

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

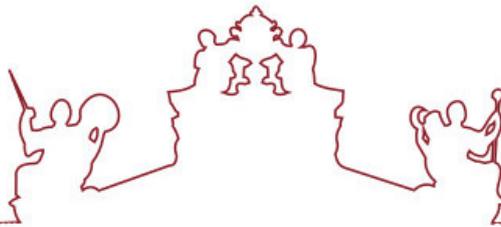
Relatório de Estágio

**Resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de
Reabilitação no peri-operatório de cirurgias de amputação**

Ana Sofia Ferro Roque

Orientador(es) | Maria José Bule

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

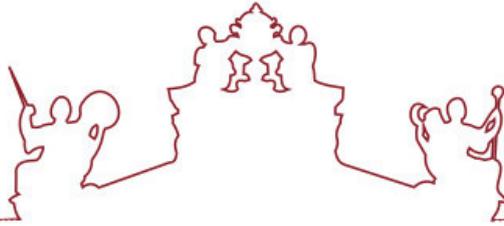
Relatório de Estágio

Resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no peri-operatório de cirurgias de amputação

Ana Sofia Ferro Roque

Orientador(es) | Maria José Bule

Évora 2022



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

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

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria José Bule (Universidade de Évora) (Orientador)

“A coragem não é a ausência de medo, é a persistência apesar do medo”

Autor desconhecido

“Uma pessoa pode não lembrar-se de quem lhe fez um bem, mas jamais esquecerá quem o tenha ajudado a andar”

Maria José Bule

AGRADECIMENTOS

Não posso negar, sonhei algumas vezes com este momento. O momento, em que estaria a escrever esta página, certa, de que se a viesse a escrever, não me faltariam pessoas a quem agradecer, e confirma-se, não faltam mesmo.

Em primeiro lugar, agradecer à minha FAMÍLIA, porque correspondem ao verdadeiro significado de família, mantendo apoio constante e tendo sempre uma palavra de conforto e incentivo: “vai em frente”, “vais conseguir”. Correria o risco de me esquecer de algum elemento, se os começasse aqui a nomear, pelo que não o farei, no entanto, não posso, mesmo, deixar de destacar a minha profunda GRATIDÃO aos MEUS PAIS, pois foram fator decisivo para que hoje pudesse chegar aqui. Obrigada, também...

A Deus, e ao meu Avô João, que lá dos seus lugares privilegiados de vigia, acredito, que caminharam sempre comigo neste percurso.

Aos meus AMIGOS do coração (sabem quem são) que me motivaram sempre a ir em frente.

Às colegas com quem fiz grupo, tanto do tronco comum, como da especialidade, pois com elas tudo se tornou mais fácil.

À minha chefe e enfermeira diretora do HESE, por terem aceitado o estatuto-trabalhadora estudante, e à minha chefe, em específico, porque tentou sempre ajudar na gestão do horário, tão imperativa para a realização dos estágios.

Aos colegas de serviço, que na medida da sua possibilidade, foram facilitando as trocas, que por vezes eram tão decisivas para o cumprir dos turnos nos estágios.

Aos Enfermeiros especialistas, que foram supervisores, mas foram, ao mesmo tempo, bons colegas, compreensivos e motivadores. Obrigada, por terem partilhado comigo os vossos conhecimentos e experiência. Enfermeiro Ricardo Costa, Ricardo Grenhas, M^a João Pechorro, Carlos Silva e José Pereira, tive, muita sorte em tê-los no meu percurso.

Obrigada à Fernanda, minha terapeuta de Reiki, porque foi elo essencial para o meu equilíbrio, vezes sem conta.

E porque, já diz o ditado, no fim, vêm os primeiros, um ENORME OBRIGADA, à Professora Maria José Bule. Sem a sua orientação não teria sido possível chegar até aqui.

RESUMO

Título: Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no período peri-operatório de cirurgias de amputação

Neste relatório serão descritas as atividades desenvolvidas, em especial durante o estágio final, do curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em enfermagem de reabilitação. Estas, deverão ser demonstrativas do desenvolvimento dos objetivos definidos para o estágio, das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e do grau académico de mestre. Para orientar o processo elaborou-se um projeto de intervenção, cujo tema escolhido foram os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no período peri-operatório de cirurgias de amputação. As cirurgias selecionadas para abordagem, foram a amputação de membro inferior e mama e a metodologia do estudo de caso descritivo, foi a eleita. Aquando do confronto com o contexto clínico, as estratégias planeadas relativamente à cirurgia da mama tiveram de ser alteradas, no entanto, relativamente ao doente amputado de membro inferior identificaram-se como resultados: melhorias da funcionalidade, nomeadamente no que diz respeito aos autocuidados, às transferências e à ventilação.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Peri-operatório; Amputação; Funcionalidade

ABSTRACT

Title: Sensitive outcomes to rehabilitation nursing care in the perioperative period of amputation surgeries

This report will describe the activities developed, particularly during the final internship of the Master's Degree in Nursing, specialization in rehabilitation nursing. These activities should demonstrate the development of the objectives set for the internship, the competencies of the specialist nurse in rehabilitation nursing and the master's degree. To guide the process, an intervention project was developed with the theme of sensitive outcomes to rehabilitation nursing care in the perioperative period of amputation surgeries. The surgeries selected for approach were lower limb amputation and breast amputation, and the descriptive case study methodology was chosen. When confronted with the clinical context, the strategies planned for the breast surgery had to be changed. However, in relation to the lower limb amputee patient, the following results were identified: improvements in functionality, particularly regarding self-care, transfers and ventilation.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Perioperative; Amputation; Functionality

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	17
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	22
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
3.1. Alterações da Funcionalidade após Cirurgia de Amputação	30
3.1.1. Amputação de membro inferior.....	31
3.1.2. Amputação de mama	45
3.1.3. Teorias de Enfermagem.....	50
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	55
4.1. Metodologia do Projeto de Intervenção.....	55
4.2. Recolha e análise de dados	56
4.3. Procedimentos Éticos.....	57
4.4. Estudo de Caso 1.....	57
4.5. Estudo de Caso 2.....	69
4.5.1. Discussão e interpretação dos resultados, relativos aos cuidados de ER no doente amputado de membro inferior	78
4.6. Enfermagem de reabilitação à mulher submetida a cirurgia da mama	79
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	83
6. CONCLUSÃO	94
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICES	110
Apêndice 1 - Projeto De Intervenção.....	111

Apêndice 2 –Plano de Cuidados - Estudo De Caso 1	147
Apêndice 3 –Plano de Cuidados - Estudo De Caso 2	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Incidência de Novos Casos de Cancro, em 2020, em Portugal, em Ambos os Sexos e todas as Idades.....	21
Figura 2 - Técnica de Aplicação da Ligadura Elástica em Amputação Transfemural e Transtibial.....	36
Figura 3 - Molde de Silicone do coto de amputação transfemural do Sr. M.F.	60
Figura 4 - Prótese de Amputação Transfemural do MIE do Sr. M.F.	62
Figura 5 - Marcha com andarilho com prótese de MIE colocada	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Plano de Reabilitação no Período Pré-Operatório.....	34
Tabela 2 - Plano de Reabilitação no Período Pós-operatório e Pré-protésico	35
Tabela 3 - Princípios da Aplicação da Ligadura Elástica	36
Tabela 4 - Posicionamentos e Cuidados a ter para Prevenção de Contraturas	41
Tabela 5 - Proposta de Exercícios para Amputação Transtibial.....	43
Tabela 6 - Proposta de Exercícios para Amputação Transfemural.....	43
Tabela 7 - Dados da Avaliação Inicial.....	58
Tabela 8 - Avaliação Diagnóstica da Funcionalidade	59
Tabela 9 - Diagnósticos de ER	63
Tabela 10 - Plano de Intervenção associado aos Diagnósticos.....	64
Tabela 11 - Dados da avaliação final.....	65
Tabela 12 - Avaliação Funcional Final.....	66
Tabela 13 - Dados da Avaliação Inicial.....	70
Tabela 14 - Avaliação Diagnóstica da Funcionalidade	71
Tabela 15 - Diagnósticos de ER	73
Tabela 16 - Plano de Intervenção associado aos Diagnósticos.....	74
Tabela 17 - Dados das Avaliações Realizadas na 2ª e 3ª intervenção	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM - Amplitude de movimento

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de vida diária

DAP – Doença Arterial Periférica

DM – Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva crónica

ECIS - *European Cancer Information System*

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HTA – Hipertensão Arterial

MI – Membro Inferior

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MI's – Membros Inferiores

MIF - Medida de independência funcional

MRCm - *Medical Research Council* modificada

OE- Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SO – Serviço de Observação

UCIC - Unidades de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem¹, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Neste serão descritas as atividades desenvolvidas durante os estágios, bem como as evidências científicas que fundamentaram as mesmas. Será, também, apresentada uma análise reflexiva sobre o que foi desenvolvido, que permitiu o alcance dos objetivos definidos nos planeamentos dos estágios e do respetivo relatório, assim como, o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de especialista, à área de especialização e ao grau académico de mestre. Para o efeito foram tidos em conta os objetivos definidos nos planeamentos dos estágios e do relatório, as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, e os descritores de Dublin para o 2º ciclo.

Como guia orientador, para o desenvolvimento do que foi anteriormente referido, foi elaborado um projeto de estágio/projeto de intervenção, cuja temática escolhida foi os Resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no peri-operatório de cirurgias de amputação. A escolha desta temática, relacionou-se com o facto de se conhecer, de perto, a realidade do serviço de cirurgia geral, de um hospital distrital, em que diariamente se assistem a comprometimentos da funcionalidade de pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas, nomeadamente amputações.

O termo amputação, em cirurgia, diz respeito ao retirar um órgão ou parte dele, que se encontre situado numa extremidade, como por exemplo: língua, mama, intestino, reto, colo uterino, pénis e membros (Luccia et al., 2007).

¹ Curso em Associação: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

De entre as amputações, para abordagem, foram selecionadas as que mais ocorrem no referido serviço de cirurgia, designadamente mama e membro inferior.

A amputação de membro inferior é uma cirurgia que leva a uma mudança no estilo de vida, podendo causar limitações no envolvimento em atividades, diminuição da socialização, dificuldades de funcionalidade e perda de autonomia e independência para a mobilidade (Biffi et al., 2017).

Relativamente à cirurgia de amputação da mama são vários os estudos que relatam que após a mastectomia houve diminuição da funcionalidade do membro superior, homolateral à cirurgia, com diminuição da amplitude de movimento e da força muscular, nos movimentos de rotação lateral, flexão e abdução do ombro, associadas, por exemplo, à queixa de dor (Dias et al., 2021; Erturhan Turk & Yilmaz, 2018; Merêncio & Ventura, 2020; Paz & Barros, 2017; A. Pereira et al., 2019; L. D. Pereira et al., 2021; Rizzi, 2019). São relatadas, também, alterações na auto imagem, perda funcional e mudanças a nível psíquico, emocional e social, assim como possibilidade de ocorrência de alterações respiratórias, com consequentes efeitos negativos na qualidade de vida (Dias et al., 2021; Erturhan Turk & Yilmaz, 2018; Merêncio & Ventura, 2020; Paz & Barros, 2017; A. Pereira et al., 2019; L. D. Pereira et al., 2021; Rizzi, 2019).

O objetivo geral, definido para o projeto, foi identificar e descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com resultados na prevenção de complicações, capacitação para a reinserção e recuperação da funcionalidade da pessoa com amputação.

Funcionalidade é definida como a capacidade, física, emocional e cognitiva, que a pessoa detém, para realizar as atividades da vida diária e participar em várias situações da vida e da sociedade (Direcção-Geral da Saúde, 2019).

Como objetivos específicos estabeleceram-se a aquisição e /ou consolidação de conhecimentos científicos no que diz respeito aos doentes submetidos a amputações, em especial de membro inferior e mama, com consequente desenvolvimento da capacidade

e competência específica de avaliar diferenciadamente as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, de cada um destes doentes, com posterior levantamento dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação adequados e planeamento das intervenções a implementar, sempre com vista à funcionalidade. Após a implementação, do plano de reabilitação, objetivou-se a realização de uma nova avaliação, para identificação dos resultados e demonstração dos ganhos em saúde adjacentes aos mesmos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, de acordo com as suas competências específicas, atua enquanto profissional detentor de elevados conhecimentos e experiência, intervindo com vista ao diagnóstico precoce e implementação de ações preventivas de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, a prevenção de complicações e incapacidades, bem como melhorar funções residuais, manter ou recuperar independência nas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, emitido pela Ordem dos Enfermeiros, pode, ainda, ler-se, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: “c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.13566).

Definiu-se como população alvo, para a aplicação do projeto, todos os doentes, que no período de 17 de maio de 2021 a 21 de janeiro 2022, fossem alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, nas unidades onde os estágios decorreram, e que, de forma livre e esclarecida, aceitaram participar no mesmo.

Relativamente aos locais de estágio, a seleção dos mesmos, deveria ter em conta o desenvolvimento de competências das 3 áreas abordadas durante a especialidade, ou seja, a área musculo-esquelética/ortopédica, respiratória e neurológica.

Para o desenvolvimento dos conhecimentos e competências no contexto da área de músculo-esquelética, foi escolhida uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo Central, por estas unidades se destinarem a pessoas que, na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas com potencial de reabilitação funcional (Segurança social, 2014), tal como é o caso, dos doentes submetidos a amputações.

Mantendo o foco na funcionalidade, mas, desta vez, contemplando o contexto da reabilitação respiratória, foi selecionado, para segundo local de estágio, um serviço de cirurgia geral de um centro hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo e, nesse contexto, foi também realizada uma semana de estágio, predominantemente de observação, num serviço de cirurgia geral de um centro hospitalar especializado na área oncológica, nomeadamente no cancro da mama.

Para último local de estágio idealizava-se manter o foco no doente amputado e no contexto cirúrgico, no entanto cumprindo a necessidade de desenvolvimento das competências referentes à área neurológica, foi selecionada, para a realização do mesmo, uma Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral), também, de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A escolha baseou-se no facto do tratamento do Acidente Vascular Cerebral agudo envolver internamento hospitalar, em que o objetivo é o de recapacitar e reintegrar a pessoa no seu ambiente familiar, bem como eventualmente no seu local de trabalho, através da intervenção precoce, identificação de fatores de risco, prevenção de complicações, tratamento de comorbilidades e desenvolvimento de um plano de alta e acompanhamento adequados (Ferreira & Neves, 2015; M. de F. Matos & Simões, 2020). A hospitalização, nomeadamente a imobilidade e as complicações daí decorrentes, influencia a capacidade funcional e realização do autocuidado, em especial na pessoa idosa. A intervenção com vista à reabilitação deve ser multidisciplinar e o mais precoce possível, visando manter ou recuperar as funções físicas, psicológicas e sociais, com vista à prevenção de complicações, tais como úlceras de pressão, trombose

venosa profunda, embolia pulmonar e incapacidade funcional (P. Branco, 2016; Everink et al., 2016; L. Santos, 2016).

Como procedimento metodológico foi escolhido o estudo de caso, uma abordagem metodológica indicada, quando se pretende compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores (Figueiredo & Amendoeira, 2018). É caracterizado como um estudo, acerca de indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo, correspondendo, estes, aos “casos”. É orientado por, consecutivas, etapas de recolha, análise e interpretação da informação, originárias de diversas fontes (Figueiredo & Amendoeira, 2018; Yin, 2010).

No contexto específico da prática em ambiente clínico, foi considerada a teoria de médio-alcance do Professor Doutor Manuel Lopes, por esta teoria ter por fundamento a relação enfermeiro-doente, como uma intervenção terapêutica, que se divide em dois processos essenciais: o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica (Lopes, 2006).

Relativamente às bases teóricas da Enfermagem o projeto de intervenção, e a operacionalização do mesmo, teve por base a teoria do autocuidado de Dorothea Orem e a teoria das transições de Afaf Meleis. Estas bases teóricas são explícitas como estruturantes, para a otimização da qualidade, nos documentos que sustentam o exercício profissional da enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), e num estudo, realizado por Martins et al. (2018), confirmou-se, que na prática, integram a orientação conceptual dos EEER.

O presente relatório inicia-se com esta introdução, que será sucedida da apreciação do contexto, em que se baseia a intervenção. Posteriormente, será apresentada a análise do envolvimento, que corresponde a uma breve abordagem aos vários campos de estágio. Seguir-se-á, o enquadramento teórico do tema, a descrição,

análise e resultados da implementação do projeto, a análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas, e, por fim, a conclusão e a bibliografia.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que compreende conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças, agudas, crônicas ou com sequelas decorrentes, a maximizar a sua funcionalidade e independência. Reabilitar, tem, assim, como principais objetivos, melhorar a função, promover a independência e, conseqüentemente, promover a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O interesse pela área da reabilitação foi, desde a licenciatura, sempre evidente, apesar de ser um interesse pouco fundamentado, por se desconhecer na realidade qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Depois, ao longo das experiências profissionais, esse interesse foi sendo consolidado, pois, com o passar do tempo, a aquisição de experiência e conhecimentos foi-se direcionando, cada vez mais, para o interesse pelo ser humano no seu todo e no seu contexto. Por exemplo, no que diz respeito aos serviços de internamento hospitalar, numa primeira abordagem, aos doentes, surgia o interesse pelo conhecimento do diagnóstico médico, pela identificação e realização dos cuidados inerentes ao mesmo, existia preocupação com a realização de procedimentos/técnicas de enfermagem, de forma eximia, mas, emergia, também, a necessidade de se conhecer melhor as pessoas de quem se estava a cuidar, além do seu estado de doença atual, nomeadamente, surgia interesse em conhecer o seu estado geral anterior ao internamento e quais os contextos em que estavam inseridas.

De encontro ao descrito anteriormente, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019b), o EEER identifica fatores facilitadores e inibidores para que a pessoa realize as AVD's de forma independente no seu contexto de vida, bem como ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos

(internamento/domicílio/comunidade),e, também, promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação ao implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Assumindo-se a expectativa de que o processo de doença é algo inesperado, que pode ser temporário e curável, bem como pode, não o ser, assume-se, também, que seria ideal que a pessoa pudesse recuperar a funcionalidade anterior, ao sucedido, ou o mais próximo dela, mesmo que não exista uma cura para a doença apresentada. Assim, sendo o enfermeiro, o profissional de saúde que mais horas está presente na vida dos doentes, desenvolveu-se a convicção de este se encontrar numa posição privilegiada para agir de modo que as consequências/mudanças, resultantes da doença ou da hospitalização, fossem as menores ou menos drásticas possíveis.

Ao confrontar o sentido do desenvolvimento profissional, com o descrito anteriormente e com as competências específicas do EEER, de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), fundamentou-se que era este o caminho a seguir.

O foco no doente cirúrgico, relacionou-se com o facto de, tal como Henriques et al. (2016) referem, se vir a assistir a um aumento significativo do número de intervenções cirúrgicas, como resultado dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, no entanto, calculando-se que, anualmente, das 234 milhões de cirurgias realizadas pelo mundo, resultam 2 milhões de óbitos e 7 milhões de complicações pós cirúrgicas, das quais 50% poderiam ter sido evitadas (Henriques et al., 2016).

A cirurgia é uma opção de tratamento, parte integrante dos cuidados de saúde, no entanto, provoca, muitas vezes, alterações profundas na vida das pessoas,

nomeadamente “implicações no seu bem-estar, na saúde, nos padrões fundamentais da vida a nível individual e familiar, levando a mudanças de papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões de comportamento” (Fonseca et al., 2018, p. 104). O tratamento cirúrgico pode, prevenir a perda de vida ou de integridade física, no entanto acarreta incapacidade funcional e risco de complicações cirúrgicas (Fonseca et al., 2018).

No que diz respeito à cirurgia de amputação, apesar dos avanços da medicina, e de se praticar, cada vez mais, uma medicina preventiva, com resultados positivos, a amputação dos membros inferiores continua a ser uma realidade prevalente, estimando-se mesmo que aproximadamente 65% do total das amputações, correspondam ao membro inferior(MI) (Amorim & Barros, 2019; Barros & Amorim, 2019).

Com base em dados disponíveis relativos aos EUA, estima-se que em 2050 o número de pessoas amputadas seja de 3,6 milhões, ou seja, o dobro, relativamente a 2005 (1,5 milhões) (Barros & Amorim, 2019).

Em Portugal, até à data, não existem dados que agreguem o número total de amputações realizadas. No entanto, J. P. Matos et al. (2018), realizaram um estudo, onde foram publicados dados referentes ao número de amputações em Portugal Continental, entre 2000 e 2015 (inclusive). Este estudo, revela que, no período descrito, foram registadas 76288 amputações de membros, onde cerca de 45446 são amputações do MI. No ano de 2015, registaram-se 5012 amputações, das quais 4390 são amputações do MI, e, aproximadamente 1.250 foram devido à diabetes (J. P. Matos et al., 2018). Informação semelhante, pode encontrar-se no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2019, onde está descrito que são realizadas, todos os anos, em Portugal, cerca de 1000 amputações de membros inferiores, como consequência da diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2019).

Souza et al. (2019) e Vasconcelos et al. (2011) descrevem, que a reabilitação do doente amputado, especificamente, de membros inferiores, deve ser realizada por uma equipa de saúde multidisciplinar composta por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos entre outros, que tenham uma visão ampla sobre o sentimento existente no contexto de uma amputação, as suas sequelas e os resultados alcançados no processo de reabilitação, com o objetivo da melhoria funcional e qualidade de vida, com ou sem prótese, incentivando-se sempre a independência do doente, para que ele volte a ter uma vida normal e não fique incapacitado.

Do mesmo modo, o enfermeiro de reabilitação, assume, também, um papel de destaque, no decorrer do tratamento, na prevenção e na gestão eficaz das complicações, relacionadas com a amputação de mama (mastectomia), que podem comprometer a funcionalidade e afetar a qualidade de vida da mulher (Merêncio & Ventura, 2020).

O cancro de mama, em contexto mundial, surge como a segunda neoplasia maligna mais comum na população, tendo como terapêutica definitiva, provavelmente por deteção tardia, a mastectomia (A. Pereira et al., 2019; L. Souza et al., 2016).

No ano de 2018, foram diagnosticados, em todo o mundo cerca de 2.1 milhões de cancros da mama femininos, e na Europa, o número de novos casos foi de 404.920, com uma incidência anual estimada de 144.9/100.000 e mortalidade de 32.9/100.000, já, o cancro da mama no homem é raro, contribuindo, apenas, para cerca de 1% dos casos² (Cardoso et al., 2019). Tendo em consideração apenas as mulheres, este, é o cancro mais diagnosticado. Em Portugal a incidência e a prevalência do cancro da mama tem vindo a aumentar progressivamente (Miguel Martins et al., 2020).

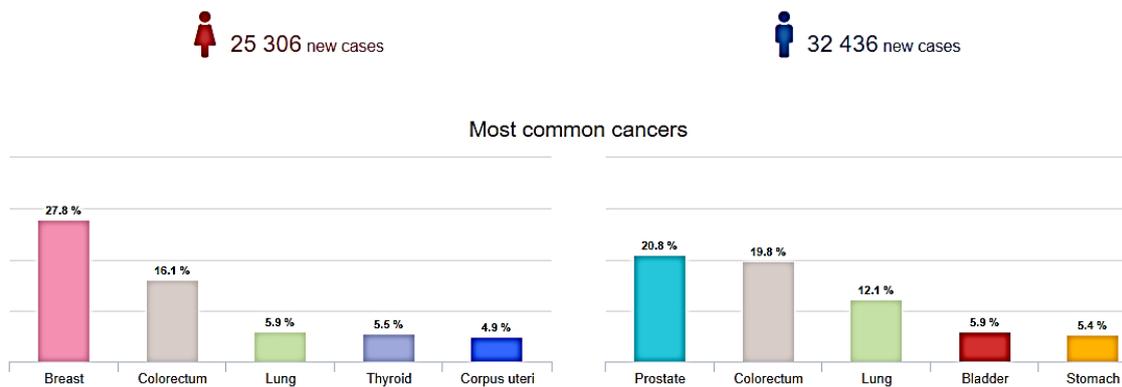
Segundo dados do European Cancer Information System (ECIS), em 2020, foram detetados em Portugal, 25.306 novos casos de cancro, no sexo feminino, sendo 27.8% dos mesmos, cancro da mama. Na Figura 1, apresenta-se a incidência de novos

² Devido ao facto de ser raro o cancro da mama no homem, no desenvolvimento deste relatório serão referidas as doentes, ou, as mulheres, submetidas a cirurgia da mama

casos de cancro em Portugal, no ano de 2020, em ambos os sexos e todas as idades (ECIS, 2020).

Figura 1

Incidência de Novos Casos de Cancro, em 2020, em Portugal, em Ambos os Sexos e todas as Idades



Nota. Adaptado de ECIS (2020)

A enfermagem de reabilitação enquanto área de desenvolvimento profissional fundada no seu corpo de conhecimentos responde, tal como descrito neste capítulo, aos contextos de cuidados selecionados para o projeto de intervenção.

No capítulo seguinte, será apresentada a caracterização dos campos de estágios, em concreto, a organização e o enquadramento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que são relevantes no âmbito do relatório.

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

O desenvolvimento das competências das diferentes áreas (músculo-esquelética, respiratória e neurológica), realizou-se em campos de estágios distintos.

- **Estágio para desenvolvimento de competências na área músculo-esquelética - Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do Alentejo Central**

O estágio para o desenvolvimento dos conhecimentos e competências no contexto da área de músculo-esquelética foi realizado numa UMDR da RNCCI do Alentejo Central, por ser uma unidade cujo objetivo é promover o bem estar e a qualidade de vida das pessoas com perda de autonomia, promovendo a reabilitação em caso de situação de dependência, consequente de doença aguda ou reagudização de doença crónica, em período previsível de 30 a 90 dias (Instituto S.João de Deus, 2020).

A escolha, em específico, desta UMDR, e não outra, relacionou-se com o facto, desta se encontrar integrada num Instituto, que dispõe de oficinas ortoprotésicas, onde são construídas, adaptadas e aplicadas, próteses e ortóteses, existindo assim a admissão, frequentemente, de doentes submetidos a amputações de MI, com vista à possibilidade de protetização.

A mesma, tem lotação para 10 camas, divididas entre quartos individuais e triplos.

Nesta unidade apesar de existir um EEER, este, atua na sua área de especialidade, apenas, quando a gestão do trabalho de enfermagem generalista permite, ou, em alguns períodos fora do horário laboral, que o enfermeiro disponibiliza, voluntariamente, para intervir na sua área de especialidade.

- **Estágio Final - desenvolvimento de competências da área respiratória**

Para o desenvolvimento do estágio final, no seu maior período de tempo, 10 semanas, optou-se pela escolha de **2 serviços de cirurgia geral**, tendo, esta escolha, por base, o tema escolhido para o projeto de intervenção.

Foram, seleccionados, os serviços de cirurgia geral, de **um centro hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo** e, de **um centro hospitalar especializado em oncologia**.

- **Centro hospitalar especializado em oncologia – serviço de cirurgia geral**

O serviço de cirurgia geral, do Centro Hospitalar especializado em oncologia, foi seleccionado, por existir referência do internamento, neste serviço, de muitas mulheres submetidas a cirurgia da mama, por neste Centro Hospitalar serem prestados cuidados de saúde especializados e diferenciados, e, ainda, por ser considerado o principal hospital oncológico português, com certificação, como Centro de Referência Nacional

no tratamento de vários tipos de cancro, pelo Ministério da Saúde, e com acreditação pela *Organization of European Cancer Institutes*, do que resultam indicadores de qualidade idênticos aos dos melhores centros de referência internacionais (IPO Lisboa, 2022).

O papel do EEER neste serviço, encontra-se bem definido e reconhecido, uma vez que, estão disponíveis, todos os dias da semana, no período da manhã, cuidados da especialidade.

A equipa de Enfermagem de Reabilitação, é constituída, por uma Enfermeira Gestora, e, por 2 enfermeiras na prestação de cuidados. Os turnos, são predominantemente assegurados por uma delas, assumindo a outra enfermeira, os cuidados de reabilitação, nas ausências da colega.

O serviço é constituído por uma enfermaria, com lotação para 46 camas, e um Serviço de Observação (SO), que se subdivide em A e B, comportando, no total, 10 camas.

O EEER atua predominantemente no SO, no entanto, intervém, também, em doentes internados na enfermaria. Frequentemente, inicia a sua intervenção durante a permanência do doente no SO, e, dá continuidade aos cuidados, depois, quando, o doente, já se encontra na enfermaria.

O EEER participa diariamente na visita médica aos doentes, podendo, a seleção/referenciação dos doentes para intervenção ser feita neste momento, quer pela EEER, quer por médicos ou outros enfermeiros.

A forma de atuação do EEER neste serviço, suscitou uma enorme vontade de realizar as restantes semanas de estágio, de desenvolvimento das competências da área respiratória, ali. No entanto, a intervenção do EEER, neste serviço, encontrava-se mais direcionada para os doentes submetidos a cirurgia abdominal, existindo, mesmo, neste contexto, um protocolo de cuidados específico, relacionado nomeadamente com o risco

e respetiva prevenção ou correção de alterações respiratórias, relacionadas com o tipo de cirurgia referida. As amputações de MI, não eram muito frequentes, e as amputações de mama, apesar de frequentes, não tinha intervenção do EEER, encontrando-se a reabilitação dos doentes submetidos a cirurgia mama, apenas à responsabilidade da equipa de medicina física e reabilitação.

Tendo em conta, o tema escolhido para o projeto, surgiu a necessidade de procura, de um serviço de cirurgia, em que as amputações de MI e mama, fossem, alvo de intervenção do EEER. Nessa procura, surgiu, o já referido, serviço de cirurgia geral do centro hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo.

