ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autogestão do regime de exercício, Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de reablitação

Sef-management of exercise regime, Project for the development of specialized clinical skills in the field of Rehabilitation nursing

Autor

Marta Catarina Duarte Pedro

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

Autogestão do regime de exercício, Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de reablitação

Sef-management of exercise regime, Project for the development of specialized clinical skills in the field of Rehabilitation nursing

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)
Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes
Professor Adjunto, Doutor

Luis Miguel Ribeiro Ferreira
Professor Adjunto, Doutor

Autor
Marta Catarina Duarte Pedro

Porto, 2024

RESUMO

A autogestão do regime de exercício, é uma temática atual e em evolução no âmbito da enfermagem de reabilitação. A mudança de comportamentos sustentada pela participação ativa da pessoa no seu processo de transição saúde/doença, exige o desenvolvimento e fortalecimento de capacidades e habilidades pessoais. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel ativo no cuidar da pessoa/família que se encontra em processo de transição, contribuindo para uma transição com sucesso e saudável, no intuito de maximizar a sua funcionalidade e reinserção social. O Enfermeiro Especialista enquanto profissional de saúde e detentor de um elevado nível de conhecimento e experiência acrescida, demonstra competências para conceber, implementar e monitorizar os planos de intervenção diferenciados, com base em problemas reais e/ou potenciais, visando a funcionalidade, autonomia, reeducação funcional e participação ativa na sociedade. A execução de exercícios em pessoas com doenças crónicas ou em processo de transição saúde/doença, apresenta um objetivo terapêutico, sendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação um profissional com competências diferenciadas na estruturação do plano de cuidados e capacitação da pessoa para aceitar e participar ativamente na gestão dos exercícios que visam a melhoria dos processos corporais e da qualidade de vida.

O presente relatório de estágio pretende descrever o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, em contexto de prática clínica, nas várias áreas da especialidade onde decorreu o ensino clínico. Pretende de igual forma demonstrar o desenvolvimento de competências no processo de tomada de decisão clínica, assente na evidência científica e capacidade de diagnóstico de enfermagem. O desenvolvimento de dois estudos de caso, procura demonstrar o desenvolvimento de competências de planificação, implementação e avaliação das intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no domínio da autogestão do regime de exercício, realizados na plataforma e4nursing. A metodologia descritiva e reflexiva que sustenta a redação do presente relatório de estágio, é alicerçada nas pesquisas em base de dados científicas, Guidelines, documento para elaboração do relatório de estágio disponibilizado pela ESEP e sessões de esclarecimentos com os docentes orientadores deste projeto.

O percurso académico e o contexto de ensino clínico que culmina com a redação do presente relatório, demonstra ser o ponto de partida para uma prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação mais significativa para a pessoa cuidada.

ABSTRACT

Self-management of the exercise regime is a current and evolving topic within rehabilitation nursing. Changing behaviors, supported by the person's active participation in their health/illness transition process, requires the development and strengthening of personal capabilities and skills. The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing plays an active role in caring for the person/family who is in the transition process, contributing to a successful and healthy transition, with the aim of maximizing their functionality and social reintegration. The Specialist Nurse, as a health professional and holder of a high level of knowledge and increased experience, demonstrates skills to design, implement and monitor differentiated intervention plans, based on real and/or potential problems, aiming at functionality, autonomy, re-education functional and active participation in society. Performing exercises for people with chronic illnesses or in the process of health/illness transition has a therapeutic objective, with the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing being a professional with differentiated skills in structuring the care plan and enabling the person to accept and participate. actively in the management of exercises aimed at improving bodily processes and quality of life.

This internship report aims to describe the development of the common and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, recommended by the Order of Nurses, in the context of clinical practice, in the various areas of the specialty where clinical teaching took place. It also aims to demonstrate the development of skills in the clinical decision-making process, based on scientific evidence and nursing diagnosis capacity. The development of two case studies seeks to demonstrate the development of skills in planning, implementing and evaluating the specialized interventions of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the field of self-management of the exercise regime, carried out on the e4nursing platform. The descriptive and reflective methodology that supports the writing of this internship report is based on research in scientific databases, Guidelines, documents for preparing the internship report made available by ESEP and clarification sessions with the professors supervising this project.

The academic path and the clinical teaching context that culminates in the writing of this report prove to be the starting point for providing more meaningful rehabilitation nursing care for the person cared for.

ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ECCI -Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEP - Escola Superior de Saúde do Porto

EVA - Escala Visual Analógica.

MRC- Medical Research Council

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UAVC - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO 13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) 17
3. CASO I 27
3.1. Enquadramento teórico 27
3.2. Clientes 42
3.3. Medicação 43
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 43
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 44
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 45
3.5. Domínios 47
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 47
3.6. Conceção de Cuidados 50
3.7. Especificação das intervenções 71
3.8. Síntese relativa ao caso 76
4. FAMÍLIA DO CASO I 83
4.1. Enquadramento teórico 83
4.2. Clientes 86
4.3. Domínios 87
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 87
4.4. Conceção de Cuidados 87
4.5. Especificação das intervenções 88
4.6. Síntese relativa ao caso 88
5. CASO II 91
5.1. Enquadramento teórico 91
5.2. Clientes 102
5.3. Medicação 102
5.4. Domínios 102
5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 103
5.5. Conceção de Cuidados 105
5.6. Especificação das intervenções 116
5.7. Síntese relativa ao caso 119
6. FAMÍLIA DO CASO II 125
6.1. Enquadramento teórico 125
6.2. Clientes 128
6.3. Domínios 129
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 129
6.4. Conceção de Cuidados 130
6.5. Especificação das intervenções 131

6.6. Síntese relativa ao caso 131
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 133
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO 157
9. BIBLIOGRAFIA 161

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis ao caso clínico do Sr. Pedro

Figura 2 - Raio-x pós artroplastia total do joelho esquerdo

Figura 3- Avaliação da dor do Sr. Pedro - Escala Visual Analógica (EVA)

Figura 4: Genograma da da Família do Sr. Pedro

Figura 5: Ecomapa da Família do Sr. Pedro

Figura 6: Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis ao caso clínico do Sr. Fernando

Figura 8: Ecomapa da Família do Sr. Fernando

Figura 9: Domínios das competências comuns do enfermeiros especialista

Tabela 1 - Hemograma: valores de hemoglobina do Sr. Pedro

Tabela 2 - Avaliação da Força Muscular (MRC) do Sr. Pedro

Tabela 3 - Avaliação da amplitude articular do Sr. Pedro, com recurso a goniómetro

Tabela 4 - Avaliação do equilíbrio do Sr. Pedro - Escala de Equilíbrio de Berg

Tabela 5 - Avaliação do Grau de Dependência no Autocuidado do Sr. Pedro - Escala de Barthel

Tabela 6- Avaliação da Força Muscular (MRC) do Sr. Fernando

Tabela 7 - Avaliação da amplitude articular do Sr. Fernando, com recurso a goniómetro

Tabela 8 - Avaliação do do equilíbrio do Sr. Fernando - Escala de Equilíbrio de Berg

Tabela 9: Teste de levantar e sentar da cadeira de 30s (TLS30s)

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Autogestão do Regime de Exercício: Contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, reflete a temática do presente relatório de estágio. Enquanto Enfermeira de cuidados gerais no serviço de Ortopedia e aluna de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para além do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER nos diferentes contextos de ensino clínico, pretendo aprofundar e desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no domínio da autogestão do regime de exercício, assim como aprofundar competências no domínio cognitivo, instrumental e atitudonal. Aprofundar e desenvolver competências no âmbito da autogestão do regime de exercício permitirá num futuro, prestar cuidados de enfermagem especializados na área musculoesquelética, serviço onde pretendo exercer como EEER. Contudo, é de ressalvar que o domínio da autogestão do exercício físico, não é restrita à área musculoesquelética, abrange também as restantes áreas da especialidade que contemplam a reabilitação. No que se refere ao exercício, considero ser uma temática muito atual, na qual o EEER poderá intervir com excelência, desde que munido dos conhecimentos e competências adequadas.

