires the acquisition and development of very specific skills. The inclusion of these contents in specialized training, continuous training and in the recognition of experiences in similar realities is highlighted.

DESCRIPTORS: Respiration artificial, Respirator weaning, Nursing, Rehabilitation

RESUMEN

Introducción: El éxito del destete ventilatorio es fundamental, que se traduce en una reducción de la estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en la minimización de las secuelas de la ventilación mecánica y en la maximización de la calidad de vida, donde la Enfermera de Rehabilitación (ER) juega un papel clave.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio. Participaron todos los ER (4) que ejercían funciones en una UCI de la ARS del Norte. Se utilizó entrevista semiestructurada y observación sistemática no participada, luego de lo cual se realizó análisis de contenido y cruce de datos recolectados en las entrevistas y observación. El objetivo es conocer la percepción de la ER en el destete ventilatorio.

Resultados: La rehabilitación motora, respiratoria y la valoración de la persona son intervenciones identificadas por el ER en el cuidado de la persona sometida a destete ventilatorio, que deben iniciarse precozmente. Las dificultades identificadas están relacionadas con la falta de material, ausencia de protocolo de destete ventilatorio, falta de interacción entre el equipo y déficit en la continuidad asistencial.

Discusión: La intervención del RE en la persona en destete ventilatorio se traduce en ganancias positivas como la minimización de secuelas de inmovilidad, aumento de la fuerza muscular, entrenamiento para la autonomía y destete ventilatorio rápido. El desarrollo de un instrumento de evaluación estructurado y sistematizado son elementos clave en este proceso.

Conclusión: El destete ventilatorio es un proceso muy específico donde la intervención del RE requiere la adquisición y desarrollo de habilidades muy específicas. Se destaca la inclusión de estos contenidos en la formación especializada, la formación continua y en el reconocimiento de experiencias en realidades similares.

DESCRIPTORES: Respiración artificial, Desconexión del Ventilador, Enfermería, Rehabilitación

INTRODUÇÃO

A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é uma das intervenções de suporte vital em diversas situações clínicas, tais como a sépsis grave, falência respiratória, ARDS, no entanto não é inócua. Está associada a diversas complicações, razão pela qual, o processo de desmame ventilatório deve ser célere, seguro e com base na evidência científica ⁽¹⁾.

O desmame ventilatório é o processo de descontinuação do suporte ventilatório associado à remoção da via aérea artificial ⁽²⁾, constituindo esta fase como crucial, pois o seu insucesso obriga à reintubação, traduzindo-se num maior número de dias de internamento, de mortalidade e morbidade hospitalar, com consequências económicas e sociais negativas para a população, pelo que deve ser realizado em condições seguras e o mais precoce possível.

O uso de protocolos de desmame ventilatório tem vindo a ser defendido por alguns autores ^(3,4,5) no sentido de reduzir as variações na prática clínica e proporcionar uma prática baseada em evidência, existe evidência que aponta para o uso de protocolos como forma de reduzir o tempo de ventilação mecânica e de redução do tempo gasto no processo de desmame ventilatório ⁽³⁾.

É de realçar, que a reabilitação suportada em protocolos, e voltada para a mobilização precoce em pessoas em situação crítica sob VMI por um período superior a 24h, é altamente recomendada ⁽¹⁾. A execução de um plano de Reabilitação Respiratória (RR), na fase aguda da doença mantém e potencia as capacidades existentes no intuito de promover a independência funcional, a autonomia, e um desmame ventilatório mais célere, com um impacto direto na redução dos dias de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ⁽⁶⁾, pelo que, em virtude da sua eficácia, na maioria dos países desenvolvidos, a reabilitação está integrada nos cuidados gerais obrigatórios às pessoas internadas nestas unidades ⁽⁴⁾.

A evidência diz-nos que um plano de RR que incorpore exercícios de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora progressiva e precoce é benéfica para a pessoa internada em UCI, com efeitos quer a nível funcional, psicológico e ventilatório, favorecendo o desmame ventilatório e a diminuição do tempo de ventilação mecânica ⁽⁶⁾.

O Enfermeiro de Reabilitação (ER) participa e dá resposta aos problemas e limitações vivenciados pela pessoa em desmame ventilatório. A sua intervenção passa pela avaliação da pessoa, treino específico dos músculos respiratórios, reeducação diafragmática, treino de técnicas de limpeza das vias aéreas e de exercícios de reeducação funcional motora com vista a minimizar a fraqueza muscular e o descondicionamento

cardiorrespiratório, promovendo uma melhoria da força muscular generalizada, do estado funcional e do sucesso do desmame ventilatório ⁽⁷⁾. Para o alcance de tais objetivos é fulcral a existência de ER nas UCI e a sua participação efetiva em todo o processo de cuidados, nomeadamente, antes, durante e após o desmame ventilatório ^(8,9)

Portanto, consideramos pertinente conhecer a intervenção dos ER no desmame ventilatório, numa UCI da zona norte de Portugal, neste contexto, o estudo desenvolvido procura responder à seguinte questão: Qual a perceção dos ER de uma UCI sobre a sua intervenção no processo de desmame ventilatório?

METODOLOGIA

Para a concretização do objetivo proposto, optou-se por um estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, com recurso a uma amostra por conveniência. Os participantes do estudo são todos os enfermeiros especialistas em reabilitação (quatro) a exercer funções na UCI em estudo, sendo este o critério de inclusão previamente definido.

Como instrumentos de colheita de dados recorreu-se a entrevista semiestruturada e a observação não participada sistemática, cujos dados foram registados em grelha própria elaborada para o efeito.

O estudo decorreu numa UCI do tipo B situada num hospital da região norte de Portugal, no período de 1 de novembro a 30 de dezembro de 2018.

As entrevistas foram realizadas num gabinete respeitando a privacidade dos participantes. Foi realizada gravação áudio, após autorização dos entrevistados, e posteriormente transcritas.

Os dados recolhidos através da observação não participada, foram complementados com notas de campo com pormenores pertinentes para o estudo, registados em grelha própria.

Os conteúdos das entrevistas foram transcritos e submetidos à técnica de análise de conteúdo ⁽¹⁰⁾, sendo por esta técnica que os discursos foram organizados em categorias e subcategorias.

Os dados recolhidos através da grelha de observação foram analisados de forma descritiva, tendo sido posteriormente efetuada a triangulação destes dados com os das entrevistas.

A colheita de dados decorreu durante dois meses, foram observados 3 dos 4 enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação, atendendo a que um elemento estava ausente do serviço. Cada ER foi observado durante um turno (manhã) em 3 dias não consecutivos.

O estudo cumpriu, em todo o seu processo, as recomendações da Declaração de Helsínquia. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Instituição onde se realizou o estudo com parecer nº59/2018CES. Foi obtido o consentimento informado livre e esclarecido de todos os informantes.

RESULTADOS

Da análise das entrevistas emergiram 5 áreas temáticas e, em cada uma, três ou mais categorias (Quadro nº1).

A observação permitiu constatar que a reabilitação funcional respiratória e motora é uma prática sistemática no atendimento à pessoa em desmame ventilatório. No entanto, relativamente à avaliação da pessoa, esta já não acontece de forma sistematizada. Notou-se uma preocupação, de todos os participantes no estudo, em iniciar o mais precocemente a reeducação funcional motora, em consonância com critérios de segurança. Todas as pessoas em desmame ventilatório têm um plano de reeducação funcional motora implementado, embora não conste nesse plano a frequência e a intensidade dos exercícios, nem o registo do comportamento da pessoa em desmame ventilatório.

DISCUSSÃO

Relativamente à Intervenção do ER no processo de desmame ventilatório, os participantes realçaram a importância da *reabilitação motora; reabilitação respiratória e avaliação da pessoa* no sucesso do mesmo, também vários autores ^(7,9) referem que os programas de reeducação funcional motora e respiratória nas UCI devem fazer parte dos cuidados prestados pelos ER com o objetivo de aumentar a força muscular e melhorar o estado funcional da pessoa, pois estão associados ao sucesso no desmame ventilatório. Importa salientar que embora não exista consenso quanto à intensidade, frequência e duração das intervenções, os programas estruturados e individualizados demonstram evidência na recuperação do doente crítico ⁽¹¹⁾ e salientaram a importância das técnicas de reeducação funcional respiratória na pessoa em desmame ventilatório, com o objetivo de melhorar a força dos músculos respiratórios, promover a eliminação de secreções e controlar a ansiedade ^(7,12).

A avaliação da pessoa também é considerada pelos informantes como intervenção integrante no processo de desmame ventilatório. A avaliação da situação clínica deverá incluir a avaliação sintomatológica, com recurso ao exame físico, e meios complementares de diagnóstico, pertinentes para cada caso e contexto ⁽¹²⁾. Deve ter-se em

linha de conta a avaliação da capacidade funcional, função respiratória, função muscular, qualidade de vida, ansiedade e depressão ⁽¹²⁾.

Quadro nº 1 - Tabela síntese das áreas temáticas e categorias

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS
Intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de desmame ventilatório	Reabilitação motora
	Reabilitação respiratória
	Avaliação da pessoa
Dificuldades do enfermeiro de reabilitação no processo de desmame ventilatório	Ausência de protocolos
	Défice de interação com a equipa
	Défice na continuidade de cuidados
	Falta de material
	Falta de experiência
Perceção dos enfermeiros de reabilitação sobre o sucesso do desmame ventilatório	Redução do tempo de internamento
	Minimização das sequelas
	Implementação de protocolos
Pertinência da intervenção enfermeiro de reabilitação no processo de desmame ventilatório	Resultados positivos
	Garantir a continuidade de cuidados
Aquisição de conhecimentos específicos	Curso de especialização
	Formação contínua
	Experiências em outras unidades

Os protocolos de atuação, no processo de desmame ventilatório, são um elemento fulcral, vários autores corroboram desta ideia ^(3,4), pois consideram que estes contribuem para a padronização da atuação dos vários intervenientes, melhoram a condução do desmame, mantém um alto índice de sucesso e baixa mortalidade. Permitem, ainda definir as atividades e responsabilidades de cada interveniente com objetivos claros e bem precisos, contribuindo para a promoção da colaboração interprofissional.

Outra dificuldade mencionada foi a ausência de interação entre a equipa multidisciplinar por falta de comunicação e colaboração entre os elementos da equipa (fisiatra e fisioterapeuta), a pouca dinâmica de equipa e o desconhecimento dos restantes elementos da equipa do projeto dos ER. Sabemos que a tomada de decisão dinâmica e colaborativa tem influência em todo o processo de desmame ventilatório. Quando não há colaboração entre os profissionais envolvidos, o desmame pode ser fragmentado, demorado e inconsciente, resultando em atrasos e complicações ⁽³⁾.

Outro constrangimento mencionado foi o défice na continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. Os ER chamam a atenção, nas suas narrativas, para a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação para além do período da manhã, pois o desmame ventilatório, a maioria das vezes, iniciam-se neste período, e prolongam-se para o período da tarde, acabando por a pessoa ser extubada no período em que não pode beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação. No sentido de dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação e no respeito pelos padrões de qualidade, importa adequar e organizar a prestação dos cuidados para satisfazer as necessidades das pessoas ⁽¹²⁾. Constatou-se que os participantes referem a falta de material, considerando-a imprescindível para a boa prática de cuidados, nomeadamente no treino dos músculos inspiratórios, pelo que consideram ser necessário a aquisição do *threshold*, *peak flow meter* e eletroestimulador.

As pessoas submetidas à ventilação mecânica invasiva desenvolvem fraqueza muscular generalizada, essencialmente dos músculos inspiratórios, o que contribuiu para alterações respiratórias, nomeadamente a dispneia, que limita a recuperação funcional motora. O treino e a exercitação da musculatura inspiratória podem melhorar a força e a resistência muscular inspiratória durante e após o desmame ventilatório, melhorando potencialmente a dispneia e a qualidade de vida dessas pessoas ⁽¹²⁾. Tanto o *threshold* como a electroestimulação são fulcrais neste processo.

O *peak flow meter* é usado como medidor de fluxo de ar expirado, é capaz de prever o sucesso da extubação e construir *Scores* que identifiquem a capacidade de uma tosse eficaz ⁽¹³⁾. Assim, o uso deste equipamento ajuda na identificação das pessoas, com tosse eficaz, prevenindo a falha na extubação.

Sobre o sucesso do desmame ventilatório, constatou-se que os ER referem a pouca consciencialização dos enfermeiros sobre a redução do tempo de internamento associado ao sucesso de desmame ventilatório. A ideia de desmame ventilatório bem-sucedido associada à diminuição do tempo de internamento da pessoa nas UCI vai ao encontro do exposto por vários autores sobre a relação da falência da extubação ao maior tempo de hospitalização, maior frequência de traqueostomia e de complicações pulmonares, piores desfechos funcionais e maior mortalidade ^(3, 14).

Nas entrevistas é referida a importância da intervenção do ER na minimização das sequelas da ventilação mecânica invasiva. A intervenção do ER face à pessoa ventilada passa pela implementação precoce de um programa de reeducação funcional estruturado e multiprofissional com vista a otimização das funções cognitivas, respiratórias, neuromusculares e osteoarticulares favorecendo o desmame precoce e por sua vez minimizando o tempo de internamento e as suas sequelas. ⁽⁷⁾

Os informantes referem a importância da elaboração e implementação de um protocolo, pois consideram que este contribui para um desmame bem-sucedido. Esta ideia é corroborada por dois estudos que referem que o desmame da ventilação realizado seguindo uma padronização traduz-se numa melhor condução, mantendo o alto índice de sucesso e baixa mortalidade ^(4,5) e que a intervenção precoce na pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva promove um desmame ventilatório célere e minimiza as sequelas do internamento na UCI. Este conceito é partilhado pelos autores ⁽²⁾ que se referem à reabilitação precoce na UCI, como forma de diminuir a dependência da ventilação mecânica, o tempo de desmame ventilatório e prevenir as alterações associadas à imobilidade.

Relativamente à pertinência da intervenção ER no processo de desmame ventilatório, os participantes consideram que esta intervenção produz resultados positivos e garante a continuidade de cuidados.

Os informantes são unânimes sobre a pertinência da sua intervenção, referindo-se aos resultados positivos obtidos com a sua intervenção. Esta ideia contrasta com a escassez de estudos nesta área, que demonstrem os ganhos em saúde da intervenção dos ER no processo de desmame ventilatório, na minimização das sequelas da ventilação mecânica invasiva e na redução do tempo de internamento nas UCI, embora seja salientada a importância de os cuidados de enfermagem de reabilitação serem diários e que garantam a continuidade dos cuidados de reabilitação.

Também, foi realçada a importância da aquisição de conhecimentos específicos e que estes emergem quer da formação ao longo do curso de especialização, mas também, da formação contínua e do conhecimento das experiências em outras unidades. Nas entrevistas constatamos que os enfermeiros de reabilitação fazem referência à aquisição de conhecimentos específicos para intervir junto da pessoa durante o desmame ventilatório, no decurso da sua formação especializada em reabilitação. O curso de especialização permite ao enfermeiro dotar-se de saberes e competências específicas no cuidar da pessoa em desmame ventilatório, capacitando-o para intervenções específicas da enfermagem de reabilitação, não apenas para manter as capacidades funcionais, mas para evitar mais incapacidades e prevenir complicações, bem como para defender o seu direito à qualidade de vida, em consonância com o preconizado nas competências específicas dos ER ⁽¹⁵⁾.

A formação contínua é referida como veículo para adquirir conhecimentos para fazer face às necessidades de intervenção junto da pessoa em desmame ventilatório e os informantes mencionaram ter procurado conhecimento através de livros especializados, congressos, entre outros. Percebeu-se ainda, que os enfermeiros procuram formação sobre electroestimulação, auscultação pulmonar, interpretação radiológica, drenagens posturais e sobre a utilização do *cought-assist*. Estes achados estão em consonância com o estudo sobre a Formação Profissional Contínua e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que faz referência à importância do ensino sequencial, baseado nos saberes como suporte para a aquisição de competências do cuidar, para um sistema em que a aquisição de competências, interagindo em permanência com os saberes adquiridos, se completaria no contexto de execução como ambiente formativo indispensável⁽¹⁶⁾. Os enfermeiros fazem referência à necessidade e dever de procurar outras experiências em contextos semelhantes para daí extrair modelos de intervenção a aplicar na sua realidade de intervenção.

CONCLUSÃO

A reeducação funcional respiratória e motora é referida nas entrevistas e comprovada na observação não participada como uma intervenção dos ER, como essencial para o êxito do processo de desmame ventilatório. No entanto, consideramos ser necessário o desenvolvimento de mais estudos no sentido de demonstrar evidência do impacto da reeducação funcional respiratória e motora praticada pelos ER, no processo de cuidados à pessoa em desmame ventilatório.

Os enfermeiros identificaram a avaliação da pessoa em desmame ventilatório como uma preocupação e intervenção dos ER, mas da observação constatou-se que esta não era uma prática sistematizada e global. Os resultados sugerem que esta deve ser integrada de forma sistematizada na prática diária e que a construção de um instrumento de recolha de dados adaptado para a pessoa submetida à VMI, onde conste a avaliação da capacidade funcional, função respiratória, função muscular, qualidade de vida, ansiedade e depressão, tendo ainda em conta a sintomatologia e os meios complementares de diagnóstico, poderá ser uma mais-valia.

As dificuldades referidas pelos ER durante o processo de cuidar da pessoa em desmame ventilatório, prendem-se essencialmente com a inexistência de um protocolo de desmame ventilatório, com o défice de interação com a restante equipa, com a falta da continuidade de cuidados, de material e, ainda, falta de experiência. Face aos obstáculos identificados, emerge a necessidade de elaboração de um protocolo de desmame ventilatório que envolva os ER, médicos, a restante equipa de enfermagem, nutricionista, fisiatra e fisioterapeuta.