- **Centro hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo – serviço de cirurgia geral**

Foi no serviço, de cirurgia geral, do centro hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo, que se deu continuidade ao desenvolvimento dos conhecimentos e competências da área respiratória, durante as 9 semanas seguintes.

Os fatores que contribuíram para a seleção deste centro hospitalar, relacionaram-se com a localização geográfica do mesmo, com o facto, de a sua missão, descrita, passar pela promoção da saúde a todos os cidadãos, tendo por base as responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, bem como assumir a prestação de cuidados de saúde especializados, que respeitem a dignidade dos doentes, e estimulem o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (Ministério da Saúde, 2022). A existência, de feedback, de que neste centro hospitalar, existiam vários serviços, onde os cuidados de Enfermagem de Reabilitação estavam organizados, estruturados e com evidência de resultados, deu, também, ênfase a esta escolha.

No que diz respeito ao serviço de cirurgia geral, o EEER atua nos turnos da manhã, de segunda a sexta-Feira, não existindo uma área de intervenção específica para a sua atuação. O papel do EEER, não se encontra, ainda, tão bem consolidado, como por exemplo no serviço de cirurgia, do centro hospitalar, referido anteriormente. Assim, ocorre, por vezes, a necessidade de o EEER, assumir os cuidados gerais, quando ocorre défice de enfermeiros de cuidados gerais, deixando de existir cuidados de enfermagem de reabilitação nesse turno.

A equipa de Enfermagem de Reabilitação, é constituída, por três elementos, que realizam cuidados de enfermagem de reabilitação de modo rotativo, isto é, para cada período de segunda a sexta-feira, está distribuído um EEER. Podem, por vezes, existir trocas entre os mesmos, no entanto, de um modo geral, em cada semana, fica sempre o mesmo, responsável pelos cuidados da especialidade.

O serviço, é constituído, por duas alas, esquerda e direita, sendo a ala esquerda, para mulheres, e a direita, para homens. Em ambas, as alas, existem unidades de cuidados intermédios cirúrgicos (UCIC), cuja lotação, de cada uma, destas, é de 4 camas.

O EEER é, apenas um, para as duas alas. Assim, cada um dos EEER, fazia a sua gestão para a organização dos cuidados. Isto é, alguns realizavam os cuidados em dias alternados em cada ala, outros permaneciam toda a semana numa só ala, mas, todos asseguravam diariamente os cuidados, de reabilitação, em ambas as UCIC.

O EEER, define, normalmente, como doentes prioritários, os doentes de ambas as UCIC, mas, a seleção/referenciação de doentes, com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, pode ser feita por qualquer outro enfermeiro ou médico.

Diariamente, o EEER assiste à passagem de turno da enfermaria, dirigindo-se depois às UCIC, para tomar conhecimento, dos doentes lá internados e identificar as suas necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação. Por rotina, salvo alguma exceção, o EEER apresenta-se ao doente, e, quando se trata de primeiras intervenções,

faz uma abordagem ao objetivo da enfermagem de reabilitação, realiza normalmente a colheita de dados relativamente ao estado habitual do doente, prévio à situação de doença, complementando ou confirmando a informação colhida, com os dados já registados no processo clínico do doente. No que diz respeito às avaliações e intervenções, os focos de enfermagem mais comuns são a Ventilação, a limpeza da via aérea e o movimento muscular. Assim, é feita a avaliação de cada foco com recurso a instrumentos de apoio e depois de obtidos os resultados das avaliações, são identificadas as necessidades, levantados os diagnósticos e estruturado um plano de cuidados que vai sendo implementado e atualizado ou reformulado à medida que for necessário.

- **Centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo – Serviço de Especialidades Médicas – Unidade de AVC**

As últimas 6 semanas, do estágio final, corresponderam ao tempo para desenvolvimento das competências da área da neurologia, e, para o efeito escolheu-se novamente um serviço, deste mesmo, centro hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo.

No que diz respeito à Unidade de AVC, serviço selecionado, a escolha deste local, prendeu-se com o facto, de existir referência, à presença de um EEER, neste serviço, com uma vasta experiência na área de Enfermagem de Reabilitação do doente neurológico.

Esta Unidade de AVC, encontra-se integrada no Serviço de Especialidades Médicas, onde podemos encontrar, doentes da área da neurologia, oncologia e nefrologia. A Unidade tem uma lotação máxima de 4 camas, sendo, uma das mesmas,

exclusivamente reservada para casos de via verde de AVC. No que diz respeito à enfermaria, são 7, as camas, afetas à neurologia.

O EEER, atua primordialmente na Unidade de AVC, no entanto, intervém, também, nos doentes da área da neurologia, que se encontram internados na enfermaria. Inclusivamente, acontece, com frequência, a intervenção do EEER ser iniciada dentro da Unidade de AVC, mas ter a sua continuidade na enfermaria, quando o doente passa a ter critérios para estar na enfermaria.

Neste serviço, o EEER tem o seu papel bem definido, exercendo as suas funções nos turnos da manhã de segunda a sexta-Feira. Quanto, à referência existente, relativamente à sua vasta experiência, motivo que levou à escolha deste serviço, veio, efetivamente, a confirmar-se.

A rotina diária, do EEER, passa, por assistir à passagem de turno de enfermagem, da noite para a manhã na Unidade de AVC, e, também, a parte da passagem de turno da enfermaria. Posteriormente, são seleccionados, por si ou por referência de outro profissional, os doentes para possível intervenção, existindo já outros, sob a sua intervenção, em que é dada continuidade ao plano de reabilitação.

À semelhança, de outros serviços, neste, o EEER assume, também, funções de coordenação, pelo que, antes do início da sua intervenção na área da especialidade, o EEER desempenha as funções de coordenação, que lhe estão afetas, e, só posteriormente, inicia os cuidados de reabilitação. Normalmente, inicia os cuidados, pela Unidade de AVC.

O EEER, numa primeira intervenção, realiza a apresentação da sua função aos doentes, recolhe dados necessários e possíveis, complementa essa recolha de dados com informação do processo clínico, realiza a avaliação do doente e atua habitualmente segundo um esquema padrão, começando por realizar reabilitação funcional respiratória e posteriormente reabilitação funcional motora – inicia, normalmente, com mobilizações (passivas ou ativas assistidas ou ativas resistidas), depois, passa para a

realização de exercícios terapêuticos (rolamentos e/ou ponte), posteriormente, para o treino de equilíbrio (sentado e de pé, consoante vá sendo possível) com recurso a espelho e bola. Progride, depois, para o treino de marcha (com ou sem auxiliar de marcha ou nas barras do corredor), seguindo-se o treino de escadas, e, por fim, o treino de marcha em declives e aclives.

Os registos informáticos, foram realizados no SClínico³, em todos os campos de estágio, com exceção, da UMDR, em que, devido ao facto de o EEER se encontrar como enfermeiro generalista, foram sendo feitos, registos manuais diários.

Após ter sido feita a descrição e análise do envolvimento, nomeadamente dos campos de estágio, no capítulo seguinte será apresentado o enquadramento teórico com base no qual se desenvolveu o projeto de intervenção e por conseguinte o presente relatório.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tal como descrito na introdução, ao ser considerado que existe um compromisso da funcionalidade das pessoas submetidas a amputações, nomeadamente de MI e mama, baseado na observação do contexto prático, considera-se necessário justificar este facto, através de evidencia científica. Neste capítulo, serão assim apresentadas, as evidências encontradas, que se consideraram pertinentes para contextualizar a temática escolhida.

³ “O SClínico Hospitalar é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pela SPMS, que nasce da vasta experiência com duas anteriores aplicações usadas por milhares de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde: o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Tem crescido para ser uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente” (Ministério da Saúde, n.d.)

3.1. Alterações da Funcionalidade após Cirurgia de Amputação

De um modo geral, uma cirurgia, gera um grande impacto, com implicações sobre o bem-estar físico, social e emocional da pessoa, e, comumente, com aumento da ansiedade e stress, associados, por exemplo, ao distanciamento, mesmo que temporário, da rede de apoio social e familiar (Bergo & Prebianchi, 2018).

Souza et al.(2019) descrevem que a palavra amputação, é proveniente do latim de “ambi= ao redor de/em volta de” e “putatio= podar/ retirar”, que, como já foi descrito, pode significar o retirar, total ou parcial, de um órgão, situado numa extremidade, cirurgicamente ou traumáticamente (Luccia et al., 2007; B. Souza et al., 2019). Quando o termo, amputação, é usado, isoladamente, normalmente diz respeito à amputação de membros (Luccia et al., 2007).

A incapacidade funcional, relacionada com a amputação de membros inferiores, relaciona-se predominantemente com a mobilidade, havendo uma redução, na capacidade para realizar as suas ocupações, nomeadamente, as atividades do quotidiano necessárias ou desejadas. Por isso, evidencia-se necessário, que a pessoa amputada se adapte a esta nova condição incapacitante, que provoca alterações sociais, económicas e familiares (Biffi et al., 2017).

Relativamente à mastectomia, as alterações funcionais, relacionam-se, predominantemente, com as implicações que, a mesma, tem no membro superior homolateral à cirurgia, no entanto, como já descrito, podem ser resultado, também, de alterações respiratórias e emocionais que podem advir desta cirurgia (Dias et al., 2021; Erturhan Turk & Yilmaz, 2018; Merêncio & Ventura, 2020; Paz & Barros, 2017; A. Pereira et al., 2019; L. D. Pereira et al., 2021; Rizzi, 2019).

3.1.1. Amputação de membro inferior

Segundo Demir e Aydemir (2020), a amputação, é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos, que se conhece.

Entre os autores Biffi et al. (2017), Souza et al.(2019), Bergo e Prebianchi (2018) e Barros e Amorim (2019), é consensual, que a etiologia, das amputações, está habitualmente relacionada, com patologia vascular (Diabetes Mellitus (DM), Doença Arterial Periférica (DAP)), trauma, doença oncológica ou malformações congénitas, sendo, a patologia vascular, destacada, como a principal responsável, de mais de metade, do total das amputações de MI.

Segundo Souza et al. (2019), a amputação de membros inferiores está associada a um processo crónico, que carece, de uma atuação multidisciplinar, nomeadamente, no que diz respeito às implicações, que pode ter na qualidade de vida das pessoas, submetidas à mesma. Segundo Demir e Aydemir (2020), a amputação, pode causar muitos problemas, tanto, a nível físico, como, mental e sociológico.

As amputações, podem ocorrer, em três níveis: terço proximal (mais alto), médio e distal, sendo o nível proximal, identificado como o mais frequente. As amputações, a este nível, ou seja, as amputações transfemorais, são caracterizadas por uma perda física, que restringe a independência funcional e a mobilidade, e que, causa maior impacto biopsicossocial e socioeconómico, por diminuição, da capacidade laboral, da socialização e conseqüentemente da qualidade de vida (B. Souza et al., 2019; Vilagra et al., 2011).

Num estudo realizado por Biffi et al. (2017), os problemas do quotidiano, que o grupo de participantes, com amputação de membros inferiores, referiram, relacionavam-se com atividades de autocuidado, mais especificamente, dificuldades de desempenho nos cuidados pessoais, na mobilidade e na independência fora de casa.

A solução para contornar estes impactos, e tentar minimizá-los ao máximo, está, como Branco et al. (2017) referem, numa reabilitação logo após a amputação. Os autores defendem, que assim existirá uma maior independência e facilidade na realização das tarefas do dia a dia, com conseqüente melhoria da qualidade de vida, bem como melhor preparo para o uso de próteses, caso necessário.

Barros e Amorim (2019) referem, que apesar dos inúmeros progressos da Medicina, no que diz respeito a técnicas operatórias, antibioterapia, materiais e próteses, a reabilitação destes doentes continua a ser um processo longo e desafiante, que implica, a intervenção de uma equipa de reabilitação interdisciplinar, centrada no doente, a quem deve ser explicado, o que é esperado em cada fase. Os autores destacam, que a realização de uma história clínica e exame físico meticoloso, bem como, um conhecimento abrangente sobre os diversos componentes e modelos protésicos, aliados a uma boa compreensão da biomecânica do movimento e de todo o processo fisiológico e de amputação, são essenciais, para providenciar os melhores cuidados possíveis e, também decisivos para o sucesso de um programa de reabilitação.

Demir e Aydemir (2020) e Sheehan e Gondo (2014) referem, também, que a reabilitação do doente amputado, requer um trabalho de equipa multiprofissional, devendo incluir, um processo em que seja garantida a integridade do corpo, o desempenho das funções dinâmicas do membro amputado e a recuperação do papel do indivíduo na sociedade. Capelo e Fortunato (2019) complementam, referindo, que o luto, conseqüente da perda do membro amputado, não deve ser esquecido, devendo incluir-se o acompanhamento psicológico e integração em grupos de apoio, como por exemplo, de outras pessoas submetidas a amputação.

Segundo Demir e Aydemir (2020) um protocolo de reabilitação abrangente e bem organizado é de extrema importância para o uso funcional de prótese. Este, deverá incluir cuidados com o coto, posicionamentos, exercícios, prescrição protésica, treino de marcha e terapia funcional. Gjovaag et al. (2018) alertam, para a importância do foco

no condicionamento físico do doente, dado que o dispêndio de energia, por parte do mesmo, será francamente aumentado.

Para Demir e Aydemir (2020), o protocolo de reabilitação divide-se em quatro períodos: pré-operatório, pós-operatório e pré-protésico, o da colocação de prótese e o da reinserção social, reabilitação vocacional, desportiva e acompanhamento. Capelo e Fortunato (2019) referem, que os cuidados a ter, com o membro residual e o coto, serão dependentes da fase de cicatrização em que o coto se encontra. Estes autores, assumem a existência, de um período pós-cirúrgico imediato, um período pré-protésico e um período pós-protésico, não existindo referencia ao período pré-cirúrgico/operatório.

O **período pré-operatório**, ocorre, apenas, no caso das amputações programadas. Neste período, aspetos como a amplitude de movimento (ADM) articular, a força muscular e a sensibilidade⁴ devem ser avaliados, e as metas relativas à funcionalidade devem ser previstas. Deve ser fornecida informação, sobre a prótese e o programa de reabilitação a ser aplicado, bem como deve ser feita uma preparação fisiológica e psicológica para o período pós-amputação (Ali & Haider, 2017; Dekker et al., 2018; Demir & Aydemir, 2020).

Na tabela 1, apresenta-se um plano de reabilitação, a ser aplicado no período pré-operatório, de cirurgia de amputação de MI.

⁴ Défice de sensibilidade (hipostesia), normalmente secundários a lesões do sistema nervoso periférico ou polineuropatias, por exemplo associadas à diabetes mellitus, podem ser fator contraindicativo para o uso de prótese, uma vez que doentes com este défice tendem a não sentir a dor que obrigaria a interromper a marcha e que corresponde normalmente à existência de lesão no coto, levando a que pudessem existir complicações evitáveis. A forma de contornar este problema pode passar por uma remoção frequente da(s) prótese(s) e um controlo apertado da integridade dérmica no membro residual (Capelo & Fortunato, 2019).

Tabela 1

Plano de Reabilitação no Período Pré-Operatório

Período pré-operatório
Informar o doente sobre a intervenção cirúrgica e o programa de reabilitação
Determinar o estado funcional e questionar as comorbilidades
Determinar o potencial do doente para se adaptar ao programa de reabilitação com um exame detalhado
Avaliar funções cardíaca e respiratória
Avaliar a ADM articular e iniciar exercícios, tais como: <ul style="list-style-type: none">- Alongamentos;- Fortalecimento (músculos-chave da extremidade inferior, músculos do tronco);- Exercícios de marcha sem carga no MI proposto para amputação;- Exercícios de postura corporal;- Exercícios respiratórios e aeróbicos.

Nota. Adaptada de Demir & Aydemir (2020, p. 374)

O **período pós-operatório**, pode ter integrado, também, o **período pré-protésico**, quando existir a intenção/indicação de protetização. Nesta fase, alguns dos principais focos de atenção são: a cicatrização do membro residual, a dor, nomeadamente o seu controlo, e a amplitude articular, principalmente no que diz respeito à manutenção da mesma. Intervenções, relativamente ao edema, ao posicionamento, à prevenção de contraturas e exercícios a realizar, são, também, parte integrante deste período. A preparação do doente, e do coto, para receber a prótese, deve ser iniciada, nomeadamente, com a realização de moldagem do coto.

Nesta fase, devem ainda, ser feitos ensinamentos, ao doente e à sua família, para as atividades de vida diária, e o suporte psicossocial, deve ser prestado (Capelo & Fortunato, 2019; Demir & Aydemir, 2020; Pantera et al., 2014; Uustal & Meier, 2014).

Capelo e Fortunato (2019), destacam ainda, nesta fase do programa de reabilitação, a importância de uma nutrição adequada, uma vez que, tal como Jensen et al. (2018) referem, bons cuidados nutricionais em pessoas submetidas a amputação de

membros inferiores, são essenciais, pois o mau estado nutricional, pode levar ao atraso na cicatrização de feridas. Na tabela 2, apresenta-se, um exemplo de um plano de reabilitação, a ser aplicado no período pós-operatório e pré-protésico.

Tabela 2

Plano de Reabilitação no Período Pós-operatório e Pré-protésico

Período pós-operatório e pré - protésico
- Tratamento da dor aguda (pós-operatória; sensação fantasma; dor fantasma);
- Tratamento da dor crónica (de origem vascular, neuropática ou dor residual no membro);
- Cuidados com o coto: <ul style="list-style-type: none">- realizar tratamento e vigilância da ferida; assegurando a manutenção de pele intacta no membro residual;- prevenir aderências cutâneas e subcutâneas com massagem;
- Controlo do edema através de: aplicação de ligaduras elásticas; elevação, posicionamento; aplicação de prótese temporária;
- Iniciar mobilização na cama, transferências, uso de cadeira de rodas e treino de atividades de vida;
- Iniciar prevenção de contraturas, prevenção de compromisso da amplitude articular realizando alongamentos, exercícios isotónicos de fortalecimento do coto (glúteo médio, máximo, isquiotibiais, quadricípites);
- Iniciar exercícios do restante núcleo corporal, nomeadamente músculos abdominais (core) e posteriores do tronco, necessários para garantir a estabilidade do tronco e membro não afetado;
- Iniciar treino de mobilidade com adoção da posição de pé, com apoio das barras laterais e posteriormente iniciar treino de marcha com canadianas;
- Realizar exercícios de equilíbrio corporal sentado, com transferência do peso sentado, levantar-se da posição sentado com apoio de um só membro e manter equilíbrio durante curtos períodos;
- Promover aumento da capacidade aeróbia com aumento da capacidade respiratória e fortalecimento dos músculos respiratórios e resistência;
- Manter vigilância cardiovascular com monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca;
- Iniciar ensinios ⁵ ao doente e/ou cuidador;
- Manter apoio emocional.

Nota. Adaptado de Demir & Aydemir (2020, p. 375)

⁵ Dos ensinios ao doente há a destacar: - a higiene, da pele e dos materiais protésicos que entram em contacto com a pele. Alertando, que nas situações de primeiro contacto com prótese, podem mesmo surgir dermatites alérgicas de contacto; - o ensino sobre treino de marcha, colocação e retirada de próteses, transferência de peso, coordenação do equilíbrio, exercícios funcionais e atividades recreativas.

Pode ser iniciado nesta fase o estudo de produtos de apoio (ex.: cadeiras de banho) e adaptações do domicílio (Capelo & Fortunato, 2019; Demir & Aydemir, 2020).

Como referido na tabela 2, o controlo do **edema** pode fazer-se através da aplicação de ligaduras elásticas. No entanto, existe técnica e princípios específicos que devem ser respeitados.

Na tabela 3, são apresentados os princípios, a ter na aplicação da ligadura elástica e, posteriormente, apresenta-se a técnica de aplicação da mesma, de acordo com o nível de amputação.

Tabela 3

Princípios da Aplicação da Ligadura Elástica

-
1. A pressão deve ser reduzida de distal para proximal
 2. Não deve restringir a circulação e os movimentos articulares
 3. Deve ser aplicada 2-3 vezes ao dia por 6-8 horas
 4. Quando o uso da prótese for iniciado, a aplicação deve ser continuada à noite, pelo menos durante um mês
 5. Nas amputações acima do joelho, deve atingir o nível da cintura, deve ser aplicada em pé ou com o doente deitado de lado
 6. Para as amputações abaixo do joelho, deve ser aplicada com o joelho em extensão e, em cotos curtos, a articulação do joelho também deve ser enfaixada
 7. A ligadura tem que cobrir todos os lados do coto
 8. Os enrolamentos em forma de oito e em espiral devem ser preferidos
 9. As ligaduras devem ser lavadas, frequentemente, com água morna e sabão
 10. Ligaduras com elasticidade distorcida não devem ser usadas
-

Nota. Adaptado de Demir & Aydemir (2020, p. 375)

Figura 2

Técnica de Aplicação da Ligadura Elástica em Amputação Transfemural e Transtibial



Amputação transfemural

Amputação transtibial

Nota. Adaptado de Capelo & Fortunato (2019, p. 19;20)

Instruções de aplicação de ligadura elástica em amputação transfemural, segundo Capelo e Fortunato (2019):

1. Usar ligadura elástica de 15 cm;
2. Começar por envolver a cintura duas vezes;
3. Descrevendo diagonais em 8 ou em espinha, envolver a ponta do coto;
4. Voltar a envolver a cintura;
5. Voltar a envolver o coto em 8;
6. Voltar a envolver a cintura, fixando bem a ligadura, porque essa zona de fixação servirá de âncora para a próxima ligadura;
7. Com uma segunda ligadura elástica de 15 cm, usar uma técnica semelhante à descrita para as amputações transtibiais e depois dar a volta na vertical pela extremidade do coto, fazendo uma ligeira tensão;
8. Aliviando a tensão, dar a volta ao coto por trás, de forma a prender a ligadura no sítio. Voltando a aumentar a tensão, dar uma volta em 8 à extremidade do coto;
9. Voltar a dar a volta na região superior do coto por trás, de forma a manter a ligadura no sítio, mas sem fazer grande tensão. Voltar a repetir o passo 8, aumentando de novo a tensão. Ir repetindo as vezes que forem necessárias para o coto ficar ligado de maneira segura até à virilha. No final fixar as ligaduras com velcro ou fita adesiva.

Instruções de aplicação de ligadura elástica em amputação transtibial, segundo Capelo e Fortunato (2019):

1. Usar uma ligadura elástica de 10cm, cobrir a ponta do coto em crista, esticando ligeiramente a ligadura;
2. Sem tensão na ligadura realizar uma volta ao coto para fixar
3. Tensionar novamente a ligadura e descê-la em diagonal até uma das extremidades, dando em cima outra volta sem tensão;
4. Subir a ligadura, novamente na diagonal, com tensão, a partir da extremidade do coto, dando em cima outra volta sem tensão;
5. Repetir o processo a partir do ponto 3, várias vezes até o coto estar coberto. A ligadura deve depois ser segurada por velcro ou outros materiais adesivos, estando desaconselhado o uso de ganchos que muitas vezes acompanham as ligaduras;
6. Caso o comprimento do coto, abaixo do joelho, seja muito pequeno deverá fazer-se um padrão em 8 semelhante acima e abaixo da articulação e só depois segurar a ligadura.

- **Dor**

A **dor** pode ter um efeito desastroso no indivíduo amputado, podendo afetar negativamente o programa de reabilitação e, conseqüentemente o uso de prótese, a qualidade de vida, o retorno ao trabalho, as atividades e convívio social. Assim, é primordial, que o controle eficaz da dor seja iniciado, no período perioperatório, ou seja, seja fornecida analgesia efetiva nas 48h antes da cirurgia (pré-operatório), quando a cirurgia for programada, e, sempre, nas 48h de pós-operatório.

Os opióides, são os principais agentes farmacológicos utilizados no controle da dor no período perioperatório (Dekker et al., 2018; Demir & Aydemir, 2020).

No que diz respeito à sensação fantasma, geralmente não requer tratamento, mas, devem informar-se os doentes, de que essa sensação é normal e desaparecerá com o tempo. Essa sensação, pode, contudo, ser, por vezes, desconfortável, afetando o sono, as funções e a qualidade de vida do doente. Nessas situações, deverá ser tratada, sendo a sua forma de tratamento semelhante à da dor neuropática (Demir & Aydemir, 2020). Capelo e Fortunato (2019) acrescentam que um dos adjuvantes com maior eficácia, no controlo da dor fantasma, é o uso prolongado de prótese. A manipulação com suavidade do coto, com massagem ou estimulação mecânica, a colocação de ligadura elástica, banhos, ultrassons e compressas quentes no coto (caso exista sensibilidade) são outras, das opções apresentadas.

A dor da cicatriz cirúrgica, nociceptiva, e correspondente à incisão, por norma desaparece em 1 a 3 semanas. Neste caso, existem, também, várias técnicas de tratamento que podem ser utilizadas, como por exemplo: a massagem, a percussão e a dessensibilização. O uso destas técnicas, pode também, ter impacto relevante, na prevenção de contraturas e posições anti-álgicas desadequadas (Capelo & Fortunato, 2019).

No que diz respeito, à **massagem** do membro residual, deve ser realizado um movimento de amassar delicado, em todo o membro residual, com especial cuidado na zona da sutura, durante, pelo menos, cerca de 5 minutos, repetindo-se 3 a 4 vezes por dia. Após remoção do material de sutura, a intensidade poderá ser aumentada (Capelo & Fortunato, 2019).

Relativamente à **percussão**, o coto deve ser percutido, durante 1 a 2 minutos, 3 a 4 vezes ao dia, utilizando-se as pontas dos dedos de uma, ou das duas mãos. A força da percussão pode ser aumentada, à medida que a cicatrização evolui. A linha da sutura pode ser percutida suavemente, devendo haver especial atenção, para as unhas, nomeadamente antes da remoção do material de sutura (Capelo & Fortunato, 2019).

A **dessensibilização**, trata-se de uma técnica, que tem como objetivo aumentar a tolerância do coto, ao toque e à pressão. Assim, o membro residual, pode ser esfregado com vários materiais, de diferentes texturas. Dever-se-á começar com texturas suaves (algodão, por exemplo) e posteriormente ir progredindo para mais rugosos (exemplo: toalha de papel, toalha turca). A dessensibilização deve executar-se com movimentos circulares, durante 2 a 3 minutos. Pode ser realizada duas vezes por dia, sendo, uma delas, normalmente à hora do banho (Capelo & Fortunato, 2019).

A **mobilização cicatricial**, tem como objetivo manter a pele do coto sem aderências, do tecido cicatricial aos tecidos subjacentes, podendo este facto causar dor e flitenas, depois da colocação de prótese. Assim, esta técnica inicia-se, antes da cicatrização estar completa e, consiste, na colocação de dois dedos, sobre uma proeminência óssea, pressionando com firmeza e mantendo a região terminal dos dedos na mesma posição, movendo os dedos circularmente, durante 1 minuto. Deve executar-se sobre toda a pele que cobre osso, no coto, com frequência diária, preferencialmente à hora do banho. Quando a cicatrização estiver completa deve realizar-se a técnica sobre a cicatriz (Capelo & Fortunato, 2019).

Das técnicas descritas, a percussão e a massagem podem ser realizadas sobre as ligaduras, já a dessensibilização e a mobilização cicatricial não poderão ser (Capelo & Fortunato, 2019).

No pós-operatório, como consequência da dor, os doentes com amputação de MI tendem a manter a articulação da anca em posição de flexão, abdução e rotação externa e a articulação do joelho em posição de flexão. Assim, devem ser evitadas essas posições com vista à prevenção, da formação de contraturas. Demir e Aydemir (2020) sugerem alguns posicionamentos e cuidados a ter que se apresentam na tabela 4.

Tabela 4

Posicionamentos e Cuidados a ter para Prevenção de Contraturas

-
- Deitado na beira da cama em decúbito dorsal, a articulação da anca deve ser alongada;
 - No que diz respeito à amputação transtibial, a extensão do joelho deve ser aplicada além da extensão da anca;
 - Deitado em decúbito dorsal, o coto deve ser apoiado para ficar reto e paralelo à outra extremidade, devendo evitar-se a colocação de almofadas sob a articulação do joelho e sob o coto;
 - Deve evitar-se que o doente fique muito tempo sentado em cadeira de rodas, uma vez que pode promover formação de contratura na flexão da anca;
 - Evitar colocar almofada entre as pernas, uma vez que pode promover formação de contratura da abdução da anca;
 - Na amputação transtibial devem ser evitados longos períodos sentados, almofada sob o joelho e o uso de cadeira de rodas em que o joelho fique em flexão, uma vez que as posições anteriores promovem a flexão do joelho, com consequentemente aumento do risco de contratura que leva a dificuldades funcionais;
 - Deve ser realizada mobilização logo que possível e aplicação de prótese temporária de forma a proporcionar deambulação precoce;
 - De forma a prevenir contraturas da flexão da anca, devem ser evitadas camas macias, a cabeceira da cama não deve ser elevada, ou elevar o mínimo possível, não deve ser colocada almofada, nem sob a coxa nem sob a cintura enquanto o doente estiver deitado. A posição de decúbito ventral é recomendada, 3 vezes ao dia durante 30 min;
-

Nota. Adaptado de Demir & Aydemir (2020, p. 377)

- **Contraturas**

As **contraturas** (articulares) são alterações frequentes, após amputações. A(s) sua(s) causa(s) pode(m) ser: o sedentarismo, a dor, as posições viciosas e o

desequilíbrio muscular provocado pela amputação, pois facilitam a atrofia dos músculos lesados (40-60%) e também dos íntegros (30%). O desequilíbrio muscular dos músculos agonistas e antagonistas que existe num membro amputado, contribui para a formação de contraturas. Estas, ocorrem mais facilmente, em amputações em que o comprimento do coto é mais curto, e, a articulação que, mais tende, a desenvolver contraturas, caso não exista mobilização, é a articulação mais próxima ao nível da amputação (Capelo & Fortunato, 2019; Demir & Aydemir, 2020).