O regime de exercício contempla um plano de tratamento estruturado com objetivo terapêutico, que contempla o exercício em pessoas com doenças crónicas e a autogestão do regime de exercício. No que concerne ao exercício em pessoas com doenças crónicas, este é prescrito, supervisionado e controlado por profissionais de saúde, por outro lado na autogestão do regime de exercício o foco dos profissionais de saúde é a capacitação da pessoa para integrar nas suas atividades diárias exercícios que visam a melhoria da capacidade dos processos corporais e da qualidade de vida (Bastos et al, 2021). Os processos de autogestão referem-se à capacitação da pessoa para aceitar e participar ativamente no seu plano terapêutico, no decurso do processo de transição saúde/doença (Dasso, 2018). Neste sentido, a pessoa deve ser elemento ativo da sua recuperação e manutenção da sua condição de saúde, para tal deve adotar e manter mudanças de comportamento a longo prazo, para que o esforço na maximização da sua funcionalidade e reinserção social seja uma constante (Allegrante, Wells e Peterson, 2019). Em concordância com o descrito, é relevante integrar o domínio da autogestão do regime de exercício no enfoque do EEER, com a finalidade de prestar cuidados de Enfermagem Especializados dando ênfase à funcionalidade, autonomia, redução do risco, reeducação funcional e participação ativa na sociedade (DR, 2019). Os ganhos obtidos expressos na promoção de processos adaptativos e de transição saúde/doença, no intuito de satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a independência da pessoa na realização dos autocuidados, prevenção de incapacidades e recuperação de capacidades remanescentes,

ensinando a pessoa a uma maior autonomia (DR, 2019).

O EEER sendo detentor de um elevado nível de conhecimento e experiência acrescida, demonstra competências para conceber, implementar e monitorizar os planos de intervenção diferenciados, com base em problemas reais e/ou potenciais, maximizando as capacidades da pessoa, com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação (DR, 2019). Para responder de forma intencional e sistematizada aos desafios da reabilitação, é necessário que exista uma linha de pensamento que fundamente a prática clínica, destacando-se os referenciais teóricos de enfermagem, como os mais adequados (Martins, Ribeiro e Ventura da Silva, 2018). Nesta linha de pensamento, a orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, assenta nos conceitos paradigmáticos, enfermagem, pessoa, saúde e ambiente que são parte integrante dos modelos de autocuidado e das transições, estruturas de excelência na otimização da qualidade do exercício profissional (OE, 2011). Perante o exposto, torna-se claro que o desafio do EEER é entender os processo de transição da pessoa e desenvolver terapêuticas efetivas que contribuam para a sua recuperação, estabilidade e bem-estar, intervindo também no seu empoderamento e capacitação, tornando-a num agente ativo da sua condição de saúde, face à continuidade da sua condição de vida (Mota de Sousa, Martins e Novo, 2020).

Perante a temática exposta, e no intuito de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências da especificidade de reabilitação em contexto de prática clínica, foram definidos objetivos gerais e específicos, considerados cruciais para alcançar no decurso do ensino clínico, nomeadamente:

- Desenvolver competências comuns e específicas do EEER em contexto de prática clínica, nas várias áreas da especialidade;
- Expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, em particular os de especial complexidade, no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissional significativas;
- Consolidar a capacidade de aplicação e transferência de conhecimentos na prática clínica, suportados pela melhor evidência disponível, em particular no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades individuais, no contexto da enfermagem de reabilitação;
- Situar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no contexto da enfermagem de reabilitação, no âmbito do exercício profissional avançado;
- Aprofundar conhecimentos para a tomada de decisão clínica na autogestão do regime de exercício;
- Aprofundar conhecimento sobre planos de intervenção especializadas do EEER no domínio da autogestão do regime de exercício;

- Desenvolver competências de diagnóstico, planeamento de cuidados, implementação e avaliação de intervenções especializadas no domínio da autogestão do regime de exercício.

O envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação assenta no conceito de autogestão do regime de exercício, na medida que se pretende que a pessoa adquira um conjunto de competências comportamentais e conhecimentos sobre o seu plano de reabilitação, permitindo que ela própria possa gerir os exercícios planeados em virtude da sua condição de saúde e capacidade física (Allegrante, Wells e Peterson, 2019). O sucesso da autogestão exige que o EEER, concretize uma avaliação da capacidade e condição física da pessoa na execução de exercícios e a sua motivação para os executar de forma autónoma, pois é necessário garantir que a pessoa compreendeu os exercícios, os execute corretamente e que estabelece estratégias e metas para alcançar os seus objetivos de reabilitação, que devem ser realistas em concordância com a sua condição de saúde prévia e situação atual (Egwu et al, 2018). Só assim é possível um processo de tomada de decisão clínica, no qual a pessoa participa ativamente no seu processo de transição saúde/doença (Dasso, 2018).

Para além do descrito, é fundamental considerar a influência dos fatores sociais, culturais e religiosos no processo de transição saúde/doença (Mota de Sousa, Martins e Novo, 2020), e a importância da desmistificação de crenças e medos, que tornam a pessoa mais confiante e capaz de autogerir a sua reabilitação e tomar decisões em relação a comportamentos de saúde (Ahmad et al, 2023). Tal significa que encorajar e fundamentar a autogestão das condições de saúde da pessoa é um foco dos cuidados centrados na pessoa, que tem por objetivo colocar a pessoa na vanguarda da sua saúde, capacitando-a a tornar-se elemento ativo dos seus cuidados. Não basta apenas capacitar a pessoa, é indispensável apoiar, motivar e assistir no desenvolvimento de conhecimentos, competências e confiança na gestão eficaz da sua própria saúde (Zhu et al, 2017). A reabilitação enquanto processo dinâmico, engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa com alterações da sua condição de saúde, preservando a sua autoestima e obtendo ganhos em saúde a todos os níveis da prática clínica (DGS, 2009). O EEER desempenha um papel ativo no cuidar da pessoa e família que se encontra em processo de transição, preparando-os para essas mudanças e contribuindo para uma transição saudável e com sucesso (Moreira et al, 2020), contribuindo para a sua participação e reinserção social (OE, 2019).