Emerge deste estudo que a intervenção dos ER na pessoa em desmame ventilatório se traduz em ganhos positivos, nomeadamente, na minimização das sequelas da imobilidade; no aumento da força muscular; na capacitação para a

autonomia e num célere e eficaz desmame ventilatório, mas, considera-se pertinente demonstrar evidência científica sobre ganhos em saúde resultantes da sua atuação, através de novos estudos em diferentes contextos de UCI.

Este estudo apresenta, como principal limitação, o facto de os dados obtidos, não poderem ser generalizados, mas considera-se que a sua pertinência poderá constituir o estímulo para novos estudos sobre esta temática com um maior número de participantes, alargá-lo a outras UCI de forma a ser possível a generalização dos resultados e, por sua vez, demonstrar ganhos em saúde que emergem da prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schmidt GA, Girard TD, Kress JP, Morris PE, Ouellette DR, Alhazzani W, et al. Liberation From Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. *Chest* [Internet]. Elsevier BV; 2017 Jan;151(1):160-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2016.10.037>
- Vaz I M, Maia M, Melo, A MC et al. Desmame ventilatório difícil o papel da medicina física e de reabilitação. *Med Port.* 2011; 299-308. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1618/1200>
- Savi A, Teixeira C, Maccari JG et al. Ventilação Mecânica. Fundamentos e Prática Clínica: desmame da ventilação mecânica. 1ª edição Rio de Janeiro: Brasil Roca;2016. 523-539p. ISBN 978-85-277-2808-9
- Blackwood B, Burns K, Cardwell, C. R, O'Halloran P. Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014 nov 6;1-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006904.pub3>
- Ambrosino N, Vitacca M. The patient needing prolonged mechanical ventilation: a narrative review. *Multidisciplinary Respiratory Medicine.* 2018 Feb 26; 13(6). Available from <https://doi.org/10.1186/s40248-018-0118-7>
- Santos A, Oliveira I, Silveira T. Mobilização precoce em UCI. *Salutis Scientia*, 2010; 2, 20-24 Available from: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoId=30463>
- Cordeiro M, Menoita E. Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas. 1ª ed. Loures: Lusociência; 2012. 380p.
- China Neves M F Avaliação do impacto da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação com a utilização da Reeducação Funcional Respiratória no doente crítico, numa UCI. Coimbra (Portugal): Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO; Dez. 2015 Available from: <http://web.esenfc.pt/?url=leuajd2b>
- Pereira J A Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em UCI. Porto (Portugal): Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2012 Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/9340>
- Hernández RS, Fernández CC, Baptista P L. Metodologia de pesquisa. 5ª. Ed. São Paulo: McGrawHill; 2013. 629p
- Azevedo P, Gomes B. Effects of early mobilisation in the functional rehabilitation of critically ill patients: a systematic review. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. Health Sciences Research Unit: Nursing; 2015 Jun 30; N°5(IV Série):129-38. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/riv14035>
- Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas: reabilitação respiratória. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018 jan. Available from: **Erro! A referência da hiperligação não é válida.**
- Gobert F, Yonis H, Tapponnier R, Fernandez R, Labaune M-A, Burle J-F, et al. Predicting Extubation Outcome by Cough Peak Flow Measured Using a Built-in Ventilator Flow Meter. *Respiratory Care* [Internet]. Daedalus Enterprises; 2017 Sep 12;62(12):1505-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.4187/respcare.05460>
- Reis H F C, Almeida M L O, <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IscScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=i&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=SILVA,+MARIO+FERREIRA+DA> Rocha M S. Extubation failure influences clinical and functional outcomes in patients with traumatic brain injury. *J Bras Pneumol.* 2013 jun; 39(3):330-338. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S18037132013000300010>
- DR. Diário da República Eletrónico n.º 85/2019 Série II: Regulamento 392/2019. Lisboa 2019 mai. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>
- Varandas M L, Lopes A. Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Rev. Lusófona de Educação.* 2012 maio 17; 22:141-158. Available from: <http://revistas.ulisofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/3286>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: RO, SS
 Metodologia: RO, SS
 Validação: RO, SS
 Análise formal: RO, SS
 Investigação: RO
 Tratamento de dados: RO
 Preparação do rascunho original: RO
 Redação e edição: RO, SS
 Revisão: RO, SS

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:



Estudo autorizado pela Comissão de Ética PARA A SAÚDE PARECER N°59/2018-CES).

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

LAZER: UM CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA AUTONOMIA DA PESSOA COM DPOC

LEISURE: A CONTRIBUTION OF REHABILITATION NURSING IN THE AUTONOMY OF PERSON WITH COPD

OCIO: UNA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN EN LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA CON EPOC

DOI 10.33194/rper.2021.179; Data de Receção: 2021-06-18; Data de Aceitação: 2021-10-22

Maria Fernanda Rodrigues¹ ; **Goreti Marques²** ; **Glória Couto²** ; **Raquel Marques¹** ; **Maria João Mar¹** ; **Ana Isabel Araújo¹** ¹ Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal; ² Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto, Portugal**Autor correspondente: Maria Fernanda Rodrigues, nandarpaiva@gmail.com****RESUMO**

Introdução: É amplamente conhecido o impacto das doenças respiratórias na saúde física e mental da pessoa. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação sempre foi sensível a esta problemática, sendo foco de intervenção nos seus cuidados a definição de estratégias adaptativas.

Para a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, o contexto atual da situação pandémica trouxe consequências aos vários níveis entre as quais: redução da atividade física, isolamento social e aumento da ansiedade.

Este contexto veio reforçar a importância de uma reflexão acerca da adoção de estratégias adaptativas que promovam a redução da intolerância à atividade da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na execução das Atividades de Vida Diárias nomeadamente as atividades no domínio do “lazer”.

Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto de um Programa de Reabilitação Respiratória na realização das Atividades de Vida Diárias no domínio do “lazer”, medido pela escala London Chest Activity of Daily Living.

Metodologia: Efetuou-se um estudo retrospectivo correlacional, que incluiu utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica admitidos no Programa de Reabilitação Respiratória, sendo os resultados do domínio “Lazer” avaliados, através da escala London Chest Activity of Daily Living, antes e após o Programa de Reabilitação Respiratória. Foram incluídos 46 participantes, (67,39% do género masculino e 32,6% do género feminino). A idade dos participantes situou-se entre os 40 e os 89 anos, para uma média de idade de 63 anos (DP=10,5). A maioria dos participantes possui o 1º ciclo do ensino básico (52,2%).

Resultados: Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($Z=-3,395$, $p=0,001$) no domínio do “lazer” da escala London Chest Activity of Daily Living.

Conclusão: Verificaram-se ganhos clínicos no domínio “lazer” da escala London Chest Activity of Daily Living após a realização do Programa de Reabilitação Respiratória.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem de Reabilitação, Atividades de Vida Diárias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Programa de Reabilitação Respiratória, Lazer.

ABSTRACT

Introduction: The impact of respiratory diseases on a person's physical and mental health is widely known. The Rehabilitation Nursing Specialist has always been sensitive to this problem, and the focus of intervention in its nursing care plan is the definition of adaptive strategies.

For the person with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, the current context of the pandemic situation has brought consequences at various levels, including a reduction in physical activity, social isolation and increased anxiety.

This context reinforced the importance of reflecting on the adoption of strategies that promote the reduction of intolerance to the activity of the person with Chronic Obstructive Pulmonary Disease to carry out Activities of Daily Living, namely in activities in the field of “leisure”.

This study aimed to assess the impact of a Respiratory Rehabilitation Program on the realization of Activities of Daily Living in “leisure” domain, measured by the London Chest Activity of Daily Living scale.

Methodology: A retrospective correlational study was carried out, which included patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease admitted to the Respiratory Rehabilitation Program, the results of the Activities of Daily Living in the “Leisure” domain was evaluated using the London Chest Activity of Daily Living Scale, before and after the Respiratory Rehabilitation Program. 46 participants were included, (67.39% male and 32.6% female), with ages between 40 and 89 years, for an average age of 63 years old (SD = 10.5). Most patients had basic level education (52.2%).

Results: Statistically significant improvements were identified ($Z = -3.395$, $p = 0.001$) in the “leisure” domain of the London Chest Activity of Daily Living Scale score after Respiratory Rehabilitation Program protocol completion.

Conclusion: There was improvement in the leisure domain of London Chest Activity of Daily Living Scale score after the performance of the Respiratory Rehabilitation Program protocol.

DESCRIPTORS: Rehabilitation Nursing, Daily Living Activities, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Respiratory Rehabilitation Program, Leisure.

RESUMEN

Introducción: Es ampliamente conocido el impacto de las enfermedades respiratorias en la salud física y mental de los pacientes. El Enfermero Especialista en Enfermería de siempre ha sido sensible a este tema, y parte de su intervención es la definición de estrategias de adaptación.

Para la persona con Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica, el contexto actual de la situación pandémica ha traído consecuencias a varios niveles, incluida la reducción de la actividad física, el aislamiento social y el aumento de la ansiedad.

Este contexto reforzó la importancia de reflexionar sobre la adopción de estrategias que promuevan la reducción de la intolerancia a la actividad de la persona con Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica para realizar Actividades de la Vida Diaria, concretamente en actividades del ámbito del “ocio”.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de un Programa de Rehabilitación Respiratoria en la realización de Actividades de la Vida Diaria en el dominio del “ocio”, medido por la escala London Chest Activity of Daily Living.

Metodología: Se realizó un estudio correlacional retrospectivo, que incluyó a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica ingresados en el Programa de Rehabilitación Respiratoria, siendo los resultados del ámbito “ocio” evaluados a través de la Escala London Chest Activity of Daily Living, antes y después del Programa de Rehabilitación Respiratoria. Se incluyeron 46 participantes (67,39% hombres y 32,6% mujeres). La edad de los participantes fue entre 40 y 89 años, con un promedio de edad de 63 años (DE = 10,5). La mayoría de los participantes tenía la educación básica (52,2%).

Resultados: Se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($Z = -3.395$, $p = 0.001$) en el ámbito del “ocio” en la escala London Chest Activity of Daily Living.

Conclusión: Se han comprobado ganancias clínicas en el dominio de “ocio” en la escala London Chest Activity of Daily Living después de realizar la Programa de Rehabilitación Respiratoria.

DESCRIPTORES: Enfermería de Rehabilitación, Actividades de la Vida Diaria, Enfermedad Pulmonar Obstrutiva, Programa de rehabilitación respiratoria crónica, ocio.

INTRODUÇÃO

À medida que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) progride, a perda de função pulmonar, as alterações das trocas gasosas e descondicionamento muscular periférico limitam a pessoa nas suas atividades de vida na interação familiar, social e profissional com graves repercussões na qualidade de vida. A incapacidade da pessoa em realizar determinada tarefa ou atividade física, com intensidade ou duração normalmente tolerada por uma pessoa sedentária e sem patologia associada, representa em termos clínicos a intolerância à atividade ^(1,2). Esta intolerância leva à adoção de estilos de vida mais sedentários na tentativa de evitar a dispneia e a fadiga com o esforço, resultando no agravamento do descondicionamento muscular e consequente diminuição da capacidade funcional levando as pessoas a perceberem uma menor capacidade para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD), atividade profissional e social, com repercussão na sua condição física, emocional e social. Estas alterações desencadeiam quadros de ansiedade e depressão, conduzindo a sentimentos de tristeza, frustração, alterações do sono, dificuldades de concentração, preocupações somáticas e isolamento social. Neste sentido, a participação na sociedade fica limitada, com perda de qualidade de vida ^(3,4,5,6,7,8).

A Reabilitação Respiratória é uma intervenção global, multidisciplinar, destinada a pessoas com DPOC, com o objetivo de controlar os sintomas, melhorar a qualidade de vida física e emocional, aumentar a participação social nas atividades quotidianas, bem como diminuir os gastos em saúde mediante a estabilização ou regressão das manifestações da doença ^(4,9).

Os Programas de Reabilitação Respiratória (PRR) com integração de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) visam a capacitação da pessoa para melhor gerir a sua doença crónica. No âmbito da sua atividade intervêm em aspetos relacionados com o foco ventilação e intolerância à atividade no sentido de otimizar e melhorar a gestão da dispneia e promover a autonomia da pessoa com DPOC para as AVD ^(10,11,12). Estes programas incluem diferentes componentes: o Treino de Exercício, módulo de educação e apoio psicossocial, suporte nutricional e alteração comportamental ^(13,14,15).

A solidão e a falta de objetivos de vida associados às alterações patológicas da DPOC, levam a uma deterioração progressiva da qualidade de vida da pessoa. A avaliação do impacto cognitivo, emocional, comportamental e físico da doença nas atividades de vida é de extrema importância, quer na avaliação do estado de saúde, quer na conceção de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Sendo a DPOC uma doença crónica e progressiva, é frequente que a pessoa sinta que não controla a sua evolução, sendo comuns os sintomas de ansiedade e depressão, que podem levar a um maior isolamento social e uma redução da atividade física ⁽¹⁶⁾. Por sua vez, pode diminuir a motivação para adquirir conhecimentos e capacidades para o autocontrolo da doença e deste modo, poderá ser afetada negativamente a sua qualidade de vida. Estes são aspetos que tem merecido a atenção dos EEER e são trabalhados pelos mesmos durante os PRR.

Estas foram as premissas que levaram à elaboração da questão de partida: qual o impacto das atividades desenvolvidas pelo EEER na capacidade da pessoa para realizar as AVD nomeadamente no domínio do “lazer”? Formulamos assim a seguinte hipótese de investigação: as pessoas com DPOC que realizaram o PRR apresentaram menos limitações na realização das AVD no que se refere ao seu “lazer”.

O EEER através de intervenções tais como: monitorização/supervisão do treino de exercício, técnicas de Reeducação Funcional Respiratória, controlo ventilatório, gestão de dispneia, capacitação para a gestão e otimização do regime terapêutico e ensino de técnicas de relaxamento para controlo do stress/ansiedade promove a autonomia da pessoa com DPOC nas suas AVD no domínio do “lazer” ⁽⁴⁾. Visto isto, ter melhor sensação de controlo da sua doença e realizar pequenas atividades de carácter social traduzem melhor qualidade de vida.

A realização deste estudo teve como propósito avaliar o impacto na realização das AVD, no domínio do “lazer”, das pessoas com DPOC submetidas a um PRR. Os objetivos delineados foram: caracterizar as pessoas com DPOC que integraram o PRR e comparar a capacidade dos mesmos para o desempenho nas AVD nomeadamente no domínio do “Lazer”.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo-correlacional de natureza quantitativa, tendo como objetivo avaliar o impacto do PRR nas AVD no domínio do “lazer” nas pessoas com DPOC. No presente trabalho, na avaliação da capacidade da pessoa com DPOC para a realização das AVD recorreu-se à escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) que no domínio do “lazer”, avalia aspetos relacionados com a capacidade da pessoa para caminhar dentro de casa, sair socialmente e falar/conversar.

O presente estudo incluiu pessoas com DPOC que integraram o PRR numa Unidade de Reabilitação de um Centro Hospitalar do Norte do País no período entre janeiro e dezembro de 2018. Utilizou-se o processo de amostragem por conveniência em que foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pessoas com diagnóstico de DPOC; pessoas que realizaram a totalidade das sessões que integram o PRR e pessoas com avaliação inicial e final completa.

A recolha dos dados foi autorizada pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar onde decorreu o estudo (Autorização nº 288/2019).

Consideraram-se no decorrer deste estudo os procedimentos éticos necessários. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade bem como a exclusividade dos dados. Os dados foram recolhidos numa sala reservada, sendo garantida a confidencialidade no manuseamento dos processos e só foram retirados os dados estritamente necessários. Neste sentido, foi criada uma base de dados numerada, sem nunca serem identificados os utentes, e a codificação dos dados foi efetuada unicamente pelo investigador e respetivos colaboradores, sendo assegurado o total sigilo.

Na análise estatística descritiva utilizaram-se frequências absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central: média (M) bem como medidas de dispersão: mínimo (Min), máximo (Max) e desvio padrão (DP). O nível de significância (sig) para o tratamento estatístico foi de 5%. Na análise inferencial foi utilizado o Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Por forma a avaliar o nível de limitação das pessoas com DPOC na realização das AVD no domínio do “lazer”, utilizou-se como instrumento a escala LCADL aplicado às referidas pessoas, em dois momentos: antes e após o PRR.

O programa realizado pela amostra do presente estudo (quadro 1) foi constituído por 20 sessões, durante 10 semanas com a duração de 90 minutos cada sessão, sendo realizadas 2 sessões por semana em ambiente hospitalar.

Pela importância que o controlo ventilatório assume, nomeadamente quando se progride para o treino ao esforço, as técnicas de reeducação funcional respiratória revelam-se fundamentais para otimizar o utente na sua gestão de energia e definir estratégias para um melhor desempenho das suas AVD.

Quadro 1 - Caracterização do Programa de Reabilitação

Treino	Tipologia/Modalidade	Tempo/Duração/Intensidade
Técnicas de RFR	Consciencialização e controlo da respiração Expiração com lábios semicerrados Reeducação diafragmática posterior Abertura costal global Mobilização escapulo-umeral Reeducação costal global com faixa	15 repetições cada técnica (realizadas na posição de sentado em frente a espelho quadriculado)
Aquecimento	Exercícios de mobilização global dos membros superiores e membros inferiores sem carga, para ativação global dos grupos musculares e mobilização articular global	5 minutos
Exercício aeróbio	Bicicleta Passadeira Cicloergómetro dos Membros Superiores	20 minutos 10 minutos Entre 5 a 10 minutos Progressão na intensidade com início a 50% até 80% da carga máxima
Treino de força muscular**	Treino com halteres livres, bandas elásticas e caneleiras Bíceps e tríceps braquial Bíceps femoral, abdutores e gêmeos Dorsais e quadríceps (realizados em máquina dorsais e de quadríceps na posição sentado)	Carga entre 0,5 e 3 kg * 10 a 15 repetições * 1-3 séries * Duração: 15 minutos Carga entre 2,5 e 25w* 10 a 20 repetições *
Alongamentos	Exercícios de alongamento dos principais grupos musculares dos membros superiores e membros inferiores	5 minutos

*Carga, número de repetições e séries adaptadas à capacidade funcional de cada pessoa bem como a progressão das mesmas ao longo do programa.