Nas amputações transfemorais, as contraturas mais frequentes, são as contraturas da flexão, abdução e rotação externa da anca. Devido à perda dos músculos adutores, o predomínio dos músculos abdutores da anca, aumenta gradualmente, e, devido à perda de inserções e encurtamento dos músculos isquiotibiais (antagonistas do músculo iliopsoas) os flexores da anca tornam-se mais dominantes.

Nas amputações transtibiais, as contraturas mais frequentes, são as contraturas da flexão do joelho e/ou flexão da anca, devido à predominância de força muscular nos músculos isquiotibiais em relação aos músculos do quadricípite (Capelo & Fortunato, 2019; Demir & Aydemir, 2020).

A melhor forma de evitar contraturas e outras complicações, é recorrendo aos posicionamentos e realização de exercícios recomendados (Tabelas 5 e 6). Outra solução, pode ser o uso de suportes do membro residual, por exemplo para obrigar a extensão do joelho, enquanto o doente está na cadeira de rodas. A protetização imediata, no período pós-operatório, também é referida como uma mais-valia na prevenção de contraturas, por facilitar a mobilização e a carga precoce (Capelo & Fortunato, 2019; Samuelsen et al., 2017).

Quando existem contraturas já instaladas, pode ser necessário realizar estiramento com gessos ou até mesmo alongamento miotendinoso através de intervenção cirúrgica (Capelo & Fortunato, 2019).

Tabela 5

Proposta de Exercícios para Amputação Transtibial

Amputação transtibial	
1. Mobilidade anterior da anca	– Em decúbito dorsal, realizar flexão máxima da anca, com posterior extensão da anca na cama, com o joelho em extensão
2. Mobilidade lateral da anca	– Em decúbito dorsal, ou em decúbito lateral sobre o membro não amputado, abdução máxima da anca e posterior adução com o membro contralateral
3. Mobilidade e fortalecimento posterior da anca	– Em decúbito dorsal, segurar o MI saudável com as duas mãos abaixo do joelho e puxá-lo em direção ao tronco. Mantendo a posição, empurrar o membro amputado contra o colchão, durante 1 minuto
4. Rotações da anca	– Em decúbito dorsal, realizar rotação interna e externa máxima
5. Fortalecimento lateral da anca	– Com uma almofada entre os joelhos e um cinto (ou uma banda elástica) unindo as duas coxas, fazer adução apertando a almofada entre os joelhos. Descansar 10 segundos e posteriormente realizar abdução afastando as coxas contra o cinto ou banda
6. Glúteos	– Contrair as nádegas uma contra a outra
7. Ponte	– Em decúbito dorsal, com o joelho do membro saudável fletido e o pé apoiado no colchão, colocar o coto sobre um rolo e fazer força em direção ao colchão, de forma a levantar as nádegas do colchão
8. Flexão e extensão do joelho	– Numa cadeira, extensão máxima do joelho e posterior flexão máxima
9. Fortalecimento anterior e posterior da anca	– Numa cadeira com um cinto em redor das coxas, formando um oito, fletir a anca contra o cinto, enquanto a contralateral opõe o movimento, e alternar
10. Exercícios Recíprocos	– Em decúbito dorsal, com as pernas no ar, executar um movimento igual ao de pedalar uma bicicleta

Nota. Adaptado de Capelo & Fortunato (2019, p. 17)

Tabela 6

Proposta de Exercícios para Amputação Transfemural

Amputação transfemural	
1. Mobilidade anterior da anca	– Em decúbito dorsal, realizar flexão máxima da anca, com posterior extensão da anca na cama, com o joelho em extensão.
2. Mobilidade lateral da anca	– Em decúbito dorsal, ou em decúbito lateral sobre o membro não amputado, abdução máxima da anca e posterior adução com o membro contralateral.
3. Mobilidade e fortalecimento posterior da anca	– Em decúbito dorsal, segurar o MI saudável com as duas mãos abaixo do joelho e puxá-lo em direção ao tronco. Mantendo a posição, empurrar o membro amputado contra o colchão, durante 1 minuto.
4. Rotações da anca	– Em decúbito dorsal, realizar rotação interna e externa máxima.
5. Fortalecimento lateral da anca	– Com uma almofada entre os joelhos e um cinto (ou uma banda elástica) unindo as duas coxas, fazer adução apertando a almofada entre os joelhos. Descansar 10 segundos e posteriormente realizar abdução afastando as coxas contra o cinto ou banda.
6. Glúteos	– Contrair as nádegas uma contra a outra.
7. Ponte	– Em decúbito dorsal, com o joelho do membro saudável fletido e o pé apoiado no colchão, colocar o coto sobre um rolo e fazer força em direção ao colchão, de forma a levantar as nádegas do colchão.
8.	Sentado numa cadeira, contrair os músculos do membro amputado, imaginando que está a estender o joelho.
9.	Sentado numa cadeira, contrair os músculos do membro amputado, imaginando que está a fletir o joelho.

Nota. Adaptado de Capelo & Fortunato (2019, p. 17,18)

O **período pós-protésico**, relaciona-se, predominantemente, com a reintegração social, devendo incidir-se, nesta fase, no treino da colocação e remoção da prótese, treino de utilização da mesma (nomeadamente no treino das atividades de vida diárias), ensino relativo aos cuidados a ter com a prótese (nomeadamente tempo de utilização, que deve ser aumentado gradualmente) e vigilância do membro residual. Os cuidados do período pré-protésico, devem, de um modo geral, ser mantidos, com exceção da moldagem do coto (Capelo & Fortunato, 2019).

Relativamente à higiene, a lavagem do coto, deve ser realizada após a utilização da prótese, uma vez que a humidade e o edema resultantes da higiene prévia podem dificultar o uso da mesma. O encaixe da prótese, deve ser limpo, diariamente, quando a mesma não vá ser mais usada, para o efeito, deve ser usado um pano macio molhado com água e sabão, passando-se depois um segundo pano com água limpa e deixar secar. A meia do coto deverá ser mudada diariamente, lavando-se, a mesma, com água morna e secando-a com exposição à luz solar. Esta, deve ser lavada logo após o uso (antes do suor secar na mesma) (Capelo & Fortunato, 2019).

Neste período, deverá existir, também, o treino das atividades de vida, nomeadamente, “a higiene e o banho, o vestir/despir, a alimentação, transferências, prevenção de quedas e medidas de segurança” (Capelo & Fortunato, 2019, p. 22). O treino de marcha, com progressão, deve ser realizado, e, nesta fase, também deverão ser prescritos os produtos de apoio e realizadas as adaptações do domicílio previamente estudadas. Há, alguns doentes, que podem ter capacidade, e vontade de realizar condução automóvel, podendo ser feita, uma avaliação e treino nesse sentido.

Tal como já referido, o programa de reabilitação deve ser individualizado, com vista ao melhor sucesso do mesmo, tendo em conta as características individuais do doente (Capelo & Fortunato, 2019).

3.1.2. Amputação de mama

Apesar de, tal como já referido neste relatório, o cancro de mama ser o segundo cancro mais detetado a nível mundial, e, em Portugal, ser o primeiro mais detetado, quando consideradas apenas as mulheres, são escassos, os estudos encontrados no nosso País, relativamente às complicações e respetiva reabilitação, do tratamento mais aplicado, ou seja, o tratamento cirúrgico, e mais especificamente a mastectomia.

A pertinência, do foco nesta temática, deste projeto de intervenção, ganhou assim ênfase, ao ter sido realizada, pesquisa bibliográfica sobre o tema, do que resultaram vários artigos com o que já está a ser estudado e realizado em outros Países. Assim, foi feita uma análise, do que poderia vir a ser aplicado em Portugal, para posterior análise e interpretação de resultados, relativamente a ganhos em saúde.

Da pesquisa realizada, destaca-se, a existência, de, apenas, um artigo em português.

No que diz respeito ao tratamento para o cancro de mama, as opções disponíveis atualmente, são, a cirurgia e a radioterapia, mais usuais para tratamento loco regional e, a hormonoterapia e a quimioterapia, mais usadas no tratamento sistémico. A cirurgia, destaca-se como o tratamento de primeira escolha, dependendo, a escolha do tipo de cirurgia a ser usada, do estadiamento clínico e tipo histológico da doença (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2004; L. D. Pereira et al., 2021). O estadiamento clínico, divide-se em cinco estádios, que têm como indicadores: o tamanho do tumor, o número de gânglios afetados e a presença de metástases (National Comprehensive Cancer Network, 2011).

Relativamente ao tipo de cirurgia, esta, pode ser: cirurgia conservadora de mama (tumorectomia e quadrantectomia) ou mastectomia (retirada da mama – mastectomia simples). Quando associada à linfonodectomia axilar, pode ser considerada mastectomia

radical modificada (existe retirada de alguns músculos peitorais mas preservação de outros) ou mastectomia radical (retirada de todos os músculos peitorais), pode, ainda existir, a mastectomia com reconstrução imediata (Domingos et al., 2021; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2004; L. D. Pereira et al., 2021).

O tratamento cirúrgico, sofreu grandes mudanças, nas últimas quatro décadas, devido à evolução das medidas terapêuticas adjuvantes, assim, a mastectomia radical, passou a ser preterida, por medidas como, a cirurgia conservadora, associada à radioterapia, quando se trate de estádios iniciais. Esta opção, apresenta-se com taxas de sobrevivência semelhantes, melhores resultados cosméticos e taxas aceitáveis de recorrência local. Já a quimioterapia neoadjuvante veio possibilitar a cirurgia conservadora quando se trate de tumores localmente avançados, mas com boa resposta patológica à terapêutica. Atualmente, o objetivo do cirurgião já tem por base, não só a segurança oncológica, mas também a satisfação estética da doente. Algumas mulheres, se beneficiarem, podem até já, realizar reconstrução imediata ou tardia, com próteses de silicone, expansor ou retalho miocutâneo (Domingos et al., 2021; Franceschini et al., 2015; Rizzi, 2019; Sledge et al., 2014).

Contudo, a mastectomia continua a ser frequente, e, existem complicações relacionadas com este tratamento cirúrgico, tais como: a deiscência, o seroma, a infecção da ferida operatória e necrose tecidual, linfedema, dor, parestesias, diminuição da força muscular, redução da ADM do membro envolvido e alterações posturais, que são relatadas pelas mulheres submetidas a cirurgia da mama, sendo consideradas as mais difíceis consequências associadas ao tratamento de cancro da mama, por interferirem na qualidade de vida (Estevão et al., 2018; Paz & Barros, 2017; Rizzi, 2019).

A existência, de alguns antecedentes e fatores pessoais, tais como: idade mais avançada, índice de massa corporal (IMC) elevado, hipertensão arterial (HTA), DM e tabagismo, podem levar a uma maior incidência de complicações pós-operatórias, predominantemente, quando se tratam de cirurgias com reconstrução mamária (Blough

et al., 2018; Marinescu et al., 2019; Sadok et al., 2020; Voineskos et al., 2015; Wilkins et al., 2018).

A implementação de um plano de reabilitação é referida em vários artigos como uma medida eficaz na prevenção ou recuperação das complicações referidas. Merêncio e Ventura (2020) referem que a enfermagem de reabilitação tem uma intervenção de destaque, tanto no decorrer do tratamento, como na prevenção e na gestão eficaz das complicações que podem gerar compromissos da funcionalidade e, conseqüentemente, afetar a qualidade de vida da mulher.

C. Silva et al. (2021), reforçam a ideia anterior, referindo que o enfermeiro desempenha um papel essencial no pós-operatório da mulher mastectomizada, nomeadamente, no que diz respeito aos ensinamentos, para que a mulher possa retomar as suas atividades de vida anteriores à cirurgia, bem como promovendo a sua autonomia e estabilidade emocional.

Segundo Camões et al.(2015), o enfermeiro de reabilitação, intervém na prevenção de complicações secundárias à cirurgia, na capacitação da mulher para a realização das suas AVD's e na recuperação e/ou manutenção das capacidades funcionais. Assim, esta intervenção, reflete-se depois, na independência e autonomia da pessoa para cuidar de si mesma, bem como em ganhos em saúde.

Ganhos em saúde são considerados resultados positivos em indicadores da saúde e fornecem uma visão da respetiva evolução, estes, dependem da capacidade em intervir, seja ao nível da prevenção, controlo ou resolução dos fatores causais. Dependem, ainda, da gestão do conhecimento, da identificação correta das necessidades em saúde e de uma utilização adequada dos recursos existentes (Direcção-Geral da saúde, 2012; Lopes et al., 2015).

Para Merêncio e Ventura (2020), Camões et al. (2015) e Silva et al. (2014) o processo de enfermagem de reabilitação, relativo à mastectomia, pode dividir-se em **três fases: a fase pré-operatória**, em que se pretende conhecer alterações prévias e

verificar fatores de risco para o pós-operatório, com vista à melhoria funcional do membro homolateral à mastectomia; **a fase pós-operatória**, da qual se destaca o período de pós-operatório imediato, que inclui procedimentos tais como, o posicionamento no leito contralateral à mastectomia, os exercícios de relaxamento e alongamento para o alívio da dor e da contração muscular, e exercícios ativos-assistidos de baixa amplitude; **a fase crônica**, que diz respeito à continuidade dos cuidados de forma a garantir a qualidade de vida da mulher, nomeadamente, no que diz respeito ao desenvolvimento das AVD's.

Estudos mais antigos, descrevem que a realização de exercícios precocemente, pode prejudicar o pós-operatório, no entanto, apesar de não existir um consenso na literatura, em relação, ao início imediato ou tardio, e livre ou limitado, da prática de exercícios no pós-operatório, com a evolução das técnicas cirúrgicas, estudos mais recentes, referem, que limitar o exercício precoce, pode ocasionar malefícios, nomeadamente, no que diz respeito à mobilidade e à funcionalidade do membro superior abordado cirurgicamente. Alguns estudos, demonstram, mesmo, que a intervenção precoce não influencia na incidência de complicações, existindo alguns autores que já apresentaram estudos com ADM livre no primeiro dia de pós-operatório (Estevão et al., 2018).

Dos artigos analisados, um deles, relata um estudo realizado, em que o objetivo foi avaliar o impacto, do início de exercícios de amplitude livre de membros superiores, 15 ou 30 dias após a cirurgia, na ADM do ombro, dor e função de membros superiores, na incidência de deiscência, seroma, infeção e necrose, e na necessidade de reoperações após-mastectomia com reconstrução imediata, com material aloplástico⁶ (Rizzi, 2019).

⁶ O material aloplástico corresponde ao implante, normalmente de silicone, e esta reconstrução pode ser realizada com a colocação imediata de um implante, ou primeiramente com a colocação de um expansor, existindo depois nova intervenção cirúrgica para colocação do implante. No que diz respeito à outra forma de reconstrução possível, ou seja, com retalhos autólogos, os músculos mais utilizados são os abdominais (nomeadamente o TRAM (transverse rectus abdominis muscle)) e o músculo grande dorsal. Pode ainda haver combinação dos métodos aloplástico, com retalhos autólogos (Nazário et al., 2015).

O tipo de cirurgia mamária e o tipo de reconstrução realizada, têm influência na funcionalidade motora. Assim, abordagens cirúrgicas radicais, com linfonodectomia axilar, geram mais disfunções, tais como, redução de ADM, de força e dor no membro superior do lado intervencionado, com conseqüente aumento da dificuldade para realização das AVD's. No que diz respeito, às opções de reconstruções mamárias, por si só, também acarretam possíveis sequelas funcionais, pelo que, associadas às da cirurgia oncomamária tende a ter impacto significativo na qualidade de vida da doente (Nazário et al., 2015; Woo et al., 2018).

A colocação mais frequente dos implantes mamários, pós mastectomia, é abaixo do músculo peitoral maior, ou seja, no espaço retropeitoral. O procedimento, é realizado com desinserção das fibras esternocostais do músculo peitoral maior, da cartilagem costal e região inferior do esterno, para, assim permitir, a colocação do implante, por baixo do músculo. Tendo em conta, que o músculo peitoral maior contribui para adução, flexão e rotação interna de ombro, é possível que a sua manipulação possa resultar em déficit motor (Leonardis et al., 2019).

Dos artigos encontrados, são poucos os que descrevem de forma detalhada o tipo de exercícios aplicados nos estudos. É exceção, o artigo 1, apresentado na tese de Rizzi (2019), em que são apresentados, os exercícios que foram aplicados. Assim, neste estudo, de entre sessenta mulheres submetidas a mastectomia, todas iniciaram, exercícios com ADM do ombro limitada a 90°, no dia seguinte à cirurgia, sendo submetidas a avaliações ao 7°,15°,30°,60° e 90° dias, após cirurgia. No entanto, ao 15° dia foram divididas em 2 grupos, em que, um grupo teve indicação para amplitude livre da articulação do ombro, e o outro grupo, manteve indicação para limitação de amplitude até aos 90° até ao 30° dia após cirurgia. Os resultados descritos, revelam que as mulheres incluídas no estudo, que realizaram exercícios de amplitude livre do membro superior após 15 dias de cirurgia, apresentaram menos dor, maior ADM do ombro e melhor função dos membros superiores, sem aumento da incidência e prevalência de complicações, nomeadamente a nível cicatricial, bem como sem necessidade de reoperações.

A pesquisa bibliográfica realizada, deu suporte ao desenvolvimento das intervenções que foram desenvolvidas no âmbito do projeto de intervenção e às práticas clínicas supervisionadas nos estágios curriculares.

3.1.3. Teorias de Enfermagem

Para que os cuidados prestados, pelo EEER, sejam de elevada qualidade, torna-se necessário que as atividades profissionais sejam baseadas em fundamentos teóricos. Os EEER, ao sustentarem a sua prática em referenciais teóricos, tornam, a mesma, mais sistematizada e com intenção (Maria Martins et al., 2018; Ribeiro et al., 2018, 2021).

Do confronto, dos referenciais teóricos, da área da Enfermagem, com o projeto de intervenção desenvolvido, e com a respetiva intencionalidade da prática, que lhe está inerente, emergiram, como já referido na introdução, a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis.

- **Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem**

A teoria do autocuidado, integra-se, juntamente com mais duas teorias relacionadas⁷, numa teoria geral, designada teoria do défice de autocuidado (Taylor, 2004).

⁷ Teoria do défice de auto-cuidado e teoria dos sistemas de enfermagem

O autocuidado, na teoria de Dorothea Orem (2001a), é descrito como uma função humana reguladora, que os indivíduos têm de realizar por si próprios, ou, que tem de ser desempenhada por outrem, em substituição do próprio, visando a preservação da sua vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar. Este, carece de ser aprendido e aplicado de forma intencional e continua, tendo em conta as necessidades reguladoras dos indivíduos (Taylor, 2004).

Orem (2001a), refere na sua teoria, que a pessoa e o ambiente, são encarados como indissociáveis, considerando que toda a pessoa, possui habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, que torna possível o autocuidado. Refere ainda, que todos os seres humanos, ao longo da vida, estão dispostos a cuidar de si, e dos seus familiares dependentes, apresentando já, ou vindo a desenvolver, potencial para o desenvolvimento de capacidades⁸, no sentido de adquirir conhecimentos, com vista à satisfação das suas necessidades de autocuidado. Contudo, quando em algum momento, não existe capacidade, que colmate as necessidades de autocuidado apresentadas, por exemplo nos “desvios de saúde”, é requerida intervenção, de outrem. Perante estes casos, o enfermeiro destaca-se, apresentando-se como agente terapêutico, que presta assistência especializada, a pessoas, que pela incapacidade apresentada, carecem de cuidados, que vão além de uma necessidade de assistência comum, para satisfazer as necessidades de autocuidado (Petronilho & Machado, 2016; Ribeiro et al., 2021; B. Santos et al., 2017; Wills, 2016).

Para Orem (2001a), as necessidades de autocuidado, podem dividir-se em três categorias: requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e requisitos de autocuidado no desvio de saúde. No que diz respeito, aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, estes, são requisitos, que são exigidos em condição de doença ou lesão, logo, relacionados com formas específicas de doenças, ou com intervenções de

⁸ Segundo Petronilho & Machado (2016) a capacidade ou poder humano para se envolver no auto-cuidado é afetada por fatores que Orem denominou como fatores condicionantes básicos, isto é, fatores internos ou externos que afetam a capacidade da pessoa se envolver no auto-cuidado, ou por outro lado, podem afetar o tipo ou a quantidade de autocuidado necessário.

diagnósticos e tratamento (Petronilho & Machado, 2016). No contexto do desvio de saúde, podem encontrar-se seis categorias de requisitos de auto-cuidado:

1. Procurar e garantir assistência médica adequadas nos eventos de exposição a agente específicos (físicos ou biológicos) ou condições ambientais associadas a eventos patológicos humanos ou quando resulta de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas conhecidas;
2. Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento;
3. Realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de patologias específicas, às normas de funcionamento humano integral, à correção de deformidades e anormalidades, e, à compensação das incapacidades;
4. Estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos do desenvolvimento;
5. Modificar o autoconceito (e a autoimagem) em aceitar estar num estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde;
6. Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções e diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida que promovam um continuado desenvolvimento pessoal (Orem, 2001b, p. 235).

Este referencial teórico, torna-se particularmente pertinente para a Enfermagem de Reabilitação, por destacar que a pessoa tem capacidade para satisfazer as suas necessidades e/ou potencial para adquirir independência para o autocuidado, bem como face a possíveis limitações, tem capacidade para aprender novas formas de concretizar o autocuidado, necessitando por isso de uma intervenção profissional sistematizada e intencional, em que o foco seja o autocuidado. O EEER, como resultado da sua formação avançada, inclui o autocuidado no planeamento dos cuidados de forma fluida e propositada, tendo como as suas principais metas a promoção do autocuidado, a

reconstrução da autonomia e o bem-estar (Ribeiro et al., 2021; E. Silva et al., 2020; N. Silva et al., 2018).

Segundo Wills (2016), de acordo com esta teoria, a intervenção profissional do EEER, pode classificar-se em: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou sistema de apoio-educação. Relativamente ao sistema totalmente compensatório, tal como, o termo totalmente indica, a pessoa será substituída em todas as atividades. No caso de se tratar, de um sistema parcialmente compensatório, refere-se a um sistema em que o enfermeiro realiza apenas, o que a pessoa não consegue, realizando a própria o que consegue. Quanto ao sistema de apoio-educação, este aplica-se, quando já há capacidade, por parte da pessoa, para o autocuidado, carecendo apenas de indicações e instruções para o desenvolvimento das atividades (Maria Martins et al., 2018; Orem, 2001b; Ribeiro et al., 2021).

Os EEER, ao preconizarem na sua prática, a participação ativa da(s) pessoa(s) significativas, para a pessoa com necessidade de intervenção, por esta participação ter particular importância na continuidade de cuidados, vão, mais uma vez, de encontro ao preconizado por Orem, nas suas Teorias (Demoro et al., 2018; Ribeiro et al., 2021).

- **Teoria das Transições de Afaf Meleis**

Transição, é definida, por Afaf Meleis, como uma passagem ou movimento, de uma fase da vida, estado ou condição de saúde, para outro, gerada por uma mudança (Petronilho et al., 2021; Ribeiro et al., 2021)

Segundo José e Sousa (2021) , para a autora desta teoria, as transições são parte integrante da experiência humana, e o modo como são geridas, tem potenciais

consequências sobre a saúde e o bem-estar. A autora, destaca a relação entre enfermeiro e pessoa, referindo, que o enfermeiro se preocupa com as transições experienciadas pela pessoa, intervindo, de forma a que o seu alvo, seja a saúde e o bem-estar (McEwen, 2016).

Segundo a teoria, as transições podem ser classificadas, quanto à sua natureza, em tipos, dos quais, quatro, se destacam, por o enfermeiro tender a envolver-se: as transições de desenvolvimento, situacionais, relacionadas com situações de saúde-doença e organizacionais. Outro aspeto, de relevo, relativamente a esta teoria, são as condições da transição, que podem ser influenciadas, por fatores facilitadores ou inibidores e, que são destacados como de carácter importante para a atenção do enfermeiro. Estes fatores, podem ser de carácter pessoais, relacionados com a comunidade e/ou sociedade (McEwen, 2016; Meleis, 2012; Ribeiro et al., 2021).

Segundo Petronilho et al. (2021), a autora desta teoria, considera a enfermagem como processo facilitador das transições, que as pessoas vivenciam, considerando que estas transições podem ser reais ou antecipadas.

Nesta teoria, os enfermeiros tomam por foco de atenção, da sua prática, as respostas humanas consequentes das transições e, as suas intervenções, durante as transições, são designadas como terapêuticas de enfermagem, que procuram gerar padrões de resposta adequados, tanto a nível de processo, como a nível de resultado, o que indica uma transição vivenciada com sucesso (McEwen, 2016; Petronilho et al., 2021; Ribeiro et al., 2021; N. Silva et al., 2018).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No projeto de intervenção realizado (Apêndice 1), foram definidos como objetivos específicos, a aquisição e /ou consolidação de conhecimentos científicos no que diz respeito aos doentes submetidos a amputações, em especial de membro inferior e mama, com conseqüente desenvolvimento da capacidade e competência específica de avaliar diferenciadamente as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação de cada um destes doentes, para, posteriormente, se fazer o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação adequados, sabendo-se selecionar quais as intervenções a implementar, sempre com foco na funcionalidade e, tendo em conta, os princípios da beneficência e não maleficência para o doente. Após o planeamento, e a implementação do plano de reabilitação, objetivou-se uma nova avaliação, com vista à identificação dos resultados, demonstrativos de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem reabilitação.

4.1. Metodologia do Projeto de Intervenção

Como procedimento metodológico foi escolhido o estudo de caso, uma abordagem metodológica indicada, quando se pretende compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores (Figueiredo & Amendoeira, 2018). É caracterizado como um estudo, acerca de indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo, correspondendo,

estes, aos “casos”. É orientado por, consecutivas, etapas de recolha, análise e interpretação da informação, originárias de diversas fontes (Figueiredo & Amendoeira, 2018; Yin, 2010). O projeto desenvolveu-se nos contextos clínicos dos estágios e, para tal, foi considerada a teoria de Intervenção Terapêutica (Lopes, 2006). Esta teoria tem por fundamento a relação enfermeiro-doente, e divide a intervenção do enfermeiro em dois processos essenciais: o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica (Lopes, 2006). As etapas de avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação de resultados foram realizadas com supervisão de enfermeiro especialista na área.

4.2. Recolha e análise de dados

A recolha de dados, foi realizada com as técnicas de observação, entrevista, consulta de registos processuais e avaliação manual de sintomas (força, ADM e tónus muscular). Os instrumentos aplicados estão recomendados pela Direção Gral da Saúde e/ ou validados para populações semelhantes aos participantes estudados. No apêndice 1 constam os instrumentos e as escalas utilizadas. Em conformidade com a metodologia do estudo de caso os dados foram descritos, sintetizados e analisados no sentido da definição dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação e na identificação de resultados sensíveis às intervenções implementadas. A apresentação dos estudos de caso segue as etapas preconizadas na metodologia: Avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e avaliação de resultados.

4.3. Procedimentos Éticos

O projeto de intervenção profissional foi aprovado nos Órgãos do Curso e da UÉESESJD. A acessibilidade aos participantes ocorreu nos contextos clínicos dos estágios.

O projeto de intervenção foi apresentado aos participantes e o consentimento expresso à participação foi obtido (Apêndice 1). As atividades de avaliação diagnóstica, intervenção e avaliação de resultados foram desenvolvidas com supervisão de EEER. O planeamento das intervenções foi previamente validado pelo supervisor clínico. Todos os procedimentos clínicos foram enquadrados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e nos deveres profissionais consagrados na carreira. Os dados apresentados excluem a identidade dos participantes e das fontes.

4.4. Estudo de Caso 1

- **Avaliação Diagnóstica**
 - **Identificação:** Senhor M.F.
 - **Idade:** 73 anos
 - **Sexo:** Masculino
 - **Escolaridade:** 4.^a Classe
 - **Estado Civil:** Casado
 - **Agregado Familiar:** Esposa e filho
 - **Pessoas significativas:** Esposa e filho
 - **Situação laboral:** Reformado

- **História Clínica:** O Sr. M.F. foi submetido a amputação transfemural à esquerda, por etiologia vascular, depois de ter sido submetido a alguns procedimentos vascular, nomeadamente angioplastias.

- **Antecedentes Pessoais, mais relevantes:** Bypass aorto-bifemural por doença vascular periférica, com colocação de prótese; HTA; Dores osteoarticulares por patologia da coluna lombar; DM II há 4-5 anos; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) tabágica; Insuficiência Respiratória Crónica; Tromboembolismo Pulmonar (TEP); Regurgitação aórtica menor, disfunção diastólica do Ventrículo Esquerdo e placa ateromatosa na bifurcação carotídea esquerda.

À data da primeira abordagem, do EEER, o Sr. M.F. encontrava-se calmo, consciente e orientado em todos os referenciais. Triste com a sua situação clínica, mas crente na possibilidade de recuperação de alguma funcionalidade. Encontrava-se na fase de protetização, realizando marcha com prótese, nas barras e curtas distâncias com andarilho, no serviço de medicina física e reabilitação.

Da observação, entrevista e aplicação dos instrumentos de avaliação, designados acima, obtiveram-se os dados que se apresentam na tabela 7.

Tabela 7

Dados da Avaliação Inicial

	Avaliação inicial
TA (mm/Hg)	109/60
FC (bpm)	85
FR (cr/min)	18
SPO2 (%)	93%
MIF	95 pontos
Dor	Dor intensidade 2 nas articulações dos punhos
MRCm	Força 4+ nos membros superiores; Força 4 + no MID; Força 4/4+ no membro residual
Teste Tinetti	Foi apenas avaliado o equilíbrio de tronco, com base na observação realizada
Escala de Borg Modificada	3 – Dispneia moderada - ao colaborar nas mobilizações no leito e realizar os exercícios

Nota. Fonte Própria

A medida de independência funcional, na avaliação inicial, revelou um valor de 95 pontos, o que significa dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa (Direcção-Geral da saúde, 2011). A dependência verificou-se nos autocuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade e consciência do mundo exterior, tal como se apresenta na tabela 8.