No âmbito da unidade curricular (UC) Estágio de natureza Profissional com Relatório – Módulo II, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2023/2024, foi proposta a realização do presente Relatório de Estágio. Assim, o presente relatório afigura uma importante etapa do processo de formação académica, uma vez que pretende explanar uma reflexão sobre a prática clínica, com base na evidência científica e nas experiências vivenciadas nas áreas da especialidade

Cardiorrespiratória, Ortopédica, Neurológica, Unidade de Cuidados na Comunidade, Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados/Unidade de convalescença e Área Pediátrica. Pretende-se descrever o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no decorrer do ensino clínico entre 18 de setembro de 2023 e 17 de janeiro de 2024, com vista ao exercício profissional especializado, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, para posterior apresentação e discussão pública. Para tal, foram descritas situações em contexto de prática clínica que refletem o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da especialidade de reabilitação, e apresentados dois estudos de caso, que permitiram explanar o desenvolvimento de competências no âmbito da autogestão do regime de exercício na pessoa submetida a artroplastia total do joelho em contexto de internamento hospitalar e cuidados no domicílio.

Para elaboração do presente relatório recorreu-se a pesquisas em base de dados científicas, Guidelines, documento para elaboração do relatório de estágio disponibilizado pela ESEP, sessões de esclarecimentos com os docentes orientadores deste trabalho académico e os dois casos clínicos foram redigidos com recurso à plataforma e4nursing.

Este documento é composto por oito capítulos. Enquanto que no primeiro capítulo é realizada uma introdução ao relatório, o segundo capítulo contempla uma caracterização genérica dos contextos clínicos, considerando a sua tipologia, os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis que se relacionam com a ação do EEER, o método de organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, e também é referido se estão ou não, em implementação projetos de melhoria contínua da qualidade nas áreas de competências comuns e especificas. Posteriormente, nos capítulos três, quatro, cinco e seis são apresentados dois estudos de caso, suportados pela melhor evidência científica, sustentados nas competências específicas e nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e ancorados no modelo conceptual de Afaf Meleis, com recurso à plataforma e4nursing. O capítulo seguinte contempla uma reflexão das experiências em ensino clínico e o seu contributos para o desenvolvimento de competências comuns e especializadas no âmbito da enfermagem de reabilitação. No oitavo e último capítulo, é apresentada uma síntese final reflexiva que pretende dar resposta às competências do EEER no domínio da autogestão do regime de exercício: contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O percurso realizado em contexto académico e prática clínica, permitiu a aquisição e aperfeiçoamento de competências nos domínios do SABER, SABER FAZER e SABER SER, na prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação. Neste sentido, considero que todo o percurso que concretizei permitiu construir o alicerce da especialidade de reabilitação, o qual no futuro pretendo consolidar e aperfeiçoar.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A Unidade Curricular Estágio de natureza Profissional com Relatório – Módulo II, concretizou-se entre 18 de setembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024. O estágio decorreu ao longo de 17 semanas, nas quais tive diversas oportunidades de desenvolver competências e aprofundar conhecimentos especializados em enfermagem de reabitação em seis áreas de conhecimento distintos, nomeadamente na área Cardiorrespiratória, Ortopédica, Neurológica, Pediátrica, na Unidade de Cuidados na Comunidade e num Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)/Unidade de Convalescença. De seguida irei descrever os serviços onde realizei os estágios por áreas de conhecimento.

Área Cardiorrespiratória

No que respeita à reabilitação Cardiorrespiratória, tive oportunidade de prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação no serviço de internamento e na Unidade de Reabilitação Respiratória, ambos estão inseridos no serviço de Pneumologia de um Hospital no Norte. Esta unidade apresenta como missão a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a pessoas com doenças do foro respiratório, visando melhorar a função respiratória e consequente promoção da qualidade de vida, por meio da literacia em saúde, capacitação e gestão eficaz do seu tratamento a nível preventivo, manutenção e paliativo .

A Unidade de Reabilitação Respiratória, intervém na nível da limpeza das vias aéreas em pessoas com patologias do foro respiratório, com doenças como DPOC, asma, bronquite crónica, bronquiectasias e enfisema. Esta Unidade também tem como foco a educação para a saúde, abordando a doença e os seus sintomas, capacitando a pessoa para gerir a sua própria doença e prevenir exacerbações. Os exercícios respiratórios, têm por finalidade fortalecer os músculos respiratórios, aumentar a capacidade pulmonar e melhorar a eficiência ventilatória. O serviço de internamento de Pneumologia é constituído por dezanove camas, as enfermarias são de três camas e existe uma enfermaria de quatro camas. Neste serviço encontra-se escalado um EEER no turno da manhã, de segunda-feira a domingo. No que respeita à Unidade Reabilitação Respiratória, o seu funcionamento é no turno da manhã de segunda a sexta-feira, é constituída por uma equipa multidisciplinar, sendo que todos são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, num total de onze enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Gestor, Médicos Pneumologistas, Fisioterapeutas, Técnicos de Cardiopneumologia, Psicólogos, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais e Assistentes Operacionais. Na Unidade existem três ginásios de dimensões distintas e equipadas com diversos materiais utilizados nos programas de Reabilitação Respiratória.

Os programas de Reabilitação Respiratórios têm uma duração de cerca de oito semanas, com uma frequência de três vezes por semana e encontram-se estruturados em 20 sessões, sete das quais são sessões de educação para a saúde, que abordam a fisiopatologia, doença, terapêutica inalatória, controlo respiratório, nutrição, conservação de energia e exercícios para casa. As restantes sessões referem-se aos protocolos de treino, que estão estruturados em três protocolos, descritos de seguida:

Protocolo 1: Treino de alta intensidade

O treino de alta intensidade engloba a reeducação funcional respiratória, treino de resistência, treino de força muscular e alongamento. Para iniciar o programa é necessário executar previamente o Teste de Marcha de 6 minutos (TM6) e a Prova de Esforço Cardiopulmonar (CPET) para determinar a carga máxima de trabalho muscular para a frequência cardíaca e consumo de oxigénio máximos, podendo ser iniciado com 60% da carga máxima de trabalho muscular atingida na CPET e pode ir aumentando até 85% da tolerância máxima ao exercício. A sessão inicia com exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e expiração com lábios semicerrados, possibilitando desta forma melhorar a coordenação e a eficácia dos músculos respiratórios e maior controlo do padrão respiratório. O treino de resistência pode ser realizado em passadeira ou cicloergómetro e engloba a avaliação da SatO2, FC e aplicação da escala de Borg modificada, apresenta uma duração de cerca de 1h30min. A modalidade de treino é o treino intervalado, que alterna períodos de alta intensidade com baixa intensidade ou períodos de exercício com períodos de pausa, uma vez que é o melhor tolerado pela pessoa. De seguida é realizado o treino de força muscular dos membros superiores (bicípite, tricípite, deltoíde e peitoral maior, dorsal) e inferiores (quadricípite, isquiotibiais, abdutores/adutores da articulação coxofemoral, gémeos) e por fim exercícios de alongamento. A realização do protocolo 1, engloba a aplicação de escalas como CAT (COPD Assessment Test), mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire), HADS: Escala de Ansiedade e Depressão, LACDL (Escala do London Chest of Daily Living), no início e no fim do programa.