**Durante os exercícios que são executados para o treino de força muscular são trabalhados simultaneamente aspetos relacionados com a flexibilidade e o equilíbrio.

O referido programa é composto por várias componentes: Reeducação Funcional Respiratória, Treino de Exercício e sessões de educação para a saúde. O EEER implementa as sessões educacionais, o programa de treino de exercício e efetua ensino e incentivo ao utente para dar continuidade ao programa no domicílio. Para garantir a efetividade do PRR e a adesão ao mesmo, o EEER define estratégias de adaptação para o domicílio, adequadas a cada pessoa de acordo com as suas características individuais e de acordo com os materiais/ equipamentos que cada pessoa possui em casa.

As sessões educacionais realizadas estão evidenciadas na tabela 1.

Tabela 1 – sessões educacionais

Sessões educacionais	Duração/frequência/Metodologia
Fisiopatologia da DPOC	Cada sessão tem a duração de 45 minutos, de 15 em 15 dias Expositiva/Participativa
Gestão do regime terapêutico	
Técnica inalatória	
Técnicas da tosse/relaxamento/ controlo ventilatório	
Técnicas de gestão de energia	
Treino de AVD	
Adaptação do exercício para o domicílio	
Nutrição	

RESULTADOS/DISCUSSÃO

No período de janeiro a dezembro de 2018 foram admitidos para tratamento na unidade de reabilitação, 108 pessoas. Destas, 27 não apresentaram diagnóstico de DPOC, 20 não concluíram o PRR (3 por falecimento, 9 por agudização e 8 por motivo desconhecido) e as restantes 15 pessoas não apresentaram dados suficientes na avaliação inicial ou final. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou constituída por 46 pessoas com diagnóstico de DPOC, que integraram o PRR numa unidade de reabilitação de um Centro Hospitalar do Norte do País.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.

Variáveis		n	%
Género	Masculino	31	67,4%
	Feminino	15	32,6%
Grau de escolaridade	Sem habilitações	1	2,2%
	Básico (1º ciclo)	24	52,2%
	Básico (2º ciclo)	12	26,1%
	Básico (3º ciclo)	4	8,7%
	Secundário	5	10,9%
Idade do utente [anos]	40-49	3	7%
	50-59	16	35%
	60-69	14	30%
	70-79	11	24%
	80-89	2	4%

A análise das características sociodemográficas (tabela 2) da amostra permite inferir que a maioria dos participantes com diagnóstico de DPOC é do género masculino (67,39%) e 32,6% do género feminino. A idade dos participantes situa-se entre os 40 e os 89 anos, para uma média de idade de 63 anos (DP=10,5). A maioria dos participantes deste estudo apresentam como nível de escolaridade o ensino básico. Os resultados alcançados corroboram outros estudos, particularmente um estudo que pretendia avaliar a confiabilidade do índice de autoeficácia adaptado para reabilitação pulmonar em utentes com patologia respiratória, o qual integrou 150 pacientes com uma idade média de 67 anos. Dos participantes, 46,7% tinham DPOC e 54% eram do sexo masculino⁽¹⁷⁾. Num outro estudo, que visava avaliar o impacto da doença respiratória crónica nos autocuidados antes e após o PRR, foi considerada uma amostra de 38 participantes, sendo 71,9% do sexo masculino com uma idade média de 67 anos⁽¹⁾. Esta evidência foi também obtida na realização de um estudo que pretendia aferir os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar na resposta fisiológica e no desempenho das AVD em pessoas com DPOC. Foram incluídas 31 pessoas, na sua maioria homens (71%), com idade média de 64,2 anos⁽¹⁸⁾.

A idade média dos participantes permite refletir acerca da importância da realização de PRR nesta faixa etária, isto porque são utentes socialmente ativos. É importante o controlo desta doença e investir na capacitação destas pessoas para a gestão da sua doença crónica, aumentando a longevidade e a qualidade de vida. As *guidelines* têm vindo a reforçar cada vez mais que perante fatores de risco devem ser efetuados diagnósticos precoces, intensificando a relevância da gestão da doença e da atividade física, pelo que é fulcral realizar PRR em faixas etárias mais jovens⁽¹⁹⁾.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, no presente estudo 52,2% da amostra, possuía o 1º ciclo do ensino básico, 14 participantes concluíram o 2º ciclo do ensino básico (26,1%) e 4 participantes (8,7%) frequentaram o 3º ciclo do ensino básico. O ensino secundário foi frequentado por 5 participantes (10,9%). Estes achados estão em linha com outro estudo, onde os participantes, maioritariamente (55%), frequentaram o ensino básico⁽²⁰⁾.

O facto de a maioria dos participantes possuir o ensino básico remete para a necessidade de adequar os conteúdos das sessões de educação ao nível de compreensão e conhecimentos dos participantes.

Por forma a comparar a capacidade para o desempenho das AVD das pessoas com DPOC antes e após o PRR, compararam-se os resultados obtidos através da aplicação do instrumento LCADL em dois momentos distintos, antes e após o PRR (tabela 3).

Tabela 3 – Escala LCADL (domínio “lazer”) antes e após o PRR

n	Mínimo	Máximo	Média	DP	Extremos possíveis
---	--------	--------	-------	----	--------------------

LCADL	antes	46	6	53	25,07	10,53	0-75
	após	46	9	50	19,57	9,25	
Domínio “lazer”	antes	46	0	10	4,50	2,32	0-15
	após	46	0	10	3,52	2,14	

Verifica-se que antes da realização do PRR a média do score total do instrumento LCADL é 25,07, sendo que o mínimo é 6 e o máximo 53 (DP=10,53). Após o PRR, a média do score total é de 19,57 tendo como mínimo um score de 9 e como máximo um score de 50 (DP=9,25).

Estes achados revelam uma redução da intolerância na realização das AVD dos participantes, considerando uma diminuição da média dos scores totais de 25,07 para 19,57, antes e após o PRR, respetivamente, sendo que a diferença mínima com significado clínico para a LCADL é de 4 unidades⁽²¹⁾, e no presente estudo essa diferença é de 5,5 unidades, considera-se que os resultados obtidos tem significado clínico. Os resultados do presente estudo seguem a evidência de outros estudos. Um deles incluiu 3608 pessoas com diagnóstico de DPOC, sendo o valor do score total da LCADL de 29,6 nas pessoas com DPOC grave e muito grave e 21,4 nas pessoas com DPOC moderada⁽²²⁾. Num outro estudo participaram 60 pessoas com DPOC e também foram demonstradas diferenças estatísticas nos diferentes domínios da escala LCADL⁽¹¹⁾.

Os resultados obtidos remetem para a importância do papel do EEER na capacitação do utente/ cuidador para as AVD, atenuando as limitações que os utentes ostentam, ajudando na gestão das incapacidades subjacentes à doença crónica.

No domínio “lazer” os participantes referem limitação nas AVD, com um score médio de 4,50. Após o PRR o score neste domínio diminuiu, com a média de 3,52.

Observando a tabela 4, comparando os resultados do domínio “lazer” antes e após o PRR, verificam-se através do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas diferenças estatisticamente significativas ($Z=-3,395$, $p=0,001$). Verifica-se aumento da autonomia para a realização das AVD no que se refere ao domínio do “lazer”, confirmando a hipótese de investigação inicialmente formulada.

Tabela 4 – Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas

	Z	Sig.
Domínio “lazer” após PRR - Domínio “lazer” antes PRR	-3,395	0,001
LCADL após PRR - LCADL antes PRR	-4,935	<0,001

Estes resultados remetem para a importância da valorização das intervenções do EEER durante o PRR nomeadamente a capacitação da pessoa para a realização das AVD através de estratégias adaptativas que traduzem ganhos na capacidade para a execução das mesmas, promovendo a qualidade de vida. Este facto demonstra a importância de incluir no plano as atividades de lazer que a pessoa poderá continuar a realizar e ajudá-la a encontrar estratégias adaptativas para a sua continuidade, para que isto não resulte de um menor investimento da sua parte ou até mesmo um desinvestimento na sua realização levando a um maior isolamento.

O ERR tem um papel central no desenvolvimento e implementação destas terapêuticas, através da conceção, implementação e gestão das terapêuticas que visem o desenvolvimento na pessoa com DPOC de conhecimentos e capacidades para o autocontrolo da doença, e do seu impacto no quotidiano.

CONCLUSÃO

A finalidade deste estudo consistiu em aferir o impacto do PRR, realizado por EEER nas AVD das pessoas com DPOC nomeadamente no domínio do “lazer” da LCADL. Os resultados do mesmo demonstram ganhos clínicos após a realização do PRR, traduzidos na diminuição das limitações na realização das AVD, por avaliação da escala global.

A realização deste trabalho salienta o papel ativo que o EEER tem nos PRR, contribuindo ao nível da autonomia para as AVD, por um lado, na capacitação para a gestão da doença crónica e definição de estratégias adaptativas para as AVD, e por outro, na implementação dos programas de treino para melhorar a intolerância à atividade, mitigando um conjunto de alterações emocionais, afetivas e educacionais.

Podemos concluir que o PRR que integra este estudo contribui para a diminuição da limitação na realização das AVD, verificando-se melhoria estatisticamente significativa no domínio “lazer” da escala LCADL.

Sugere-se que os PRR tenham continuidade na comunidade onde já existem os PRR com EEER nas Unidades de Cuidados na Comunidade para manter a vigilância e acompanhamento destas pessoas, bem como a realização de estudos que associem a monitorização da tolerância ao exercício.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaspar, L., Martins, P. Reabilitação respiratória em pessoas com bronquiectasias não fibrose quística: qualidade de vida, ansiedade e função respiratória. Rev Port Enf Reab [Internet]. 23 de Junho de 2018 [citado 23 de janeiro de 2021];1(1):38-44. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.06.4392>
2. Gaspar, L., Martins, P., & Gomes, F. Efeito da reabilitação respiratória nos sintomas avaliado pelo CAT e a sua relação com a tolerância à atividade. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Jun de 2019. DPO: <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.01.4566>
3. Lottermann P, Sousa C, Liz C. Programas de exercício físico para pessoas com DPOC: uma revisão sistemática. Arq. Cienc. Saúde unipar, Umuarama. 2017; vol. 21, n. 1, 65-75.
4. Gaspar L, Delgado B. Reabilitação respiratória na DPOC: conceitos, componentes, TE in DPOC: abordagem a 360° do hospital para o domicílio. 1ª Ed. Sintra: Lusodidacta Sabooks; 2020. ISBN: 9789895300600.
5. Farias G, Martins R. Qualidade de vida da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva crónica. Millenium, 45 (jan/jun). 2013; 195-209. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8102>
6. Montezinho, S. Reabilitação Pulmonar na DPOC (Tese de mestrado). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.
7. Felício A, Mariz M, Morais A. Vivências da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Enfermagem de Reabilitação, percursos de investigação. Série monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Enfermagem: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2015. ISSN 1647-9440.
8. Nagamine B, Maciel D. Novos desafios da reabilitação em pacientes DPOC. Research, Society and Development. 2021; vol. 10, n. 4, e10810413901. ISSN 2525-3409 DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13901>
9. Global initiative for chronic obstructive disease Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2020.
10. Weizenmann V, Pozzobon A. Análise de um programa de reabilitação cardiopulmonar em paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica- estudo de caso. Revista destaques académicos. 2014; vol.6, n.º3-ccbs/univates.
11. Rocha S. Impacto de um PRR na qualidade de vida e nas atividades de vida diária de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica (Tese de mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017.
12. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática-Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. 2018; série 1, Número 10. ISBN 978-989-8444-41-7.
13. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J. et al. American Thoracic Society/ European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. American journal of respiratory and critical care medicine. 2006; 173 (12), 1390-1413. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.200508-1211ST>
14. Bott J, Blumenthal S, Buxton M, Ellum S, Falconer C, Garrod R, et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient - Joint BTS/ACPRC guideline Thorax. 2009; vol. 64, 1-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2008.110726>
15. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/ European respiratory society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. American journal of respiratory and critical care medicine. 2013 Oct; 188(8): 13-64. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
16. Dominic L, Sykes SF, Luke H, Michael G. Impact of COVID-19 on COPD and asthma admissions, and the pandemic from a patient's perspective. Crooks ERJ Open Res 2021; 7: 00822-2020. DOI: <https://doi.org/10.1183/23120541.00822-2020>
17. Santos, CD., Santos, AJ., Santos, M., Rodrigues, F., Bárbara, C. Pulmonary rehabilitation adapted index of self-efficacy (PRAISE) validated to Portuguese respiratory patients Pulmonology 2019 Nov - Dec; Vol. 25 (6), 334-339. Journal Article. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.06.003>
18. Vaes, A., Delbressine, J., Mesquita, R., Goertz, Y., Janssen, D., Nakken, N., Franssen, F., Vanfleteren, L., Wouters, E., Spruit, M.. Impact of pulmonary rehabilitation on activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease Journal of Applied Physiology (2018) Volume 126, 607-615. DOI: <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00790.2018>
19. Global initiative for chronic obstructive disease Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201204-0596PP>
20. Santos, CD., Neves, RC., Ribeiro, RM., Caneiras, C., Rodrigues, F., Spruit, MA., Bárbara, C. Novel Input for Designing Patient-Tailored Pulmonary Rehabilitation: Telemonitoring Physical Activity as a Vital Sign-SMARTREAB Study Journal of clinical medicine [J Clin Med] 2020 Jul 31; Vol. 9 (8). DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9082450>
21. Direção-geral da saúde (2019). Circular Informativa nº 014/2019 “Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários
22. Gonzalez-moro, R., et al. (2009). Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. International Journal Clinical Practice. vol. 63, nº 5, 742-750. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02040.x>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Metodologia: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Validação: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Análise formal: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Investigação: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Tratamento de dados: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Preparação do rascunho original: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Redação e edição: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Revisão: MFRR; GFSM; GMAC; MJMPC; AICAP; RMRM.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética nº 288/2019

Declaração de consentimento informado:

Não se aplica.

Agradecimentos:

Os autores agradecem a todos quantos contribuíram para a realização deste trabalho.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NUMA ÓTICA MARXISTA

THE WORK PROCESS OF NURSES SPECIALISTS IN REHABILITATION NURSING FROM A MARXIST VIEW

EL PROCESO DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN DESDE UNA VISTA MARXISTA

DOI 10.33194/rper.2021.73; Data de Receção: 2021-03-12; Data de Aceitação: 2021-10-11

João Miguel Almeida Ventura-Silva¹; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins²;
Letícia Lima Trindade³; Olga Ribeiro⁴; Maria Isabel Barbosa Ribeiro⁵;
Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso⁶

¹ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal;

² Escola Superior de Enfermagem do Porto; CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde;

³ Universidade do Estado Federal de Santa Catarina, Brasil; Universidade Comunitária da Região de Chapecó: Chapecó, Santa Catarina, Brasil; ⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto, NursID - Innovation & Development in Nursing, Porto, Portugal;

⁵ Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal;

⁶ Centro Hospitalar Universitário São João; Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Autor correspondente: Olga Ribeiro, olgaribeiro@esenf.pt

RESUMO

Introdução: o processo de trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação centra-se nas pessoas com necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visando promover a sua capacitação, maximização da funcionalidade e independência. À luz da teoria marxista, esta transformação dinâmica do trabalho, através de ações específicas, permite a estes profissionais organizarem o trabalho, através de um método, recorrendo a instrumentos para alcançar o produto final.

Objetivo: compreender o processo de trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação à luz do referencial de Marx.

Metodologia: estudo teórico-reflexivo sustentado no referencial de Marx e na revisão da literatura nas bases de dados e documentos legais. A colheita de dados ocorreu em fevereiro de 2021, tendo sido realizada posteriormente a análise temática.

Resultados: emergiram três áreas temáticas - o objeto de trabalho e produto final do processo de trabalho, elementos do processo de trabalho e dimensões do processo de trabalho.

Discussão: a sustentação do processo de trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação no referencial de Marx, evidencia contributos significativos para a compreensão da organização do trabalho destes profissionais e dos fatores que o possam influenciar, permitindo um exercício profissional seguro e de qualidade.

Conclusão: a análise teórico-reflexiva ao processo de trabalho destes profissionais confirma a pessoa com necessidades de cuidados de reabilitação como objeto de trabalho destes enfermeiros, sua atuação no assistir, gerir, investigar, educar e agir politicamente, sendo que as condições de trabalho marcam as facilidades ou dificuldades para concretização da finalidade do seu trabalho.

DESCRIPTORES: Enfermagem em Reabilitação; Trabalho; Prática Profissional; Organização e Administração

ABSTRACT

Introduction: the work process of Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing focuses on people with needs for Rehabilitation Nursing care, aiming to promote their training, maximization of functionality and independence. In the light of Marxist theory, this dynamic transformation of work, through specific actions, allows these professionals to organize their work, through a method, using instruments to achieve the final product.

Objective: to understand the work process of Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing in the light of Marx's framework.

Methodology: theoretical-reflective study based on Marx's framework and on literature review in databases and legal documents. Data collection took place in February 2021, and thematic analysis was subsequently carried out.