Tabela 8

Avaliação Diagnóstica da Funcionalidade

AUTO-CUIDADOS	Avaliação inicial
A. Alimentação	7
B. Higiene Pessoal	7
C. Banho	5
D. Vestir metade superior	5
E. Vestir metade inferior	2
F. Utilização da Sanita	5
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	
G. Bexiga	5
H. Intestino	7
MOBILIDADE / Transferências	
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	5
J. Sanita	4
K. Banheira, Duche	4
LOCOMOÇÃO	
L. Marcha / <u>CADEIRA DE RODAS</u>	7
M. Escadas	1
COMUNICAÇÃO	
N. Compreensão	7
O. Expressão	7
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
P. Interação Social	5
Q. Resolução de Problemas	5
R. Memória	7
TOTAL	95

Nota. Fonte Própria

O banho do Sr. M.F. era diário, umas vezes realizado no leito, outras, realizado na casa de banho, em cadeira sanitária. Quando ocorria na casa de banho, o doente participava muito pouco, não por falta de capacidade, mas por falta de oportunidade.

Pela observação realizada, no autocuidado vestir-se, conseguia vestir a metade superior apenas com supervisão, no entanto, carecia de ajuda máxima para vestir a metade inferior, assim como, especificamente, na colocação do molde de silicone no coto (Figura 3). Esta limitação tinha como causa a diminuição da mobilidade, nomeadamente no que diz respeito à flexão do tronco, por apresentar grande volume abdominal e também relacionada com a intolerância à atividade.

Figura 3

Molde de Silicone do coto de amputação transfemural do Sr. M.F.



Nota. Fonte própria

Apresentava continência, de esfínter vesical e intestinal, no entanto, por limitações da mobilidade, no período diurno, predominantemente, urinava na fralda.

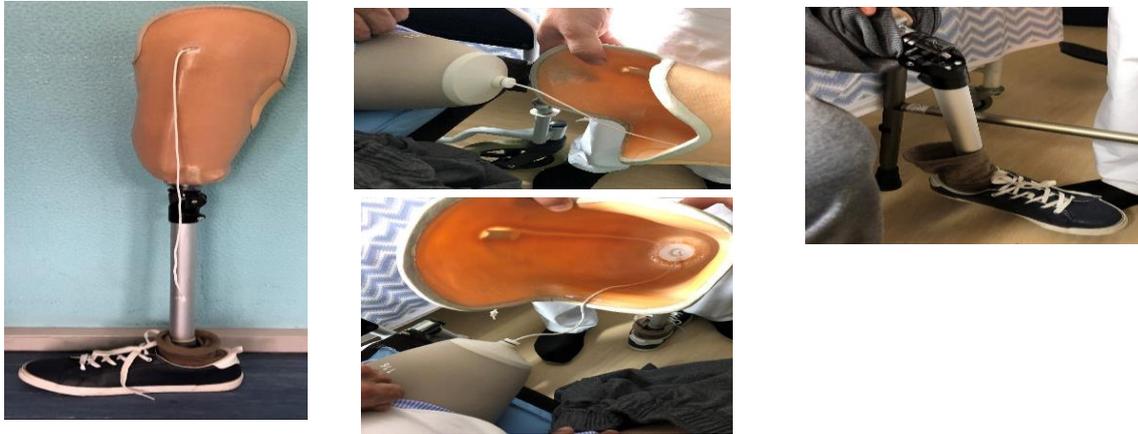
O Sr. M.F. era independente na locomoção em cadeira de rodas, bem como realizava, já algumas transferências de forma independente, entre a cama e a cadeira de rodas e entre a cadeira de rodas e o cadeirão, no entanto executava, estas transferências de forma incorreta, com risco elevado de cair e contrair lesões músculo-esqueléticas. Por exemplo colocava a cadeira de rodas por vezes distante da cama ou do cadeirão para onde se ia transferir, ou, colocava com frequência a cadeira de rodas de forma que o membro amputado, era o membro que ficava mais perto do sítio para onde se ia transferir, o que implicava uma deslocação maior sobre o membro inferior direito (MID). Devido aos riscos apresentados, tinha sido incentivado pela equipa multidisciplinar a não realizar estas transferências sem ajuda ou supervisão, bem como tinha sido incentivado a não realizar, também sem supervisão, transferências da cadeira de rodas para a sanita durante o dia, resultando daí o uso de fralda, no período diurno, tal como referido anteriormente.

Tendo em conta alguns dos antecedentes pessoais do Sr. M.F., como por exemplo, a DPOC e insuficiência cardíaca, este seria um doente à priori com limitação para a protetização, e, principalmente, para realização de marcha com prótese, devido aos gastos energéticos exigidos. Contudo, a protetização do doente, relacionava-se com a necessidade de “deambular curtas distâncias”, nomeadamente, subir e descer um degrau, para contorno de limitação arquitetónica do domicílio, especificamente da casa de banho, que não se conseguia contornar de outra forma. À observação o doente apresentava cansaço fácil na realização das atividades de vida, bem como na realização de treino de marcha com prótese.

Na figura 4, pode observar-se a prótese do Sr. M.F.

Figura 4

Prótese de Amputação Transfemural do MIE do Sr. M.F.



Nota. Fonte Própria

Na sequência da marcha com prótese de MI e na observação da realização das transferências foram ainda identificadas alterações no equilíbrio corporal, na adoção da posição de pé e dificuldades no andar, de forma eficaz com andarilho (figura 4).

Figura 5

Marcha com andarilho com prótese de MIE colocada



Nota. Fonte Própria

Da análise dos dados realizada, identificaram-se os seguintes focos de atenção: Equilíbrio Corporal; Pôr-se de pé; Transferir-se; Andar com dispositivo auxiliar de marcha; Autocuidado: Vestuário; Autocuidado: ir ao sanitário, Intolerância à atividade e adaptação do domicílio para andar com dispositivo auxiliar de marcha.

Com base nos focos referidos foram formulados os **diagnósticos de ER** que se apresentam na tabela 9:

Tabela 9

Diagnósticos de ER

-
- Potencial para melhorar a capacidade para utilizar dispositivos e usar a técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;
 - Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, não demonstrado;
 - Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;
 - Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo), não demonstrado;
 - Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo);
 - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica conservação de energia e sobre hábitos de exercício;
 - Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia;
 - Equilíbrio corporal comprometido;
 - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;
 - Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;
 - Potencial para melhorar técnica de adaptação para pôr-se de pé;
 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;
 - Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;
 - Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;
 - Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.
-

Nota. Fonte Própria

- **Intervenção Terapêutica**

Com base nos **diagnósticos** foi elaborado **um plano de intervenção**, que foi implementado sem intolerância. Apresenta-se, de forma sucinta, na tabela 10, no entanto pode encontrar-se de forma descritiva, nos planos de cuidados apresentados no Apêndice 2.

Tabela 10*Plano de Intervenção associado aos Diagnósticos*

Potencial para melhorar a capacidade para utilizar dispositivos e usar a técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	Avaliar capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário (barras de apoio laterais) Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário Instruir sobre uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário (barras de apoio laterais, urinol) Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário Treinar o uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário Treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário
Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, não demonstrado	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se Treinar técnica de adaptação para transferir-se
Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo), não demonstrado	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo) Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo) Ensinar técnicas de conservação de energia
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo)	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo) Instruir e Treinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo) Treino de flexão/extensão da articulação coxo- femural com controlo da respiração Treino de flexão do tronco na cadeira de rodas
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica conservação de energia e sobre hábitos de exercício	Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício Ensinar sobre técnica de conservação de energia Ensinar sobre hábitos de exercício
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia	Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia Instruir sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercícios Treinar técnica de conservação de energia e hábitos de exercícios saudáveis
Equilíbrio corporal comprometido	Estimular a manter o equilíbrio corporal; Executar técnica de treino de equilíbrio;
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	Avaliar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal Instruir e Treinar técnica de equilíbrio corporal
Potencial para melhorar técnica de adaptação para pôr-se de pé	Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação de pôr-se de pé Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé
Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha	Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com dispositivo auxiliar de marcha
Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha	Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha Avaliar a capacidade de andar com auxiliar de marcha Ensinar e treinar a andar com auxiliar de marcha

Nota. Fonte Própria

O processo de enfermagem foi desenvolvido durante 8 dias (não consecutivos), em que, a prestação de cuidados de ER, teve a duração aproximada de 1 a 2 horas/por dia, realizada pela autora com supervisão de EEER.

Durante as sessões foram sempre usados 2 dos instrumentos de avaliação, nomeadamente, a escala de Borg e a escala numérica da dor. Na avaliação final, pela qual se estimam os resultados sensíveis aos cuidados de ER, foram aplicadas as mesmas técnicas e instrumentos usados na avaliação inicial, e, a mesma, desenvolveu-se em conformidade com o supra descrito. Acrescentando-se, ainda, que durante a implementação do plano de intervenção foi identificada a necessidade de intervenção pela parte da nutricionista, uma vez que a condição nutricional do doente comprometia também o sucesso da reabilitação. Assim, foi feito o pedido de observação pela nutricionista do serviço, que veio posteriormente a avaliar o doente, para realização de plano alimentar para o domicílio e otimização da dieta instituída durante a permanência do doente no internamento.

- **Avaliação dos Resultados**

Na tabela 11, apresentam-se os dados obtidos na avaliação final.

Tabela 11

Dados da avaliação final

	Avaliação final
TA (mm/Hg)	120/75
FC (bpm)	84
FR (cr/min)	17
SPO2 (%)	94%
O2 ADICIONAL	0
MIF	101 pontos
Dor	Dor intensidade 1 nas articulações dos pulsos
Escala de Borg Modificada	1 / 2– Dispneia leve ou muito leve – ao colaborar nas mobilizações no leito e realizar os exercícios

Nota. Fonte Própria

A medida da independência funcional, na avaliação final, revelou um valor de 101 pontos. O doente manteve-se no nível de dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa (Direcção-Geral da saúde, 2011), mas com evolução favorável nos autocuidados vestir a metade inferior do corpo, utilização da sanita, controlo de esfíncter vesical e mobilidade/transferências como se pode observar na Tabela 12.

Tabela 12

Avaliação Funcional Final

AUTO-CUIDADOS	Avaliação inicial
A. Alimentação	7
B. Higiene Pessoal	7
C. Banho	5
D. Vestir metade superior	5
E. Vestir metade inferior	3
F. Utilização da Sanita	6
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	
G. Bexiga	6
H. Intestino	7
MOBILIDADE / Transferências	
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	6
J. Sanita	6
K. Banheira, Duche	4
LOCOMOÇÃO	
L. Marcha / <u>CADEIRA DE RODAS</u>	7
M. Escadas	1
COMUNICAÇÃO	
N. Compreensão	7
O. Expressão	7
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
P. Interação Social	5
Q. Resolução de Problemas	5
R. Memória	7
TOTAL	101

Nota. Fonte própria

À medida que o plano foi sendo aplicado, foram emergindo **resultados**, tais como:

- Ao 7º dia de intervenção o Sr. M.F passou a usar bóxeres, que conseguia vestir e despir de forma independente quando precisava ir à casa de banho. Durante a noite passou a usar urinol e deixou de urinar na fralda como fazia antes da intervenção do EEER;

- Com cerca de 2/3 dias de ensino o conhecimento do Sr. M.F. sobre técnica de adaptação para transferir-se já se encontrava melhorado;

- Passados cerca de 3 a 4 dias de instrução, e treino, o Sr. M.F. passou a implementar técnicas de adaptação para transferir-se melhoradas;

- O Sr. M.F passou a demonstrar conhecimentos sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo), no entanto executava poucas vezes e realizava grande dispêndio de energia o que o levava a desistir de realizar este autocuidado. Após reforço, dos ensinamentos realizados, passou a demonstrar novos conhecimentos adquiridos e os que já tinha consolidados, apresentando maior motivação para realizar o autocuidado;

- Ao 7º dia de intervenção o doente já conseguia vestir bóxeres, calças e colocar silicone no coto apenas com ajuda mínima, contudo referiu que nesta atividade de vida iria ter sempre por perto a esposa para auxiliar, tal como lhe tinha sido sugerido;

- Nas primeiras avaliações, o Sr. M.F. não demonstrava conhecimento sobre técnica de conservação de energia, o que comprometia a realização de algumas atividades de vida diária, no entanto, com os ensinamentos que foram sendo realizados foi adquirindo conhecimentos, encontrando-se ao 7º dia de intervenção, já com conhecimento melhorado. Nas primeiras avaliações, não demonstrava, também, conhecimento sobre hábitos de exercício, mas com os ensinamentos que foram sendo

realizados foi adquirindo conhecimentos neste sentido e foi sendo reforçada a importância de manter estes exercícios aquando da alta;

- Gradualmente foi melhorando a sua capacidade para usar técnica de conservação de energia, com conseqüente benefício na sua funcionalidade. Adquiriu conhecimentos, também, sobre exercícios saudáveis a manter aquando da alta, para melhor gestão dos seus gastos energéticos;

- No início da intervenção do EEER, o doente, apresentava escasso conhecimento, sobre técnica de equilíbrio corporal, no entanto à data da alta, evidenciava já melhoria deste conhecimento, conseguindo transmiti-lo à esposa e ao filho;

- Não se voltou a aplicar a escala de equilíbrio de Tinetti ao Sr. M.F., por ter sido evidente não ter fiabilidade no doente amputado de MI. No caso do Sr. M.F. tinha-se planeado a aplicação da mesma com a prótese de MI colocada, no entanto, por a mesma se ter encontrado alguns dias nas oficinas, em manutenção, não foi possível esta avaliação, bem como, não foi possível, atuar com eficácia, ao nível do treino do equilíbrio ortostático. Assim, o resultado esperado de equilíbrio corporal não comprometido não foi alcançado na sua plenitude, mas houve evidentes melhorias no equilíbrio do tronco na realização das transferências;

- O Sr. M.F no início da intervenção do EEER já se colocava de pé de forma independente, no entanto exercendo forças em locais errados, partindo do decúbito dorsal para se erguer da cama, sem colocar as pernas para fora, ou, outras vezes, aguardava por ajuda para se pôr de pé. À data da alta, conseguia já colocar-se de pé de forma eficaz e independente;

- Relativamente ao uso da prótese, para contornar algumas barreiras arquitetónicas, do domicílio, que não se conseguiram corrigir, o Sr. M.F., pareceu apreender as informações fornecidas, no entanto, à data da alta foi possível reforçar, junto do filho e da esposa informações sobre este aspeto, nomeadamente, o uso da

prótese com vista à maior funcionalidade, mas desencadeando o menor risco de complicações possíveis.

4.5. Estudo de Caso 2

- **Avaliação Diagnóstica**

- **Identificação:** Senhor J.J.

- **Idade:** 77 anos

- **Sexo:** Masculino

- **Escolaridade:** 4ª Classe

- **Estado Civil:** Casado

- **Agregado Familiar:** o próprio e a esposa (já têm apoio domiciliário para higiene do Sr. J.J.)

- **Pessoas Significativas:** Esposa, Filha e Genro

- **Situação laboral:** Reformado.

- **História Clínica:** O Sr. J.J. foi submetido a amputação transfemural à esquerda, por etiologia vascular, depois de já ter sido submetido a procedimentos vasculares e amputação de dedos do pé.

- **Antecedentes Pessoais, mais relevantes:** DM II, insulino tratada; Fibrilhação Auricular; HTA; Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono com uso de ventilação mecânica não invasiva – CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), cerca de 18h/dia com O2 adicional a 2,5L/min; DPOC; Insuficiência Cardíaca; amputação de dedos do pé direito e esquerdo, com posterior amputação transfemural à direita.

À data da primeira abordagem, do EEER, o Sr. J.J. encontrava-se calmo, consciente e orientado. Evidenciava-se triste com a sua situação clínica, mas, muito focado, colaborante e motivado para ultrapassar o processo de transição em que se encontrava.

Encontrava-se no 3º dia de pós-operatório, contudo, ainda em repouso no leito, por ter apresentado hemorragia significativa do coto desde a cirurgia. Foi recebida indicação médica para iniciar levante, neste mesmo dia.

Da observação, entrevista e aplicação dos instrumentos de avaliação, designados acima, obtiveram-se os dados que se apresentam na tabela 13.

Tabela 13

Dados da Avaliação Inicial

Avaliação Inicial	
TA (mm/Hg)	118/55
FC (bpm)	85
FR (cr/min)	18
SPO2 (%)	93%
O2 ADICIONAL	0
MIF	60 pontos
Dor	0
MRCm	Força 5 em ambos os membros superiores
Escala de queda de Morse	35 pontos – baixo risco (25-50)
Escala de Borg Modificada	2 – Dispneia leve – ao falar 3 – Dispneia moderada -ao colaborar nas mobilizações no leito

Nota. Fonte Própria

A medida de independência funcional, na avaliação inicial, revelou um valor de 60 pontos, o que significa dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa (Direcção-Geral da saúde, 2011). A dependência verificou-se nos autocuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade e locomoção, tal como se apresenta na tabela 14.

Tabela 14

Avaliação Diagnóstica da Funcionalidade

AUTO-CUIDADOS	Avaliação inicial
A. Alimentação	6
B. Higiene Pessoal	3
C. Banho	1
D. Vestir metade superior	2
E. Vestir metade inferior	1
F. Utilização da Sanita	1
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	
G. Bexiga	1
H. Intestino	1
MOBILIDADE / Transferências	
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1
J. Sanita	1
K. Banheira, Duche	1
LOCOMOÇÃO	
L. Marcha / <u>CADEIRA DE RODAS</u>	5
M. Escadas	1
COMUNICAÇÃO	
N. Compreensão	7
O. Expressão	7
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
P. Interação Social	7
Q. Resolução de Problemas	7
R. Memória	7
TOTAL	60

Nota. Fonte própria

O Sr. J.J. era um doente com amputação transfemural à direita, há cerca de 5 meses, também, por etiologia vascular. Tinha já passado por um processo de reabilitação de amputação de membro inferior, tendo o mesmo decorrido predominantemente numa unidade de convalescença, mas nesta altura, encontrava-se já, a viver no seu domicílio, com a sua esposa, onde tinha apoio domiciliário para a higiene, uma vez por dia, com posterior levante para cadeira de rodas (com eixo recuado). Ao longo do dia, permanecia sentado na cadeira de rodas, conseguindo deslocar-se, na mesma, de forma independente, usava urinol e, quando precisava evacuar, era a esposa, com a sua colaboração, que o ajudava. Refere que se “segurava numa mesa para se levantar” (sic) e assim a esposa conseguia trocar a cadeira de rodas por uma cadeira sanitária levando-o posteriormente à casa de banho, já adaptada, para cadeira sanitária. O genro, que trabalha perto de casa do senhor J.J., quando era necessário realizar alguma transferência para a cama, passava lá por casa para ajudar (sic). Neste momento após amputação bilateral, o doente perdeu a capacidade de colaborar com o MIE, como fazia anteriormente. Ao ser avaliado, o que o senhor J.J., de forma muito entristecida, referiu, que “as senhoras do apoio domiciliário tinham referido que apenas o levantariam, caso o senhor adquirisse um elevador, caso contrário não o levantariam e o senhor seria acamado” (sic).

Da observação e avaliações realizadas, sobressaíram aspetos como:

- Cansaço fácil a mínimos esforços, quando o doente tentava colaborar nas atividades de vida higiene, vestir-se e até mesmo durante o alimentar-se e a comunicação;
- Tristeza e preocupação com a possibilidade de vir a ficar “acamado” (sic);
- Uso frequente dos membros superiores para colaborar;
- Impossibilidade de usar urinol quando sentado na cadeira de rodas;

- Equilíbrio de tronco comprometido na realização da posição de sentado no leito, para posterior transferência para cadeira de rodas.

Da análise dos dados realizada, identificaram-se os seguintes focos de atenção: ventilação, a intolerância à atividade, o movimento muscular, o transferir-se, o autocuidado: ir ao sanitário e o equilíbrio corporal.

Com base nos focos referidos, foram formulados os **diagnósticos de ER** que se apresentam na tabela 14:

Tabela 15

Diagnósticos de ER

- Ventilação ineficaz/comprometida; - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade, relativamente a respiração, ventilação, técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos, presente;

- Intolerância à atividade presente; - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade, relativamente a técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício, presente;

- Movimento muscular mantido nos membros superiores; - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade, relativamente a técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos, presente;

- Transferir-se dependente em grau moderado; - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade, relativamente a transferir-se com dispositivo auxiliar e técnica de transferência, presente;

- Autocuidado ir ao sanitário comprometido; - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade, relativamente a dispositivos adaptativos para urinar e estratégias para ir ao sanitário, presente;

- Equilíbrio corporal comprometido; - Potencial para melhorar conhecimento e capacidade, relativamente a dispositivos auxiliares para o equilíbrio corporal e sobre técnica de equilíbrio corporal, presente.

Nota. Fonte Própria

- **Intervenção Terapêutica**

Com base nos **diagnósticos** foi elaborado **um plano de intervenção**, que foi implementado sem intolerância. Apresenta-se, de forma sucinta, na tabela 13, no entanto pode encontrar-se de forma descritiva, nos planos de cuidados apresentados no Apêndice 3.

Tabela 16*Plano de Intervenção associado aos Diagnósticos*

Ventilação ineficaz/comprometida	<p>Executar técnica de posicionamento, nomeadamente posição de descanso e relaxamento e correção postural;</p> <p>Executar técnicas respiratórias, nomeadamente expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa, reeducação abdomino-diafragmática; reeducação costal global com uso de bastão</p> <p>Executar espirometria de incentivo com recurso a balão para encher</p> <p>Instruir a realizar técnicas e exercícios respiratórios</p> <p>Monitorizar a frequência respiratória e saturações periféricas de Oxigénio</p> <p>Instruir e treinar técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos</p>
Intolerância à atividade presente	<p>Avaliar a intolerância à atividade</p> <p>Planear a atividade física e o repouso</p> <p>Gerir as atividades</p> <p>Ensinar sobre técnicas de conservação de energia</p> <p>Ensinar sobre hábitos de exercício, mais especificamente exercícios respiratórios</p> <p>Instruir sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício</p> <p>Treinar as técnicas de conservação de energia durante as várias atividades de vida diárias e treinar os exercícios a realizar, tornando num hábito a realização dos mesmos em determinadas ocasiões</p>
Movimento muscular mantido nos membros superiores	<p>Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido e fortalecimento muscular</p> <p>Incentivar a executar exercícios musculares e articulares ativos</p> <p>Ensinar e Instruir sobre técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, de fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos</p> <p>Treinar técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, de fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos</p>
Transferir-se dependente em grau moderado	<p>Assistir o doente na transferência com dispositivo auxiliar (Tábua de transferência)</p> <p>Ensinar sobre dispositivos auxiliares para o transferir-se, nomeadamente tábua de transferência</p> <p>Ensinar sobre técnica de transferência com dispositivo auxiliar, tábua de transferência</p>
Autocuidado ir ao sanitário comprometido	<p>Assistir o doente no uso de estratégias para ir ao sanitário e no uso de dispositivos adaptativos para urinar</p> <p>Ensinar sobre dispositivos adaptativos para urinar</p> <p>Ensinar sobre estratégias para ir ao sanitário - neste contexto foi feito ensino sobre o uso de tábua de transferência entre cadeiras, de rodas e sanitária</p> <p>Instruir sobre dispositivo adaptativo para urinar (dispositivo urinário externo)</p> <p>Treinar o uso de dispositivo adaptativo para urinar (dispositivo urinário externo)</p> <p>Instruir o uso de estratégias para ir ao sanitário, nomeadamente a transferência entre cadeiras, com uso de tábua de transferência, bem como, instruir sobre as características necessárias da cadeira sanitária</p>

Equilíbrio corporal comprometido	<p>Aplicar dispositivo auxiliar e assistir no uso do mesmo (triângulo da cama) uma vez que apoiando-se ao triângulo o doente conseguia adquirir algum equilíbrio do tronco, quando passava da posição de deitado para a posição de sentado na cama</p> <p>Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural, controlo da respiração e uso adequado dos membros superiores</p> <p>Executar técnica de treino de equilíbrio, nomeadamente exercícios de coordenação de movimentos, exercício do “avião” e inclinação lateral e frontal do tronco quando sentado na cama e quando sentado na cadeira de rodas</p> <p>Ensinar sobre dispositivos auxiliares para o equilíbrio corporal (triângulo)</p> <p>Ensinar e instruir sobre técnica de equilíbrio corporal</p> <p>Instruir sobre dispositivo auxiliar para o equilíbrio corporal, nomeadamente triângulo de apoio</p> <p>Treinar o uso de dispositivo auxiliar para o equilíbrio corporal, nomeadamente triângulo de apoio</p> <p>Treinar técnicas de equilíbrio corporal</p>
----------------------------------	--

Nota. Fonte Própria

O processo de enfermagem foi desenvolvido durante 4 dias (não consecutivos), em que, a prestação de cuidados de ER, teve a duração aproximada de 1/2 horas/por dia, realizada pela autora com supervisão de EEER.

Também, no caso do Sr. J.J., se evidenciou benéfica a intervenção da nutricionista, com vista aos melhores resultados do plano de reabilitação, pelo que foi solicitado o seu apoio.

Em todos os dias de intervenção do EEER foi realizada reabilitação funcional respiratória, reabilitação funcional motora e treino de atividades de vida.

Durante as sessões foram sempre usados 2 dos instrumentos de avaliação, nomeadamente, a escala de Borg e a escala numérica da dor. Os restantes instrumentos de avaliação, referidos anteriormente não voltaram a ser aplicados por o doente ter tido alta inesperadamente, sem que fosse possível programar, a re-avaliação, a alta e a respetiva nota de alta.

- **Avaliação dos Resultados**

Na tabela 14, apresentam-se os resultados das avaliações feitas durante a 2ª e 3ª intervenção.

Tabela 17

Dados das Avaliações Realizadas na 2ª e 3ª intervenção

	2º dia de intervenção	3º dia de intervenção
TA (mm/Hg)	120/57	137/56
FC (bpm)	80	89
FR (cr/min)	18	20
SPO2 (%)	91% - deitado no leito com cabeceira elevada a 30° 95% - sentado em cadeira de rodas	93%
O2 ADICIONAL	0	0
Dor	12h – dor a nível lombar – intensidade 3	10h – dor fantasma intensidade 3 14h – dor lombar após 3h sentado – intensidade 2
Escala de Borg Modificada	3 – Dispneia moderada -na transferência da cama para a cadeira	

Nota. Fonte Própria

Até ao dia da alta, foi sendo possível observar **resultados** da intervenção do EEER, tais como:

- Maior controle respiratório (1 na escala de Borg modificada), recorrendo a técnicas de conservação de energia, com consequente aumento da tolerância às atividades do dia a dia;

- Independente na realização de exercícios respiratórios e exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores;

- Melhor consciência da postura corporal, evidenciada por equilíbrio e controle do tronco estático e dinâmico;

- Transferência cama-cadeira de rodas e vice-versa, com assistência;

- Independente na mobilização no leito e na mudança de posição;

- Conhecimento demonstrado sobre os riscos de deformidades posturais do membro remanescente (identifica e corrige posições que aumentam o risco de contraturas);

- Conhecimento para aplicação de dispositivo urinário externo tendo sido realizado treino do uso do mesmo ainda no internamento, para que o doente enquanto sentado não tivesse de urinar na fralda. No leito conseguia fazer uso do urinol.

Na preparação do regresso ao domicílio, foi elucidado para:

- Aquisição de uma tábua de transferência, já em curso, já com evidencia de conhecimento adquirido quanto ao uso da mesma, pela parte do próprio e da esposa;

Ficou ainda em curso a possível aquisição de cadeira sanitária com apoio de braço removível, para possibilitar transferências com recurso a tábua de transferência.

No momento da alta o doente terá referido, a quem estava presente, a importância do treino e da capacitação para os autocuidados, obtida pelos cuidados de ER.

4.5.1. Discussão e interpretação dos resultados, relativos aos cuidados de ER no doente amputado de membro inferior

Da análise, resulta a identificação de compromissos da funcionalidade comuns aos dois doentes.

Em ambas as situações o autocuidado transferir-se e o autocuidado uso do sanitário, foram identificados como focos com necessidade de intervenção. No que diz respeito às atividades de vida diária, vai de encontro, por exemplo, ao descrito por I. Santos (2019), na sua tese, sobre a reabilitação pós-operatória da pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular, em que refere, que as principais dificuldades sentidas pela amostra que analisou foram relativas aos cuidados de higiene, às transferências e ao uso do sanitário, bem como, vai de encontro ao descrito por Lourenço et al. (2019), quando diz, no seu artigo sobre qualidade de vida de protetizados de membro inferior, que apesar de a maioria da amostra analisada no seu estudo apresentar boa qualidade de vida, mantém porém, referencia a dificuldades nas atividades de vida diária.

A intolerância à atividade física e a necessidade de otimização da nutrição, são outros dois focos comuns, a ambos os doentes avaliados, e a necessidade de intervenção a estes níveis pode ser corroborada, por exemplo, nos artigos de Gjovaag et al.(2018) e Jensen et al. (2018). Jensen et al. (2018) refere que os enfermeiros que cuidam de pessoas que sofrem amputação de membros inferiores precisam reconhecer que o cuidado nutricional é um componente essencial. No mesmo contexto, Gjovaag et al.(2018), descreve no seu artigo, que o dispêndio de energia é aumentado no doente amputado de membro inferior, pelo que a condição física deve ser uma preocupação durante a o programa de reabilitação.