Protocolo 2: Reeducação Respiratória e Treino de Força Muscular

Neste protocolo as sessões iniciam-se com exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e expiração com lábios semicerrados e treino de força muscular, tem a duração de cerca de 50min. O treino de força muscular é a componente anaeróbia dos programas de treino de exercício e compreende a utilização de pequenos grupos musculares, com estímulos de intensidade elevada e de curta duração. O treino de força muscular engloba treino dos membros superiores (bicípite, tricípite, deltoíde e peitoral maior) e inferiores (quadricípite, isquiotibiais, gémeos) e a escala de Borg modificada é aplicada no início e no fim do treino. Neste protocolo são aplicada as escalas CAT (COPD Assessment Test), mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire), LACDL (Escala do London Chest of Daily Living), assim como a realização do teste 1-min sit-to-stand test (1minSTS).

Protocolo 3: Reeducação Funcional Respiratória

A primeira técnica implementada neste protocolo é o controlo e dissociação dos tempos respiratórios e a expiração com os lábios semicerrados, que permite a tomada de consciência da respiração e controlo do padrão respiratório. Posteriormente é realizada a reeducação diafragmática que contribui para minimizar os efeitos da hiperventilação, redução da frequência respiratória e permite escolher qual porção do diafragma que se pretende fortalecer. A reeducação costal seletiva e global melhora a mobilidade torácica, expansão torácica e ventilação pulmonar e permite a aplicação de uma resistência. Este protocolo também contempla o uso da espirometria de incentivo no intuito de restabelecer os padrões respiratórios, melhorar o controlo respiratório e manter a função pulmonar; o uso de técnicas de correção postural com recurso a espelho quadriculado, tem como objetivo otimizar a ventilação/perfusão pulmonar.

Os três protocolos são implementados nos ginásios disponíveis. O protocolo 3 é cumprido no ginásio ou sala maior, que se encontra equipada com duas marquesas, três espelhos quadriculados, dois cicloergómetros de braços e pernas, dois aparelhos pneumáticos de musculação (quadricípite e dorsais), duas bicicletas estáticas, duas passadeiras, halteres, bastões, faixas elásticas, caneleiras, monitores de eletrocardiografia e SpO2, oxímetro portátil e almofadas de diversos tamanhos para posicionamento.

O protocolo 2 e 3 são realizados no ginásio 2, que é uma sala de dimensões inferiores à sala acima descrita, é um ginásio menor, composto por três marquesas, almofadas de diferentes dimensões para posicionamento, bastões, monitores de eletrocardiografia e SpO2 e termómetro. Por último uma terceira sala de pequenas dimensões equipada com uma marquesa, almofadas, monitor eletrocardiográfico e SpO2, utilizada em situações de isolamento e drenagem de secreções.

Nesta Unidade de Reabilitação Respiratória no protocolo 2 e 3, os EEER são alocados aos ginásios num rácio de um EEER para uma pessoa em programa de reabilitação funcional respiratória, assim estão quatro EEER nestes dois ginásios e cada sessão tem a duração de cerca de 50minutos. No Ginásio grande estão distribuídos dois EEER, mantém-se o mesmo rácio de um para um, mas a sessão do protocolo 1 tem a duração de cerca de 1h30min. No intuito de rentabilizar os ginásios, todas as marquesas têm marcação à mesma hora, estando sempre a unidade totalmente ocupada, exceto quando alguma pessoa falta à sessão.

No decurso do ensino clínico não estava a ser implementado nenhum projeto de melhoria continua, contudo encontrava-se em desenvolvimento um projeto de doutoramento que tinha como objetivo perceber a motivação da pessoa no cumprimento dos programas de reabilitação respiratória.

Área Ortopédica

A prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na área Ortopédica, foram realizados num Hospital no Norte, que admite pessoas com patologias do foro orto-traumatológico. O serviço de Ortopedia encontra-se do 3º piso do Hospital e as pessoas internadas são provenientes da urgência, vítimas de orto-trauma que podem ou não ser intervencionadas cirurgicamente, pessoas submetidas a intervenção cirúrgica programada e provenientes da consulta externa. As pessoas com cirurgia programada, são admitidas na Unidade de Admissão do Doente Cirúrgico (UADC), onde cumprem os procedimentos pré-operatórios, sendo depois encaminhados para o Bloco Operatório. Após intervenção cirúrgica são admitidos no internamento de Ortopedia.

O serviço de ortopedia foca-se no diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas com doenças e lesões do sistema musculoesquelético, com o objetivo de garantir o bem estar da pessoa, promover a sua recuperação funcional e melhorar a sua qualidade de vida.

O serviço disponibiliza 30 camas, as enfermarias são de homens ou mulheres, de acordo com as necessidades que surjam. De referir que as últimas duas enfermarias são de isolamento e no meio do serviço existe uma enfermaria de quatro camas. A cada duas enfermarias existem duas casas de banho, uma equipada com sanita, barras de apoio e lavatório e a outra equipada com chuveiro e cadeira de banho, o que permite uma gestão mais eficaz no treino de autocuidados também existe uma casa de banho de dimensões maiores para banho assistido em maca-chuveiro.

A equipa multidisciplinar, apresenta na sua constituição quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, mais a Enfermeira Gestora. Para além da Enfermeira Gestora estão escaladas duas EEER no horário do turno da manhã das 8h-15h, nos dias úteis. A cada EEER são atribuídos no máximo de 15 pessoas internadas, o que corresponde a um rácio de um para quinze. Contudo, nem todas as pessoas internadas necessitam de cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo uma gestão de prioridades face às necessidades apresentadas por cada pessoa. Os cuidados são prestados com base no método individual de trabalho, mas o espírito de cooperação e entre-ajuda está presente na equipa, facilitando a gestão da prestação de cuidados diferenciados.

Atualmente a estrutura física do serviço encontra-se adequada à especificidade dos diagnósticos das pessoas internados, as sanitas apresentam altura adequada para podarem ser utilizadas pela pessoa submetida a artroplastia total da anca, sem recurso a elevador de sanita, têm barras bilaterais em todas as casas de banho e chuveiros. O serviço também disponibiliza materiais de treino de exercício, no sentido de potenciar a reabilitação da pessoa e capacitá-la para a realização das suas atividades de vida diárias e melhoria da sua qualidade de vida. Os materiais disponíveis no serviço são dois artromotores, mini-skate, bolas de pilates de vários tamanhos, halteres, canadianas, andarilho, tripé, degrau, cinto de transferência, tábua de

transferência e cadeira de banho.

De salientar, que todas as pessoas internadas são referenciados, para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ou para a Medicina Física de Reabilitação, no sentido de promover a continuidade dos cuidados. A referenciação dos utentes para a ECCI permitiu desenvolver uma estreita relação profissional entre os EEER da unidade hospitalar e os EEER dos cuidados de saúde primários, contribuindo para uma completa e dinâmica prestação de cuidados diferenciados.