Results: three thematic areas emerged - the work object and final product of the work process, elements of the work process and dimensions of the work process.

Discussion: the support of the work process of Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing in Marx's framework shows significant contributions to the understanding of the organization of these professionals' work and the factors that may influence it, allowing for a safe and quality professional exercise.

Conclusion: the theoretical-reflective analysis of the work process of these professionals confirms the person with rehabilitation care needs as the object of these nurses' work, their role in assisting, managing, investigating, educating and acting politically, with working conditions marking the facilities or difficulties in achieving the purpose of their work.

KEY WORDS: Rehabilitation Nursing; Work; Professional Practice; Organization and Administration

RESUMEN

Introducción: el proceso de trabajo de las Enfermeras Especialistas en Enfermería de Rehabilitación se centra en las personas con necesidades de cuidados de Enfermería de Rehabilitación, con el objetivo de promover su formación, maximización de la funcionalidad e independencia. A la luz de la teoría marxista, esta transformación dinámica del trabajo, a través de acciones específicas, permite a estos profesionales organizar su trabajo, a través de un método, utilizando instrumentos para lograr el producto final.

Objetivo: comprender el proceso de trabajo de las Enfermeras Especialistas en Enfermería de Rehabilitación a la luz del marco de Marx.

Metodología: estudio teórico-reflexivo basado en el marco de Marx y en la revisión de la literatura en bases de datos y documentos legales. La recolección de datos tuvo lugar en febrero de 2021 y posteriormente se realizó un análisis temático.

Resultados: surgieron tres áreas temáticas: el objeto de trabajo y el producto final del proceso de trabajo, los elementos del proceso de trabajo y las dimensiones del proceso de trabajo.

Discusión: el sustento del proceso de trabajo de las Enfermeras Especialistas en Enfermería de Rehabilitación en el marco de Marx muestra contribuciones significativas para la comprensión de la organización del trabajo de estos profesionales y los factores que pueden influir en él, permitiendo un ejercicio profesional seguro y de calidad.

Conclusión: el análisis teórico-reflexivo del proceso de trabajo de estos profesionales confirma a la persona con necesidades de cuidados rehabilitadores como objeto del trabajo de estas enfermeras, su papel de asistencia, gestión, investigación, educación y actuación política, con las condiciones laborales marcando las instalaciones. o dificultades para lograr el propósito de su trabajo.

PALABRAS CLAVE: Enfermería en Rehabilitación; Trabajo; Práctica Profesional; Organización y Administración

INTRODUÇÃO

A qualidade em saúde tem sido na sociedade uma temática com uma importância crescente, fazendo parte dos assuntos das várias agendas políticas. A procura pela melhoria dessa qualidade não é apenas um investimento reservado aos países mais desenvolvidos, mas uma inquietação mundial, visando uma cobertura universal de saúde a todos os cidadãos, com segurança e satisfação pelos cuidados prestados⁽¹⁾. Reconhece-se que os cuidados de saúde de alta qualidade aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados, concordantes com a evidência científica mais atual⁽²⁾.

Neste contexto, destaca-se que a Enfermagem, na área da saúde, compõe a maior força de trabalho⁽³⁾. Os enfermeiros, independentemente do contexto de cuidados, deverão ser agentes facilitadores nos processos de transição, ao longo do ciclo vital, e, como tal, são os profissionais que passam mais tempo com as pessoas⁽⁴⁾.

Atendendo ao mandato social, que se traduz no que a sociedade espera dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), o seu exercício profissional deve ser pautado por atividades que enfoquem na promoção dos projetos de saúde das pessoas, de forma a garantir segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados⁽⁵⁾.

Em Portugal, o EEER, de acordo com os conhecimentos especializados, as competências, e a experiência acrescida, sustenta a sua tomada de decisão em referenciais teóricos e instrumentos reguladores da profissão, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o tratamento e a reabilitação, permitindo a maximização do potencial da pessoa, que carece de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER)⁽⁶⁾. A excelência do exercício profissional destes enfermeiros, que poderão intervir em todas as fases do ciclo vital, para além de produzir ganhos em saúde, influencia de forma positiva a qualidade dos cuidados⁽⁷⁾.

Entender a dinâmica do trabalho do EEER nos diferentes contextos de cuidados faz-se necessário, visando uma conceção e execução de cuidados seguros e centrados na pessoa⁽⁸⁾.

Cabe neste sentido, contextualizar o trabalho como sendo um processo no qual o ser humano, controla e modifica a natureza, com recurso às suas ações, tendo por finalidade um determinado fim e a produção de algo⁽⁹⁾. Na área da saúde, o trabalho difere de outros processos de trabalho, uma vez que é consumido imediatamente no momento em que é produzido, suprimindo assim um bem ou valor que envolve a qualidade de vida das pessoas⁽¹⁰⁾.

Em particular, a Enfermagem é uma das ciências que marca o trabalho em saúde, com a necessidade de ser percebida como sendo um conjunto de atividades específicas e socialmente relevantes, no sentido de o resultado dessas atividades ser compreendido na complexidade que o acompanha⁽¹¹⁾. De forma a explicitar o exercício profissional do EEER centramo-nos no referencial de Karl Marx⁽⁹⁾, que caracteriza o processo de trabalho do EEER na assistência à pessoa/ família/ comunidade, nas atividades de gestão nos diferentes contextos de cuidados, na pesquisa e educação, bem como na participação política, visando a produção de um serviço marcado pela interação humana e pelo trabalho afetivo⁽¹²⁾, em parceria com as ações de outros profissionais de saúde. O processo de trabalho é constituído pelas componentes: força de trabalho, finalidade, método e instrumentos e poderá ser influenciado por fatores como as condições de trabalho, a dotação de pessoal, as relações interprofissionais e interpessoais⁽⁹⁾, podendo comprometer a qualidade da assistência de enfermagem e segurança dos cuidados.

Face à relevância da temática para o exercício profissional, objetivou-se compreender o processo de trabalho dos EEER à luz do referencial de Marx.

MÉTODO

Estudo teórico-reflexivo sobre o Processo de Trabalho do EEER, sustentado no referencial de Karl Marx e na revisão da literatura em bases de dados e em documentos orientadores emanados pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal.

Numa primeira fase do percurso metodológico procedeu-se à identificação de um referencial teórico que fosse concordante com o processo de trabalho, seguido de uma pesquisa nas bases de dados CINHALL, PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com recurso aos descritores “Rehabilitation Nursing”, “Work”, “Professional Practice” e “Organization and Administration”, bem como o operador booleano “and”. Definiram-se como critérios de inclusão todos os artigos nos idiomas de português, espanhol e inglês, disponíveis em texto integral e sem limite temporal. Por outro lado, foram excluídos todos os manuscritos que não contemplassem a área de especialização em ER.

Importa referir que, para a seleção dos achados relevantes para este artigo, percorreram-se as seguintes fases: leitura flutuante dos títulos e resumo dos artigos, para exclusão dos que não se integravam nos critérios definidos (etapa 1). Posteriormente, procedeu-se à leitura integral dos artigos a ser incluídos (etapa 2). Na etapa 1, foram encontrados 163 artigos e na etapa 2 foram selecionados cinco para leitura integral. Para a concretização deste percurso, dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados. Qualquer discordância foi resolvida, através de discussão ou recurso a um terceiro revisor. A colheita de dados ocorreu em fevereiro de 2021. No tratamento dos dados realizou-se análise temática, segundo o referencial de Bardin⁽¹³⁾. Para definição das áreas temáticas recorreu-se à Teoria Marxista⁽⁹⁾, tendo emergido as categorias “objeto de trabalho”; “produto final”; “elementos do processo de trabalho” do EEER e “dimensões do trabalho”.

RESULTADOS

Considerando o objetivo delineado e a necessidade da clarificação dos conteúdos explanados, optámos por dividir esta secção em três áreas temáticas. A primeira designamos por objeto de trabalho e produto final do processo de trabalho do EEER. Na segunda área temática, enquadrámos os elementos do processo de trabalho do EEER, seguido das dimensões do processo de trabalho do EEER, apresentadas na terceira área temática.

O Objeto de Trabalho e o Produto Final do Processo de Trabalho do EEER

A Enfermagem, enquanto profissão e disciplina da área da saúde, integra uma componente expressiva do trabalho em saúde, pelo que deve ser entendida como um trabalho específico, com uma relevância social importante, permitindo alcançar resultados significativos para as pessoas, a partir das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem⁽¹¹⁾.

Atendendo à visão marxista, o objeto de trabalho corresponde à matéria que será transformada, através da ação do trabalhador, e no final do processo estará modificado⁽¹⁴⁾. Para tal, haverá a necessidade da apropriação de diversos conhecimentos das ciências biológicas, humanas e sociais⁽⁸⁾.

Particularizando para a ER, o objeto de trabalho dos EEER é constituído pela pessoa ou grupo de pessoas que necessitam de cuidados de ER, considerando toda a complexidade e subjetividade dos seres humanos⁽¹¹⁾. Por outro lado, neste domínio, a conceção e a implementação destes cuidados, baseados num corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, permite ao EEER sustentar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa⁽⁶⁾.

A intervenção sobre o objeto de trabalho permitirá a obtenção do produto final, podendo ser bens tangíveis (artefactos, elementos materiais que se pode apreciar com os órgãos dos sentidos) ou serviços (que não são tangíveis, mas que são percebidos pelo efeito que causam)⁽⁹⁾.

No contexto da área da saúde, consiste na própria assistência que é consumida, no momento que é produzida, ou seja, não há um produto separado do processo de produção e o resultado do trabalho não é materializável⁽¹⁵⁾. Na verdade, a prestação da assistência em saúde é o produto do trabalho, sendo que a Enfermagem constitui uma força de trabalho.

Face a este contexto e atendendo ao elevado nível de conhecimentos especializados e à experiência acrescida, o produto final do processo de trabalho do EEER, resultante da intervenção sobre o objeto, será a adaptação e capacitação das pessoas com doenças agudas/ crónicas ou com as suas sequelas, a maximização do potencial funcional, a melhoria da função, promoção da independência, a satisfação e preservação da autoestima da pessoa⁽⁶⁾.

Os Elementos do Processo de Trabalho do EEER

O exercício profissional do enfermeiro apresenta a sua génese estrutural no cuidado à pessoa, sendo esta a essência da prática profissional da Enfermagem. Neste sentido, a necessidade do cuidado constitui o “core” do processo de trabalho do enfermeiro⁽¹⁶⁾.

O trabalho na área da saúde e em específico na enfermagem, é caracterizado como a prestação de cuidados aos indivíduos e envolve a compreensão das práticas de saúde como práticas sociais, transcendendo a magnitude profissional e técnica⁽¹⁷⁾. Trata-se por isso de uma prática dinâmica, com necessidade de uma revisão constante dos seus componentes, face às mudanças na sociedade e aos modelos de assistência em saúde⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, particularizando para a ER, identificaram-se como elementos do processo de trabalho a força de trabalho, a finalidade, o método e os instrumentos.

À luz da Teoria Marxista, a **força de trabalho** refere-se a todos aqueles que realizam o trabalho e advém da intenção de transformar a natureza em algo com um significado especial. Pode ser concomitantemente o produtor e consumidor daquele trabalho, assim como produzir um bem ou serviço para outra pessoa consumir⁽⁹⁾. No domínio da saúde, os profissionais de enfermagem constituem a maior força de trabalho nas organizações de saúde e no mundo, sendo essenciais para a prestação de uma assistência segura e de qualidade, subsidiando os sistemas de saúde com a produção de conhecimento e a construção de políticas públicas que garantam a satisfação das reais necessidades da população global⁽¹⁹⁾. No âmbito do processo de trabalho dos EEER, o elemento força de trabalho é composto pelos EEER, “produzindo” cuidados coerentes com as necessidades das pessoas com que se deparam, estando habilitados para o exercício profissional especializado pelo Órgão Regulador da Profissão⁽⁶⁾. Por outro lado, ao longo do desenvolvimento humano, fruto dos vários eventos da vida, os EEER poderão ser consumidores desses cuidados.

A **finalidade do trabalho**, mesmo que fragmentado e com consciência para a realização do mesmo, corresponde à razão pela qual é feito, procurando satisfazer as necessidades que lhe deram origem⁽¹⁷⁾. Desta forma, a principal finalidade do trabalho em saúde corresponde à ação terapêutica, especificamente a assistência à pessoa/ famílias/ populações, nos domínios da promoção da saúde, da prevenção de doença, da recuperação e reabilitação da condição de saúde⁽¹¹⁾. Especificamente a finalidade do processo de trabalho do EEER prende-se com a prestação de cuidados de ER às pessoas com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas/ respiratórias, do foro alimentar e da sexualidade, assim como com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, independentemente dos contextos de cuidados e com deficiência ou limitação da atividade⁽⁶⁾.

O **método**, como parte integrante dos elementos do processo de trabalho, assume-se como as ações sistematizadas que pretendem responder à finalidade, modificando o objeto, sob a ação da força de trabalho. O recurso a instrumentos adequados e/ou disponíveis permitem a produção do bem ou a concretização do serviço. Por outro lado, pretende-se que seja uma ação intencional, programada e sistematizada, com enfoque no objeto do processo de trabalho, sendo o resultado final aquilo que foi idealizado pela força de trabalho⁽⁹⁾. Por conseguinte, faz-se necessário a definição de objetivos que permitam o desenvolvimento e a organização do trabalho. Desta forma, com o intuito de perceber as necessidades das pessoas, o EEER recorrerá ao processo de enfermagem, como estratégia de decisão para a prestação de cuidados. Por outro lado, trata-se de uma ferramenta intelectual representativa do trabalho do enfermeiro, que permite direcionar o raciocínio clínico e a tomada de decisão acerca dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados⁽²⁰⁾ e, como tal, constitui uma das metodologias que permite sustentar cientificamente a organização do trabalho do EEER.

Efetivamente, o método representa a convergência entre teoria e prática e pretende definir a forma como os EEER organizam o trabalho num ambiente seguro. Não deve ser visto simplesmente como a atribuição de atividades, mas a forma adequada para desenvolver o exercício profissional destes enfermeiros⁽²¹⁾. Importa referir que os EEER poderão recorrer a vários métodos para organizar o trabalho, numa tentativa de dar resposta aos diferentes níveis de complexidade do cuidado nos diversos contextos de trabalho diferenciados⁽²¹⁾. Contudo face às competências específicas destes profissionais, a escolha pelos métodos de enfermeiro de referência e/ou gestor de caso serão os mais relevantes, no sentido da satisfação das reais necessidades das pessoas.

Os **instrumentos de trabalho** são considerados como os recursos usados pelo trabalhador, no sentido de realizar o seu ofício e transformar o objeto de trabalho⁽⁹⁾. Alguns autores entendem que os instrumentos de trabalho são os prolongamentos das próprias mãos, mas nem sempre são tangíveis, podendo não haver a possibilidade de serem experienciados pelos órgãos dos sentidos. Neste contexto, os instrumentos de trabalho correspondem, por um lado, aos equipamentos, máquinas, materiais de consumo, e por outro, aos conhecimentos, modelos e técnicas que orientam o exercício profissional dos enfermeiros, direcionado para as reais necessidades das pessoas e para o contexto singular que apresentam, determinando a forma como deverá ser executado esse trabalho⁽¹⁷⁾. Salienta-se também que o produto do trabalho de um trabalhador pode ser o instrumento de trabalho de outra pessoa ou dele próprio em momentos distintos⁽¹⁷⁾. O EEER, na sua atividade profissional, recorre a referenciais teóricos de enfermagem, a conhecimentos e a técnicas especializadas, assim como a equipamentos e recursos físicos, que permitam orientar a prática clínica e sustentar o seu trabalho, garantindo a satisfação das reais necessidades das pessoas.

Em relação aos referenciais teóricos de enfermagem, num estudo anterior, os autores concluíram que os EEER sustentam a sua prática clínica nas conceções de Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger⁽²²⁾.

Por outro lado, no que se refere aos equipamentos e aos recursos físicos, a utilização dos mesmos pelos EEER constituem-se estratégias fundamentais que permitem a maximização da funcionalidade e, como tal, a independência das pessoas⁽²³⁾.

Dimensões do Processo de Trabalho do EEER

O modo como o trabalho é concebido e executado, nomeadamente, as atividades profissionais, designa o processo de trabalho, com características peculiares, sendo que a concordância entre essas particularidades é essencial para compreensão deste processo e atuação sobre o mesmo. O profissional de enfermagem, em particular o EEER, atua em diferentes dimensões, como assistir, gerir, ensinar, investigar e participar politicamente⁽²⁴⁾.

A dimensão **Assistir** centra-se na resolução das necessidades de cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual, durante toda a vida, das pessoas, grupo de pessoas ou comunidades, estando para além do corpo biológico⁽²⁵⁾. No âmbito da ER, os elementos que desenvolvem ações de assistir, são os EEER, que se encontram legalmente autorizados pelo órgão regulador da profissão, para este exercício profissional. Para a conceção e execução desses cuidados, recorrem a conhecimentos e habilidades que sustentam esta dimensão, juntamente com os recursos físicos, de que são exemplo os materiais, os equipamentos, o espaço físico e todas as condições materiais necessárias para um cuidado efetivo. Por outro lado, no âmbito do método de trabalho, o recurso ao processo de enfermagem permitirá a avaliação da condição de saúde das pessoas, bem como a definição e à posteriori a avaliação das intervenções de ER. Considerando o enquadramento do exercício profissional do EEER⁽⁶⁾, as ações desenvolvidas por este profissional nem sempre permitem às pessoas a recuperação plena da condição de saúde anterior ou a saúde como um bem-estar completo. Por conseguinte, o EEER neste domínio do assistir, poderá permitir às pessoas a melhoria da função, a promoção da satisfação, a maximização do potencial funcional e independência e, concomitantemente, preservar a autoestima⁽⁶⁾.