4.6. Enfermagem de reabilitação à mulher submetida a cirurgia da mama

O contexto do estágio caracteriza-se por cirurgias conservadoras da mama, grande parte das mesmas sem biópsia de gânglio, sendo a admissão feita na véspera da cirurgia, no entanto com exames ainda a realizar, que iam normalmente realizar aquando do internamento, dificultando, assim, o tempo de contacto para cuidados no pré-cirúrgico.

No dia da cirurgia, mesmo que as doentes regressassem ainda no turno da manhã ao serviço, encontravam-se frequentemente ainda sob o efeito da anestesia, facto que fez protelar cuidados de ER no 1º dia de pós-operatório e a alta aconteceu maioritariamente ao 2º dia após a cirurgia.

O tempo de permanência das doentes, acompanha a tendência dos cuidados hospitalares, com encurtamento dos internamentos, pelo que as atividades previstas no projeto foram ajustadas ao contexto atrás descrito.

A alteração ao plano, foi validada em reunião de equipa com os EEER e com a enfermeira Gestora. Emergiu desta reunião, a necessidade de ensinar/capacitar as doentes para cuidados no domicílio dirigidos à prevenção de complicações que comprometam a funcionalidade, nomeadamente:

- Recuperação e manutenção da ADM no membro superior;
- Prevenção de alterações posturais;
- Prevenção de alterações respiratórias, nomeadamente prevenção de padrão respiratório ineficaz, relacionado com a dor, associada ao movimento torácico;
- Prevenção de perfusão ineficaz nos tecidos relacionada com danos nos vasos linfáticos e tensão no local da incisão cirúrgica.

Para responder ao objetivo, surgiu como estratégia a concretização de um folheto ilustrado, com propostas de exercícios a realizar, elaborado com base na bibliografia mais recente encontrada, definindo-se como estratégia a entrega, do mesmo, às mulheres submetidas a cirurgia da mama, principalmente mastectomia, doentes com realização de biópsia de gânglio sentinela ou doentes submetidas a reconstrução mamária.

O folheto elaborado apresenta dois componentes que são os exercícios terapêuticos dirigidos à articulação do ombro e aos segmentos cervical e torácico da coluna vertebral e, na parte final, recomendações de âmbito geral que visam manter a integridade do membro superior envolvido. Os exercícios terapêuticos estão definidos em duas etapas a primeira que se estende até ao 15º dia e a segunda etapa de aumento de intensidade a partir desse mesmo dia.

A metodologia para elaboração do folheto percorreu as seguintes etapas:

-Pesquisa bibliográfica, em bases de dados científicos, nomeadamente, a B-on, EBSCO - CINAHL Complete e PubMed, para complementar a pesquisa já efetuada para a conceção do projeto, e, que sustentasse a importância da intervenção do EEER na mulher submetida a cirurgia da mama, bem como quais as possíveis intervenções efetivas;

- Análise e seleção dos resultados da pesquisa;

- Análise dos artigos selecionados, nomeadamente com síntese das evidências encontradas nos vários artigos.

Posteriormente, o folheto elaborado, foi disponibilizado à equipa de ER e Enfermeira Gestora, e, em plano, para prosseguir no processo de validação por peritos, ficou, a realização de reunião, nomeadamente, com os cirurgiões da equipa da cirurgia

da mama (agendada, ainda, durante o estágio, mas, não realizada por indisponibilidade dos participantes), a validação pelos utilizadores (nomeadamente, com recolha de dados, de utilização do folheto pelos doentes, em consultas de follow-up) e a revisão da 1ª versão para a versão final.

O **processo de cuidados**, que se planeou, teria início na véspera da intervenção cirúrgica, aquando do internamento, com:

- Realização de colheita de dados de saúde e sociodemográficos;
- Avaliação das amplitudes articulares por goniometria, da articulação do ombro, nos movimentos de flexão, extensão, abdução, rotação interna e rotação externa, e, da articulação do cotovelo e do punho, nos movimentos de flexão e extensão, do membro superior homolateral à mama a ser intervencionada;
- Avaliação da força dos membros superiores, pela escala da *Medical Research Council* Modificada [*MRCm*];
- Avaliação da funcionalidade com recurso à escala MIF - *Functional Independence Measure* //Medida de Independência Funcional;
- Avaliação da dor usando a Escala Numérica da Dor;
- Em caso de necessidade, tendo em conta doenças coexistentes, ou deteção de cansaço ou dispneia durante a avaliação efetuada, contemplou-se, ainda, a possibilidade de vir a ser aplicada a escala de Borg Modificada;
- No primeiro dia de pós-operatório deveria ser realizada avaliação da pessoa, com recurso à Escala Numérica da Dor e posteriormente entregue o folheto, com início da realização dos exercícios sob indicação e supervisão do EEER. No caso de a pessoa

permanecer internada, uma vez que os exercícios, salvo alguma indicação excepcional, têm indicação para ser realizados 2 a 3 vezes por dia, respeitando-se sempre a tolerância da pessoa, seria realizada visita diária, ou se possível, bi - diária, à doente para incentivo à realização dos exercícios e apoio em caso de necessidade;

- Quando com indicação de alta, deveriam ser reforçados os ensinamentos sobre os exercícios, destacando a importância de manter a realização dos mesmos no domicílio.

De acordo com a literatura de sustentação do projeto, de forma a continuar a avaliação da intervenção implementada, deveriam vir a ser realizadas consultas de follow-up ao 7º, 15º, 30º, 60º e 90º dias de pós-operatório, no entanto, devendo ajustar-se estas consultas à situação específica de cada pessoa, bem como à data da alta.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, será feita uma análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo do ciclo de estudos, com destaque para o estágio final, relativamente ao desenvolvimento dos objetivos e das competências definidas para as unidades curriculares estágio e relatório, bem como, relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista, específicas EEER, e ainda, com relação, às competências definidas para o grau académico de mestre, tendo-se por base, os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino.

O projeto de intervenção, foi uma etapa importante para o processo de desenvolvimento de competências, nomeadamente no que diz respeito: à problematização de uma área de cuidados, revisão da literatura e fundamentação das estratégias, para abordar os cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas submetidas a cirurgia de amputação. Foi também, a operacionalização do projeto, que exigiu mestria, na resolução de dificuldades e obstáculos do contexto real, ultrapassadas, graças ao processo de auto-formação e ao conhecimento já adquirido.

No que diz respeito às competências comuns do Enfermeiro Especialista, estas, encontram-se divididas, em 4 domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal, o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão dos cuidados e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, surgem como competências a adquirir, o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, bem como a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

As competências descritas encontravam-se, à partida, parcialmente desenvolvidas, por estarem, de um modo geral, inerentes à prática profissional do enfermeiro generalista. Assim, as atividades desenvolvidas respeitaram sempre as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Foi, contudo, imperativo, rever e manter fidelidade ao Artigo 99º (Princípios Gerais), em especial à alínea 1 em que se pode ler que, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” e as alíneas 3.b) e 3.c) em que se lê, que é princípio orientador da atividade dos enfermeiros: “b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;” e “c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Das atividades realizadas na sequência da especialidade, pode destacar-se, neste contexto, a realização dos estudos de caso, em que, do Código Deontológico, se destaca a importância do Artigo 105º (Do dever de Informação)⁹, do Artigo 106º (Do dever de sigilo)¹⁰, do Artigo 100º (Dos deveres deontológicos em geral), com especial destaque, para a alínea “e)” por descrever que o enfermeiro assume o dever de “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional ” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), e também, o

⁹ Artigo 105º (Do dever de Informação) – em que o enfermeiro respeitando o direito à autodeterminação, assume o dever de: “a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”(Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 7);

¹⁰ Artigo 106º (Do dever de sigilo) – “O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qual-quer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”(Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 7).

Artigo 101º (Do dever para com a comunidade), por se considerar, que em toda a prática de enfermagem, mas em especial na área da especialidade em Reabilitação, o Enfermeiro é elo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Na sequência do respeito pelos direitos humanos, foi fundamental recorrer à Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, especificamente, no que diz respeito, ao princípio da autonomia. Segundo este princípio, deve ser respeitada a vontade das pessoas, relativamente à tomada de decisões, desde que assumam a sua responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros (Monedero et al., 2016). Esta necessidade, teve a ver com o facto, de a reabilitação ter como ponto fulcral, a vontade da pessoa e, existirem, por vezes, situações, em que esta vontade, de reabilitação, não existe, ou está comprometida por estados de depressão, negação ou, até mesmo, desistência da vida. Foi por isso, muito importante fazer uso de aspetos inerentes ao princípio da autonomia, nomeadamente Competência, Comunicação adequada, Compreensão, Voluntariedade e Consentimento (Monedero et al., 2016).

Os estágios permitiram acompanhar doentes que, por doença aguda ou crónica, se encontravam internados, e a todos era comum a diminuição da funcionalidade, em especial, a que se reporta aos autocuidados. Avaliar, planear e executar cuidados, teve sempre inerente a relação terapêutica, favorável à adesão, à participação e ao envolvimento do doente no processo de reabilitação.

As competências de gestão de cuidados, projetos e otimização dos recursos definidas nos estágios, integram-se no domínio da melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados, da Ordem dos Enfermeiros (2019a). Relativamente a este domínio, pode afirmar-se, que as competências que lhe estão adjacentes foram desenvolvidas, em especial, com a realização de pesquisas em bases de dados científicas, destacando-se a pesquisa realizada no contexto dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia da mama, que posteriormente deu origem, à criação do folheto,

com exercícios de reabilitação. Na realização desta pesquisa, detetou-se alguma escassez de matéria publicada em Portugal, nesta área de intervenção, no entanto, tendo em conta, estudos realizados, noutros países, procedeu-se à análise dos mesmos e, posteriormente foi elaborado o folheto anteriormente referido. Ainda no contexto, elaborou-se uma proposta de intervenção, para vir a ser desenvolvida, objetivando-se assim, que posteriormente possam vir a ser obtidos, e analisados, dados para que se consiga publicar alguma matéria, fundamentada em evidencia, em Portugal. Assinala-se também, neste domínio, as propostas, realizadas em alguns serviços: de aquisição de materiais (e.g. espelho quadriculado) e da marcação dos corredores com as distâncias percorridas (para que existisse uma avaliação mais exata e também um estímulo para os doentes alcançarem objetivos).

O desenvolvimento da competência, de gerir os cuidados de enfermagem, pôde identificar-se pela elaboração de planos de cuidados, adequados às necessidades dos doentes. Já no que diz respeito, à otimização da resposta da equipa em que o enfermeiro especialista se integra, pôde ser evidente, o desenvolvimento desta competência, quando, diariamente, os EEER nos vários campos de estágio, assumem junto dos colegas generalistas, quais os doentes que beneficiam da intervenção dos EEER, agilizando posteriormente com o enfermeiro generalista o desenvolvimento das intervenções a cada doente, promovendo, assim, a referida otimização da resposta da equipa. Como exemplo, do descrito: quando o doente beneficiava de exercícios no leito, era feita uma articulação com o enfermeiro generalista, a quem o doente estava atribuído, para que a higiene fosse feita antes da realização da intervenção do EEER, ou, fosse realizada após; em relação aos levantes, caso fosse foco de intervenção do EEER, também, era acordado com o colega generalista, que após a higiene, não era realizado o levante ao doente, para que pudesse, depois, ser feito pelo EEER. Já, quando um doente beneficiava de realizar os cuidados de higiene na casa de banho, o EEER assumia a responsabilidade da realização e/ ou assistência dessa atividade de vida, permitindo assim ao colega, realizar as outras intervenções de enfermagem a este doente, de forma articulada e, igualmente organizar a prestação de outras intervenções a outros doentes. Ao fazer o anteriormente descrito, foi também desenvolvida a competência de

articulação na equipa de saúde e adaptação da liderança, com conseqüente gestão dos recursos, visando sempre a garantia de cuidados de qualidade. No descrito, podem, também, identificar-se, alguns dos objetivos estabelecidos para o estágio final, nomeadamente o que refere, que o EEER deverá diagnosticar, planejar, executar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa e, o que descreve, que deverá gerir os cuidados e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, bem como, a articulação na equipa multiprofissional.

No que concerne, especificamente, à articulação na equipa de saúde, existiram ainda, várias situações, que motivaram o desenvolvimento desta competência. Num dos serviços, em que se desenvolveu uma das experiências de estágio, o EEER acompanhava diariamente a visita médica, articulando-se diretamente com os médicos de cada doente, nomeadamente, no que diz respeito, às necessidades de intervenção da enfermagem de reabilitação. Em todos os serviços, foi necessária a articulação com a equipa de fisioterapeutas e fisiatras, tendo a mesma sido bem-sucedida, no que diz respeito ao benefício para os doentes, logo, conseqüentemente, garantindo qualidade nos cuidados. Ainda, no que diz respeito à articulação com a equipa de saúde, considera-se, que o EEER desenvolveu, também, esta competência, ao identificar a necessidade de referenciar alguns doentes para recursos da comunidade e outras especialidades, que se evidenciavam como importantes e cruciais para uma eficaz continuidade de cuidados. No caso do Sr. J.J.¹¹, foi identificada a necessidade de referenciação para um EEER, da área de residência do doente, para a realização de ensinamentos à equipa de apoio domiciliário, que prestava cuidados ao Sr. J.J. no domicílio, respetivamente às transferências com recurso à tábua de transferência, cujos ensinamentos no internamento, foram feitos à esposa e ao doente, no entanto revelando-se ainda necessidade de serem reforçados e transmitidos à equipa que prestava apoio. No caso, deste mesmo doente, também se evidenciou o desenvolvimento da competência de adaptar a gestão dos recursos às situações e ao contexto, nomeadamente no que diz respeito, aos recursos físicos, por exemplo, ao ser identificada a necessidade de colocação de um triângulo na cama deste doente, para que pudesse colaborar nas

¹¹ Estudo de Caso 2, apresentado no capítulo 4

atividades de vida diárias. Foi, também iniciado, o ensino para o uso de dispositivo urinário externo para substituição do uso da fralda para urinar, nos períodos em que o doente se encontrasse sentado na cadeira de rodas. Devido à amputação transfemural bilateral, quando sentado na cadeira de rodas, o doente não conseguia usar o urinol, pelo que urinava na fralda. Este, desconhecia a existência dos vários recursos que lhe foram sugeridos, e acabou por querer adquirir, todos, para uma melhor qualidade de vida no seu domicílio.

No caso do Sr. M.F.¹², também foram geridos os recursos com vista à qualidade dos cuidados, quando foi fornecido o urinol e, incentivado o seu uso durante a noite, encontrando-se, anteriormente, o doente com continência de esfíncteres, a urinar na fralda. Em ambos, os doentes, foi identificada a necessidade de otimização da dieta, devido ao excesso de peso e necessidade de aumento da massa muscular, aspetos comprometedores do desenvolvimento e sucesso do plano de reabilitação, pelo que, foi solicitado o apoio da Nutricionista.

Tendo por base, o anteriormente descrito, identificam-se também o desenvolvimento dos objetivos de estágio de: avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, bem como o de diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, ortopédicos e ortotraumatológicos, e ainda, o de desenvolver programas de treino de AVD's e de utilização de dispositivos de apoio¹³. Relativamente a dispositivos de apoio, destacam-se a tábua de transferência, o triângulo e o dispositivo urinário externo, já referidos anteriormente. Já no serviço de especialidades médicas/UAVC, foram apresentados, a vários doentes, dispositivos auxiliares de marcha, dispositivos auxiliares de alimentação, entre outros.

¹² Estudo de Caso 1, apresentado no capítulo 4

¹³ “Produtos de apoio (anteriormente designados de ajudas técnicas) qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Diário da Republica, 2009, p. 2276)

Relativamente aos dispositivos de apoio, surge uma controvérsia, falada durante a realização, dos dois dias de observação, decorridos no departamento das atividades de vida, num centro de medicina física e reabilitação. O EEER, apesar de lhe ser reconhecida a competência de seleção, prescrição, ensino, instrução e treino com produtos de apoio, depende de uma prescrição médica, para que a aquisição de alguns destes produtos seja com comparticipação económica (Diário da Republica, 2016).

A experiência, anteriormente descrita, desenvolvida, no departamento das atividades de vida, carece também, de ser destacada, no contexto do desenvolvimento das competências. Este departamento, constituído apenas por EEER, dá destaque à aplicabilidade das competências do EEER. A experiência permitiu, que no desenvolvimento dos estágios posteriores, o futuro EEER, estivesse desperto, por exemplo, para condições habitacionais, limitações de deslocação e produtos de apoio, tal como já referido. O desempenho do EEER, tendo como foco a inclusão e a diminuição da limitação, pressupõe conhecer e saber encaminhar na comunidade para acesso a dispositivos de apoio.

As competências definidas para os estágios, refletem as competências que a Ordem dos Enfermeiros, reconhece para atribuição do título de especialista em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.13566).

Estes objetivos e competências, consideram-se alcançados, por terem sido realizados estágios, em 3 serviços distintos, em que foram encontradas e foram alvo de intervenção do EEER, pessoas de diferentes idades, impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, por motivos diversos e distintos.

Apesar dos diversos contextos, a abordagem do EEER foi igual, no que diz respeito ao processo de colheita de dados, avaliação, planeamento, implementação e avaliação.

Em todos os campos de estágio, o EEER participou nas passagens de turno e/ou nas visitas médicas, identificando quais os doentes com aparente necessidade de

intervenção. Por vezes, existiam doentes, já previamente, sinalizados, por outros elementos da equipa multidisciplinar.

As escalas usadas para avaliação, tinham sido previamente definidas na realização do projeto de intervenção, sendo, estas, tal como já descrito, escalas validadas, através das quais é possível medir a eficácia das intervenções implementadas.

Os dados de avaliação diagnóstica, foram analisados numa perspetiva clínica, que conduziu à formulação dos diagnósticos de ER que foram validados pelo EEER, que supervisionou os estágios. Os diagnósticos prevalentes nas 3 áreas clínicas foram:

- Autocuidados comprometidos;
- Movimento corporal diminuído/ausente;
- Posicionar-se, transferir-se, andar e andar com auxiliar de marcha, comprometidos;
- Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade sobre autocuidados, posicionar-se, transferir-se, andar e andar com auxiliar de marcha, presente;
- Ventilação Comprometida ou Risco de Ventilação comprometida.

As intervenções, foram sendo gradualmente implementadas, existindo uma avaliação posterior que levou à continuidade, término ou reformulação dos planos realizados. Podendo identificar-se, novamente neste ponto um dos objetivos definidos para o estágio.

Os estudos de casos solicitados no contexto da avaliação académica, voltaram a revelar-se de grande importância para o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

As pessoas, foram sempre abordadas sob uma visão holística e tendo em conta o seu contexto, indo assim de encontro ao desenvolvimento de outras competências do EEER.

A colheita de dados, foi feita previamente e sempre tida em consideração, com vista à reinserção da pessoa, no seu contexto anterior, sempre que possível.

Os ensinamentos e treinos das atividades de vida diárias, realizados com as pessoas que foram submetidas a cirurgia ou vítimas de doença neurológica, bem como os ensinamentos, que foram possíveis fazer às pessoas de referência da pessoa afetada, são exemplo da capacitação para o desenvolvimento de implementação de ações autónomas com vista à inclusão social.

No que diz respeito às pessoas de referência, os ensinamentos foram algo comprometidos devido à situação pandémica que atravessamos, no entanto sempre que o EEER conseguia cruzar-se com a pessoa de referência durante as curtas visitas, tentou-se sempre, não condicionar o tempo de interação da pessoa de referência com a pessoa doente, mas ao mesmo tempo, foram sendo realizados ensinamentos, em que se incluía o doente e a pessoa cuidadora.

A realidade presente, pode considerar-se, cada vez mais preocupante, uma vez que as situações de doença, causam cada vez mais alterações na funcionalidade das pessoas afetadas, nas mais diversas faixas etárias e, com frequência, existe indisponibilidade por parte das pessoas de referência para assegurar a continuidade de cuidados, mesmo quando se perspetiva um período curto de tempo, até há existência de vaga na rede nacional de cuidados continuados.

Na UAVC, existia um guia, para ser entregue ao cuidador da pessoa com AVC, no entanto, pode referir-se, que em todos os casos que foi possível a entrega do mesmo, à pessoa de referência de cada doente, a reação mais recebida foi: “mas eu não tenho condições para o/a levar para casa assim” (sic).

É, contudo, significativo referir, que durante os estágios foi possível encontrar duas situações, em que todos os esforços familiares estavam reunidos para que a pessoa afetada pudesse regressar a casa, havendo interesse e disponibilidade para a aprendizagem e dando assim significado e expressão às intervenções de capacitação do familiar cuidador realizadas pelo EEER.

Finalizando a análise da aquisição de competências, considera-se ainda, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que o enfermeiro especialista, deverá desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e deverá basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

No que diz respeito ao desenvolver do autoconhecimento e assertividade, os trabalhos académicos de caráter reflexivo que foram solicitados ao longo dos estágios, nomeadamente o presente, foram fio condutor do desenvolvimento deste autoconhecimento.

Relativamente à assertividade acaba por se relacionar diretamente com o autoconhecimento, uma vez que ao ter consciência do seu conhecimento, o Enfermeiro pode assim assumir uma postura assertiva. Uma praxis clínica especializada baseada em evidência científica, é também, interdependente, uma vez que, para que o enfermeiro possa ser assertivo, deverá estar certo e devidamente fundamentado do que está a apresentar.

A prática baseada na evidência, pode considerar-se como alcançada, uma vez que a componente teórica foi realizada com sucesso, e ao longo dos estágios houve uma constante consulta das bases teóricas e científicas para realizar a prática.

Voltam neste ponto a poder identificar-se as competências inerentes ao grau académico de 2º ciclo já descritas anteriormente.

A realização desta reflexão permitiu lembrar as várias atividades desenvolvidas durante os estágios e consolidar a aquisição de conhecimentos que lhe

esteve inerente, bem como, concluir, como gradualmente, foram sendo desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER, os objetivos do estágio e as competências inerentes ao grau acadêmico segundo os Descritores de Dublin.

6. CONCLUSÃO

Os estágios e o desenvolvimento do projeto de intervenção que perspectivavam a identificação/demonstração dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao doente amputado, foram eles essenciais para o desenvolvimento de todo o percurso que se fez seguidamente. Através do mesmo, partiu-se de uma situação problemática, definiu-se um processo metodológico a aplicar e planearam-se estratégias e atividades que foram sendo implementadas durante os estágios. Apesar, de algumas das atividades e estratégias planeadas, terem vindo a ser sujeitas, a alterações, quando confrontadas com os contextos clínicos, o contorno das mesmas acabou por tornar o processo ainda mais desafiante e enriquecedor.

Ao longo deste relatório tentou-se demonstrar o caminho percorrido e comprovar os resultados obtidos, bem como os que ficaram em plano obter.

Foram prestados cuidados a pessoas com necessidades especiais, em contexto de doença aguda, crónica e/ou com sequelas decorrentes das mesmas, tendo-se intervindo em todas elas, com vista à maximização da funcionalidade e independência, bem como visando a sua máxima satisfação e preservação da autoestima.

A pertinência da temática foi consolidada, ao ser confirmado, que a cirurgia é cada vez mais considerada uma opção de tratamento, preventiva da perda de vida ou integridade física, no entanto não sendo isenta de complicações, origina com alguma frequência diminuição da funcionalidade, que pode ser grave ou ligeira, temporária ou permanente, consoante esta seja, ou não seja, considerada um foco de atenção de relevo.

Confirmou-se que é possível a obtenção de qualidade de vida no doente amputado de membro inferior, no entanto dificilmente ocorrerá se não existir implementação de um plano de reabilitação adequado às necessidades de cada doente. Os EEER, com base no referencial teórico de Afaf Meleis, identificam os problemas e

as necessidades das pessoas, planejando e executando, posteriormente, as terapêuticas de enfermagem, com vista à facilitação da transição vivenciada (Ribeiro et al., 2021). Neste contexto, foi também possível detetar o quanto pode fazer diferença que esta intervenção se inicie precocemente, nomeadamente no que diz respeito à consciencialização do doente, relativamente à transição. No caso, desta se encontrar comprometida, ressalta a necessidade intervenção precoce por parte do EEER, para que o processo se possa desenvolver da forma mais saudável, possível, destacando-se, assim, a necessidade da existência de EEER nos serviços de cirurgia onde ocorrem as amputações, para que esta intervenção precoce seja efetiva. Prevenindo, também, que, mais tarde, exista necessidade de recuperar consequências, que podiam ter sido evitadas.

A intervenção do EEER foi sempre focada nas respostas da pessoa à transição vivenciada, tendo-se obtido respostas a nível de processo e resultado, logo, podendo considerar-se como vivenciados com sucesso, alguns dos processos de transição acompanhados.

Dos resultados obtidos, referentes aos doentes amputados de membro inferior, destacam-se os ganhos ao nível dos autocuidados (autocuidado: vestir-se, ir ao sanitário), indo assim de encontro à teoria de Orem. O EEER integrou esta área de atenção, de forma espontânea e intencional, no seu planeamento de cuidados tendo em vista a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e o bem estar (Ribeiro et al., 2021). Ainda referente à teoria do autocuidado foram praticados, ao longo dos estágios, predominantemente, sistemas parcialmente compensatórios e sistemas de apoio-educação.

Da pesquisa realizada pôde emergir, a necessidade de se continuar a trabalhar na demonstração da importância de um acompanhamento precoce a estes doentes, com vista à obtenção de qualidade de vida.

No que concerne à doente submetida a cirurgia da mama, mais especificamente mastectomia, realização de biópsia de gânglio sentinela e reconstrução mamária, as

pesquisas realizadas fizeram evidenciar a necessidade de se investir nesta temática em Portugal, uma vez que está já provado noutros países a pertinência da implementação de cuidados de reabilitação nestas doentes. Continua, contudo, a ser ainda pouca a evidencia de que o EEER, nomeadamente do serviço de cirurgia, se encontra em posição adequada para realizar estas intervenções, sendo o profissional com maior proximidade destas doentes durante o percurso que realizam.

De referir, que as pesquisas realizadas, acerca das duas temáticas, e a análise dos dados dos resultados obtidos, refletiu-se indiscutivelmente em ganhos em conhecimento.

Considera-se, também, importante fazer relevância ao facto de os diferentes campos de estágios, frequentados, terem permitido conhecer várias realidades da enfermagem de reabilitação, bem como distintas formas de atuação. Contudo, o que sobressaiu de comum, a todos eles, foi o facto de se evidenciar a necessidade de adequarem os recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de reabilitação.

A realização deste relatório, tal como descrito na introdução, tinha como objetivo principal descrever as atividades desenvolvidas durante o percurso académico, em especial durante o estágio final, face ao desenvolvimento dos objetivos previstos nos planeamentos do estágio final e relatório, face às competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas do EEER, definidas pela OE, bem como, face às competências descritas, nos descritores de Dublin, para o 2º ciclo de ensino.

Chegado o momento da conclusão, considera-se relevante referir, o quanto, a realização do mesmo, foi importante, para a consolidação dos conhecimentos que foram sendo adquiridos, bem como para a aquisição de novos conhecimentos, tanto ao nível da área de especialidade como ao nível do grau académico de ensino.

O sentimento de crescimento profissional, pessoal e gratidão, após o término de todo este percurso, é indubitável e, creio que, até um pouco indiscreto.