Atualmente o projeto de melhoria contínua em implementação é referente à crioterapia e tem como objetivo uniformizar a sua aplicabilidade, a quantidade e duração de aplicação, com base na área corporal afetada.

Área Neurológica

A realização de estágio na área Neurológica decorreu numa Unidade de AVC (UAVC), integrada no serviço de Neurologia de um Hospital no Norte. Trata-se de uma Unidade diferenciada, de acordo com a DGS é uma UAVC tipo A (de maior diferenciação). Esta Unidade destina-se ao internamento de pessoas com patologia cerebrovascular aguda, que necessitam de métodos e intensidades de tratamento e vigilância organizada e sistemática durante 24horas por dia. A UAVC desenvolve a sua missão perseguindo objetivos que procuram envolver todos os colaboradores que integram a equipa, numa dinâmica comum e convergente na qualidade assistencial:

- Prestar de acordo com a melhor evidência científica, cuidados de saúde com elevados níveis de excelência, competência e rigor aos doentes com patologias cerebrovascular;
- Coordenar todos os esforços para cumprir a sua missão pela promoção da colaboração e comunicação interprofissional;
- Garantir acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados de saúde aos doentes e familiares, de forma efetiva e com equidade;
- Devolver aos doentes uma vida ativa com qualidade de forma insigne, otimizando os custos para a pessoa e assegurando o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares;
- Fomentar o desenvolvimento profissional e pessoal, através de formação e atualização contínuas do desenvolvimento de competências e da investigação, num contexto de profissionalismo e responsabilidade;
- Promover a segurança dos doentes e profissionais, visando a motivação e a satisfação;
- Constituir um serviço de referência no âmbito da neurologia, em geral, e de cuidados aos doente com patologia cerebrovascular, em particular.

A UAVC é um serviço amplo, com 12 camas e equipamentos em cada unidade do utente, que permitem uma vigilância permanente durante 24horas. No serviço de Neurologia a lotação são de oito camas, distribuídas em enfermarias mistas de quatro camas, sempre que necessário. A equipa de enfermagem tem na sua constituição dois EEER, que cumprem horário no turno da

manhã de segunda-feira a domingo, e alguns turnos da tarde, mas sendo apenas um EEER por turno. A prestação de cuidados de reabilitação é de um EEER para a lotação total de camas nos dois serviços, o que exige uma grande capacidade de articulação entre a prestação de cuidados especializados e a restante equipa multidisciplinar. Como a UAVC e o serviço de Neurologia se encontram em espaços físicos próximos, os materiais de treino de exercícios e os produtos de apoio são partilhados. Os serviços têm disponíveis para treino de autocuidados quatro casas de banho, uma apenas com sanita, uma segunda para banho assistido em cadeira de banho, outra que permite o uso de sanita e cadeira de banho e por último uma de maiores dimensões equipada com sanita e que permite banho assistido, em maca-chuveiro. Todas as casas de banho estão equipadas com barras de apoio nas sanitas e junto ao chuveiro, estão disponíveis duas cadeiras de banho, uma maca-chuveiro e duas cadeiras antiderrapantes. No que respeita aos restantes materiais disponíveis existe uma tábua de transferência, canadianas, andarilho, halteres, jogos para treino de motricidade fina, cognição e linguagem, bolas com relevo para treino sensorial, espelho quadriculado e tapete de circuito para treino de equilíbrio.

No que respeita aos projetos de melhoria contínua da qualidade nas áreas de competências comuns e específicas do EEER, durante o período de estágio não estava em implementação nenhum projeto.

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

O estágio que realizei na comunidade, foi numa UCC no Norte, que é constituída por uma equipa multidisciplinar e integra várias áreas de intervenção, nomeadamente: preparação para a parentalidade, Saúde Escolar, Gestão da Diabetes, Reabilitação, Saúde Mental, Cuidados Paliativos e Equipa de Cuidados Continuados Integrados. A intervenção da UCC é centrada na pessoa, respetiva família e na comunidade em que se insere, com intuito de promoção da saúde, apoio social e psicológico, prevenção da doença, reabilitação e prestação de cuidados à pessoa doente ou que se encontre em fim de vida, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos de pessoas vulneráveis. A missão desta Unidade é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. No que respeita à ECCI, a equipa de Reabilitação que presta cuidados na comunidade é constituída por oito EEER, estando cinco EEER distribuídos para 30 pessoas em programa de reabilitação e os restantes três EEER desenvolvem projetos diferenciados na área de reabilitação, nomeadamente o Programa “Doente Respiratório Crónico - uma Proposta de Melhoria”, que visa a conjugação de um programa educacional e de autogestão e a reabilitação respiratória, um projeto de prevenção de quedas que se encontra numa fase inicial de implementação e um projeto de cuidados paliativos que também é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar em conjunto com um EEER. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação decorre todos os dias úteis entre as 8h e as 20h. De referir que paralelamente aos cinco EEER distribuídos para os 30 utentes em programa de reabilitação, está sempre mais um EEER a prestar cuidados diferenciados no âmbito da

reabilitação respiratória. Sempre que a organização do serviço permite, os EEER dos projetos de prevenção de quedas e de cuidados paliativos prestam cuidados diferenciados no âmbitos dos projetos implementados. Todas as pessoas em programa de reabitação e reabilitação respiratória, são referenciados por outras unidades de saúde, no sentido de manter a continuidade dos cuidados prestados.

No que respeita ao programa "Doente Respiratório Crónico", este engloba consultas para ensino de técnica inalatória, gestão do regime terapêutico, drenagem de secreções, reeducação funcional respiratória que incide cerca de oito a dez semanas, consulta de vigilância uma vez por semana ou uma vez por mês, de acordo com a condição de saúde da pessoa. Este programa também incorpora um plano de reeducação funcional respiratória em grupo, que no período de estágio não foi possível concretizar.

A UCC dispõe de alguns materiais que permite otimizar a intervenção do EEER, nomeadamente três pedaleiras, halteres de 1 e 2kg, caneleiras, canadianas, andarilho, tábua de transferência, faixa elástica, material de estimulação cognitiva e motricidade fina, oxímetro portátil e dispositivos respiratórios como o espirómetro de incentivo e o shaker. Para além dos projetos descritos, não se encontra em implementação nenhum outro projeto de melhoria contínua da qualidade nas áreas de competências comuns e específicas do EEER.

Internamento da RNCCI/ Unidade de convalescença

A componente de estágio referente ao internamento num serviço da RNCCI, foi realizado num Hospital no Norte, o qual tem duas alas, com 100 camas disponíveis para receber pessoas com distintas tipologias de admissão, nomeadamente pessoas em período de Convalescença (na sequência de um internamento por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação do processo crónico); em período de Reabilitação (pessoas com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável através de reabilitação e apoio social) e Manutenção (para pessoas com doenças ou processos crónicos com diferentes níveis de dependência e com necessidade de apoio familiar de cuidados de saúde e manutenção). De acordo com a situação de dependência em que a pessoa se encontra, a referenciação ocorre para Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção. O estágio decorreu numa unidade de internamento que dispõe de 20 camas para convalescença (período de internamento máximo de 30 dias), 40 camas para média duração e reabilitação (internamento entre 30 e 90 dias) e 40 camas para longa duração e manutenção (internamento superior a 90 dias), contudo a minha intervenção enquanto aluna da especialidade de reabilitação centrou-se na prestação de cuidados à pessoa internada na unidade de convalescença.