Na dimensão **Gerir**, estão abrangidas atividades de gestão que permitam a criação de condições para a conceção e execução de cuidados e o desenvolvimento de estratégias adequadas às necessidades das pessoas, objeto de trabalho, e os recursos utilizados na dimensão de assistir⁽¹⁷⁾. Importa ainda evidenciar que não é possível a execução do cuidado se não existir uma coordenação da dimensão assistir. Neste sentido, atendendo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o EEER assume um papel de destaque nas equipas que integra, nomeadamente na gestão dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados, estimulando a otimização das respostas da equipa de saúde, promovendo a qualidade e segurança da assistência⁽²⁶⁾.

A dimensão **Ensinar** refere-se ao processo de ensino-aprendizagem, com dois agentes o estudante/ enfermeiro em formação e o professor/ enfermeiro formador, sendo o objeto do trabalho os indivíduos que se querem tornar profissionais de enfermagem ou aqueles que pretendem aumentar o seu conhecimento e se desenvolver profissionalmente. Para tal, recorrem às teorias, métodos e estratégias de ensino-aprendizagem, cuja finalidade será formar, treinar e aperfeiçoar os enfermeiros. Os métodos usados correspondem às estratégias do ensino formal, e em concordância com o Órgão Regulador da Profissão da Enfermagem. Os produtos nesta dimensão são os enfermeiros, os enfermeiros especialistas, os mestres e os doutores em Enfermagem⁽¹⁷⁾. Neste contexto, fica evidente que a dimensão ensinar permite a formação especializada do enfermeiro, neste caso específico em ER, que, para além de ser uma necessidade da sociedade portuguesa, permite que muitos profissionais se possam qualificar, evidenciando posteriormente aptidão para a prática de cuidados especializados. Além disso, a formação contínua, na área da ER, permite ampliar o conhecimento, a competência, o raciocínio crítico e a tomada de decisão do EEER⁽²⁷⁾.

No que concerne à dimensão **Investigar**, a realização de atividades de investigação, nomeadamente a reflexão sobre a prática clínica, constitui-se uma mais-valia para o exercício profissional do EEER. O recurso a conhecimentos relativos a métodos quantitativos e qualitativos da investigação, o uso do pensamento crítico e das ciências humanas apresentam-se como os instrumentos desta dimensão. O objeto desta dimensão centra-se nas lacunas de conhecimento, permitindo a descoberta de novas e melhores formas de assistir, gerir, ensinar e

investigar em enfermagem. Desta forma, resultam novos conhecimentos, que podem ser usados para compreender e modificar o trabalho e também novas inquietações, que permitem sustentar a dimensão de investigar em enfermagem⁽¹⁷⁾. O EEER deverá reconhecer a necessidade de incorporar continuamente os achados decorrentes da investigação na sua prática, adotando assim uma prática baseada na evidência, e direcionada para os resultados sensíveis aos cuidados de ER. Desta forma, a inclusão do EEER em projetos de investigação na área da ER, permite sustentar a dimensão investigar, proporcionando o aumento do conhecimento e o desenvolvimento de competências e, como tal, uma prática segura e de qualidade⁽⁶⁾. Além disso, a necessidade dos EEER desenvolverem investigação nos diferentes contextos da prática clínica, constitui-se uma excelente oportunidade para mostrar os ganhos da sua intervenção junto das pessoas.

A dimensão **Participar Politicamente** permite uma intervenção no domínio político, recorrendo para tal ao conhecimento e às habilidades, que culminem na melhoria das condições do trabalho da Enfermagem, na obtenção de resultados mensuráveis e em cuidados seguros e de qualidade⁽²⁸⁾. Por conseguinte, o envolvimento dos profissionais de enfermagem em cargos de decisão, seja dentro ou fora do contexto de trabalho, permitem a difusão das práticas já existentes ou as inovadoras, permitindo a expansão da importância e reconhecimento social da profissão de enfermagem⁽²⁸⁾. Importa salientar que as dimensões assitir, gerir, ensinar e investigar requerem competências de liderança, negociação e decisão acerca da ação profissional do enfermeiro, sendo consideradas essenciais para esta dimensão do participar politicamente⁽²⁸⁾. Salientando o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em ER⁽⁶⁾, a participação dos EEER em órgãos governamentais, no órgão regulador da profissão, nas associações profissionais e sindicais evidencia o contributo destes profissionais nos momentos de decisão, inerentes à prática profissional de ER, com ênfase nos aspetos relacionados com as condições de trabalho, as dotações de EEER e a necessidade da formação destes profissionais, conducentes a um exercício profissional seguro e de qualidade.

DISCUSSÃO

A evolução e as mudanças que vão ocorrendo, ao longo dos tempos no setor da saúde, carecem de profissionais capazes de acompanhar este movimento e, como tal, profissionais competentes para a conceção, o planeamento, a gestão e a assistência, baseado numa tomada de decisão sustentada e efetiva. Enquadra-se neste contexto o processo de trabalho do EEER que se caracteriza como sendo dinâmico, exigindo múltiplas competências para ser bem desenvolvido⁽²⁹⁾. Apesar da formação do EEER, a preparação para o seu exercício profissional, nomeadamente para aquilo que a pessoa necessita e no que o profissional pode oferecer, como resposta às exigências do seu processo de trabalho⁽²⁸⁾, implica a procura de outros saberes profissionais com vista a um desempenho eficiente e eficaz.

O objeto de trabalho, considerado como aquilo que sofre transformação por ação dos elementos do processo de trabalho⁽¹¹⁾, no caso do EEER centra-se na pessoa, grupo de pessoas que apresentam necessidades de cuidados de ER. O produto final, resultado da ação sobre o objeto de trabalho⁽¹¹⁾, visa a maximização da funcionalidade, capacitação e independência das pessoas.

Relativamente aos elementos do processo de trabalho⁽¹⁷⁾, salienta-se: **força de trabalho** (os EEER), a **finalidade** (terapêuticas de ER), o **método** (métodos de trabalho e o processo de enfermagem, direcionado para a ER) e os **instrumentos** (conhecimentos e técnicas especializadas, referenciais teóricos de enfermagem e os padrões de qualidade dos cuidados especializados de ER). Por outro lado, a concretização do processo de trabalho engloba várias dimensões⁽²⁵⁾: **assitir** (que visa a promoção, manutenção e recuperação da saúde das pessoas ou grupos de pessoas ou a readaptação à nova condição de saúde, através da conceção e da execução de cuidados de ER), **gerir** (recurso a estratégias de planeamento, coordenação e gestão dos cuidados e tomada de decisão), **ensinar** (atividades de formação do EEER significativas, acerca das atividades da prática clínica e das inovações que permitam sustentar o exercício profissional), **investigar** (atividades de investigação direcionadas para a ER e que permitam a descoberta de novos conhecimentos, assim como a sustentação das outras dimensões do processo de trabalho do EEER) e **participar politicamente** (inclusão dos EEER em espaços de decisão de matérias relacionadas com o exercício profissional e a especialidade em questão, aumentando a visibilidade social). Importa salientar que estas dimensões não são estáticas, relacionando-se entre ambas, o que se designa como sinergia, fazendo do processo de trabalho um todo⁽¹⁷⁾. A Figura 1 representa a dinâmica do processo de trabalho do EEER.

Face ao processo de trabalho é possível elencar aspetos considerados como facilitadores ou dificultadores da consecução das atividades de ER e influenciadores da organização dos cuidados, com uma repercussão direta na segurança e qualidade dos cuidados.

Os interesses e o envolvimento dos profissionais com a instituição poderá constituir-se como um aspeto relevante para o exercício profissional do EEER, no que concerne à definição de políticas de segurança determinantes para cuidados seguros⁽³⁰⁾.

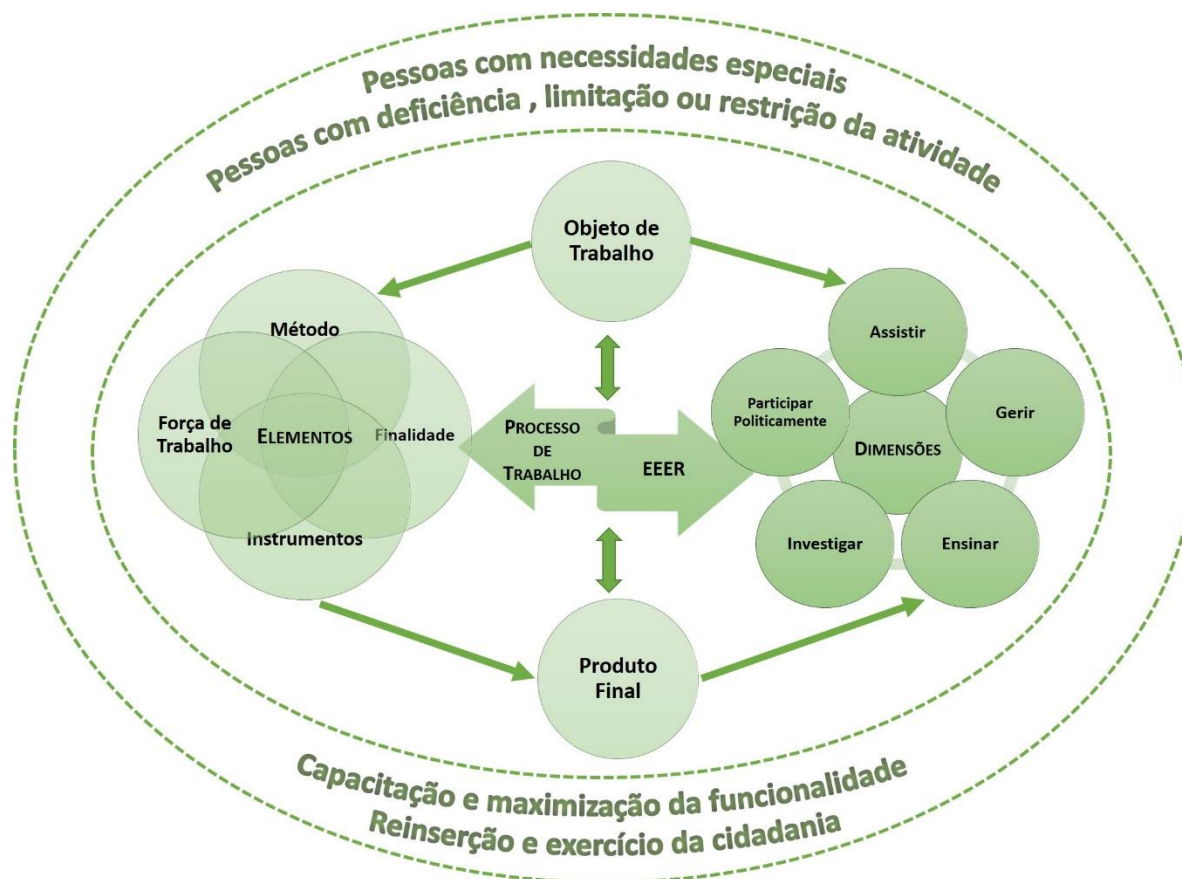


Figura 1-Representação do Processo de Trabalho dos EEER.

As condições de trabalho e as dotações dos EEER nos diferentes contextos de cuidados têm sido apontadas como fatores importantes para o processo de trabalho. Este facto é apresentado internacionalmente por alguns autores como influenciador, no que respeita à precariedade do ambiente de trabalho, carências nas estruturas físicas e falta de material, aquando da execução do trabalho⁽³¹⁾. No que concerne às dotações seguras na prestação de cuidados de ER, a Ordem dos Enfermeiros alertou para este aspeto, com a publicação do Regulamento n.º 743/2019, onde definiu o quantitativo de EEER para cada contexto de cuidados, no sentido de alcançar índices de favoráveis de segurança e de qualidade dos cuidados, tendo por base as reais necessidades de cuidados da população⁽³²⁾. Esta problemática é também corroborada por estudo multicêntrico na Croácia, onde é realçada a necessidade da dotação adequada de profissionais de enfermagem especializados que, para além de potenciar índices positivos de satisfação profissional, promovem uma assistência de enfermagem de qualidade⁽³³⁾.

É também de evidenciar que as relações estabelecidas entre profissionais são uma mais-valia para o processo de trabalho do EEER, contribuindo para uma assistência segura. As relações de colaboração entre os vários elementos da equipa multiprofissional, através de uma prática colaborativa, e não apenas na relação médico-enfermeiro-enfermeiro especialista⁽²²⁾, facilitam o trabalho cooperativo com transformações no objeto de trabalho, favorecendo assim a qualidade do produto final.

Ainda no âmbito das relações, a relação terapêutica entre a pessoa ou o grupo de pessoas e o EEER poderá emergir como um fator facilitador do processo de trabalho deste profissional. Considerando os objetivos do exercício profissional dos EEER, uma relação terapêutica positiva entre os intervenientes do processo de trabalho do EEER, permitirá uma conceção de cuidados de ER que promova a capacitação, a maximização da funcionalidade e independência da pessoa⁽⁶⁾. Neste sentido, os cuidados desta especialidade, centrados na pessoa, facilitarão a adesão e o envolvimento no processo de reabilitação, assegurando a satisfação das reais necessidades, constituindo-se assim um desafio para estes profissionais, favorecendo uma lógica integral de cuidados de enfermagem.

Assume-se como limitação do estudo a parca produção de conhecimento, relativamente ao processo de trabalho dos EEER no contexto de Portugal, o que dificultou a comparação do processo de trabalho destes profissionais com os contextos internacionais.

CONCLUSÃO

Centrados no seu objeto de trabalho - pessoas com necessidades de cuidados de ER - os EEER (força de trabalho) sustentando a sua tomada de decisão nos referenciais teóricos e nos instrumentos reguladores do exercício profissional atuam de forma persistente e resiliente, no sentido de alcançar a capacitação, maximização da

funcionalidade e a independência das pessoas (produto final). De modo a concretizar o referido, estes profissionais com recurso a uma metodologia científica (processo de enfermagem) concebem e implementam cuidados, bem como sustentam a organização do seu trabalho, com base num ou mais métodos, como resposta à complexidade de cuidados, visando a satisfação de todas as necessidades manifestadas pelas pessoas.

Além das dimensões assistir, gerir e ensinar, é de destacar a relevância dos EEER investirem nas dimensões investigar e participar politicamente, cruciais à demonstração dos ganhos obtidos com a sua atuação, bem como à visibilidade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leatherman S, Berwick DM. Accelerating Global Improvements in Health Care Quality. *JAMA* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 09];324(24):2479-2480. Doi: 10.1001/jama.2020.17628. PMID: 33351051.
2. McGlynn EA. (2020). Improving the Quality of U.S. Health Care – What Will It Take?. *N Engl J Med* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 09];383(9):801-803. Doi:10.1056/nejmp2022644
3. World Health Organization (WHO). WHO and partners call for urgent investment in nurses. [Web page] Geneva: WHO; 2020 [updated 2021; cited 2021 Feb 20]. Available in: https://www.who.int/news/who-and-partners-call-urgent-investment-nurses?fbclid=IwAR2gRxgs6OMnMoqHZAf7lkrT6_xZOsfsd5HPpgOwbK3wFksYZBzY_7PFRjeo
4. Ribeiro OMPL, Fassarella CS, Trindade LL, et al. International year of the nurse: from Florence Nightingale's 200th birthday to the COVID-19 pandemics. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 13];10:e3725. Doi: <http://doi.org/recom.v10i0.3725>
5. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012 [cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
6. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [serial on the Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019 [cited 2021 Feb 22]. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
7. Martins MM, Ribeiro OM, Silva JV. The contribution of nurses specialists in rehabilitation nursing to quality of care. *RPER* [serial on the Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 20];1(1):22-29. Available from: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>
8. Leite TMC, Vergílio MSTG, Silva EM. Pediatric nurse's work process: a reality to be transformed. *Rev Rene* [serial on the Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 20];18(1):26-34. Doi: 10.15253/2175-6783.2017000100005
9. Marx K. *O Capital*. Lisboa: Edições 70; 2017.
10. Pires D. Necessary changes for advancing Nursing as caring science. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 18];66(esp):39-44. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea05.pdf>
11. Forte ECN, Pires DEP, Martins MM, Padilha MI, Ghizoni SD, Trindade LL. Work process: a basis for understanding nursing errors. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 01];53:e03489. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018001803489>
12. Fulton JS, Mayo A, Walker J, Urden LD. Description of Work Processes Used by Clinical Nurse Specialists to Improve Patient Outcomes. *Nurs Outlook* [serial on the Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 18];67(5):511-522. doi:10.1016/j.outlook.2019.03.001
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Jacondino MB, Thofehrn MB, Amestoy SC, Moura PMM, Porto AR, Borges LDR. (2019). Representations of nurses in a teaching hospital about the object, purpose and instruments of their work. *Rev. pesqui. cuid. fundam* [serial on the Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 01];11(1):216-221. Doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.216-221
15. Rates HF, Alves M, Cavalcante RB. Work process of nurses in the reception with risk rating. *Rev Min Enferm.* [serial on the Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 01];20:e969. Doi: 10.5935/1415-2762.20160039
16. Sousa ARD, Santos GLA, Silva RSD, Carvalho ESDS. Reflections on the nursing process in the work of nurses in front of the COVID-19 pandemic. *Enferm. foco* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 21];11(1):62-67. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3501/804>
17. Sanna MC. Work processes in Nursing. *Rev Bras Enferm.* [serial on the Internet]. 2007 [cited 2021 Feb 21];60(2):221-224. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200018&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Giordano DP, Felli VEA. Work process of nursing professors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 21];25:e2946. Doi: 10.1590/1518-8345.1941.2946
19. Felipe CA. The valorization of nursing in coping with COVID-19. *Glob Acad Nurs* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 21];1(2):e12. Doi: 10.5935/2675-5602.20200012
20. Crivelaro PM, Fidelis FAM, Siviero MRS, Borges PFB, Gouvêa AHM, Papini SJ. The nursing process and international classification for nursing practice (CIPE®): Potentialities in primary care. *Braz. J. of Develop* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 18];6(7):54085-54101. Doi: 10.34117/bjdv6n7-889
21. Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A. Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. [serial on the Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 28];18(4):1-17. Doi: 10.3390/ijerph18042088
22. Ribeiro O. *Conceções e Práticas dos Enfermeiros: Olhares sobre um percurso em hospitais portugueses*. Loures: Lusodidacta; 2018.
23. Raposo P, Relhas L, Pestana H, Mesquita AC, Sousa L. Intervention of rehabilitation nurse in family caregiver empowerment after stroke: case study. *RPER* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 18];3(1):18-28. Doi: 10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756
24. Sacramento LA, Figueredo WN, Servo MLS, Macêdo TTS, Fernandes ETBS. Nursing supervision work process in polyclinics: limits and possibilities. *J. Contemp. Nurs* [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 14];9(2):238-245. Doi: 10.17267/2317-3378rec.v9i2.3115
25. Martins BR, Alves M. Nurses work processes in the emergency care unit and Emergency Hospital Emergency Room. *Rev Med Minas Gerais* [serial on the Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 04];28(Supl. 5):e-S280519. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:unvr714lqyUJ:rmmg.org/exportar-pdf/2451/v28s5a24.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&act=clnk&gl=pt>
26. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [serial on the Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019 [cited 2021 Mar 01]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
27. Silva RMD, Luz MDA, Fernandes JD, Silva LS, Cordeiro ALAO, Mota LSR. Becoming a specialist: Portuguese nurses' expectations after completing the specialization program. *Rev. Enf. Ref* [serial on the Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 25], IV(16):147-154. Doi: 10.12707/RIV17076