*O uso de máscara escondeu alguns sorrisos pelo caminho, mas o brilho no
olhar permitiu reconhecê-los.*

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ali, S., & Haider, S. (2017). Psychological Adjustment To Amputation: Variations On The Bases Of Sex, Age And Cause Of Limb Loss. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 29(2), 303–307.
- Amorim, I., & Barros, T. (2019). Amputação Do Membro Inferior Abaixo Do Joelho. In N. Ramos & T. Barros (Eds.), *Reabilitação do Doente Amputado - Experiência do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão* (pp. 61–77). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Barros, T., & Amorim, I. (2019). Amputação Do Membro Inferior Acima Do Joelho. In N. Ramos & T. Barros (Eds.), *Reabilitação do Doente Amputado - Experiência do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão* (pp. 35–60). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Bergo, M. F. da C., & Prebianchi, H. B. (2018). Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. *Psicologia - Teoria e Prática*, 20(1), 33–46. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>
- Biffi, R. F., Aramaki, A. L., Silva e Dutra, F. C. M., Garavello, I., & Cavalcanti, A. (2017). Levantamento dos problemas do dia a dia de um grupo de amputados e dos dispositivos de auxílio que utilizam. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 28(1), 46. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i1p46-53>
- Blough, J. T., Vu, M. M., Qiu, C. S., Mlodinow, A. S., Khavanin, N., Fine, N. A., & Kim, J. Y. S. (2018). Beyond 30 days: A risk calculator for longer term outcomes of prosthetic breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 6(12), 1–10. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002065>
- Branco, P. (2016). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª, pp. 25–34). Lusodidacta.
- Branco, R., Santos, K., & Luz, S. (2017). Promovendo a saúde da pessoa amputada:

- uma ação educativa chamada conversa no leito. *Cad. Bras. Ter. Ocu*, 641–648.
<http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE0966>
- Camões, Maria João; Gomes, Bárbara; Pinto, C. (2015, July). A mulher mastectomizada: enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado. *ONCO.NEWS*, 14–22.
- Capelo, J., & Fortunato, J. (2019). Cuidados E Complicações Após A Amputação. In N. Ramos & T. Barros (Eds.), *Reabilitação do Doente Amputado - Experiência do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão* (pp. 11–34). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Dekker, R., Hristova, Y. V., Hijmans, J. M., & Geertzen, J. H. B. (2018). Pre-operative rehabilitation for dysvascular lower-limb amputee patients: A focus group study involving medical professionals. *PLoS ONE*, 13(10), 1–14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204726>
- Demir, Y., & Aydemir, K. (2020). Gülhane lower extremity amputee rehabilitation protocol: A nationwide, 123-year experience. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(4), 373–382.
<https://doi.org/10.5606/tftrd.2020.7637>
- Demoro, C., Fontes, C., Trettene, A., Cianciarullo, T., & Lazarini, I. (2018). Aplicabilidade de Orem: capacitação do cuidador do lactente com Sequência de Robin. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 3), 1553–1557.
<http://proxy.library.vanderbilt.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,cpid&custid=s9007717&db=ccm&AN=131234561&site=ehost-live>
- DGS. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença

- Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). In *Chest* (Vol. 131, Issue 5 SUPPL.).
<http://dx.doi.org/10.1378/chest.07-0892>
- Diário da Republica. (2009). Decreto-Lei n.º 93/2009. *Diário Da Republica, 1ª Série de 16 Abril, 1(74)*, 2275–2277. <http://www.inr.pt/uploads/SAPA.pdf>
- Diário da Republica. (2016). Despacho n.º 7197/2016 de 1 de Junho, do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. *Diário Da República, 2.ª Série*, 17168–17185. <https://dre.pt/home/-/dre/74587625/details/maximized>
- Dias, D., Carvalho, L., & Camargo, A. (2021). Protocolo Da Atuação Da Fisioterapia Nas Complicações Pós Mastectomia. *Revista Das Ciências Da Saúde e Ciências Aplicadas Do Oeste Baiano-Higia*, 6(1), 19–38.
- Direcção-Geral da saúde. (2003). *Circular Normativa Nº 09/DGCG- A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.*
- Direcção-Geral da saúde. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. In *Norma 054/2011: Vol. 054/2011*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direcção-Geral da saúde. (2012). PNS 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*, 1–22.
- Direcção-Geral da Saúde. (2019). Norma da DGS Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso. *Norma Nº 001/2019*, 1–19.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>.
- Domingos, H. Y. B., Moreira, S. S., Alves, M. S., Oliveira, F. B., Cruz, C. B. L. da, Silva, M. D. S., Martins, A. S. S., & Rett, M. T. (2021). Cinesioterapia para melhora da qualidade de vida após cirurgia para câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*, 22(3), 385–397. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i3.4718>
- ECIS. (2020). *Explorer @ Ecis.Jrc.Ec.Europa.Eu*. Estimates of Cancer and Mortality in 2020, for All Cancer Sites. [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-1\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-0\\$6-0,85\\$5-2004,2010\\$7-2\\$CRatesByRegistry\\$X0_10-ASR_EU_NEW](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-1$1-All$2-All$4-1,2$3-0$6-0,85$5-2004,2010$7-2$CRatesByRegistry$X0_10-ASR_EU_NEW)
- Erturhan Turk, K., & Yilmaz, M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image

- of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *European Journal of Breast Health*, 14(November 2017), 205–210. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>
- Estevão, A., Mendes, A. F., Silva, M. L. da, Ventura, P. L., Biagi, A. C., & Cunha, M. C. B. (2018). Exercícios Imediatos versus Exercícios Tardios no Pós-Operatório de Cirurgias Oncomamárias: Limitação ou Liberação da Amplitude de Movimento? *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(4), 551–560. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2018v64n4.205>
- Everink, I. H. J., Van Haastregt, J. C. M., Van Hoof, S. J. M., Schols, J. M. G. A., & Kempen, G. I. J. M. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: A systematic review Health services research. *BMC Geriatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0187-4>
- Ferreira, R., & Neves, R. (2015). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. In Direção-Geral da Saúde (Ed.), *Direção Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo De Caso Como Método De Investigação Em Enfermagem. *Revista Da UIIPS – Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém, Vol. VI, N(2182–9608)*, 102–107.
- Fonseca, C., Carretas, N., Galhofas, M., & Costa, A. (2018). Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Aging and Innovation*, 7(1), 103–119.
- Franceschini, G., Sanchez, A. M., Di Leone, A., Magno, S., Moschella, F., Accetta, C., & Masetti, R. (2015). New trends in breast cancer surgery: A therapeutic approach increasingly efficacy and respectful of the patient. *Giornale Di Chirurgia*, 36(4), 145–152. <https://doi.org/10.11138/gchir/2015.36.4.145>
- Gjovaag, T., Mirtaheri, P., & Starholm, I. M. (2018). Carbohydrate and fat oxidation in persons with lower limb amputation during walking with different speeds. *Prosthetics & Orthotics International*, 42(3), 304–310. <https://doi.org/10.1177/0309364617740237>

- Henriques, A., Costa, S., & Lacerda, J. (2016). Assistência De Enfermagem Na Segurança Do Paciente Cirúrgico: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), 1–9. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.45622>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2004, June 30). Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(2), 77–90. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2004v50n2.2039>
- Instituto S.João de Deus. (2020). *Hospital S. João De Deus*. <https://www.isjd.pt/pt/centros-assistenciais/hospital-montemor>
- IPO Lisboa. (2022). *Conheça-nos*. <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/ipo/conhecamos/>
- Jensen, P., Green, S., Petersen, J., Andersen, O., & Poulsen, I. (2018). Perceptions and experiences of nutritional care following the overwhelming experience of lower extremity amputation: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 808–819. <https://doi.org/10.1111/jocn.14192>
- José, H., & Sousa, L. (2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Concepção e Integração dos Cuidados. In Cristina Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados De Enfermagem À Pessoa Com Doença Aguda* (1ª, pp. 3–12). Sabooks Editora.
- Leonardis, J. M., Lyons, D. A., Giladi, A. M., Momoh, A. O., & Lipps, D. B. (2019). Functional integrity of the shoulder joint and pectoralis major following subpectoral implant breast reconstruction. *Journal of Orthopaedic Research*, 37(7), 1610–1619. <https://doi.org/10.1002/jor.24257>
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Formasau.
- Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2015). *Respostas De Enfermagem Para A Saúde No Futuro - Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15264/1/Saúde-doença_a proximidade de cuidados num mundo_abril 2015.pdf
- Lourenço, T., Quaggio, C., Rodrigues, G., Neto, J., Simionato, L., & Ximenes, M.

- (2019). Qualidade de vida de protetizados de membro inferior. *SALUSVITA*, 881–897.
- Luccia, N., Goffi, F., & Guimarães, J. (2007). Amputação dos membros. In F. Goffi (Ed.), *Técnica Cirúrgica - Bases Anatômicas, Fisiopatológicas E Técnicas Da Cirurgia* (4ª, pp. 180–187). Atheneu.
- Marinescu, S., Bejinariu, C., Şapte, E., Marinaş, M. C., & Giuglea, C. (2019). Complications related to breast reconstruction after mastectomy using multiple surgical techniques – a national and international comparative analysis. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 60(1), 87–93.
- Martinez, J. A. B., Padua, A. I., & Terra Filho, J. (2004). Dyspnea. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 37(3/4), 199–207. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.006>
- Martins, Maria, Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018, December 6). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Martins, Miguel, Pais, H., & Ribeiro, L. (2020). Abordagem Diagnóstica Da Neoplasia Da Mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Eds.), *Manual de Oncologia SPO Abordagem e tratamento do cancro da mama* (1ª, pp. 81–92). Sociedade Portuguesa de Oncologia. https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/manual_oncologia_spo.pdf
- Matos, J. P., Carolino, E., & Ramos, R. (2018). Dados epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015. *IV Jornadas de Ortoprotesia*. <http://hdl.handle.net/10400.21/8818>
- Matos, M. de F., & Simões, J. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Mccully, Laura; Perry-philo, D. (2015). Nursing Care of Women With Reproductive System Disorders. In *Understanding Medical-Surgical Nursing* (5th Editio, pp. 970–979).
- McEwen, M. (2016). Visão geral de algumas teorias de enfermagem de médio alcance.

- In *BASES TEÓRICAS de Enfermagem* (4^a, pp. 233–263). Artmed Editora SA.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5^a). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Merêncio, K., & Ventura, M. (2020). Vivências da mulher mastectomizada: a enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RIV19082>
- Ministério da Saúde. (n.d.). *SPMS-EPE - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde*. Retrieved March 2, 2022, from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Ministério da Saúde. (2022). *Missão*.
- Monedero, P., UNESCO, Industry, T. H. E. P., & Figures, I. N. (2016). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*, 54, 69–72.
http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Declara??o+Universal+sobre+Bio?tica+e+Direitos+Humanos#6%0Ahttps://www.sedar.es/vieja/restringido/2007/n2_2007/1.pdf
- National Comprehensive Cancer Network, I. (2011). Cancro da mama - Linhas de Orientação NCCN para doentesTM. In *National Comprehensive Cancer Network* (Vol. 2). <https://silo.tips/download/cancro-da-mama-versao-disponivel-em-nccncom>
- Nazário, A. C. P., Facina, G., & Filassi, J. R. (2015). Breast cancer: news in diagnosis and treatment. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61(6), 543–552.
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.543>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do EEER*. 5. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2783-9>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da*

- República, 2.ª Série*, 16655–16660.
- https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. 1–66.
- https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Orem, D. (2001a). *Nursing: Concepts of practice* (6ª).
- Orem, D. (2001b). *Nursing: Concepts of practice* (6ª). Mosby.
- Pantera, E., Pourtier-Piotte, C., Bensoussan, L., & Coudeyre, E. (2014). Patient education after amputation: Systematic review and experts' opinions. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(3), 143–158.
- <https://doi.org/10.1016/J.REHAB.2014.02.001>
- Paz, F., & Barros, C. (2017). *Prevalência Das Complicações Pós-Operatórias Em Pacientes Submetidas A Mastectomia*. <http://srv-bdtd:8080/handle/tede/160>
- Pereira, A., Santos, G., Molina, L., Luz, T., & Esteves, A. (2019). Mastectomia E Mamoplastia Na Vida Das Mulheres Com Câncer De Mama/Impacts of mastectomy and mammoplasty on the life of women with breast cancer. *Revista Caderno de Medicina*.
- <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RuwKpPdy66oJ:https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/download/1294/575+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Pereira, L. D., Musso, M. A. A., Calmon, M. V., Souza, C. B. de, Zandonade, E., Neto, S. B. da C., Miotto, M. H. M. de B., & Amorim, M. H. C. (2021). Qualidade de

- Vida de mulheres com Câncer de mama no pré-operatório, pós-operatório e em tratamento quimioterápico. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6647–6662. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-216>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In Cristina; Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª, pp. 3–14). Lusodidacta.
- Petronilho, F., Pinheiro, E., & Machado, M. M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel do Cuidador Familiar. In *Cuidados De Enfermagem À Pessoa Com Doença Aguda* (1ª, pp. 101–122). Sabooks Editora.
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & da Silva, J. M. A. V. (2018). Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline: Reality or utopia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª, pp. 48–57). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Rizzi, S. K. L. de A. (2019). *Início precoce versus tardio de movimentação livre de membros superiores no pós-operatório de câncer de mama e reconstrução imediata : impacto na recuperação cinético-funcional e nas complicações cicatriciais Início precoce versus tardio de movimentação I* [Universidade Federal de São Paulo]. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59697>
- Sadok, N., Krabbe-Timmerman, I. S., de Bock, G. H., Werker, P. M. N., & Jansen, L. (2020). The Effect of Smoking and Body Mass Index on The Complication Rate of Alloplastic Breast Reconstruction. *Scandinavian Journal of Surgery*, 109(2), 143–150. <https://doi.org/10.1177/1457496919826711>
- Samuelsen, B. T., Andrews, K. L., Houdek, M. T., Terry, M., Shives, T. C., & Sim, F. H. (2017). The Impact of the Immediate Postoperative Prosthesis on Patient Mobility and Quality of Life after Transtibial Amputation. *American Journal of*

- Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(2), 116–119.
<https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000553>
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal o F Aging & Innovation*, 6(1), 51–54.
- Santos, I. (2019). *Reabilitação pós-operatória da pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular: que realidade?* [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119908>
- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. In Cristina; Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª, pp. 15–24). Lusodidacta.
- Segurança social. (2014). Guia prático - rede nacional de cuidados continuados integrados. *Segurança Social*, 1–18. <https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2015/07/Rede-Nacional-de-Cuidados-Continuados-Integrados.pdf>
- Sheehan, T. P., & Gondo, G. C. (2014). Impact of Limb Loss in the United States. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(1), 9–28.
<https://doi.org/10.1016/J.PMR.2013.09.007>
- Silva, C., Cunha, T., Dantas, C., & Jesus, C. (2021). A importância da enfermagem no pós-operatório de mulheres mastectomizadas com dissecação de linfonodos axilares: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(6), e57210616177. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16177>
- Silva, S. H. da, Koetz, L. C. E., Sehnem, E., & Grave, M. T. Q. (2014). Quality of life after mastectomy and its relation with muscle strength of upper limb. *Fisioterapia e Pesquisa*, 21(2), 180–185. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/68121022014>
- Silva, E., Figueiredo, J., Dutra, P., Maia, S., Prado, R., Borrajo, A., Sales, D., & Fialho, A. (2020). Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39740–39750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-496>
- Silva, N., Farias, D., Sousa, J., Bezerra, F., Ferreira, L., & Carvalho, P. (2018). Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. *Revista UNINGÀ. Maringá*, 55, 59–71.

- Sledge, G. W., Mamounas, E. P., Hortobagyi, G. N., Burstein, H. J., Goodwin, P. J., & Wolff, A. C. (2014). Past, Present, and Future Challenges in Breast Cancer Treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 32(19), 1979–1986.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.4139>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2019*.
- Souza, B., Miguel, H., & Viana, F. (2019, July). Qualidade de vida em amputados de membros inferiores (Quality of life in lower limb amputees). *Científica, Revista Núcleo, Multidisciplinar*, 66–74. www.nucleodoconhecimento.com.br
- Souza, L., Silva, L., Silva, R., Barbosa, S., & Oliveira, B. (2016). *Qualidade de vida e depressão em mulheres mastectomizadas*. 4(1), 1–23.
<http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/532>
- Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a, pp. 211–235). LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Teixeira, S. (2014). *Adaptação para a População Portuguesa da Escala de Avaliação Trunk Impairment Scale (TIS)*.
- Uustal, H., & Meier, R. H. (2014). Pain Issues and Treatment of the Person with an Amputation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/J.PMR.2013.09.008>
- Vasconcelos, T., Barbosa, E., Olivério, N., Enéas, R., Bastos, V., & Xavier, É. (2011). Avaliação da qualidade de vida de pacientes amputados transtibiais unilaterais antes e após a protetização. *Fisioterapia Brasil*, 12(4), 291–297.
<https://doi.org/10.33233/fb.v12i4.927>
- Vilagra, J., Sganzerla, C., & Walcker, L. (2011). Próteses transtibiais: itens de conforto e segurança. *Revista Thema et Scientia*, 1, 107–112.
- Voineskos, S., Frank, S., & Cordeiro, P. (2015). Breast reconstruction following conservative mastectomies: predictors of complications and outcomes. *Gland Surgery*, 4(6), 484–496. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2227-684X.2015.04.13>

- Wilkins, E. G., Hamill, J. B., Kim, H. M., Kim, J. Y., Greco, R. J., Qi, J., & Pusic, A. L. (2018). Complications in Postmastectomy Breast Reconstruction: One-year Outcomes of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium (MROC) Study. *Annals of Surgery*, 267(1), 164–170. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002033>
- Wills, E. (2016). Grandes teorias da enfermagem baseados nas necessidades humanas. In *BASES TEÓRICAS de Enfermagem* (4^a, pp. 133–161). Artmed Editora SA.
- Woo, K.-J., Lee, K.-T., Mun, G.-H., Pyon, J.-K., & Bang, S. I. (2018). Effect of breast reconstruction modality on the development of postmastectomy shoulder morbidity. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(12), 1761–1767. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.07.033>
- Yin, R. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4^a). Bookman.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Projeto De Intervenção

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Resumo, Plano e Cronograma

RESUMO

Este projeto servirá como guia orientador para o desenvolvimento das competências específicas da área de especialização, bem como permitirá o desenvolvimento de competências inerentes ao grau académico de mestre. Pretende-se com o mesmo identificar e descrever as intervenções do EEER com resultados na prevenção de complicações, capacitação para a reinserção e recuperação da funcionalidade da pessoa com amputação.

A escolha do tema do projeto teve como principal motivo o facto de trabalhar, atualmente, num serviço de cirurgia geral, em que diariamente assisto a comprometimentos graves da funcionalidade de pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas, nomeadamente amputações, em que a inexistência de recursos diferenciados leva a que estes comprometimentos se transformem em graves complicações, alterando em muito a vida anterior das pessoas e consequentemente das estruturas onde estão inseridas.

A cirurgia de amputação diz respeito ao retirar um órgão ou parte dele, que se encontre situado numa extremidade (língua, mama, intestino, reto, colo uterino, pênis e membros) (Luccia et al., 2007). Esta é uma cirurgia que leva a uma mudança no estilo de vida, podendo causar limitações no envolvimento em atividades, diminuição da socialização, dificuldades no desempenho funcional e perda de autonomia e independência para a mobilidade (Biffi et al., 2017).

Definiu-se como objetivos específicos do projeto a aquisição e /ou consolidação de conhecimentos científicos no que diz respeito aos doentes submetidos a amputações, em especial de membro inferior e mama, com consequente desenvolvimento da capacidade

e competência específica de avaliar diferenciadamente as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação de cada um destes doentes, posteriormente fazer o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação adequados, sabendo-se selecionar quais as intervenções a implementar, sempre com foco na funcionalidade e tendo em conta os princípios da beneficência e não maleficência para o doente. Após a o planeamento e a implementação do plano de reabilitação, objetiva-se que seja feita uma nova avaliação, de forma eficaz, identificando-se os resultados, e que estes sejam demonstrativos dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem reabilitação.

Para a realização deste projeto contar-se-á com a participação de todos os doentes, que no período de 13 de setembro a 14 de janeiro 2022, sejam alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação nas unidades onde os estágios se realizam e que, de forma livre e esclarecida aceitem participar no mesmo.

A todos estes participantes será apresentado o pedido de consentimento informado, no qual se esclarecem todas as etapas e pressupostos do projeto de intervenção bem como o respeito pela livre decisão de cessação da participação. A aceitação de participação é formalizada com assinatura do documento. Os dados obtidos são registados de forma anónima mediante os códigos Participante nº. e Avaliação nº. (Anexos I e II). Não serão registados dados que particularizem condições a partir das quais possa haver identificação de fontes.

As etapas de avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação de resultados são realizadas com supervisão de enfermeiro especialista na área.

O procedimento metodológico será o estudo de caso, uma abordagem metodológica de investigação, especialmente, indicada quando se pretende compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. Caracteriza-se como um estudo de uma entidade bem definida, cujos “casos” podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo. Este orienta-se por sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação, provenientes de diversas fontes (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Para a realização deste projeto, no contexto específico da enfermagem de reabilitação em ambiente clínico, foi considerada também a teoria de Intervenção Terapêutica (Lopes, 2006). Esta teoria

tem por fundamento a relação enfermeiro-doente, e divide a intervenção do enfermeiro em dois processos essenciais: o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica.

Para a avaliação diagnóstica serão aplicados instrumentos validados para a população portuguesa e técnicas da área de especialidade. O instrumento a aplicar para avaliação da funcionalidade será a MIF - *Functional Independence Measure*//Medida de Independência Funcional (Direcção-Geral da saúde, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2016); para avaliação da amplitude articular, definida com elemento importante a avaliar no contexto de uma cirurgia de amputação será aplicada a Goniometria, técnica pela qual se avalia a amplitude articular através de um instrumento designado goniómetro(Bergo & Prebianchi, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016); a dor, fenómeno que, se presente, interfere com os cuidados de ER, será avaliada com através da Escala Numérica da Dor (Direcção-Geral da saúde, 2003; A. Pereira et al., 2019); a força muscular manualmente avaliada será classificada segundo a *Medical Research Council Muscle Scale* (Ordem dos Enfermeiros, 2016); para a avaliação diagnóstica serão ainda consideradas as condições de risco de queda avaliadas pela Escala de Queda de Morse (*MFS- Morse Fall Scale*)(Costa-Dias et al., 2014); o equilíbrio que se pretende avaliar com recuso à *Berg Balance Scale* // Escala de Equilíbrio de Berg (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e a dispneia, que será avaliada com recurso à *Modified Borg Dyspnea Scale* // Escala de Borg modificada (DGS, 2009).

Para a fundamentação deste projeto foi realizada uma pesquisa em várias bases de dados científicas, tendo-se selecionado:

- Um estudo realizado em 2017, sobre os problemas do dia a dia de um grupo de pessoas com amputação do membro inferior e os dispositivos de auxílio que utilizavam com vista à funcionalidade. Participaram neste estudo 14 pessoas que apontaram dificuldades de desempenho no cuidado pessoal, na mobilidade pessoal e na independência fora de casa. Relataram ter alguns recursos (cadeira de rodas, banco ou cadeira de banho, tapete de borracha), mas concluiu-se, que mesmo com o uso destes equipamentos não viam alcançadas as atividades que desejavam ou necessitavam para se envolverem no dia a dia, não auxiliando no desempenho ocupacional (Biffi et al., 2017).

- Um artigo publicado em 2020 sobre um protocolo de reabilitação em pessoas com amputação da extremidade inferior que descreve os passos a serem seguidos em indivíduos com amputação de extremidades inferiores (Demir & Aydemir, 2020).

No que diz respeito à **amputação da mama**, foram tidos em consideração 2 documentos:

- Uma revisão sistemática publicada em 2019, com o tema “Mastectomia e mamoplastia na vida das mulheres com cancro de mama” cujo objetivo foi apresentar os impactos da mastectomia. Para a criação da mesma foi realizada uma pesquisa de literatura nas bases dados Cochrane Database, PubMed (U. S. National Library of Medicine) e Google Académico e veio a concluir-se que o cancro representa um trauma psicológico quanto à doença e ao tratamento e fatores como depressão, ansiedade, abandono e medo da morte, dão origem a uma qualidade de vida negativa nas mulheres doentes. Neste mesmo estudo concluiu-se que mastectomia é o tratamento mais eficaz para a doença e é indicada para mulheres que fizeram ou foram impossibilitadas de fazer radioterapia e em que a doença não foi completamente retirada. A mastectomia pode ter grande impacto na qualidade de vida, além de ter influência negativa na saúde mental e dificuldade de ajustamento psicossocial. A mamoplastia pode ser feita com objetivo de resgatar a estética corporal e melhorar alguns dos impactos negativos (A. Pereira et al., 2019);

Também na elaboração do plano de intervenção foram considerados os critérios de avaliação diagnóstica e as intervenções terapêuticas propostos por (McCully, Laura; Perry-philo, 2015).

PLANO

No que diz respeito à **intervenção terapêutica**, na fase pré-operatória, tanto do doente amputado de membro inferior como no doente amputado de mama, devem ser realizados esclarecimentos sobre o prognóstico funcional, discussões sobre dor fantasma e sobre as metas de reabilitação de curto, médio e longo prazo. Deve ser avaliada a amplitude de movimento das articulações envolvidas e a força muscular, tanto do segmento envolvido como dos membros contralaterais, o grau de independência do indivíduo para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), a

sua condição física, o apoio social e o suporte emocional (Bergo & Prebianchi, 2018).

No que diz respeito ao doente **amputado de MI**, um protocolo de reabilitação abrangente e bem organizado é de extrema importância para o uso funcional de prótese. Este deverá incluir cuidados com o coto, posicionamentos, exercícios, prescrição de próteses, treino de marcha e terapia funcional. O protocolo de reabilitação de doentes amputados divide-se em quatro períodos: pré-operatório, pós-operatório e pré-protético, adaptação protética e reinserção social e profissional (Demir & Aydemir, 2020). De acordo com o contexto clínico de implementação do projeto serão consideradas as etapas nas quais há contacto com os participantes: pré e pós-operatório.

Em estudos realizados grande parte dos doentes amputados relatou dificuldades na mobilidade, atividade de vida vestuário (vestir/despir a parte inferior, por exemplo as calças), transferências, deambulação e uso de transportes (Biffi et al., 2017).

Período Pré-Operatório	Informar o doente sobre a intervenção cirúrgica e o programa de reabilitação
	Determinar o estado funcional e questionar as comorbidades
	Determinar o potencial do doente para se adaptar ao programa de reabilitação com um exame detalhado
	Avaliar funções cardíaca e respiratória
	Avaliar e Iniciar exercícios que promovam a amplitude de movimento articular
	Alongamentos
	Fortalecimento (músculos-chave da extremidade inferior, músculos do tronco)
	Exercícios de marcha sem carga no membro inferior proposto para amputação
	Exercícios de postura corporal
	Exercícios respiratórios e aeróbicos

((Biffi et al., 2017)

Período pós-operatório

Neste período, os cuidados com a ferida operatória, a dor, o edema, o posicionamento, a prevenção de contraturas e os exercícios são os principais focos. Além disso, a amplitude de movimento articular e a força muscular devem ser mantidas, o coto deve ser moldado e a mobilização precoce deve ser aplicada. A educação para as atividades de vida diária e o suporte psicossocial devem ser prestados ao indivíduo e à sua família (Demir & Aydemir, 2020).

Período pós-operatório	• Tratamento da dor aguda (pós-operatória; sensação fantasma; dor fantasma)
	• Tratamento da dor crônica (de origem vascular, neuropática ou dor residual no membro)
	• Cuidados com o coto (realizar tratamento à ferida cirúrgica e avaliação da mesma (vigiar a sutura); Prevenir aderência cutânea e subcutânea com massagem; realizar modelagem do coto com ligadura ou meias (logo que seja removido o material de sutura) e fazer elevação do mesmo, com vista à prevenção do edema; realizar posicionamento adequado.
	- Assegurar a manutenção de pele intacta no membro residual;
	- Avaliar potencial para prótese precocemente para que se inicie o processo rapidamente;
	- Iniciar mobilização na cama, transferências, uso de cadeira de rodas e treino de atividades de vida;
	- Iniciar prevenção de contraturas, prevenção de compromisso da amplitude articular e alongamento, realizando exercícios isotônicos de fortalecimento do coto (glúteo médio, máximo, isquiotibiais, quadríceps);
	- Iniciar exercícios do restante núcleo corporal, nomeadamente músculos abdominais e das costas necessários para garantir a estabilidade do tronco, e membro não afetado;
	- Iniciar treino de mobilidade com adoção da posição de pé, com apoio das barras laterais e posteriormente iniciar treino de marcha com canadianas;
	- Realizar Exercícios de equilíbrio corporal sentado, com transferência do peso sentado, levantar-se da posição sentado com apoio de um só membro e manter equilíbrio durante curtos períodos.
	- Promover aumento da capacidade aeróbia com aumento da capacidade respiratória e fortalecimento dos músculos respiratórios e resistência.
	- Manter vigilância cardiovascular com monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca;
	- Iniciar ensinamentos ao doente e/ou cuidador;
- Manter apoio emocional.	

(Tabela elaborada de acordo com (Demir & Aydemir, 2020)

Sobre a cirurgia de **amputação da mama**, existem vários estudos que relatam que após a mastectomia, houve diminuição da funcionalidade do membro superior, com diminuição da amplitude de movimento e da força muscular nos movimentos de rotação

lateral, flexão e abdução do ombro associada à queixa de dor com diminuição significativa nos movimentos, alterações na auto imagem, perda funcional e mudanças a nível psíquico, emocional e social, com consequentes efeitos negativos na qualidade de vida (A. Pereira et al., 2019).

Com base no descrito por (McCully, Laura; Perry-philo, 2015) no contexto dos cuidados de enfermagem ao doente submetido a cirurgia da mama, surgem diagnósticos e intervenções, tais como:

- Ansiedade relacionada com a incerteza sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamentos, devendo-se avaliar os sinais vitais e observar comportamentos verbais e não verbais; avaliar o conhecimento atual do doente sobre o procedimento e o nível de ansiedade relacionado com o procedimento; ensinar ao doente o que esperar da experiência cirúrgica com base na compreensão e vontade de aprender do doente.

- Risco de padrão respiratório ineficaz relacionado com dor, associada ao movimento torácico. como intervenções dever-se-á avaliar os sinais vitais do doente, saturação de oxigénio, nível de dor, e sons pulmonares; administrar medicação para aliviar a dor conforme necessário; incentivar a respiração profunda e a tosse a cada hora; incentivar o uso de um espirómetro de incentivo a cada hora quando acordado.

- Risco de perfusão ineficaz nos tecidos relacionada com danos no sangue e vasos linfáticos e tensão no local da incisão cirúrgica, no contexto deste diagnóstico surge novamente a intervenção de monitorizar sinais vitais e saturação de oxigénio de acordo com o protocolo do serviço e conforme necessário; evitar a utilização do braço afetado para avaliação de tensão arterial, punções ou realização de análises; avaliar a incisão e despistar presença de hemorragia, através de vigilância da quantidade e cor da drenagem, e despiste de tumefações; medir diariamente a circunferência dos braços e comparar, registando e relatando alterações caso se observem; fazer elevação do braço afetado se existir edema; dispor os bens necessários ao doente de forma que consiga alcança-los, incentivar a realização de exercícios que promovam a circulação, preservem a função muscular e articular, e aumentem a capacidade de autocuidado; iniciar ensinamentos dos autocuidados pós-operatório e identificar sinais e/ou sintomas de cura ineficaz notificando-os.