O foco da prestação de cuidados da unidade de convalescença é a recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorar a sua funcionalidade no âmbito da situação de dependência em que se encontra. A equipa da unidade de convalescença é uma equipa

multidisciplinar composta por uma equipa médica, de enfermagem, de assistentes operacionais, dois EEER, um assistente social, fisioterapeutas, um fisiatra, terapeutas da fala e um psicólogo. A prestação de cuidados de Reabilitação é da responsabilidade de um EEER de segunda a sexta-feira, que também tem funções na área da gestão com apoio de um segundo EEER uma vez por semana. Sempre que uma pessoa é admitida na unidade, cerca de uma semana após a admissão é convocada uma conferência familiar com a pessoa e/ou familiar, no intuito de transmitir os objetivos da unidade de convalescença, informar da evolução da pessoa internada no âmbito da reabilitação e iniciar a preparação para a alta e o regresso ao domicílio. De referir que nesta unidade decorre um projeto de visita domiciliária, que se encontra em implementação desde 2015 e tem como principal objetivo preparar a alta e a integração da pessoa no domicílio. Assim, o papel do EEER nesta situação visa a promoção do regresso da pessoa ao seu ambiente familiar com segurança, garantindo que se encontra ajustado à sua condição de saúde, identificar as barreiras arquitetónicas e propor alterações que favoreçam a segurança e autonomia da pessoa, avaliar as condições do cuidador, as suas capacidades de aprendizagem no que respeita aos autocuidados no ambiente habitacional e ajustar os ensinos no domicílio.

A unidade dispõe de quartos de duas camas, dois refeitórios, uma copa, uma casa de banho em cada quarto equipadas com sanita alta e barras de apoio na sanita e chuveiro, cadeiras de banho e um ginásio de grandes dimensões que geralmente é utilizados pelos fisioterapeutas. No que respeita aos materiais de reabilitação encontravam-se disponíveis andarilho, canadianas, espelho com pé, bastão, talas de Margaret, disco giratório, pedaleira, talher de cabo longo, tábua de transferência, cinto de transferência, faixa elástica e materiais para estimulação da motricidade fina.

Área Pediátrica

O plano curricular de estágios contemplou um estágio de curta duração num internamento de Pediatria num Hospital no Norte. O serviço de pediatria é constituído por 40 camas e encontra-se fisicamente organizado em dois pisos distintos com 20 camas cada, em que um piso é essencialmente para crianças do foro cirúrgico e outro do foro médico. A equipa de enfermagem embora tenha na sua constituição vários EEER, apenas um está na prestação de cuidados especializados no turno da manhã para os dois pisos.

O Serviço de Pediatria está integrado no Departamento da Infância e Adolescência e apresenta como objetivo a assistência diferenciada desde o nascimento até à adolescência. Por ser um serviço de referência de gestão de situações de alto risco e de doenças raras, exige uma equipa multidisciplinar com elevado grau de diferenciação em múltiplas áreas pediátricas como doenças hereditárias do metabolismo, fibrose quística, transplante renal pediátrico, coagulopatias congénitas e epilepsia refratária. A intervenção do EEER na área pediátrica contempla a promoção e desenvolvimento da capacidade funcional, motora e respiratória da criança e adolescente. A prestação de cuidados diferenciados na pediatria exige uma adaptação

dos recursos e estratégias a implementar, neste sentido para além da adaptação das técnicas de reabilitação respiratória foi possível utilizar alguns dos recursos disponíveis no serviço, nomeadamente o cough asssit, flow ball e bolas de pilates.

No período de estágio não se encontrava em implementação nenhum projeto de melhoria contínua da qualidade nas áreas de competências comuns e específicas do EEER.

3. CASO I

O capítulo que se apresenta reflete a conceção de cuidados através da plataforma e4nursing, de uma pessoa internada no serviço de Ortopedia com diagnóstico de gonartrose esquerda e submetido a artroplastia total do joelho esquerdo a 29/09/2023. Foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação em dois momentos no internamento, 3º e 7º dia pós-operatório, sendo que o segundo contacto coincidiu com o dia da alta clínica. Ao longo do capítulo será feita referência ao enquadramento teórico sobre a pessoa com gonartrose, a artroplastia total do joelho, a reabilitação na pessoa submetida a artroplastia total do joelho e o papel do EEER na pessoa submetida a artroplastia total do joelho.

3.1. Enquadramento teórico

O Sr. Pedro (nome fictício) tem 60 anos de idade, foi internado no serviço de Ortopedia com o diagnóstico de gonartrose esquerda, para cirurgia programada. Foi intervencionado a 29/09/2023, sendo submetido a artroplastia total do joelho esquerdo.

Como antecedentes pessoais refere Psoríase em placas, é seguido no Hospital, na consulta de Dermatologia. Refere desconhecer alergias medicamentosas e apenas faz consentyx 300mg SC mensalmente, que se encontra suspenso à cerca de um mês, por indicação do Dermatologia. Não refere antecedentes cirúrgicos.

Previamente à intervenção cirúrgica, o Sr. Pedro era independente nos autocuidados, contudo refere dor constante durante o dia, assim como limitação do movimento articular e claudicação na marcha. Nega o uso de qualquer auxiliar de marcha, tendo deixado de realizar as caminhadas habituais com a esposa e um grupo de amigos, por dor intensa. Os passeios com a esposa ao fim de semana, tornaram-se eventos raros, assim como as idas à igreja no domingo. O Sr. Pedro gostava de passar o seu tempo a cuidar do jardim, mas com o agravamento do quadro de dor, refere que tinha muita dificuldade em realizar esta atividade, tendo deixado de a realizar quase totalmente.

Uma vez descrita a condição de saúde do Sr. Pedro, torna-se fundamental aprofundar conhecimentos sobre gonartrose e artroplastia total do joelho, possibilitando a fundamentação da tomada de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), com base na melhor evidência científica.

Pessoa com gonartrose

A osteoartrose é descrita como a patologia músculo-articular mais comum no Mundo (Silva e Pereira, 2017), em Portugal existe perto de um milhão de utentes com mais de 60 anos, com artrose (INE, 2019). Neste seguimento e com base nos dados estatísticos do INE (2019), 23,6% da população portuguesa apresenta artrose, sendo esta doença crónica mais frequente nas mulheres (30,3%) que nos homens (15,8%), é crucial clarificar o conceito de artrose, os sintomas e o tratamento. A artrose é uma doença articular degenerativa e progressiva, caracterizada pela degradação da cartilagem articular, que ocorre devido ao desequilíbrio entre a síntese e a destruição da cartilagem, levando a dor, edema, rigidez articular e perda de função articular (Kolasinski et al, 2020).