28. Balsanelli AP. Work and Management in Nursing. Rev Bras Enferm [serial on the Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 21];72(Suppl 1):1. Doi:10.1590/0034-7167.201972supl01
29. Kalinowski CE, Cunha ICKO. Reflections on the working process in nurse participation in political activities. Rev. Bras. Enferm [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 05];73(Suppl 6):e20190627. Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0627.
30. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. [Updated 2021 Jan 4]. In: StatPearls [serial on the Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
31. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, et al. Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. Ciênc. Saúde Colet. [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 02];25(1):147-158. Doi: 10.1590/1413-81232020251.28622019
32. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem [serial on the Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019 [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
33. Friganovic A, Režić S, Kurtović B, et al. Nurses' perception of implicit nursing care rationing in Croatia—A cross-sectional multicentre study. J Nurs Manag. [serial on the Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 22];28(8):2230-2239. Doi: 10.1111/jonm.13002

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: JVS; MMM; LT; OR; MIR; MFC.

Metodologia: JVS; MMM; LT; OR.

Validação: JVS; MMM; LT; OR; MIR; MFC.

Análise formal: JVS; MMM; LT; OR.

Investigação: JVS; MMM; LT; OR.

Tratamento de dados: JVS; MMM; LT; OR.

Preparação do rascunho original: JVS; MMM; LT; OR.

Redação e edição: JVS; MMM; LT; OR; MIR; MFC.

Revisão: JVS; MMM; LT; OR; MIR; MFC.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Não se aplica.

Declaração de consentimento informado:

Não se aplica.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

CONTRIBUTOS DA TELERREABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA EM PANDEMIA. UMA REFLEXÃO

CONTRIBUTIONS OF RESPIRATORY REHABILITATION TO CLINICAL PRACTICE IN A PANDEMIC. A REFLECTION

CONTRIBUCIONES DE LA TELEREHABILITACIÓN RESPIRATORIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PANDEMIA. UNA REFLEXIÓN

DOI 10.33194/rper.2021.180; Data de Receção: 2021-06-20; Data de Aceitação: 2021-09-02

Sérgio Vaz¹; Ana Loureiro¹; Andreia Félix²; André Novo³

¹ Serviço de Pneumologia, Unidade de Reabilitação Respiratória, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real; ² Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon; Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa Alto Tâmega; ³ Instituto Politécnico de Bragança; CINTESIS:NursID

Autor correspondente: André Novo, andrenovo@gmail.com

RESUMO

Introdução: A atividade assistencial de reabilitação respiratória foi, na maior parte dos países, interrompida devido à Pandemia por COVID-19. A COVID-19 é uma doença multissistémica que pode evoluir para síndrome de insuficiência respiratória aguda, o que pode conduzir a sequelas graves. Estima-se que as sequelas dos sobreviventes poderão vir a dominar a prática clínica durante os próximos anos.

Objetivo: Identificar os principais contributos para a prática clínica em Pandemia da Telerreabilitação Respiratória.

Metodologia: Metodologia crítico-reflexiva, em que foram integrados contributos dos artigos selecionados.

Desenvolvimento da Reflexão: Iniciar a reabilitação pós-hospitalização de forma precoce, antes que os pacientes desenvolvam incapacidade ventilatória grave ou limitada, é de extrema importância. A reabilitação respiratória é um processo interativo contínuo que requer a monitorização frequente da capacidade funcional do paciente, usada para orientar e ajustar o tratamento e cuidados com base no seu progresso. Tem como objetivos reduzir complicações, minimizar a incapacidade, preservar a funcionalidade, melhorar os sintomas de dispneia, ansiedade, depressão e melhorar a qualidade de vida. A Telessaúde e a Telerreabilitação podem ser ferramentas essenciais na prestação de cuidados a estes pacientes.

Conclusão: A Telessaúde e a Telerreabilitação como ferramentas de prática digital podem ser aliados fundamentais na implementação de programas de reabilitação respiratória, não só em momentos de suspensão de atividade assistencial presencial, mas também de forma a melhorar o acesso a cuidados de saúde diferenciados e a gestão dos recursos de saúde.

DESCRITORES: Doenças Respiratórias; Reabilitação; Infecções por Coronavírus; Continuidade da Assistência ao Paciente; Acesso aos Serviços de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The assistance activity of respiratory rehabilitation was, in most countries, interrupted due to the pandemic caused by COVID-19. COVID-19 is a multisystem disease that can progress to acute respiratory failure syndrome, which can lead to serious sequelae. It is estimated that the survivors' sequelae could dominate clinical practice for years to come.

Objective: To identify the main contributions to clinical practice in Respiratory Telerehabilitation in Pandemic.

Methodology: Critical-reflective methodology, in which contributions from selected articles.

Reflection Development: Starting early the post-hospital rehabilitation, before patients develop severe or limited ventilatory incapacity, is extremely important. Respiratory rehabilitation is an ongoing iterative process that requires frequent monitoring of the patient's functional capacity, used to guide and adjust treatment and care based on their progress. Its objectives are to reduce complications, minimize disability, preserve functionality, improve symptoms of dyspnea, anxiety, depression and improve quality of life. Telehealth and Telerehabilitation can be essential tools in providing care to these people.

Conclusion: Telehealth and Telerehabilitation as digital practice tools can be fundamental allies in the implementation of respiratory rehabilitation programs, not only in times of suspension of in-person care activities, but also in order to improve access to differentiated health care and management of health resources.

DESCRIPTORS: Respiratory Tract Diseases; Rehabilitation; Coronavirus Infections; Continuity of Patient Care; Health Services Accessibility

RESUMEN

Introducción: La actividad asistencial de rehabilitación respiratoria se vio, en la mayoría de los países, interrumpida debido a la pandemia provocada por COVID-19. COVID-19 es una enfermedad multisistémica que puede progresar a un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, lo que puede dar lugar a secuelas graves. Se estima que las secuelas de los supervivientes podrían llegar a dominar la práctica clínica durante los próximos años.

Objetivo: Identificar los principales aportes a la práctica clínica en la Pandemia de Telerehabilitación Respiratoria.

Metodología: Metodología crítico-reflexiva, en la que se integraron aportes de artículos seleccionados.

Desarrollo de la reflexión: Es extremadamente importante comenzar la rehabilitación poshospitalaria tempranamente, antes de que los pacientes desarrollen una incapacidad respiratoria grave o limitada. La rehabilitación respiratoria es un proceso iterativo continuo que requiere un control frecuente de la capacidad funcional del paciente, que se utiliza para guiar y ajustar el tratamiento y la atención en función de su progreso. Sus objetivos son reducir las complicaciones, minimizar la discapacidad, preservar la funcionalidad, mejorar los síntomas de disnea, ansiedad, depresión y mejorar la calidad de vida. La telesalud y la telerehabilitación pueden ser herramientas esenciales para brindar atención a estas personas.

Conclusión: Telesalud y Telerrehabilitación como herramientas de práctica digital pueden ser aliados fundamentales en la implementación de programas de rehabilitación respiratoria, no solo en tiempos de suspensión de las actividades de atención presencial, sino también para mejorar el acceso a la atención diferenciada de salud y la gestión de los recursos de salud.

DESCRIPTORES: Enfermedades Respiratorias; Rehabilitación; Infecciones por Coronavirus; Continuidad de la Atención al Paciente; Accesibilidad a los Servicios de Salud

INTRODUÇÃO

Provocada pelo novo coronavírus Sars-cov-2, a pandemia de covid-19 abalou os sistemas de saúde em todo o mundo, afetando pacientes e profissionais de saúde. Dado o leque de limitações funcionais verificadas nos pacientes afetados pela doença, é muito provável que uma larga proporção tenha necessidade de intervenções de reabilitação durante e após a hospitalização⁽¹⁾. Na maioria dos países, a atividade assistencial de reabilitação respiratória foi reduzida ou mesmo interrompida⁽¹⁾, pelo que a necessidade de mobilização de recursos para criar e/ou expandir a oferta de reabilitação respiratória, constitui uma prioridade e um desafio para os profissionais e sistemas de saúde.

Por forma a garantir um ambiente de reabilitação seguro e uma monitorização funcional adequada, impõe-se reinventar o modelo de assistência atual e de implementar soluções organizacionais inovadoras que continuem a potenciar a rentabilidade do investimento na reabilitação respiratória.

A Telerreabilitação revela-se como um promissor e oportuno modelo de assistência. Oferece um meio alternativo para fornecer reabilitação e representa uma oportunidade para que profissionais e pacientes ultrapassem dificuldades de acesso, mantendo o distanciamento e reduzindo o risco de contágio^(2,3).

O objetivo deste artigo é identificar os principais contributos para a prática clínica em Pandemia da Telerreabilitação Respiratória.

METODOLOGIA

O presente artigo seguiu a metodologia crítico-reflexiva. Foi realizada uma pesquisa na base de dados Pubmed e foram identificados 14 artigos, dos quais foi efetuada inicialmente uma leitura dos resumos, seguindo-se uma leitura flutuante para identificar as principais intervenções, seguindo-se uma análise crítica do confronto das propostas dos vários autores, no sentido da concordância e diferenciação de cada um. Desta forma, é feita uma reflexão crítica da principal evidência e sobre os principais contributos para a prática clínica em Pandemia da Telerreabilitação Respiratória.

DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO

COVID-19 enquanto doença multissistémica

Embora geralmente se apresente como uma infeção respiratória, sabe-se que a COVID-19 é uma doença multissistémica com um amplo espectro clínico de manifestações que podem persistir após a alta hospitalar⁽⁴⁾.

Evidências de epidemias anteriores como o Síndrome respiratória aguda grave (SARS) e o Síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS) mostram o desenvolvimento de limitações físicas, mentais e sociais persistentes (Quadro 1) provocadas por comprometimento respiratório e descondicionamento físico, que podem persistir durante pelo menos um ano após a doença e ter um impacto substancial na capacidade de exercício e qualidade de vida dos pacientes⁽⁵⁾.

Quadro 1 – Sequelas pós-COVID-19

Sequelas pós COVID-19
Respiratórias
Dispneia persistente Dessaturação persistente Fibrose pulmonar Embolia pulmonar
Músculo-esqueléticas
Dor e Fadiga Miopatia Diminuição da força e massa muscular Capacidade de exercício reduzida Fraqueza muscular inspiratória Limitação nas AVD's
Cognitivas
Deficits de memória Confusão Problemas executivos Ansiedade, depressão e stress pós-traumático

O devastador impacto da COVID-19 está destinado a prevalecer além do seu momento presente, pelo que as consequências na saúde e nos custos económicos pelo deficit de assistência e as sequelas a longo prazo serão altamente penalizadoras, de forma complexa e global, envolvendo a pessoa, a sociedade, o sistema social, de saúde e económico⁽⁶⁾. Tal facto, enfatiza a necessidade de reabilitação pós infeção.

Processo de Reabilitação

Como a extensão das sequelas e efeitos a longo prazo não são completamente conhecidos e pela escassez de estudos até à data, a Organização Mundial da Saúde e várias sociedades científicas internacionais não possuem diretrizes baseadas em evidências específicas sobre a reabilitação respiratória pós-COVID-19⁽⁷⁾. As evidências apresentadas na literatura são baseadas na definição de reabilitação respiratória e sua eficácia noutras doenças pulmonares crónicas, em evidências advindas dos pacientes com SARS e no consenso de especialistas com experiência em pacientes com COVID-19 (evidências indiretas e observações clínicas não sistemáticas)^(1,7).

Atualmente também não consenso para o momento ideal de início da reabilitação respiratória (RR) e os preditores de recuperação são desconhecidos. No entanto, iniciar a reabilitação pós-hospitalização de forma precoce, antes que os pacientes desenvolvam incapacidade ventilatória grave ou limitada, é de extrema importância⁽²⁾.

A RR é um processo interativo contínuo que requer a monitorização frequente da capacidade funcional do paciente, usada para orientar e ajustar o tratamento e cuidados com base no seu progresso⁽⁵⁾. Tem como objetivos reduzir complicações, minimizar a incapacidade, preservar a funcionalidade, melhorar os sintomas de dispneia, tosse, ansiedade, depressão e melhorar a qualidade de vida^(8,9).

As estratégias de RR podem não ser semelhantes para todos os afetados pela COVID-19, mas podem variar dependendo da extensão da lesão pulmonar e da função cardíaca⁽⁹⁾. A literatura demonstrou os benefícios da RR em

termos de melhorias na capacidade de exercício e qualidade de vida em adultos após pneumonia por influenza A (H1N1)⁽⁴⁾, assumindo-se que seja igualmente benéfica e segura nas sequelas provocadas por COVID-19⁽⁹⁾.

As equipas de saúde devem propor um plano de reabilitação individualizado com base na avaliação direta do impacto da COVID-19 nos sistemas cardiorrespiratório, neuromuscular e comorbilidades associadas⁽⁴⁾. Os resultados dessas avaliações giram em torno da capacidade aeróbia do paciente, força muscular, equilíbrio e flexibilidade para formular uma prescrição de reabilitação individualizada e progressiva⁽⁴⁾ (Quadro 2).

Quadro 2 – Recomendações pré e pós alta⁽⁴⁾

Recomendações pré e pós alta
Pré-alta
Avaliação das necessidades de oxigénio em repouso e durante o esforço (++)
Pós-alta
Reavaliação da necessidade de oxigénio suplementar (++); Realizar atividades diárias regulares nas primeiras 6-8 semanas (++); Realizar exercício físico de baixa/moderada intensidade em casa nas primeiras 6-8 semanas (+); Avaliação da funcionalidade física e emocional em 6-8 semanas (++); Avaliação da capacidade de exercício em 6-8 semanas (++); Iniciar um programa de reabilitação em 6-8 semanas (++); Se perda de massa muscular e/ou função dos membros inferiores, devem receber um programa de fortalecimento muscular em 6-8 semanas (++); Reavaliação das medidas de resultado (e.g.: 3, 6 e 12 meses após a alta) (++); Avaliação e gestão da dispneia, fadiga, tosse pós-viral e ansiedade.

(+) recomendação condicional; (++) forte recomendação

Gattinoni e colaboradores⁽¹⁰⁾ propuseram uma classificação com dois fenótipos. O fenótipo “L” ou “baixo” é caracterizado pela baixa complacência, baixa relação ventilação/perfusão (V/Q) e baixa capacidade de recrutamento pulmonar. Por outro lado, o fenótipo “H” ou “alto” apresenta alta complacência, alto shunt e alto recrutamento pulmonar⁽¹⁰⁾. As sequelas deixadas no sistema respiratório estão diretamente relacionadas aos fenótipos apresentados e, dependendo do grau dessas lesões, as estratégias de reabilitação podem ser direcionadas. Diferenciar os pacientes de acordo com seus respetivos fenótipos, pode melhorar a tomada de decisão no tratamento e na reabilitação individualizada⁽¹¹⁾. O paciente que desenvolve o fenótipo “alto” apresenta maiores complicações pulmonares, desenvolve fraqueza muscular periférica, tem maior redução da capacidade funcional e experiencia maior fadiga. Portanto, pacientes com essas características necessitarão de um acompanhamento prolongado de reabilitação para facilitar o treino muscular e a recuperação funcional. Para este grupo de pacientes, França e colaboradores⁽¹¹⁾ referem que o protocolo deve incluir exercícios de expansão pulmonar (dependendo da avaliação da função pulmonar), treino muscular respiratório com carga inspiratória isocinética, exercícios aeróbios, exercícios de fortalecimento muscular e estimulação elétrica neuromuscular para melhorar a capacidade funcional e a recuperação da força muscular. Os outros fenótipos parecem apresentar menor impacto na função pulmonar e maior envolvimento no sistema cardiovascular⁽¹¹⁾. De forma genérica, os pacientes pós-COVID-19 beneficiam de programas de reabilitação respiratória que devem ser conduzidos com exercícios aeróbios, de fortalecimento muscular para membros superiores e inferiores, treino dos músculos respiratórios, exercícios respiratórios e de expansão pulmonar⁽¹¹⁾.