- Risco de coping ineficaz relacionado com ameaça do cancro e perturbação da imagem corporal, dever-se-á observar o interesse do doente no autocuidado, a capacidade de resolução de problemas, o nível de apoio familiar ou outro; utilizar as capacidades de comunicação e escuta terapêutica para permitir ao doente partilhar as suas preocupações; ajudar o doente a recordar *coping* bem-sucedido anteriormente e quais as estratégias utilizadas; encaminhar para sistemas de apoio existentes.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ESTÁGIO FINAL (SEMANAS)																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Revisão bibliográfica																			
Apresentação do Projeto ao Supervisor e aos Orientadores																			
Implementação do Projeto no contexto da prática de cuidados																			
Análise dos resultados																			
Realização do Relatório																			
Elaboração de artigo																			

BIBLIOGRAFIA

- Ali, S., & Haider, S. (2017). Psychological Adjustment To Amputation: Variations On The Bases Of Sex, Age And Cause Of Limb Loss. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 29(2), 303–307.
- Amorim, I., & Barros, T. (2019). Amputação Do Membro Inferior Abaixo Do Joelho. In N. Ramos & T. Barros (Eds.), *Reabilitação do Doente Amputado - Experiência do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão* (pp. 61–77). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Barros, T., & Amorim, I. (2019). Amputação Do Membro Inferior Acima Do Joelho. In N. Ramos & T. Barros (Eds.), *Reabilitação do Doente Amputado - Experiência do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão* (pp. 35–60). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

- Bergo, M. F. da C., & Prebianchi, H. B. (2018). Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. *Psicologia - Teoria e Prática*, 20(1), 33–46. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>
- Biffi, R. F., Aramaki, A. L., Silva e Dutra, F. C. M., Garavello, I., & Cavalcanti, A. (2017). Levantamento dos problemas do dia a dia de um grupo de amputados e dos dispositivos de auxílio que utilizam. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 28(1), 46. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i1p46-53>
- Blough, J. T., Vu, M. M., Qiu, C. S., Mlodinow, A. S., Khavanin, N., Fine, N. A., & Kim, J. Y. S. (2018). Beyond 30 days: A risk calculator for longer term outcomes of prosthetic breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 6(12), 1–10. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002065>
- Branco, P. (2016). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª, pp. 25–34). Lusodidacta.
- Branco, R., Santos, K., & Luz, S. (2017). Promovendo a saúde da pessoa amputada: uma ação educativa chamada conversa no leito. *Cad. Bras. Ter. Ocu*, 641–648. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE0966>
- Camões, Maria João; Gomes, Bárbara; Pinto, C. (2015, July). A mulher mastectomizada: enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado. *ONCO.NEWS*, 14–22.
- Capelo, J., & Fortunato, J. (2019). Cuidados E Complicações Após A Amputação. In N. Ramos & T. Barros (Eds.), *Reabilitação do Doente Amputado - Experiência do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão* (pp. 11–34). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Dekker, R., Hristova, Y. V., Hijmans, J. M., & Geertzen, J. H. B. (2018). Pre-operative rehabilitation for dysvascular lower-limb amputee patients: A focus group study involving medical professionals. *PLoS ONE*, 13(10), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204726>
- Demir, Y., & Aydemir, K. (2020). Gülhane lower extremity amputee rehabilitation protocol: A nationwide, 123-year experience. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(4), 373–382.

<https://doi.org/10.5606/tftrd.2020.7637>

- Demoro, C., Fontes, C., Trettene, A., Cianciarullo, T., & Lazarini, I. (2018). Aplicabilidade de Orem: capacitação do cuidador do lactente com Sequência de Robin. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 3), 1553–1557. <http://proxy.library.vanderbilt.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,cpid&custid=s9007717&db=ccm&AN=131234561&site=ehost-live>
- DGS. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). In *Chest* (Vol. 131, Issue 5 SUPPL.). <http://dx.doi.org/10.1378/chest.07-0892>
- Diário da Republica. (2009). Decreto-Lei n.º 93/2009. *Diário Da Republica, 1ª Série de 16 Abril, 1(74)*, 2275–2277. <http://www.inr.pt/uploads/SAPA.pdf>
- Diário da Republica. (2016). Despacho n.º 7197/2016 de 1 de Junho, do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. *Diário Da República, 2.ª Série*, 17168–17185. <https://dre.pt/home/-/dre/74587625/details/maximized>
- Dias, D., Carvalho, L., & Camargo, A. (2021). Protocolo Da Atuação Da Fisioterapia Nas Complicações Pós Mastectomia. *Revista Das Ciências Da Saúde e Ciências Aplicadas Do Oeste Baiano-Higia*, 6(1), 19–38.
- Direcção-Geral da saúde. (2003). *Circular Normativa Nº 09/DGCG- A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.
- Direcção-Geral da saúde. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. In *Norma 054/2011: Vol. 054/2011*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direcção-Geral da saúde. (2012). PNS 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*, 1–22.
- Direcção-Geral da Saúde. (2019). Norma da DGS Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso. *Norma Nº 001/2019*, 1–19. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>.
- Domingos, H. Y. B., Moreira, S. S., Alves, M. S., Oliveira, F. B., Cruz, C. B. L. da, Silva, M. D. S., Martins, A. S. S., & Rett, M. T. (2021). Cinesioterapia para melhora da qualidade de vida após cirurgia para câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*, 22(3), 385–397. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i3.4718>
- ECIS. (2020). *Explorer @ Ecis.Jrc.Ec.Europa.Eu*. Estimates of Cancer and Mortality in 2020, for All Cancer Sites. [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-1\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-0\\$6-0,85\\$5-2004,2010\\$7-2\\$CRatesByRegistry\\$X0_10-ASR_EU_NEW](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-1$1-All$2-All$4-1,2$3-0$6-0,85$5-2004,2010$7-2$CRatesByRegistry$X0_10-ASR_EU_NEW)
- Erturhan Turk, K., & Yilmaz, M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image

- of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *European Journal of Breast Health*, 14(November 2017), 205–210. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>
- Estevão, A., Mendes, A. F., Silva, M. L. da, Ventura, P. L., Biagi, A. C., & Cunha, M. C. B. (2018). Exercícios Imediatos versus Exercícios Tardios no Pós-Operatório de Cirurgias Oncomamárias: Limitação ou Liberação da Amplitude de Movimento? *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(4), 551–560. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2018v64n4.205>
- Everink, I. H. J., Van Haastregt, J. C. M., Van Hoof, S. J. M., Schols, J. M. G. A., & Kempen, G. I. J. M. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: A systematic review Health services research. *BMC Geriatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0187-4>
- Ferreira, R., & Neves, R. (2015). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. In Direção-Geral da Saúde (Ed.), *Direção Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo De Caso Como Método De Investigação Em Enfermagem. *Revista Da UIIPS – Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém, Vol. VI, N(2182–9608)*, 102–107.
- Fonseca, C., Carretas, N., Galhofas, M., & Costa, A. (2018). Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Aging and Innovation*, 7(1), 103–119.
- Franceschini, G., Sanchez, A. M., Di Leone, A., Magno, S., Moschella, F., Accetta, C., & Masetti, R. (2015). New trends in breast cancer surgery: A therapeutic approach increasingly efficacy and respectful of the patient. *Giornale Di Chirurgia*, 36(4), 145–152. <https://doi.org/10.11138/gchir/2015.36.4.145>
- Gjovaag, T., Mirtaheri, P., & Starholm, I. M. (2018). Carbohydrate and fat oxidation in persons with lower limb amputation during walking with different speeds. *Prosthetics & Orthotics International*, 42(3), 304–310. <https://doi.org/10.1177/0309364617740237>
- Henriques, A., Costa, S., & Lacerda, J. (2016). Assistência De Enfermagem Na Segurança Do Paciente Cirúrgico: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), 1–9. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.45622>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2004, June 30). Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(2), 77–90. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2004v50n2.2039>
- Instituto S.João de Deus. (2020). *Hospital S. João De Deus*. <https://www.isjd.pt/pt/centros-assistenciais/hospital-montemor>

- IPO Lisboa. (2022). *Conheça-nos*. <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/ipo/conhecamos/>
- Jensen, P., Green, S., Petersen, J., Andersen, O., & Poulsen, I. (2018). Perceptions and experiences of nutritional care following the overwhelming experience of lower extremity amputation: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 808–819. <https://doi.org/10.1111/jocn.14192>
- José, H., & Sousa, L. (2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Conceção e Integração dos Cuidados. In Cristina Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados De Enfermagem À Pessoa Com Doença Aguda* (1^a, pp. 3–12). Sabooks Editora.
- Leonardis, J. M., Lyons, D. A., Giladi, A. M., Momoh, A. O., & Lipps, D. B. (2019). Functional integrity of the shoulder joint and pectoralis major following subpectoral implant breast reconstruction. *Journal of Orthopaedic Research*, 37(7), 1610–1619. <https://doi.org/10.1002/jor.24257>
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Formasau.
- Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2015). *Respostas De Enfermagem Para A Saúde No Futuro - Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15264/1/Saúde-doença_a proximidade de cuidados num mundo_abril 2015.pdf
- Lourenço, T., Quaggio, C., Rodrigues, G., Neto, J., Simionato, L., & Ximenes, M. (2019). Qualidade de vida de protetizados de membro inferior. *SALUSVITA*, 881–897.
- Luccia, N., Goffi, F., & Guimarães, J. (2007). Amputação dos membros. In F. Goffi (Ed.), *Técnica Cirúrgica - Bases Anatômicas, Fisiopatológicas E Técnicas Da Cirurgia* (4^a, pp. 180–187). Atheneu.
- Marinescu, S., Bejinariu, C., Şapte, E., Marinaş, M. C., & Giuglea, C. (2019). Complications related to breast reconstruction after mastectomy using multiple surgical techniques – a national and international comparative analysis. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 60(1), 87–93.
- Martinez, J. A. B., Padua, A. I., & Terra Filho, J. (2004). Dyspnea. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 37(3/4), 199–207. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.006>
- Martins, Maria, Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018, December 6). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Martins, Miguel, Pais, H., & Ribeiro, L. (2020). Abordagem Diagnóstica Da Neoplasia Da Mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Eds.), *Manual de Oncologia SPO Abordagem e tratamento do cancro da mama* (1^a, pp. 81–92). Sociedade

- Portuguesa de Oncologia.
https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/manual_oncologia_spo.pdf
- Matos, J. P., Carolino, E., & Ramos, R. (2018). Dados epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015. *IV Jornadas de Ortoprotesia*. <http://hdl.handle.net/10400.21/8818>
- Matos, M. de F., & Simões, J. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- McCully, Laura; Perry-phil, D. (2015). Nursing Care of Women With Reproductive System Disorders. In *Understanding Medical-Surgical Nursing* (5th Editio, pp. 970–979).
- McEwen, M. (2016). Visão geral de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. In *BASES TEÓRICAS de Enfermagem* (4ª, pp. 233–263). Artmed Editora SA.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5ª). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Merêncio, K., & Ventura, M. (2020). Vivências da mulher mastectomizada: a enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RIV19082>
- Ministério da Saúde. (n.d.). *SPMS-EPE - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde*. Retrieved March 2, 2022, from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Ministério da Saúde. (2022). *Missão*.
- Monedero, P., UNESCO, Industry, T. H. E. P., & Figures, I. N. (2016). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*, 54, 69–72.
http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Declara??o+Universal+sobre+Bio?tica+e+Direitos+Humanos#6%0Ahttps://www.sedar.es/vieja/resringido/2007/n2_2007/1.pdf
- National Comprehensive Cancer Network, I. (2011). Cancro da mama - Linhas de Orientação NCCN para doentesTM. In *National Comprehensive Cancer Network* (Vol. 2). <https://silo.tips/download/cancro-da-mama-versao-disponivel-em-nccncom>
- Nazário, A. C. P., Facina, G., & Filassi, J. R. (2015). Breast cancer: news in diagnosis and treatment. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61(6), 543–552.
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.543>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do EEER*. 5. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2783-9>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE*

- republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro*).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2.ª Série*, 16655–16660.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. 1–66.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Orem, D. (2001a). *Nursing: Concepts of practice* (6ª).
- Orem, D. (2001b). *Nursing: Concepts of practice* (6ª). Mosby.
- Pantera, E., Poutier-Piotte, C., Bensoussan, L., & Coudeyre, E. (2014). Patient education after amputation: Systematic review and experts' opinions. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 57*(3), 143–158.
<https://doi.org/10.1016/J.REHAB.2014.02.001>
- Paz, F., & Barros, C. (2017). *Prevalência Das Complicações Pós-Operatórias Em Pacientes Submetidas A Mastectomia*. <http://srv-bdtd:8080/handle/tede/160>
- Pereira, A., Santos, G., Molina, L., Luz, T., & Esteves, A. (2019). Mastectomia E Mamoplastia Na Vida Das Mulheres Com Câncer De Mama/Impacts of mastectomy and mammoplasty on the life of women with breast cancer. *Revista Caderno de Medicina*.
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RuwKpPdy66oJ:https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/download/1294/575+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Pereira, L. D., Musso, M. A. A., Calmon, M. V., Souza, C. B. de, Zandonade, E., Neto, S. B. da C., Miotto, M. H. M. de B., & Amorim, M. H. C. (2021). Qualidade de Vida de mulheres com Câncer de mama no pré-operatório, pós-operatório e em tratamento quimioterápico. *Brazilian Journal of Health Review, 4*(2), 6647–6662.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-216>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado:

- Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In Cristina; Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª, pp. 3–14). Lusodidacta.
- Petronilho, F., Pinheiro, E., & Machado, M. M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel do Cuidador Familiar. In *Cuidados De Enfermagem À Pessoa Com Doença Aguda* (1ª, pp. 101–122). Sabooks Editora.
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & da Silva, J. M. A. V. (2018). Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline: Reality or utopia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª, pp. 48–57). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Rizzi, S. K. L. de A. (2019). *Início precoce versus tardio de movimentação livre de membros superiores no pós-operatório de câncer de mama e reconstrução imediata : impacto na recuperação cinético-funcional e nas complicações cicatriciais Início precoce versus tardio de movimentação I* [Universidade Federal de São Paulo]. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59697>
- Sadok, N., Krabbe-Timmerman, I. S., de Bock, G. H., Werker, P. M. N., & Jansen, L. (2020). The Effect of Smoking and Body Mass Index on The Complication Rate of Alloplastic Breast Reconstruction. *Scandinavian Journal of Surgery*, 109(2), 143–150. <https://doi.org/10.1177/1457496919826711>
- Samuelsen, B. T., Andrews, K. L., Houdek, M. T., Terry, M., Shives, T. C., & Sim, F. H. (2017). The Impact of the Immediate Postoperative Prosthesis on Patient Mobility and Quality of Life after Transtibial Amputation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(2), 116–119. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000553>
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal o F Aging & Innovation*, 6(1), 51–54.
- Santos, I. (2019). *Reabilitação pós-operatória da pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular: que realidade?* [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119908>
- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. In Cristina; Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª, pp. 15–24). Lusodidacta.
- Segurança social. (2014). Guia prático - rede nacional de cuidados continuados integrados. *Segurança Social*, 1–18. <https://servicosocial.pt/wp->

content/uploads/2015/07/Rede-Nacional-de-Cuidados-Continuados-Integrados.pdf

- Sheehan, T. P., & Gondo, G. C. (2014). Impact of Limb Loss in the United States. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(1), 9–28. <https://doi.org/10.1016/J.PMR.2013.09.007>
- Silva, C., Cunha, T., Dantas, C., & Jesus, C. (2021). A importância da enfermagem no pós-operatório de mulheres mastectomizadas com dissecação de linfonodos axilares: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(6), e57210616177. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16177>
- Silva, S. H. da, Koetz, L. C. E., Sehnem, E., & Grave, M. T. Q. (2014). Quality of life after mastectomy and its relation with muscle strength of upper limb. *Fisioterapia e Pesquisa*, 21(2), 180–185. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/68121022014>
- Silva, E., Figueiredo, J., Dutra, P., Maia, S., Prado, R., Borrajo, A., Sales, D., & Fialho, A. (2020). Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39740–39750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-496>
- Silva, N., Farias, D., Sousa, J., Bezerra, F., Ferreira, L., & Carvalho, P. (2018). Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. *Revista UNINGÀ. Maringá*, 55, 59–71.
- Sledge, G. W., Mamounas, E. P., Hortobagyi, G. N., Burstein, H. J., Goodwin, P. J., & Wolff, A. C. (2014). Past, Present, and Future Challenges in Breast Cancer Treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 32(19), 1979–1986. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.4139>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2019*.
- Souza, B., Miguel, H., & Viana, F. (2019, July). Qualidade de vida em amputados de membros inferiores (Quality of life in lower limb amputees). *Científica, Revista Núcleo, Multidisciplinar*, 66–74. www.nucleodoconhecimento.com.br
- Souza, L., Silva, L., Silva, R., Barbosa, S., & Oliveira, B. (2016). *Qualidade de vida e depressão em mulheres mastectomizadas*. 4(1), 1–23. <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/532>
- Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a, pp. 211–235). LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Teixeira, S. (2014). *Adaptação para a População Portuguesa da Escala de Avaliação Trunk Impairment Scale (TIS)*.
- Uustal, H., & Meier, R. H. (2014). Pain Issues and Treatment of the Person with an Amputation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*,

25(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/J.PMR.2013.09.008>

- Vasconcelos, T., Barbosa, E., Olivério, N., Enéas, R., Bastos, V., & Xavier, É. (2011). Avaliação da qualidade de vida de pacientes amputados transtibiais unilaterais antes e após a protetização. *Fisioterapia Brasil*, 12(4), 291–297. <https://doi.org/10.33233/fb.v12i4.927>
- Vilagra, J., Sganzerla, C., & Walcker, L. (2011). Próteses transtibiais: itens de conforto e segurança. *Revista Thema et Scientia*, 1, 107–112.
- Voineskos, S., Frank, S., & Cordeiro, P. (2015). Breast reconstruction following conservative mastectomies: predictors of complications and outcomes. *Gland Surgery*, 4(6), 484–496. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2227-684X.2015.04.13>
- Wilkins, E. G., Hamill, J. B., Kim, H. M., Kim, J. Y., Greco, R. J., Qi, J., & Pusic, A. L. (2018). Complications in Postmastectomy Breast Reconstruction: One-year Outcomes of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium (MROC) Study. *Annals of Surgery*, 267(1), 164–170. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002033>
- Wills, E. (2016). Grandes teorias da enfermagem baseados nas necessidades humanas. In *BASES TEÓRICAS de Enfermagem* (4^a, pp. 133–161). Artmed Editora SA.
- Woo, K.-J., Lee, K.-T., Mun, G.-H., Pyon, J.-K., & Bang, S. I. (2018). Effect of breast reconstruction modality on the development of postmastectomy shoulder morbidity. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(12), 1761–1767. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.07.033>
- Yin, R. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4^a). Bookman.

Anexo I

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

Participante Nº _____

Eu, Ana Sofia Ferro Roque, Enfermeira, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º 74911, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus. Encontro-me a realizar o Estágio Final, no qual desenvolvo o Projeto de intervenção com o tema “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no peri-operatório de cirurgias de amputação”.

O projeto tem como objetivos identificar e descrever as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com resultados na prevenção de complicações, capacitação para a reinserção e recuperação da funcionalidade da pessoa com amputação e consiste na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação: Avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e avaliação de resultados. A intervenção terapêutica, decorre do plano de cuidados personalizado, fundamentado, com base em evidências e/ou recomendações de Comissões científicas, validado pelos supervisores e orientadores e é realizado com supervisão de enfermeiro especialista.

A participação no presente projeto é livre e voluntária, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo e caso pretenda pode cessar a participação em qualquer etapa do procedimento sem que essa decisão lhe cause qualquer dano.

Disponibilizo-me para prestar todos os esclarecimentos que entenda necessários. No caso de se encontrar totalmente esclarecido e concordar com o proposto, queira por favor assinar este documento.

Grata pela sua disponibilidade para colaborar no projeto de intervenção. Disponibilizo os meus dados e contactos, bem como da Professora Orientadora do Projeto.

Investigadora: Ana Sofia Ferro Roque; anasofiafroque@gmail.com

Orientadora: Professora Maria José Bule Contactos: mjosebule@uevora.pt, 266730300

Assinatura

Data

_____ / ____/ ____

Declaro que:

- Li e compreendi tudo o descrito no presente documento;
- Foi-me garantida a confidencialidade dos meus dados, sendo que este é o único documento onde consta a minha identificação;
- Foi-me dada a possibilidade de, em qualquer altura, desistir da participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências.
- Aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária e esclarecida forneço, para serem utilizados neste projeto de investigação.

Assinatura

Data

_____ / ____/ ____

Caso não seja o próprio interveniente a assinar (por exemplo, por incapacidade). Solicita-se que seja indicado o tipo de ligação com o participante ou tipo de representação:

Assinatura

Data

_____ / ____/ ____

(Documento realizado em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e o outro exemplar para a pessoa que consente)

Anexo II

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Participante N° _____

IDADE: _____ **SEXO:** _____ **PROFISSÃO:** _____

ESCOLARIDADE: _____

CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR: _____

PESSOA DE REFERÊNCIA: _____

RESIDÊNCIA [X]:

- Casa Térrea: ____ - Casa com acessos com escadas: ____ - Instituição: ____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Doenças: _____

- Cirurgias/ Acidentes: _____

MEDICAÇÃO HABITUAL: _____

DIAGNÓSTICO/s: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____

PRESCRIÇÕES FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS: _____

AVALIAÇÕES:

Dia/Mês			
Horas			
TA			
FC			
FR			
SPO2			
O2 ADICIONAL			
MIF			

Goniometria			
Dor			
MRCMS (Força Muscular)			
MFS (Escala de queda de Morse)			
Escala de Equilíbrio de Berg			
Escala de Borg Modificada			

• **FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

INSTRUÇÕES

De acordo com o grau de dependência, atribui-se uma pontuação: 7 atribui-se quando há independência completa, 6 quando a independência é modificada, 5 à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, 4 quando a ajuda necessária é mínima (ou seja o doente realiza mais de 75% da tarefa), 3 quando a ajuda é moderada (o doente realiza mais de 50% da tarefa), 2 quando a ajuda é máxima (o doente realiza mais de 25% da tarefa) e por fim 1 quando a ajuda é total, ou seja o doente tem que ser substituído em toda a tarefa (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

NÍVEIS	7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (dispositivo)	<u>SEM AJUDA</u>
	<u>Dependência Modificada</u> 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 – Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) <u>Dependência completa</u>	<u>AJUDA</u>

	2 – Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%)	
	1 – Ajuda total (indivíduo $<$ 25%)	

DATA			
AUTO-CUIDADOS			
A. Alimentação			
B. Higiene Pessoal			
C. Banho			
D. Vestir metade superior			
E. Vestir metade inferior			
F. Utilização da Sanita			
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES			
G. Bexiga			
H. Intestino			
MOBILIDADE / Transferências			
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas			
J. Sanita			
K. Banheira, Duche			
LOCOMOÇÃO			
L. Marcha / <u>CADEIRA DE RODAS</u>			
M. Escadas			
COMUNICAÇÃO			
N. Compreensão			
O. Expressão			
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR			
P. Interação Social			
Q. Resolução de Problemas			
R. Memória			
TOTAL			

Tabela 1- *Functional Independence Measure* - Medida de Independência funcional – adaptada da norma da direcção geral de saúde n.º 054/2011 de 27/12/2011 - (Direcção-Geral da saúde, 2011)

O total máximo é de 126 pontos o que corresponde a uma independência total e o mínimo de 18 pontos designa dependência total, podendo ser identificados 4 pontos de corte:

18 pontos (dependência completa);

19 – 60 pontos (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa);

61 – 103 pontos (dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa);

104 – 126 pontos (independência completa).

- **GONIOMETRIA**

Data	Movimento Articular	Articulação	Amplitude em Graus

- **ESCALA NUMÉRICA AVALIAÇÃO DA DOR**

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

Tabela 4 – Escala Numérica de Avaliação da dor (Adaptada da norma da DGS N° 09/DGCG Data: 14/06/2003 - (Direcção-Geral da saúde, 2003)

A Escala Numérica apresenta na forma de uma régua, que se divide em onze partes iguais, numeradas seguidamente de 0 a 10. O pretendido é que o doente faça

corresponder a intensidade da sua Dor a uma classificação numérica, em que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). (Direcção-Geral da saúde, 2003)

DATA	HORA	CLASSIFICAÇÃO	CARACTERISTICAS DA DOR

- **MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA (MRCm)**

Grau	Definição
5	Força normal;
5-	Fraqueza dificilmente detetável;
4+	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação contra resistência de moderada a máxima;
4	O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada;
4-	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação apenas contra resistência mínima;
3+	O músculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória, contudo cai abruptamente;
3	O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade
3-	O músculo move a articulação contra a gravidade, mas não realiza todos os movimentos mecânicos;
2	O músculo move a articulação, mas não contra a gravidade;
1	Observa-se contração muscular, mas não há movimento;
0	Não há movimento;

Tabela 3 - *Medical Research Council modificada* para avaliação da força muscular

SEGMENTOS	Movimentos	Data	Data	Data
Cabeça e Pescoço	Flexão			
	Extensão			
	Flexão lateral esquerdo			

	Flexão lateral direito						
	Rotação						
MEMBRO SUPERIOR							
		MSD	MSE	MSD	MSE	MSD	MSE
Escapulo- Umeral	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação Interna						
	Rotação externa						
Cotovelo	Flexão						
	Extensão						
Antebraço	Pronação						
	Supinação						
Punho	Flexão palmar						
	Dorsi-flexão						
	Desvio Radial						
	Desvio Cubital						
	Circundação						
Dedos	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Circundação						
	Oponência do polegar						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação Interna						
	Rotação externa						

SEGMENTOS	Movimentos	Data	Data	Data	Data	Data	Data
MEMBRO INFERIOR							
		MID	MIE	MID	MIE	MID	MIE
Coxo-Femural	Flexão						

	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação Interna						
	Rotação externa						
Joelho	Flexão						
	Extensão						
Tíbio - társica	Flexão Plantar						
	Flexão dorsal						
	Inversão						
	Eversão						
Dedos	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						

- **ESCALA DE QUEDA DE MORSE (MFS)**

	Data	Data	Data	Data
Item	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses				
Não	0	0	0	0
Sim	25	25	25	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)				
Não	0	0	0	0
Sim	15	15	15	15
3. Ajuda para caminhar				
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	0	0	0
Muletas/canadianas/bengala/andariho	15	15	15	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30	30	30	30
4. Terapia intravenosa				
Não	0	0	0	0
Sim	20	20	20	20
5. Postura no andar e na transferência				

Normal/acamado/imóvel	0	0	0	0
Debilidade	10	10	10	10
Dependente de ajuda	20	20	20	20
6. Estado mental				
Consciente das suas capacidades	0	0	0	0
Esquece-se das suas limitações	15	15	15	15
TOTAL				

Fonte: Adaptado do Artigo “Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse” (Costa-Dias et al., 2014)

A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos e os indivíduos são discriminados em função do risco de queda em: sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51) (Costa-Dias et al., 2014)

• **BERG BALANCE SCALE || ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG ⁽¹⁾**

- O desempenho de cada tarefa é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho do utente, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos;
- Quanto maior for o score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio;
- Pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. Um valor de corte de 45 pontos é considerado preditor de queda, e um índice menor ou igual a 36 pontos está associado a 100% de risco de queda. 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído;
- Para a realização da Escala de Equilíbrio de Berg são necessários equipamentos acessíveis, como seja, um relógio, uma régua, um banco e uma cadeira. O tempo de aplicação do teste é de aproximadamente 30 minutos (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Nome _____ Idade _____

Sexo _____ Data _____ Instituição _____

Avaliador _____

DESCRIÇÃO DOS ITENS - Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____

2. Ficar em pé sem apoio _____
 3. Sentado sem apoio _____
 4. Da posição de pé para a posição de sentado _____
 5. Transferências _____
 6. Ficar em pé com os olhos fechados _____
 7. Ficar em pé com os pés juntos _____
 8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____
 9. Apanhar um objeto do chão _____
 10. Virar-se para olhar para trás _____
 11. Dar uma volta de 360 graus _____
 12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____
 13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____
 14. Ficar em pé sobre uma perna _____
- TOTAL _____

1. Da posição de sentado para a posição de pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. Ficar em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar. Se sentir dificuldade, diga.