Para melhor compreender as afeções da gonartrose é crucial aprofundar conhecimentos técnico-científicos sobre a articulação do joelho. O joelho é uma articulação composta pela articulação tibiofemoral e patelofemoral, meniscos, ligamentos, cápsula articular e músculos, o que permite suster o peso corporal e realizar movimentos de grande amplitude (Nagamine et al, 2021). A cápsula articular é constituída por líquido sinovial, responsável pela lubrificação da articulação, possibilitando um amplo movimento dos ossos com o mínimo atrito entre eles, como movimentos de flexão/extensão e leves movimentos de rotação medial e lateral (Kloppenburg e Berenbaum, 2020). Os ligamentos extracapsulares (rotuliano, do quadricípite, colateral medial e lateral) e intra-articulares (cruzado anterior e cruzado posterior), são responsáveis por fixar os diferentes constituintes do joelho e evitar o movimento excessivo dos ossos, enquanto que os meniscos são estruturas internas do joelho, formadas por fibrocartilagem e são responsáveis pela absorção de força e impacto, funcionando como amortecedor do joelho que consequentemente estabiliza e auxilia na estabilidade da articulação. Os músculos e pele circundante à articulação são inervados pelo nervo femoral (responsável pela enervação dos músculos da região anterior da coxa e enervação sensitiva cutânea do joelho), o nervo obturatório (inerva a parte interna da coxa), nervo ciático (inerva a parte posterior da coxa, perna e pé), nervo perineal comum (nervo que se divide em nervo perineal superficial e profundo e inerva os músculos da perna e dorso do pé), nervo tibial (responsável pela inervação dos músculos da perna e planta do pé) e o nervo cutâneo sural (responsável pela inervação sensitiva da região posterior da perna) (Primorac, 2020).

A gonartrose é o resultado de uma exposição a vários fatores de risco e alterações biológicas relacionadas com a idade. Assim para além da idade, o sexo feminino, os antecedentes pessoais, a obesidade, as lesões articulares prévias do joelho, alterações hormonais e metabólicas, o desalinhamento do joelho e a fraqueza dos músculos extensores, são descritos como fatores de risco da gonartrose. A gonartrose é classificada como primária quando associada à idade, mas existem outros fatores de risco que contribuem para a degradação da cartilagem articular. Se previamente à artrose já existir uma condição ou doença do joelho, esta é denominada de artrose secundária e geralmente está associada a idades mais jovens (Deveza

et al, 2017). Os principais sintomas da gonartrose são a dor, redução da amplitude de movimento, edema, rigidez articular e crepitação. A intensidade dos sintomas, varia consoante a evolução da doença, sendo a dor descrita como mínima ao acordar, que agrava com o movimento ao longo do dia e alivia em repouso, interferindo desta forma com as atividades de vida diárias. A rigidez manifesta-se após longos períodos de repouso e vai diminuindo com a continuidade da marcha. Assim, com o avanço da doença a dor e rigidez articular aumentam, a amplitude de movimento articular diminui e consequentemente a capacidade de marcha fica comprometida, ocorrendo um maior défice na flexão do joelho em comparação com a extensão do mesmo (Borges e Sousa 2022). O diagnóstico de artrose é definido recorrendo ao exame clínico e exames complementares de diagnóstico (raio-x), que permite classificar a severidade da artrose (Gonçalves e Veneziano, 2023).

A gonartrose é uma doença crónica incapacitante, o recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas (exercícios) permite retardar o processo de degeneração e minimizar os sintomas da doença, como o controlo da dor, adiar a redução da amplitude de movimento articular (tanto na mobilização passiva como ativa) e consequentemente a perda de funcionalidade da articulação acometida, que comprometem a concretização dos autocuidados. Todavia, quando as estratégias mencionadas não se relevam eficazes e com a instalação do processo inflamatório, dor intensa, aumento da perda de amplitude de movimento e de funcionalidade, é proposto intervenção cirúrgica, no intuito de diminuir a dor, restabelecer a independência e as capacidades da pessoa (Van der Wilk et al, 2023).

No que respeita à situação clínica do Sr. Pedro, o diagnóstico de gonartrose foi realizado em contexto de consulta de Ortopedia, com recurso ao exame clínico e raio-x. Relativamente ao exame clínico, o Sr. Pedro em consulta de Ortopedia manifestou queixas de dor intensa e constante durante o dia no joelho esquerdo, com ligeiro edema, limitação do movimento articular e claudicação na marcha, sintomas que o obrigaram a deixar de realizar as caminhadas e passeios. Com recurso à realização de raio x, foi confirmado o diagnóstico de gonartrose esquerda.

Artroplastia total do joelho

A artroplastia total do joelho é uma cirurgia de elevado nível de sucesso na área Ortopédica, e as indicações para realização da mesma têm vindo a aumentar exponencialmente por todo o Mundo. Este procedimento cirúrgico permite o alívio da dor, restaura a mobilidade e a função da articulação, e consequentemente permite uma participação ativa na sociedade (Santos et al, 2023).

Nos últimos anos tem ocorrido um aumento da prevalência de pessoas submetidas a artroplastia total do joelho, e a evolução em termos de técnica cirúrgica, materiais utilizados e a elevada taxa de sucesso e satisfação da pessoa, contribui para o aumento de pessoas que

vivem com prótese na articulação do joelho (Guimarães e Sousa, 2018). Contudo, é de ressalvar que também existe uma proporção relevante de complicações associadas à cirurgia, e fatores que potenciam essas mesmas complicações, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dor, dificuldade na marcha pré cirurgia e alteração cognitiva (Leitão et al, 2022). O excesso de peso é considerado um fator de risco importante no desenvolvimento de complicações após artroplastia total do joelho e embora não exista um consenso no processo de tratamento da gonartrose em pessoas com excesso de peso, a maioria dos ortopedistas incentiva a perda de peso antes do tratamento cirúrgico, no intuito de diminuir os riscos cirúrgicos e aumentar a longevidade do implante protésico (Schwartsmann et al, 2017). Neste seguimento, as complicações que possam surgir da artroplastia total do joelho são várias, nomeadamente a dificuldade de cicatrização, deiscência da sutura, hematoma pós-operatório, tromboembolismo venoso, eventos cardiovasculares, infeção dos tecidos subjacentes à aplicação da prótese, flexo e rigidez articular (Tavares et al, 2022). A literatura é consensual, no que respeita à amplitude articular, quanto descreve que a pessoa apresenta um bom resultado funcional, quando atinge uma extensão de 0º e uma flexão mínima de 90º, sendo considerada uma amplitude necessária para o desempenho minimamente satisfatório dos autocuidados (Kornuijt, 2019).