Embora o treino de exercício de intensidade moderada seja seguro e viável em sobreviventes de doença crítica, a segurança do exercício de alta intensidade nos pacientes em recuperação de COVID-19 é desconhecida⁽⁴⁾. Nas primeiras 6 a 8 semanas após a alta hospitalar exercícios de baixa intensidade (≤ 3 METs ou equivalente) devem ser considerados se uma avaliação de dessaturação por esforço não for realizada⁽⁴⁾. A progressão da intensidade e duração dos exercícios pode ser aumentada gradualmente de acordo com os sintomas⁽¹⁾.

Telessaúde

O uso da Telessaúde tem sido crescente e o seu sucesso está amplamente descrito. O termo Telessaúde descreve a prestação de cuidados de saúde à distância usando fontes de tecnologia da informação e comunicação (TIC) e inclui todas as profissões de saúde⁽¹²⁾.

A Telessaúde oferece uma oportunidade para melhorar a eficiência, acesso e entrega dos cuidados de saúde e tem demonstrado ser uma alternativa viável e eficaz para a continuidade de cuidados de indivíduos que não têm acesso a serviços de saúde presenciais, especialmente em pacientes com necessidades de reabilitação em ambulatório⁽¹²⁾.

A Pandemia COVID-19 levou os serviços de saúde a expandirem rapidamente a Telessaúde a qual não deve ser considerada uma solução temporária, mas sim uma alternativa sustentável para a prestação segura de cuidados de saúde⁽¹²⁾. O campo da reabilitação deve ser proactivo ao invés de reativo e alavancar a Telessaúde como alternativa estratégica para fornecer serviços que diminuam os impactos do distanciamento social através da promoção de cuidados centrados no paciente com ênfase na comunicação e literacia em saúde⁽³⁾.

Telerreabilitação

A Telerreabilitação é definida como a prestação de serviços de reabilitação por meio de tecnologias de informação e comunicação. Clinicamente, este termo abrange uma gama de serviços que incluem avaliação, monitorização, supervisão, prevenção, intervenção, consulta, educação e aconselhamento⁽⁵⁾.

A atual situação pandémica amplia os desafios e oportunidades na prática digital para os profissionais de saúde de forma a facilitar e melhorar o acesso a cuidados, informações e gestão dos recursos de saúde⁽³⁾. A comunidade científica afirma que a mesma cria a necessidade e oportunidade para se adaptarem e melhorarem os modelos atuais de reabilitação respiratória, de forma a responder às novas solicitações e acomodar as medidas de distanciamento social. Há reconhecimento da eficácia das atuais vias de reabilitação e atenção holística e um desejo de se construir na orientação dos modelos de reabilitação estabelecidos⁽⁸⁾.

A literatura elenca benefícios ao modelo de Telerreabilitação. Este modelo permite a mudança do locus de controlo do profissional para o paciente e pode melhorar a educação, autogestão, os resultados e satisfação dos pacientes, bem como fortalecer a aliança paciente-profissional de saúde. Em vez de depender da interação física, a sessão remota fornece um ambiente de tratamento focado, sem distração externa e promove a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde⁽¹³⁾.

A Telerreabilitação promove uma abordagem de gestão ativa envolvendo o uso de educação do paciente, treino de exercício, mudanças comportamentais e de estilo de vida; este método transfere uma maior responsabilização, componente ativa e preponderante para o sucesso da intervenção, tornando o paciente responsável pelo seu processo de reabilitação. Seguindo um plano de tratamento de automonitorização e autogestão, o paciente é um participante ativo no processo de recuperação e desenvolve maior controlo na gestão da sua condição de saúde⁽¹⁴⁾. Os fatores que encorajam a autogestão incluem uma estrutura de tratamento orientada para o paciente, o fornecimento de ferramentas e o ambiente domiciliar, que atua como o ambiente de terapia, sendo que cada um desses mecanismos contribui para um maior senso de responsabilidade ativa e fornece ao paciente a capacidade de completar tarefas e atingir objetivos individuais⁽¹⁴⁾.

A literatura evidencia pontos fortes e fracos na adoção de um sistema de Telerreabilitação, os quais expomos na seguinte análise SWOT (Quadro 3).

CONCLUSÃO

No atual cenário de Pandemia, seja por status pós-infeção, seja por sedentarismo durante o período de confinamento, os pacientes com patologia respiratória crónica sofrem de redução da resistência cardiorrespiratória e comprometimento da qualidade de vida.

A reabilitação respiratória tem um objetivo importante a desempenhar na promoção da recuperação e na melhoria da reintegração na comunidade, aumentando a autonomia e qualidade de vida relacionada com a saúde. A incorporação efetiva da reabilitação respiratória na gestão da doença e na rotina de vida diária, pode trazer benefícios de longo prazo tanto para o paciente e sua família como para os prestadores de cuidados de saúde.

As ameaças e desafios impostos pela Pandemia COVID-19 colocam a oportunidade para reorganizar e melhorar a oferta de cuidados de reabilitação. A preparação oportuna e o planeamento cuidadoso podem ajudar a limitar impactos futuros que surjam dessa situação sem precedentes.

Deve haver motivação, nestes tempos de crise, para considerar a implementação de novas tecnologias e modalidades de tratamento para ajudar a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e para proteger os profissionais de saúde. As instituições de saúde devem ter capacidade e flexibilidade para responder com o maior conhecimento de saúde disponível às necessidades de todos os pacientes, nos locais mais adequados e com a tecnologia mais atual.

No cenário de uma recorrência de Pandemia, um plano de tratamento domiciliar parece ser uma opção viável para preencher a lacuna de uma suspensão temporária dos cuidados baseados nos centros tradicionais. A preparação para futuras Pandemias é uma resposta essencial e, a longo prazo, poderá maximizar a capacidade de resposta aos desafios futuros da prestação de serviços de reabilitação no nosso sistema de saúde.

A Telessaúde e Telerreabilitação em específico, têm sido defendidas como uma alternativa viável à intervenção presencial tradicional. A nível mundial, a Telessaúde tem sido a única opção para que os pacientes recebam os tratamentos e cuidados de reabilitação e a rápida adoção por diversas instituições em resposta às rígidas políticas de distanciamento social associadas à COVID-19, eliminou muitas das barreiras tradicionais à sua implementação. É

expectável que a experiência acumulada com a Telessaúde, tanto por profissionais como por pacientes, certamente mude a visão sobre este método de prestação de serviços e impulsione a sua expansão.

Quadro 3 – Análise SWOT do modelo de Telerreabilitação

	Forças	Fraquezas
Fatores internos	Deteção precoce e gestão rápida de necessidades de reabilitação; Acesso imediato aos cuidados de reabilitação adequados e contínuos; Avaliação com base num conjunto mínimo de ferramentas e projeto de reabilitação individualizado; Fornecimento de tratamento e cuidados supervisionados por profissionais experientes; Tratamento adequado e continuidade dos cuidados; Adaptação da intensidade, frequência e duração dos programas de reabilitação de acordo com as necessidades dos pacientes; Aumento da independência e controlo na gestão dos problemas de saúde pelo fácil acesso a recursos de automonitorização e autogestão on-line; Monitorização dos sinais vitais, progressos, fornecimento de feedback e supervisão contínua; Avaliação do desempenho e eficácia dos cuidados, ensinos e tratamentos; Conhecimento da doença, sua incidência e história clínica; Aumento da motivação do paciente pela intervenção num ambiente doméstico; Redução das limitações na fase pós COVID-19.	Dificuldade dos pacientes para terem em casa ferramentas de TIC e experiência para os usar; Problemas de acesso limitado à banda larga em áreas remotas, rurais e mau funcionamento técnico; Perda do contato físico humano (interação face a face); Ausência de envolvimento de um cuidador motivado no caso de pacientes com limitações moderadas; Falta de profissionais com treino específico em Telerreabilitação; Necessidade treino técnico e de comunicação para os profissionais de saúde; Inadequada para determinados grupos de pacientes: comprometimento cognitivo; cegueira; surdez; hipertensão pulmonar grave; doença cardiovascular instável; distúrbio convulsivo não controlado; equilíbrio ou controlo vestibular e sensorial deficiente; problemas de comunicação.
	Oportunidades	Riscos/ameaças
Fatores externos	Melhoria do acesso a cuidados de reabilitação, informações e gestão de recursos de saúde; Superação de barreiras geográficas para indivíduos que residem em áreas remotas ou em comunidades rurais; Melhoria da adequação da reabilitação domiciliar; Diminuição do tempo e custos com deslocações a consultas/tratamentos; Aumento da flexibilidade de agendamento nos horários que melhor convier aos pacientes; Recuperação da independência nos domínios funcional, psicológico e social; Melhorias nos resultados de saúde e qualidade de vida e um retorno precoce ao trabalho; Capacitação dos pacientes e seus familiares; Manutenção do seguimento dos pacientes; Expandir as capacidades profissionais dos membros da equipa de reabilitação; Aumento do uso eficiente dos recursos públicos; Redução de taxas de hospitalização e prevenção de readmissões; Redução de custos para os sistemas de saúde; Desenvolvimento de tecnologia inovadora, como a Telerreabilitação, com potencial aplicação no futuro; Diminuição do risco de infeção cruzada (SARS-CoV2); Uso do modelo de rede para outras áreas de reabilitação no final da Pandemia COVID-19.	Hospitalizações para reabilitação desnecessárias; Reabilitação ambulatorial ou domiciliar inadequada; Dificuldade em reconverter a rede para outras áreas de reabilitação após a fase pandémica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vitacca M, Lazzeri M, Guffanti E, Frigerio P, D'Arosca F, Gianola S, et al. Italian suggestions for pulmonary rehabilitation in COVID-19

- patients recovering from acute respiratory failure: results of a Delphi process. *Monaldi Arch chest Dis = Arch Monaldi per le Mal del torace*. 2020 Jun;90(2). Available from: <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1444>
2. Salawu A, Green A, Crooks M, Brixey N, Ross D, Sivan M. A Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of COVID-19 Survivors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul;17(13):4890. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134890>
 3. Sánchez A, Fragoso A., Álvarez J, Hernández M, Moriano A, López B. Effectiveness of Virtual Reality Systems to Improve the Activities of Daily Life in Older People. *Int J Environ Res Public Heal*. 2020;(17):6283.
 4. Zhonghua, Jie, He, He, Hu, Xi, et al. [Recommendations for respiratory rehabilitation of coronavirus disease 2019 in adult]. *Chinese J Tuberc Respir Dis*. 2020 Apr;43(4):308-14. Available from: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206>
 5. Kim J, Heo J, Kim H, Song S, Park S, Park T, et al. Neurological Complications during Treatment of Middle East Respiratory Syndrome. *J Clin Neurol*. 2017 Jul;13(3):227-33. Available from: <https://doi.org/10.3988/jcn.2017.13.3.227>
 6. Hanlon P, Daines L, Campbell C, McKinsty B, Weller D, Pinnock H. Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. *J Med Internet Res*. 2017 May;19(5):e172. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.6688>
 7. Stam H, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *J Rehabil Med*. 2020 Apr;52(4):jrm00044. Available from: <https://doi.org/10.2340/16501977-2677>
 8. Barker-Davies R, O'Sullivan O, Senaratne K, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med*. 2020 Aug;54(16):949 LP - 959. Available from: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>
 9. Yang L, Yang T. Pulmonary rehabilitation for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Chronic Dis Transl Med*. 2020 Jun;6(2):79-86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2020.05.002>
 10. Siddiq M, Rathore F, Clegg D, Rasker J. Pulmonary Rehabilitation in COVID-19 patients: A scoping review of current practice and its application during the pandemic. *Turkish J Phys Med Rehabil*. 2020 Nov;66(4):480-94. Available from: <https://doi.org/10.5606/tftrd.2020.6889>
 11. Wang T, Chau B, Lui M, Lam G, Lin N, Humbert S. Physical Medicine and Rehabilitation and Pulmonary Rehabilitation for COVID-19. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020 Sep;99(9):769-74. Available from: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001505>
 12. Olivo C, Miyaji E, Oliveira M, Almeida F, Lourenço J, Abreu R, et al. Aerobic exercise attenuates pulmonary inflammation induced by *Streptococcus pneumoniae*. *J Appl Physiol*. 2014 Nov;117(9):998-1007. Available from: <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00290.2014>
 13. Devan H, Hale L, Hempel D, Saïpe B, Perry M. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*. 2018 May;98(5):381-97. Available from: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy029>
 14. Horler C, Hebron C, Martyn K. Personalizing education: The clinical reasoning processes of physiotherapists using education for the treatment of people with chronic low back pain. *Physiother Theory Pract*. 2020 May;1-10. Available from: <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1765437>
- ...

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição dos autores:

Conceptualização: SV, AN

Metodologia: SV; AL

Análise formal: SV, AL, AF, AN

Investigação: SV, AL

Preparação do rascunho original: SV, AN

Redação e edição: AL, AF, AN

Revisão: AL, AF

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Não se aplica.

Declaração de consentimento informado:

Não se aplica

Agradecimentos:

Os autores agradecem a todos os que têm colaborado e permitido continuar a investigar nesta área

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

CONTRIBUTION OF REHABILITATION NURSING IN INTENSIVE CARE UNITS

CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

DOI 10.33194/rper.2021.158; Data de receção: 2021-04-13; Data de aceitação: 2021-09-07

Virgínia Maria Pereira Prazeres^{1,2}; Catarina Dias Ribeiro²; Goreti Filipa Santos Marques²

¹ Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal; ² Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal

Autor correspondente: Virgínia Maria Pereira Prazeres, virginia_prazeres@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Atualmente, reconhece-se que tão importante quanto sobreviver à doença crítica, é viver com qualidade, dignidade e pleno exercício da cidadania, após a alta dos cuidados intensivos. Este reconhecimento, coloca um foco importante no papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos: Refletir sobre o contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Principais tópicos em análise: as complicações decorrentes do internamento em cuidados intensivos; o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos; critérios de segurança para a reabilitação precoce; e as barreiras e fatores facilitadores na reabilitação precoce nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Conclusão: a presença dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, de modo consistente e sustentado, é imperativa. As suas intervenções, baseadas na melhor evidência disponível e atentas à segurança da pessoa em situação crítica, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que acarreta benefícios quer para a pessoa doente/família quer para as instituições hospitalares.

DESCRIPTORES: Enfermagem em Reabilitação; Unidades de Cuidados Intensivos; Estado crítico; Mobilização precoce

ABSTRACT

Introduction: Currently, it is recognized that as important as surviving critical illness, is to live with quality, dignity and full exercise of citizenship, after discharge from intensive care. This recognition places an important focus on the role of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in Intensive Care Units.

Objectives: To reflect on the contribution of Rehabilitation Nursing in Intensive Care Units.

Main topics under analysis: complications resulting from hospitalization in intensive care; the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in Intensive Care Units; safety criteria for early rehabilitation; and barriers and facilitating factors in early rehabilitation in Intensive Care Units.

Conclusion: the presence of Specialists Nurses in Rehabilitation Nursing in Intensive Care Units, in a consistent and sustained manner, is imperative. Their interventions, based on the best available evidence and attentive to the safety of the person in critical situation, can contribute to the improvement of the quality of care provided, which brings benefits both for the sick person/family and for hospital institutions.

DESCRIPTORS: Rehabilitation Nursing; Intensive Care Units; Critical Illness; Early Mobilization

RESUMEN

Introducción: Actualmente, se reconoce que tan importante como sobrevivir a una enfermedad crítica es vivir con calidad, dignidad y pleno ejercicio de la ciudadanía, luego del alta de cuidados intensivos. Este reconocimiento pone un foco importante en el rol de la Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación en Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos: Reflexionar sobre la contribución de la Enfermería de Rehabilitación en Unidades de Cuidados Intensivos.

Principales temas en análisis: complicaciones derivadas de la hospitalización en cuidados intensivos; la Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación en Unidades de Cuidados Intensivos; criterios de seguridad para la rehabilitación temprana; y barreras y factores facilitadores de la rehabilitación temprana en Unidades de Cuidados Intensivos.

Conclusión: Es imperativa la presencia de Enfermeros Especialistas en Enfermería de Rehabilitación en las Unidades de Cuidados Intensivos, de manera consistente y sostenida. Sus intervenciones, basadas en la mejor evidencia disponible y atentas a la seguridad de la persona en situación crítica, puede contribuir a mejorar la calidad de la atención brindada, lo que trae beneficios tanto al enfermo/familia como a las instituciones hospitalarias.

DESCRIPTORES: Enfermería en Rehabilitación; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermedad Crítica; Movilización Precoc

INTRODUÇÃO

Atualmente, assistimos a um envelhecimento populacional que simultaneamente com a expansão das chamadas doenças da civilização, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, tem resultado num aumento das necessidades de cuidados intensivos. Algumas estimativas, colocam esse aumento nos 160%, na próxima década ⁽¹⁾.

Por conseguinte, a pandemia por COVID-19 veio aumentar ainda mais as necessidades de cuidados intensivos, bem como impor uma reorganização dos serviços de medicina intensiva, por forma a dar resposta à doença, proporcionar os melhores cuidados às pessoas doentes e, concomitantemente, garantir a segurança dos profissionais de saúde ⁽²⁾.

Os avanços nos cuidados intensivos, permitiram que cada vez mais pessoas sobrevivessem às situações críticas. Todavia, o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pode acarretar um conjunto de complicações, ao qual a *Society of Critical Care Medicine* denominou de *Post-Intensive Care Syndrome* (PICS), que se traduz em sequelas físicas, funcionais, cognitivas e mentais ⁽³⁾.