- 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos

() 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos

() 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

• Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registrar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. Senta-se com as costas desapoizadas mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco

Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos. Se sentir dificuldade, diga

() 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos

() 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão

() 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos

() 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos

() 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. Da posição de pé para a posição de sentado

Instruções: Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos

() 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos

() 3 Ao sentar-se recorre às mãos

() 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida

() 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

() 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. Transferências

Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

() 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos

() 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos

() 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão

() 1 Necessita de ajuda de uma pessoa

() 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados

Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- () 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- () 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- () 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos

Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- () 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- () 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- () 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- () 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé

Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- () 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)

- () 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- () 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- () 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- () 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé

Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- () 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- () 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- () 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- () 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé

Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- () 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- () 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- () 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 Necessita de supervisão ao virar
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. Dar uma volta de 360 graus

Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- () 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente

- 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio

Instruções: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco 4 vezes. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro

Instruções: (DEMOSTRAR AO SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal). Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 2 Consegue dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- 0 Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- () 4 Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos
- () 3 Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
- () 2 Consegue de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos
- () 1 Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- () 0 Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

() Score Total (Máximo = 56)

⁽¹⁾ (Teixeira, 2014) Adaptação para a População Portuguesa da Escala de Avaliação Trunk Impairment Scale (TIS). Dissertação, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto - Instituto Politécnico do Porto, Vila Nova de Gaia. Obtido a 22 de Setembro de 2021, de http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4725/1/DM_SofiaTeixeira_2014.pdf

- **MODIFIED BORG DYSPNEA SCALE || ESCALA DE BORG MODIFICADA – AVALIAÇÃO DA DISPNEIA**

A escala modificada de Borg é uma escala de eleição para avaliar a dispneia durante o exercício, ou atividades físicas, sendo aplicada nesse no momento em que decorrem. O doente deverá classificar a sua dispneia numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a ausência de dispneia e 10 dispneia máxima. (Martinez, J. A. B., Padua, A. I., & Terra Filho, 2004)

Escala de Borg Modificada	
0	Nenhuma
0.5	Muito, muito, leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito, forte
10	Máxima

Figura 4 – Adaptada de Dispneia (Martinez, J. A. B., Padua, A. I., & Terra Filho, 2004)

DATA	HORA	MOMENTO ou OCORRÊNCIA (antes de deambular; a meio da marcha; no final do treino)	CLASSIFICAÇÃO

Apêndice 2 –Plano de Cuidados - Estudo De Caso 1

PLANOS DE CUIDADOS

FOCO: AUTOCUIDADO: IR AO SANITÁRIO

Dimensão: Aprendizagem de Capacidades	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para utilizar dispositivos e usar a técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário: (barras de apoio laterais); - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário: (barras de apoio laterais, urinol); - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário: (colocar cueca fralda ou bóxeres, apoiar-se alternadamente nas barras de apoio laterais, para despir a roupa interior, sentar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores e para se levantar proceder de forma inversa) . Treinar o uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário; . Treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário. 	<p>- Capacidade para utilizar dispositivos e usar a técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário melhorada.</p>	<p>Ao dia 7º dia de intervenção o Sr. M.F passou a usar bóxeres que conseguia vestir e despir de forma independente quando precisava ir à casa de banho. Durante a noite passou a usar urinol e deixou de urinar na fralda como fazia antes da intervenção do EEER.</p>

FOCO: TRANSFERIR-SE

	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
Dimensão: Conhecimento Diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, não demonstrado.	<p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se: Já com conhecimento sobre a importância de se certificar sempre da cadeira de rodas se encontrar travada; A colocar a cadeira de rodas sempre da mesma forma quer fosse entrar, quer fosse sair da cama; A rodar sobre o corpo ao mesmo tempo que se levantava-se apresentando por isso, por vezes desequilíbrio; Realizava a transferência não rodando sobre o MID num movimento único, realizava pequenos saltinhos.</p> <p>- Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se: lado adequado e ângulo para colocação da cadeira de rodas de acordo com a atividade a realizar, entrar ou sair da cama, transferir da cadeira de rodas para o cadeirão ou da cadeira de rodas para a sanita; local onde colocar as mãos para apoios adequados; erguer-se primeiro, assegurar-se da detenção de equilíbrio e apenas depois rodar sobre o MID.</p>	<p>- Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorado;</p>	<p>Com cerca de 2/3 dias de ensino o conhecimento do Sr. M.F. sobre técnica de adaptação para transferir-se já se encontrava melhorado.</p>

Dimensão: Aprendizagem de Capacidades	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se (O Sr. M.F. transferia-se de formas inadequadas e sem critérios, tais como onde colocar a cadeira de rodas consoante fosse entrar ou sair da cama, não rodava o corpo sobre o MID num movimento único, com frequência realizava pequenos saltinhos para se rodar) - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se (Foi sendo demonstrado o que já havia sido previamente ensinado) - Treinar técnica de adaptação para transferir-se (foi feito treinos das transferências durante cerca de 3 a 4 dias várias vezes ao dia, até ser verificada melhor capacidade para se transferir, com risco de complicações/ acidentes pessoais diminuído) 	<p>- Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se melhorada;</p>	<p>Passados cerca de 3 a 4 dias de instrução e treino o Sr. M.F. passou a implementar técnicas de adaptação para transferir-se melhoradas.</p>

FOCO: AUTOUIDADO: VESTUÁRIO

Dimensão: Conhecimento	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo), não demonstrado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo); - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo): (Enrolar as calças na mão de forma a não ficar com o pé “preso” ao longo das calças; posicionar-se adequadamente para realizar melhor flexão da articulação coxo-femural; - Ensinar técnicas de conservação de energia (tais como: inspiração em repouso e expiração durante a realização do vestir a metade inferior do corpo e colocar o silicone para adaptação da prótese) uma vez que o facto de não ter conhecimentos para gerir este fator condicionava a realização deste autocuidado; orientar quanto à importância de solicitar auxílio de familiares, cuidadores ou outros, quando necessário. 	<p>- Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo) melhorado;</p>	<p>O Sr. M.F demonstrava já alguns conhecimentos sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo), no entanto executava poucas vezes e realizava grande dispêndio de energia o que o levava a desistir de realizar este autocuidado, contudo após os ensinamentos realizados passou a demonstrar novos conhecimentos adquiridos e os que já tinha consolidados, apresentando maior motivação para realizar o autocuidado.</p>

Dimensão: Aprendizagem de Capacidades	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo) – realizava grande esforço respiratório ao vestir a metade inferior do corpo, realizava o autocuidado sem procurar colocar almofada debaixo da cabeça, ou se possível elevar a cabeceira da cama) - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo); - Treinar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo); - Treino de flexão/extensão da articulação coxo-femural com controlo da respiração; - Treino de Flexão do tronco na cadeira de rodas. 	<p>- Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se melhorada.</p>	<p>Ao 7º dia de intervenção do EEER o doente já conseguia vestir bóxeres, calças e colocar silicone no coto apenas com ajuda mínima. O doente referiu sempre que nesta atividade de vida iria ter sempre por perto a esposa para auxiliar quando necessário, tal como lhe tinha sido indicado).</p>

FOCO: INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE

Dimensão: Conhecimento	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica conservação de energia e sobre hábitos de exercício</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia; - Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício; - Ensinar sobre técnica de conservação de energia (tais como: inspiração em repouso e expiração durante a realização dos esforços; orientar quanto à importância de solicitar auxílio de familiares, cuidadores ou outros, quando necessário.) - Ensinar sobre hábitos de exercício (tais como: treinar respiração diafragmática, primeiro em repouso e depois durante a realização das tarefas, evitando que faça períodos de apneia; treinar os membros superiores, visando o aumento da tolerância ao trabalho necessário para realizar este autocuidado.) 	<p>- Conhecimento sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício melhorado;</p>	<p>O Sr. M.F nas primeiras avaliações não demonstrava conhecimento sobre técnica de conservação de energia o que comprometia a realização de algumas atividades de vida diária, com os ensinamentos que foram sendo realizados foi adquirindo conhecimentos, encontrando-se ao 7º dia de intervenção, já com conhecimento melhorado. Nas primeiras avaliações não demonstrava, também, conhecimento sobre hábitos de exercício, mas com os ensinamentos que foram sendo realizados foi adquirindo conhecimentos neste sentido e foi sendo reforçada a importância de manter estes exercícios quando da alta.</p>

Dimensão: Aprendizagem de Capacidades	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia; - Instruir sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercícios; - Treinar técnica de conservação de energia e hábitos de exercícios saudáveis (realizar inspiração em repouso e expiração durante a realização dos esforços; orientar quanto à importância de solicitar auxílio de familiares, cuidadores ou outros, quando necessário; treinar respiração diafragmática, primeiro em repouso e depois durante a realização das tarefas, evitando que faça períodos de apneia; treinar os membros superiores, visando o aumento da tolerância ao trabalho necessário para realizar este autocuidado) – plano de fortalecimento muscular dos membros superiores implementado, em anexo 1. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para usar técnica de conservação de energia melhorada; 	<p>O Sr. M.F. foi gradualmente melhorando a sua capacidade para usar técnica de conservação de energia, com conseqüente benefício na sua funcionalidade. Adquiriu conhecimentos também sobre exercícios saudáveis a manter aquando da alta, para melhor gestão dos seus gastos energéticos.</p>

FOCO: EQUILIBRIO CORPORAL

	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
Diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none">. Avaliar equilíbrio corporal: inicialmente foi apenas possível avaliar o equilíbrio corporal sentado e posteriormente foi avaliado o equilíbrio ortostático quando foi possível colocar a prótese do MI). Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de equilíbrio de Tinetti;. Estimular a manter o equilíbrio corporal;. Executar técnica de treino de equilíbrio - (realizados exercícios na cadeira de rodas tais como: flexão do tronco, avião, inclinação lateral do tronco)	Equilíbrio corporal não comprometido.	Não se voltou a aplicar a escala de equilíbrio de Tinetti ao Sr. M.F., por não ter sido possível a aplicação da mesma com a prótese de MI colocada. Não se conseguiram encontrar instrumentos validados para a avaliação do equilíbrio no doente amputado de membro inferior, sendo a avaliação apenas baseada na observação. O resultado esperado, de equilíbrio corporal não comprometido, não foi alcançado na sua plenitude, mas houve evidentes melhorias no equilíbrio do tronco na realização das transferências;

Dimensão: Conhecimento	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal (ensinado a ficar sentado na cama com boa base de sustentação, chegando o corpo à beira da cama ou da cadeira e calçar o MID, pôr-se de pé com auxílio dos membros superiores, permanecer de pé até garantir que tem equilíbrio e realizar as transferências posteriormente, quando a deambular com apoio de andarilho afastar os pés sensivelmente à largura dos ombros, criando base de sustentação)</p>	<p>- Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal melhorada;</p>	<p>O Sr. M.F apresentava no início da intervenção do EEER escasso conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal. À data da alta evidenciava já melhoria do conhecimento.</p>

Dimensão: Aprendizagem de Capacidades	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>- Avaliar capacidade para usar técnica de treino de equilíbrio; - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal; - Treinar técnico de equilíbrio corporal.</p>	<p>- Capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal melhorada;</p>	<p>O Sr. M.F. foi adquirindo capacidades encontrando-se à data da alta a executar de forma predominantemente adequadamente técnica de equilíbrio corporal.</p>

FOCO: POR-SE DE PÉ

Dimensão: Aprendizagem de Capacidades	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
Diagnóstico: Potencial para melhorar técnica de adaptação para pôr-se de pé	<p>- Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação de pôr-se de pé;</p> <p>- Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé (colocar-se na posição de lateral na cama, colocar o MID para fora da cama, erguer-se da cama com apoio dos membros superiores, ficar sentado garantindo equilíbrio sentado, chegar o corpo à beira da cama e calçar adequadamente o sapato no MID, exercer força com os membros superiores na cama e pôr-se de pé; no caso do cadeirão, cadeira de rodas e sanita, foi incentivado a exercer força nos braços do cadeirão ou da cadeira de rodas de forma a conseguir erguer-se. Com a prótese colocada foram feitos ensinamentos sobre erguer-se sempre com o peso transferido para o MID, estabelecer o equilíbrio, segurar posteriormente o andarilho, ter o cuidado de se certificar que o bloqueio de flexão do joelho, da prótese, se encontra travado)</p>	<p>- Conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé melhorado;</p>	<p>O Sr. M.F no início da intervenção do EEER já se colocava de pé de forma independente, no entanto exercendo forças em locais errados, partindo do decúbito dorsal para se erguer da cama, sem colocar as pernas para fora, outras vezes aguardava por ajuda para se pôr de pé. À data da alta, conseguia já colocar-se de pé de forma eficaz e independente.</p>

FOCO: ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA

Dimensão: Conhecimento	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha	<p>- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (foi sendo avaliado o conhecimento que o Sr. M.F. apresentava sobre as limitações arquitetônicas do domicílio e quais os auxiliar de marcha a adequar a cada situação. Aparentemente o Sr. M.F. detinha conhecimento sobre que dispositivo deveria adequar tendo em conta o domicílio, no entanto foi detetado que o doente não tencionava colocar a prótese para ultrapassar a barreira dos pequenos degraus que tem, por exemplo no acesso à casa de banho, pretendia com ajuda do andarilho e da esposa “saltar” o degrau apenas com o MID, para não estar a colocar a prótese antes da higiene, ter de retirar e voltar a colocar. Foi alertado que a protetização tinha sido realizada, não só, mas essencialmente, para colmatar esta limitação descrita desde o início, pelo que foi incentivado a cumprir);</p> <p>- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com dispositivo auxiliar de marcha.</p>	<p>- Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha e seleção adequada do auxiliar a utilizar, melhorado.</p>	<p>O Sr. M.F. pareceu apreender as informações fornecidas sobre este diagnóstico,</p> <p>À data da alta foi possível reforçar, junto do filho e da esposa este aspeto do uso da prótese com vista à maior funcionalidade e menor risco de complicações.</p>

Dimensão: Conhecimento	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha</p> <p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (o doente já deambulava com andarilho no entanto existiam ainda alguns erros no uso do mesmo, essencialmente nos movimentos de rotação em que não rodava o corpo e por vezes dava pequenos “saltinhos” para mudar a direção); - Avaliar a capacidade de andar com auxiliar de marcha; - Ensinar e treinar a andar com auxiliar de marcha (andarilho e prótese de MIE) - (feito ensino essencialmente sobre os movimentos de rotação e fez se treino do mesmo) 	<p>- Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada.</p>	<p>O Sr. M.F. passou a realizar as mudanças de direção mais corretamente, e conseqüentemente com mais segurança e menos risco de desequilíbrio.</p> <p>No que diz respeito ao andar com auxiliar de marcha (andarilho e prótese de MIE) devido às limitações respiratórias e cardíacas, apresentadas pelo doente, a utilização dos mesmos deveria ser apenas para curtas distâncias e predominantemente em casa. Contudo num dos treinos realizados pela ortoprotesista foi possível identificar que o doente ao focar-se no querer andar excedia as suas limitações respiratórias e cardíacas, pelo que foi alertado para este facto e pareceu reter, que caso existisse descompensação destes 2 sistemas a marcha seria imediatamente comprometida.</p>

Apêndice 3 –Plano de Cuidados - Estudo De Caso 2

PLANOS DE CUIDADOS

➤ **FOCO:** VENTILAÇÃO

AVALIAÇÃO: Tendo em conta os antecedentes pessoais do Sr. J.J. e após ser realizada a primeira observação do Senhor foi possível identificar a necessidade de ser avaliada a ventilação. Ao ser avaliada a respiração e a ventilação apresentava esforço respiratório para pequenos esforços, por vezes com presença de pieira e tempo expiratório curto.

DIAGNÓSTICO: VENTILAÇÃO INEFICAZ/COMPROMETIDA

INTERVENÇÕES:

- Executar técnica de posicionamento, nomeadamente posição de descanso e relaxamento e correção postural;
- Executar técnicas respiratórias, nomeadamente expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa, reeducação abdominodiafragmática; reeducação costal global com uso de bastão.
- Executar expirómetros de incentivo com recurso a balão para encher;
- Incentivar a realizar técnicas e exercícios respiratórios;
- Monitorizar a frequência respiratória;
- Monitorizar as Saturações periféricas de oxigénio;

RESULTADO ESPERADO: Ventilação melhorada.

Na sequência deste foco, foi também **avaliado o conhecimento do Sr. J.J. sobre respiração, ventilação, técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos. Verificou-se um conhecimento inexistente.** Foi, portanto, **avaliado o potencial para melhorar este conhecimento, que estando presente,** deu origem ao **planeamento das seguintes intervenções:**

- Ensinar sobre respiração, ventilação, complicações associadas, técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos;
- Providenciar material para realizar os exercícios e as técnicas, nomeadamente faixa elástica, bastão e balão.

Como **resultados esperados** estabeleceu-se [um conhecimento, sobre respiração, ventilação, complicações associadas, técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos, presente.](#)

Relativamente à **dimensão da aprendizagem de capacidades,** foi **avaliada a capacidade para executar as técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos, que se veio a revelar não demonstrada.** Contudo, com um **potencial para melhorar as capacidades presente,** foram definidas as seguintes **intervenções:**

- Instruir técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos;
- Treinar as técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos.

Como **resultados esperados** estabeleceu-se [uma capacidade para executar as técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos capacidade demonstrada.](#)

➤ **FOCO: INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE**

AVALIAÇÃO: A intolerância à atividade física foi detetada desde a primeira avaliação feita ao Senhor J.J. este não conseguia terminar as atividades diárias apresentando cansaço fácil na realização das mesmas, nomeadamente ao falar, colaborar ou realizar mobilizações no leito com uso de triângulo, ao ser auxiliado nas transferências, ao alimentar-se.

DIAGNÓSTICO: INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE PRESENTE

INTERVENÇÕES:

- Avaliar a intolerância à atividade;
- Planear a atividade física e o repouso;
- Gerir as atividades;

Resultado esperado: Intolerância à atividade diminuída, ou seja, que o doente apresente menor cansaço na realização das atividades, conseguindo tolerar melhor e realizar as mesmas mais eficazmente.

Na sequência deste foco foi **avaliado o conhecimento do Sr. J.J. sobre técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício e verificou-se um conhecimento inexistente**. Foi, portanto, **avaliado o potencial para melhorar este conhecimento**, que estando **presente** deu origem ao planeamento das seguintes **intervenções**:

- Ensinar sobre técnicas de conservação de energia (nomeadamente realizar apenas uma atividade de cada vez (por ex: não falar enquanto se alimenta), concentrar-se apenas na respiração quando precisa realizar esforços; identificar quando está cansado e realizar controlo da

respiração para recuperar mais rapidamente o cansaço; inspirar em repouso e realizar expiração durante o esforço; não realizar apneias durante o esforço)

- Ensinar sobre hábitos de exercício, mais especificamente exercícios respiratórios. Realizar exercícios respiratórios, nomeadamente respiração abomino-diafragmática, reeducação costal global com bastão, dissociação dos tempos respiratórios, ao acordar e imediatamente antes da realização das atividades em que irá despende de maior energia.

Como **resultados esperados** estabeleceu-se um conhecimento, sobre técnicas de conservação de energia e sobre hábitos de exercício, presente.

Relativamente à **dimensão da aprendizagem de capacidades**, foi avaliada a **capacidade para usar técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício** que se veio a revelar **não demonstrada**. Contudo, **perante um potencial para melhorar as capacidades presente**, foram definidas as seguintes **intervenções**:

- Instruir sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício;
- Treinar as técnicas de conservação de energia durante as várias atividades de vida diárias e treinar os exercícios a realizar, tornando num hábito a realização dos mesmos em determinadas ocasiões.

Como **resultados esperados** estabeleceu-se uma capacidade para usar técnicas de conservação de energia e uma capacidade para ter hábitos de exercício, nomeadamente exercícios respiratórios, demonstrada.

FOCO: MOVIMENTO MUSCULAR

AVALIAÇÃO: No que diz respeito ao movimento muscular, foi avaliada a força muscular da cabeça e membros superiores, por serem as partes do corpo que o senhor J.J. mais precisava de força para se manter funcional. À avaliação da força esta apresentava-se discretamente diminuída no pescoço, mas com força normal nos membros superiores. Ainda assim, evidenciou-se a necessidade de realizar exercícios de fortalecimento muscular para que esta força se mantenha normal.

DIAGNÓSTICO: MOVIMENTO MUSCULAR MANTIDO NOS MEMBROS SUPERIORES

INTERVENÇÕES:

- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido e fortalecimento muscular;
- Incentivar o Senhor J.J. a executar exercícios musculares e articulares ativos;
- Providenciar material para a realização dos exercícios.

Relativamente à **dimensão do conhecimento**, foi avaliado o conhecimento do Sr. J.J. sobre **técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos**. Da avaliação resultou um **conhecimento inexistente**, pelo que foram estabelecidas as seguintes **intervenções**:

- Ensinar sobre técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, de fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos;

Como **resultados esperados** estabeleceu-se [um conhecimento sobre técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos, presente.](#)

No que diz respeito à **aprendizagem de capacidades, ao ser avaliada a capacidade para executar técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos**, a mesma **evidenciou-se não demonstrada**. Assim, planejaram-se as seguintes **intervenções**:

- Instruir sobre técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos;
- Treinar sobre técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos.

Como **resultados esperados** estabeleceu-se [uma capacidade para executar técnica de exercícios musculares e articulares ativos resistidos, fortalecimento muscular e exercícios musculares e articulares ativos, demonstrada.](#)

➤ **FOCO: TRANSFERIR-SE**

AVALIAÇÃO: O Sr. J.J. antes desta intervenção cirúrgica tratava-se já de um senhor amputado transfemural do MID. Vivia no seu domicílio com a sua esposa e tinha já apoio domiciliário para a higiene uma vez por dia e levante para cadeira de rodas (com eixo recuado). Ao longo do dia permanecia sentado na cadeira de rodas, usava urinol e quando necessário evacuar a esposa com a sua ajuda, refere que se “segurava à mesa para se levantar” (sic) e assim a esposa conseguia trocar a cadeira de rodas por uma cadeira sanitária levando-o posteriormente à casa

de banho, já adaptada, em cadeira sanitária. O genro, que trabalha perto de casa do senhor J.J., quando necessário realizar alguma transferência para a cama passava lá por casa para ajudar (sic). Neste momento após amputação bilateral, o doente perdeu a capacidade de colaborar com o MIE, como fazia anteriormente. Ao ser avaliado o que o senhor J.J. previa, referiu que “as senhoras do apoio domiciliário tinham referido que apenas o levantariam caso o senhor adquirisse um elevador, caso contrário não o levantariam e o senhor seria acamado” (sic).

DIAGNÓSTICO: TRANSFERIR-SE DEPENDENTE EM GRAU MODERADO

INTERVENÇÕES:

- Assistir o doente na transferência com dispositivo auxiliar (Tábua de transferência).

Ao ser **avaliado o conhecimento do doente e da esposa sobre transferir-se com dispositivo auxiliar e técnica de transferência, foi detetado um conhecimento inexistente**, pelo que foi **avaliado o potencial para melhorar o conhecimento e existindo esse potencial foram planeadas as seguintes intervenções:**

- Ensinar sobre dispositivos auxiliares para o transferir-se, nomeadamente tábua de transferência;
- Ensinar sobre técnica de transferência com dispositivo auxiliar, tábua de transferência (nomeadamente a forma de colocação da tábua; a colocação da cama ligeiramente mais alta face à cadeira de rodas, quando se realizasse a transferência cama-cadeira, ou seja quando possível colocar num nível ligeiramente mais baixo o local para onde se iria realizar a transferência; a realização do uso da força dos membros superiores para colaborar na transferência com a realização de movimentos push-up combinados com a ajuda da pessoa/as que estivessem a colaborar na transferência; nesta altura foi também iniciado ensino sobre técnicas de conservação de energia por o doente despende de muita energia por não realizar controlo da respiração adequadamente.)

Com a implementação destas intervenções **estabeleceu-se como resultados esperados** o [conhecimento, sobre dispositivos auxiliares de transferência, técnica de transferência com tábua de transferência e técnicas de conservação de energia, presente.](#)

Relativamente à **dimensão da aprendizagem de capacidades**, foi **avaliada a capacidade do doente e da esposa para o transferir-se com dispositivo auxiliar (tábua de transferência)**, perante uma **capacidade não demonstrada**, foi **avaliado o potencial para melhorar essa capacidade que se mostrou presente**, pelo que foram **planeadas as seguintes intervenções**:

- Instruir sobre a técnica de transferência com uso de tábua de transferência (demonstração de como realizar o que havia sido ensinado anteriormente);
- Treinar a transferência, simulando o uso de tábua de transferência (por não ter sido possível ter uma no serviço durante o tempo que o doente teve internado, no entanto a esposa depois de lhe ter sido explicado do que se tratava já tinha ido a uma loja de produtos de apoio saber se existia lá para posteriormente adquirir);
- Instruir sobre técnicas de conservação de energia;
- Treinar o uso das técnicas de conservação de energia durante o treino das transferências.

Como **resultados esperados** definiu-se [uma capacidade, para realizar transferências com uso de tábua de transferência e com uso de técnicas de conservação de energia, demonstrada.](#)

[Tendo em conta que também as senhoras do apoio domiciliário deveriam receber ensinamentos para a realização da transferência foi sugerido à esposa que se deslocasse ao centro de saúde da área de residência a fim de averiguar a existência de um EEER que pudesse realizar este ensino. Contudo a esposa e o senhor J.J. pareceram adquirir conhecimento com facilidade que aparentemente conseguiriam vir a transmitir.]

➤ **FOCO:** AUTOCUIDADO IR AO SANITÁRIO

AVALIAÇÃO: Anteriormente durante o dia o senhor J.J. conseguia usar o urinol e quando necessário a esposa conseguia ajudá-lo a transferir-se da cadeira de rodas para a cadeira sanitária para evacuar na casa de banho. Neste momento devido à amputação bilateral o uso do urinol, quando sentado veio a verificar-se comprometido, pelo que o doente chegou a urinar na fralda. Após análise da situação surgiu a possibilidade do uso de dispositivo urinário externo.

DIAGNÓSTICO: AUTOCUIDADO IR AO SANITÁRIO COMPROMETIDO

INTERVENÇÕES:

- Assistir o doente no uso de estratégias para ir ao sanitário e no uso de dispositivos adaptativos para urinar.

No que diz respeito à **dimensão do conhecimento**, foi **avaliado o conhecimento do Sr. J.J. sobre dispositivos adaptativos para urinar e estratégias para ir ao sanitário**. Perante um **conhecimento inexistente**, foi **avaliado o potencial para melhorar o conhecimento** que se **evidenciou presente**, pelo que se **planearam as intervenções de:**

- Ensinar sobre dispositivos adaptativos para urinar;

- Ensinar sobre estratégias para ir ao sanitário - neste contexto foi feito ensino sobre o uso de tábua de transferência entre cadeiras, de rodas e sanitária. Uma vez que a cadeira que o doente possuía não permitia retirar o apoio de braços foi sugerida a possibilidade de ser adquirida uma cadeira em que fosse possível retirar um dos apoios de braços para que fosse possível a transferência entre cadeiras com uso de tábua de transferência.

Os resultados esperados estabelecidos foram que [o conhecimento, sobre dispositivo adaptativo para urinar e o conhecimento sobre estratégias para ir ao sanitário, estivesse presente.](#)

Relativamente à **dimensão da aprendizagem de competências**, foi avaliada a capacidade do Sr. J.J. para usar um dispositivo adaptativo para urinar (dispositivo urinário externo), bem como foi avaliada a capacidade para usar estratégias ir ao sanitário. Perante capacidades não demonstradas, foi avaliado o potencial para melhorar essas capacidades e perante um potencial para melhorar as capacidades presente, foram planeadas as seguintes intervenções:

- Instruir sobre dispositivo adaptativo para urinar (dispositivo urinário externo);
- Treinar o uso de dispositivo adaptativo para urinar (dispositivo urinário externo).
- Instruir o uso de estratégias para ir ao sanitário, nomeadamente a transferência entre cadeiras, com uso de tábua de transferência, bem como, instruir sobre as características necessárias da cadeira sanitária.
- Não chegou a ser possível fazer o treino desta transferência!

Como **resultados esperados** definiu-se [uma capacidade, para usar dispositivo adaptativo para urinar, nomeadamente dispositivo urinário externo e uma capacidade para usar estratégias para ir ao sanitário, nomeadamente transferência entre cadeiras, com uso de tábua de transferência, demonstrada.](#)

➤ **FOCO: EQUILÍBRIO CORPORAL**

AVALIAÇÃO: Na avaliação inicial foi monitorizado o equilíbrio corporal com recurso à escala de equilíbrio de Berg, cujo resultado foi um equilíbrio corporal diminuído. Contudo, foi verificado que existiam sérias limitações para a aplicação desta escala a doentes amputados de

membro inferior, pelo que o resultado poderia ser enviesado. Assim, foi realizada pesquisa bibliográfica com vista a encontrar uma escala de avaliação do equilíbrio mais adequada, mas, não se conseguiu encontrar. À observação e à realização de alguns dos itens da escala de Berg, o Senhor J.J. apresentava equilíbrio mantido quando na cadeira de rodas, apresentando dificuldade em manter o equilíbrio do tronco quando passava da posição de deitado para a posição de sentado na cama. Neste sentido foi levantado o diagnóstico de equilíbrio corporal comprometido.

DIAGNÓSTICO: EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO

INTERVENÇÕES:

- Aplicar dispositivo auxiliar e assistir no uso do mesmo, nomeadamente o triângulo da cama, uma vez que agarrando-se ao triângulo o doente conseguia adquirir algum equilíbrio do tronco quando passava da posição de deitado para a posição de sentado na cama.
- Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural, controlo da respiração e uso adequado dos membros superiores;
- Executar técnica de treino de equilíbrio, nomeadamente exercícios de coordenação de movimentos, exercício do “avião” e inclinação lateral e frontal do tronco quando sentado na cama e quando sentado na cadeira de rodas.

No que diz respeito à **dimensão do conhecimento**, foi **avaliado o conhecimento do Sr. J.J. sobre dispositivos auxiliares para o equilíbrio corporal e sobre técnica de equilíbrio corporal**. Perante um **conhecimento inexistente**, foi **avaliado o potencial para melhorar o conhecimento** que se **evidenciou presente**, pelo que se **planearam as intervenções de:**

- Ensinar sobre dispositivos auxiliares para o equilíbrio corporal (tendo o doente referido imediatamente que iria tentar colocar também na sua cama um triângulo);
- Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal.

Os resultados esperados estabelecidos foram que o conhecimento, sobre dispositivos auxiliares para o equilíbrio e a técnica de equilíbrio corporal, estivesse presente.

Relativamente à **dimensão da aprendizagem de competências**, foi avaliada a **capacidade do Sr. J.J. para usar dispositivo auxiliar para o equilíbrio corporal e técnica de equilíbrio corporal**. Perante **capacidades não demonstradas**, foi avaliado o **potencial para melhorar essas capacidades** e perante um **potencial para melhorar as capacidades presente**, foram **planeadas as seguintes intervenções**:

- Instruir sobre dispositivo auxiliar para o equilíbrio corporal, nomeadamente triângulo de apoio;
- Treinar o uso de dispositivo auxiliar para o equilíbrio corporal, nomeadamente triângulo de apoio;
- Instruir sobre técnicas de equilíbrio corporal;
- Treinar técnicas de equilíbrio corporal.

Como **resultados esperados** definiu-se uma capacidade, para usar dispositivo auxiliar para o equilíbrio corporal e técnicas de equilíbrio corporal, demonstrada.