Acresce ainda, a fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos, denominada internacionalmente de *Intensive Care Unit-Acquired Weakness* (ICUAW), que contribui substancialmente para a incapacidade a longo prazo dos sobreviventes ⁽⁴⁾.

Nas últimas duas décadas, o aumento da sobrevida após a alta da UCI, resultou numa maior consciencialização acerca da ICUAW, enquanto fator contribuinte para a PICS, pelo reconhecimento de que as pessoas que sobreviviam às situações críticas, poderiam sair dos cuidados intensivos com elevado descondicionamento ⁽⁵⁾.

Neste sentido, vários estudos indicam que é essencial a implementação de medidas que visem aumentar a mobilidade da pessoa em situação crítica, contribuindo para a alteração do risco de desenvolvimento das sequelas físicas e funcionais que se relacionam com a perda de força muscular que origina a ICUAW ^(6,7).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), encontram-se presentes na maioria das UCI portuguesas, uma situação sem paralelo a nível internacional ⁽⁸⁾. Estes profissionais diferenciados, intervêm sobretudo ao nível das funções neurológica, cardíaca, respiratória e ortopédica, enquadrando-se naquelas que serão as necessidades de cuidados de reabilitação da população de cuidados intensivos ^(9,10).

É neste enquadramento, que se considerou pertinente refletir acerca do contributo da reabilitação na população de cuidados intensivos. A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos próprios, permitindo ajudar as pessoas acometidas por doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência ⁽⁹⁾. Ainda que a Enfermagem de Reabilitação seja uma especialidade existente em poucos países do mundo ⁽⁸⁾, o EEER é parte integrante desta equipa multidisciplinar e deste modo, tomou-se por base as suas competências específicas e as publicações que contemplassem esta temática.

Para a concretização deste estudo, realizou-se uma revisão da literatura, com recurso a duas bases de dados de referência em saúde, a EBSCO e a PubMed, incluindo artigos publicados no período de 2011 a 2021. Adicionalmente, foram consultados outros estudos, bem como documentos reguladores da prática profissional dos enfermeiros e do ministério da saúde português.

DESENVOLVIMENTO

Ainda que na última metade do século os resultados a curto prazo das pessoas internadas em UCI tenham melhorado substancialmente, cada vez mais se reconhece que muitos sobreviventes de cuidados intensivos experimentam declínios físicos e cognitivos que persistem após a alta hospitalar ⁽³⁾.

Uma das grandes preocupações que urge relativamente à população de cuidados intensivos concerne à imobilidade a que as pessoas estão sujeitas. Efetivamente, as complicações resultantes do internamento em UCI, causam impacto negativo na saúde e produtividade tanto dos sobreviventes como dos cuidadores ⁽³⁾. A pessoa que desenvolve PICS, pode apresentar: problemas físicos, nomeadamente alteração da força muscular, disfagia, caquexia ou emagrecimento, disfunção orgânica, dor crónica e disfunção sexual; problemas de saúde mental como a depressão, a ansiedade ou stress pós-traumático; e ainda deficiências cognitivas ou delirium ^(3,11). Adicionalmente, as sequelas psiquiátricas que incluem a ansiedade, depressão e stress pós-traumático são prevalentes tanto nos sobreviventes de cuidados intensivos, como nos seus familiares, aplicando-se o termo PICS-F ⁽³⁾.

Por outro lado, salienta-se a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), uma técnica terapêutica que visa a estabilização da pessoa em situação crítica, aplicada frequentemente nas UCI. As pessoas sujeitas a VMI, apresentam igualmente um risco aumentado de desenvolver complicações físicas e psicológicas, sobretudo quando o desmame ventilatório é prolongado, bem como apresentam maior morbilidade e mortalidade ⁽¹²⁾. Essas complicações incluem a ICUAW, delirium e perda da função física, que pode persistir por longos períodos após a alta da UCI e do hospital ⁽¹²⁾. Assim, a necessidade de intubação endotraqueal e VMI, a inflamação sistémica e a imobilidade, são fatores que contribuem para o desenvolvimento das complicações mencionadas ⁽¹²⁾.

Quando se avaliam os resultados em saúde, as sequelas resultantes do internamento em UCI são motivo de preocupação, tendo vindo a ser investigada a morbilidade física e o seu impacto na diminuição das capacidades funcionais, no sentido de se encontrarem intervenções eficazes na prevenção e redução deste problema ⁽⁶⁾.

Projetado para melhorar os *outcomes* dos clientes em cuidados intensivos, o feixe de intervenções ABCDEF representa: *Assess, prevent and manage pain; Both spontaneous awakening trials and spontaneous breathing trials; Choice of sedation and analgesia; Delirium: assess, prevent and manage; Early mobility and exercise; and Family engagement and empowerment*⁽⁷⁾. Este feixe, pode ser implementado nas UCI atuais, acordando as pessoas diariamente, monitorizando a sua respiração e avaliando a possibilidade de iniciar o desmame ventilatório, avaliando diariamente o delirium e coordenando os cuidados entre as disciplinas ⁽⁵⁾. Assim, reduzir ou suspender a sedação é fundamental para melhorar a mobilidade, pois aumentar a mobilidade da pessoa requer que ela esteja alerta e interativa e não sedada, motivo pelo qual a adesão ao feixe ABCDEF pode ser útil para facilitar essa transição ⁽⁵⁾.

A mobilização precoce é um elemento do feixe de intervenções supramencionado e, efetivamente, existe evidência de que programas estruturados e individualizados podem facilitar a recuperação da pessoa em situação crítica, melhorar o status da mobilidade e produzir ganhos na força muscular e no desempenho de algumas atividades de vida diária e inerentes ao autocuidado ⁽⁶⁾.

A reabilitação física iniciada precocemente nos cuidados intensivos, tem sido uma área ativa de pesquisa e a mobilização precoce da pessoa em situação crítica, surge como forma de minimizar os efeitos deletérios a nível funcional ⁽⁶⁾. A implementação da reabilitação precoce na pessoa submetida a VMI, é segura, viável e benéfica para a função física e psicológica, bem como auxilia no processo de desmame ventilatório ⁽¹²⁾.

Porém, ainda que haja uma base de evidências e um impulso para a sua implementação, a sua aceitação nas UCI tem sido inconsistente ⁽¹³⁾.

Preocupações quanto à tolerância e segurança da pessoa em situação crítica, têm sido indicadas como uma barreira para a implementação da reabilitação precoce nas UCI ⁽¹³⁾. Deste modo, perante a grave condição clínica das pessoas, torna-se necessário que o EEER atente a critérios de segurança para uma mobilização segura e com um risco mínimo de ocorrência de eventos adversos. Assim, de modo a auxiliar na avaliação da pessoa e determinar quando a mobilização poderia iniciar, existem recomendações de consenso de peritos, bem como protocolos de mobilização precoce e estruturada, que devem ser utilizados sempre em conjunto com o raciocínio, contribuindo para a tomada de decisão do EEER ^(14,15).

Assim, o EEER, tendo em conta o alvo e o contexto da sua intervenção, como é o caso da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos, necessita de incorporar os resultados da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência ⁽⁹⁾.

Peritos multidisciplinares em UCI de vários países (Austrália, EUA, Nova Zelândia e Finlândia) efetuaram uma revisão sistemática seguida de reunião para procurar consenso quanto à mobilização segura de pessoas sob VMI, com o objetivo de desenvolver recomendações de consenso de peritos sobre os critérios de segurança para a sua mobilização ⁽¹⁴⁾. Essas recomendações foram desenvolvidas apenas para a mobilização ativa, não sendo fornecida nenhuma orientação relativamente aos critérios de segurança para mobilização passiva. A mobilização ativa foi definida como qualquer atividade em que a pessoa assiste a atividade usando a sua própria força e controlo muscular, ou seja, a pessoa pode precisar de assistência da equipa ou de equipamento, mas participa ativamente no exercício ⁽¹⁴⁾.

Na tomada de decisão de mobilizar a pessoa em situação crítica, devem ser considerados critérios alicerçados na avaliação do status da pessoa no momento do planeamento da mobilização, nas mudanças das condições bem como nas tendências das horas anteriores. Adicionalmente, as possíveis consequências de um evento adverso devem ser igualmente consideradas como parte do processo geral de raciocínio clínico. Os critérios de segurança desenvolvidos

estão indicados para serem aplicados sempre que a mobilização seja considerada, o que poderá ocorrer várias vezes por dia para uma pessoa individual ⁽¹⁴⁾.

De modo a facilitar a avaliação dos critérios de segurança pelos profissionais da reabilitação, como é o caso do EEER, os peritos concordaram em desenvolver um sistema de semáforo padrão de recomendações, bem como dividiram os critérios de segurança em quatro categorias: considerações respiratórias incluindo status de intubação, parâmetros ventilatórios e necessidade de terapias adjuvantes; considerações cardiovasculares, incluindo a presença de dispositivos, arritmias cardíacas e pressão arterial; considerações neurológicas, incluindo nível de consciência, delírium e pressão intracraniana; e, outras considerações, incluindo linhas e condições cirúrgicas ou médicas ⁽¹⁴⁾.

Por outro lado, no que concerne à dose de drogas vasoativas, e à combinação dessas drogas, que permitam a mobilização segura da pessoa em situação crítica, não houve consenso. No entanto, foi consensual que a administração dessas drogas, por si só, não constituía uma contraindicação absoluta, mas a adequação da mobilização seria influenciada pela dose absoluta, pela alteração da dose (doses crescentes devem indicar necessidade de cautela ou contraindicação) e, independentemente da dose, se a pessoa estaria ou não clinicamente bem perfundida ⁽¹⁴⁾.

A implementação das recomendações de consenso de peritos têm o potencial para maximizar a mobilização precoce da pessoa em situação crítica, bem como minimizar o risco de eventos adversos, melhorando os resultados em termos funcionais que se podem traduzir numa diminuição do tempo de internamento tanto na UCI como no hospital ⁽¹⁴⁾.

De modo a sustentar a tomada de decisão do EEER, protocolos de mobilização precoce e estruturada encontram-se igualmente disponíveis. Num projeto de melhoria de qualidade, no qual foi introduzida a mobilização precoce numa UCI do Reino Unido, McWilliams e colaboradores ⁽¹⁵⁾ definiram que na fase aguda da doença e enquanto a pessoa estava sedada e/ou curarizada, a reabilitação estava restrita a movimentos e posicionamentos passivos diários. Quando perante uma pessoa acordada, iniciaram-se sessões de reabilitação sentada, progredindo para ficar de pé e andar. Foram definidos critérios de exclusão e restrições, bem como estruturado um protocolo de mobilização precoce para apoiar a tomada de decisão dos profissionais da reabilitação. Com efeito, a implementação deste projeto resultou numa melhoria dos níveis de mobilidade aquando da alta dos cuidados intensivos e, concomitantemente, numa redução nos dias de VMI, no tempo de permanência na UCI e no hospital ⁽¹⁵⁾.

Considerando que alguns dos fatores que determinam a decisão clínica são modificáveis, incluindo práticas de sedação, recursos da equipa e preocupações quanto à tolerância e segurança do cliente ⁽¹³⁾, importa igualmente perceber as barreiras e facilitadores para a implementação da reabilitação precoce em UCI. Assim, a identificação sistemática dos presumíveis mecanismos causais e fatores que influenciam a prática clínica, poderá facilitar a implementação da reabilitação precoce em UCI, bem como a mudança de comportamento dos profissionais ⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Ainda que exista uma significativa oportunidade de melhoria e desenvolvimento, a temática da reabilitação da pessoa em situação crítica, tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante na atuação do EEER, como resultado de uma consciencialização cada vez mais visível acerca dos efeitos deletérios do internamento em cuidados intensivos.

Estes efeitos deletérios ou complicações, podem resultar em situações de elevada dependência, prejudicando a qualidade de vida quer dos sobreviventes quer dos familiares, motivos mais que suficientes para que se torne imperativa uma atuação consistente, sustentada e sistematizada do EEER nas UCI.

De forma a melhorar o status físico, funcional, cognitivo, mental e emocional das pessoas que sobrevivem às doenças críticas, minimizando o impacto que o internamento em UCI causa na saúde, produtividade e qualidade de vida destas pessoas, é crucial que o EEER tome decisões centradas no processo de enfermagem e que evidencie um olhar holístico da pessoa e desta problemática.

Assim, no processo de tomada decisão, é importante que o EEER incorpore na sua prática os resultados da investigação, nomeadamente os que indicam os critérios de segurança para a mobilização precoce e segura da população de cuidados intensivos, bem como os protocolos existentes que evidenciam a melhoria dos *outcomes* dessas pessoas.

O EEER, enquanto conhecedor do processo de reabilitação, deverá intervir no sentido de aumentar a mobilidade da pessoa em situação crítica, concomitantemente com programas de reabilitação respiratória, de modo a maximizar o potencial funcional dessas pessoas, prevenir complicações e minimizar incapacidades visando a promoção da autonomia e da independência e, consequentemente a promoção do direito à qualidade de vida, à dignidade e exercício de cidadania dos sobreviventes.

Acresce ainda que os EEER poderão ser agentes de mudança, ao identificarem e consciencializarem-se acerca das barreiras e facilitadores da reabilitação precoce nas UCI, e agirem em conformidade, de modo a eliminar ou minimizar as barreiras identificadas e incorporar na sua prática os aspetos facilitadores.

Deste modo, o presente artigo demonstra-se relevante e atual, enquadrando a importância da enfermagem de reabilitação nas UCI.

Efetivamente, esta temática tem-se tornado cada vez mais pertinente, devido ao progressivo aumento das necessidades de cuidados intensivos que se tem evidenciado, e abrupto face à atual pandemia por covid-19. Face ao exposto, urge a necessidade de atribuir mais valor na formação dos EEER contemplando a presente temática, bem como se torna imperativo integrar estes profissionais diferenciados de forma mais consistente nas UCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Especialidade e de Referência de Medicina Intensiva. [Online] 2017. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>.
2. Mendes JJ, Mergulhão P, Froes F, Paiva JA, Gouveia J. Recommendations from the Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos and Infection & Sepsis Group for intensive care approach to COVID-19. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020 Mar;32(1):2-10. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200002>.
3. Smith S, Rahman O. Post Intensive Care Syndrome. 2020 Jun 25. In: StatPearls [Online]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558964/>.
4. Kramer CL. Intensive Care Unit-Acquired Weakness. *Neurol Clin*. 2017 Nov;35(4):723-736. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2017.06.008>.
5. Dirkes SM, Kozlowski C. Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions. *Crit Care Nurse*. 2019 Jun;39(3):33-42. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2019654>.
6. Azevedo PMDS, Gomes BP. Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015; IV (5): 129-138. Available from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200015.
7. Barnes-Daly MA, Phillips G, Ely EW. Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients. *Crit Care Med*. 2017 Feb;45(2):171-178. doi: [10.1097/CCM.0000000000002149](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002149). PMID: 27861180.
8. Schoeller SD, Martins MM, Ribeiro I, Lima DKS, Padilha MI e Gomes BP. Breve Panorama Mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2019; 1(1), 6-12 [Online] Available from <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>.
9. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 392/19 de 3 de maio. *Diário da República* nº 85, II Série [Online] 2019. Available from <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>.
10. Malone D, Ridgeway K, Nordon-Craft A, Moss P, Schenkman M, Moss M. Physical Therapist Practice in the Intensive Care Unit: Results of a National Survey. *Phys Ther*. 2015 Oct;95(10):1335-44. doi: [10.2522/ptj.20140417](https://doi.org/10.2522/ptj.20140417).
11. Mehlhorn J, Freytag A, Schmidt K, Brunkhorst FM, Graf J, Troitzsch U, Schlattmann P, Wensing M, Gensichen J. Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: a systematic review. *Crit Care Med*. 2014 May;42(5):1263-71. doi: [10.1097/CCM.0000000000000148](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000148).
12. Ntoumenopoulos G. Rehabilitation during mechanical ventilation: Review of the recent literature. *Intensive Crit Care Nurs*. 2015 Jun;31(3):125-32. doi: [10.1016/j.iccn.2015.02.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.02.001).
13. Goddard SL, Lorencatto F, Koo E, Rose L, Fan E, Kho ME, Needham DM, Rubenfeld GD, Francis JJ, Cuthbertson BH. Barriers and facilitators to early rehabilitation in mechanically ventilated patients-a theory-driven interview study. *J Intensive Care*. 2018 Jan 23;6:4. doi: [10.1186/s40560-018-0273-0](https://doi.org/10.1186/s40560-018-0273-0).
14. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE, Bradley S, Berney S, Caruana LR, Elliott D, Green M, Haines K, Higgins AM, Kaukonen KM, Leditschke IA, Nickels MR, Paratz J, Patman S, Skinner EH, Young PJ, Zanni JM, Denehy L, Webb SA. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care*. 2014 Dec 4;18(6):658. doi: [10.1186/s13054-014-0658-y](https://doi.org/10.1186/s13054-014-0658-y).
15. McWilliams D, Weblin J, Atkins G, Bion J, Williams J, Elliott C, Whitehouse T, Snelson C. Enhancing rehabilitation of mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a quality improvement project. *J Crit Care*. 2015 Feb;30(1):13-8. doi: [10.1016/j.jcrc.2014.09.018](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.018).

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: VMPP; CDR; GFSM

Metodologia: VMPP; CDR; GFSM

Validação: VMPP; CDR; GFSM

Análise formal: VMPP; CDR; GFSM

Investigação: VMPP; CDR; GFSM

Tratamento de dados: VMPP; CDR; GFSM

Preparação do rascunho original: VMPP; CDR; GFSM

Redação e edição: VMPP; CDR; GFSM

Revisão: VMPP; CDR; GFSM

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética de xxxx (documento xxx).

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.