No que respeita à artroplastia do joelho, esta é é classificada com base no desempenho de movimento do implante: restritivo, sem-restritivo ou não-restritivo; da sua fixação: cimentada, não cimentada ou híbrida e seus componentes materiais: liga de cobalto-cromo, liga de titânio e polietileno (Moreira, 2014). A artroplastia do joelho também é definida como unicompartimental ou total (bicompartimental ou tricompartimental) e a sua execução tem por base a condição da articulação do joelho, a anatomia da pessoa, assim como a escolha informada da mesma e a experiência do próprio cirurgião (Santos et al, 2023). No que respeita à artroplastia unicompartimental do joelho, esta refere-se à substituição da superfície articular de apenas um compartimento do joelho, preservando a restante articulação saudável (Jensen et al, 2023). Na artroplastia total do joelho, os compartimentos da articulação do joelho são substituídos na sua totalidade, sendo definida como bicompartimental quanto à substituição da superfície femoral e tibial para aplicação dos componentes protésicos de metal e polietileno, e tricompartimental quando para além dos componentes referidos anteriormente, é igualmente substituída a rótula (Kim et al, 2020). No que se refere à preservação da rótula na artroplastia total do joelho, os estudos não são claros e descrevem que não existe evidência sobre a melhor decisão, estando a decisão assente na abordagem cirúrgica, nos componentes e materiais aplicados, bem como na experiência do próprio cirurgião (McConaghy et al, 2021).

No presente caso clínico a prótese total do joelho é cimentada, entendendo-se como a fixação de todos os componentes protésicos com cimento ósseo ao osso (Moreira, 2014). Com base num estudo de meta-análise realizado por Machado et al (2023), a fixação com cimento ósseo dos componentes protésicos ainda é a técnica mais consensual entre os cirurgiões e embora possa

ocorrer um desgaste mais rápido do polietileno, permite uma sustentação do peso corporal mais precocemente (Santos et al, 2023). A fixação cimentada dos componentes protésicos apresenta estabilidade imediata da prótese aplicada, reduz o risco de desmontagem de material e é uma opção para pessoas menos jovens, com menor nível de atividade física (Mainine et al, 2021). A complicação decorrente da utilização de cimento ósseo é o risco de infeção por fragmentação ou resíduos de cimento, assim como o risco de inflamação por libertação de partículas de polietileno, tornando primordial adequar a escolha do material e técnica às necessidades, idade, nível de atividade e condição de saúde de cada pessoa (Mainine et al, 2021).

Na artroplastia total do joelho os ligamentos que constituem a articulação do joelho podem ou não ser mantidos, é uma decisão clínica e que envolve o grau de artrose, condições do próprio ligamento e experiência do cirurgião. A preservação dos ligamentos laterais interno e externo, é essencial e é uma prática comum, permitindo assim manter a estabilidade dos movimentos laterais do joelho. Por outro lado, a resseção dos ligamentos cruzados também é uma prática comum, uma vez que o material implantado para substituir a articulação permite manter a estabilidade antero-posterior e rotacional da articulação, ocorrendo um ajuste no preenchimento do espaço em flexão com o polietileno (Moura e Fonseca, 2018). Torna-se igualmente importante conhecer a abordagem que permite a exposição distal do fémur, proximal da tíbia e a superfície articular da rótula, no intuito de identificar as estrutura afetadas durante o procedimento. A abordagem pararrotuliana interna, consiste na dissecção por planos até visualizar a cápsula articular através da incisão na borda medial do quadricípite, com eversão da rótula e rutura das fibras musculares para a extensão, permitindo uma excelente exposição medial e lateral da articulação do joelho (Rocha et al, 2022). Por outro lado na abordagem do subvasto descrita por Erkes em 1929 e popularizada por Hoffman em 1991, descreve a técnica como sendo a escolha mais natural em comparação com a pararrotuliana interna, uma vez que é realizada uma abordagem por planos profundos, expondo o músculo vasto interno de acordo com a anatomia e fisiologia muscular e vascular. A principal vantagem desta abordagem é a preservação do aparelho extensor através do músculo quadricípite, o que permite uma reabilitação mais rápida e precoce, reduz a dor no pós-operatório e os dias de internamento hospitalar (Uriarte et al, 2013). Contudo, a não eversão da rótula nesta abordagem limita a exposição da articulação, o tempo cirúrgico é mais longo, estando assim contra-indicada em cirurgia de revisão, gonartrose grave, deformidades sem valgo, osteotomias e pessoas com obesidade (Rocha et al, 2022).

A abordagem pararrotuliana interna continua a ser a mais utilizada na artroplastia total do joelho e estudos concluem que a longo prazo, a técnica de abordagem subvasto no que respeita aos benefícios de reabilitação não são significativos (Matehuala, 2021). O sucesso funcional e a recuperação da amplitude de movimento após artroplastia total do joelho depende de vários fatores como a condição pré-operatória, o desenho da prótese, a técnica cirúrgica e a reabilitação pós-operatória (Júnior et al, 2017).

No que respeita ao caso clínico em estudo, torna-se essencial clarificar que o Sr. Pedro foi foi submetido a artroplastia total do joelho bicompartimental, cimentada, com abordagem pararrotuliana interna e preservação dos ligamentos colateral interno e externo.

Reabilitação na pessoa submetida a artroplastia total do joelho

A artroplastia total do joelho, sendo uma intervenção cirúrgica com todos os seus riscos associados, na qual ocorre uma substituição da articulação por uma prótese, pretende-se que a sua durabilidade (cerca de 20 anos) e funcionalidade sejam a melhor possível. Estudos revelam que a aplicação de programas de reabilitação permitem uma melhoria efetiva da funcionalidade da pessoa após artroplastia do joelho (Marques de Assis et al, 2021).

Os programas de reabilitação elaborados para a pessoa submetida a artroplastia total do joelho, pretendem uma combinação entre os exercícios e a educação para a saúde e têm por objetivo a sua aplicação no pré e no pós-operatório. No pré-operatório a aplicação do programa de reabilitação tem por objetivo potenciar um melhor desempenho funcional dos autocuidados e um aumento da força dos membros superiores, tronco e membros inferiores, e consequentemente redução de custos cirúrgicos e de internamento. Uma vez implementado o programa de reabilitação no pré-operatório, a pessoa submetida a artroplastia total do joelho no pós-operatório, encontra-se menos ansiosa, com expetativas positivas em relação à recuperação cirúrgica e mais disponível cognitivamente para receber informação, contribuindo para melhorar a capacidade funcional do joelho e alívio da dor (Araújo et al, 2022).

A reabilitação no pós-operatório, implementada através de exercícios passivos, ativos/assistidos e ativos têm apresentado contributos fundamentais na recuperação de amplitude de movimento do joelho, aumento da força muscular, redução do edema pós-cirurgia e prevenção de tromboembolismo venoso. Neste seguimento, a função da articulação fica comprometida se, após artroplastia do joelho não for implementado qualquer tipo de programa de reabilitação (Ioshitake, 2016). Em concordância com o descrito e com base na revisão da literatura de Matos et al (2020), os exercícios mais eficazes são: os exercícios isométricos, os exercícios de mobilização passiva e os exercícios ativos dos membros inferiores executados no leito; o treino de transferência para sentar e levantar, com carga parcial ou descarga total do peso no membro operado; treino de marcha com auxiliares de marcha, treino de equilíbrio e educação para autocuidado no domicílio.

Embora não exista consenso dos protocolos de reabilitação a implementar, todos se baseiam nos mesmos objetivos: maximizar a capacidade funcional, potenciar os autocuidados e capacitar a pessoa a participar na sociedade. A evidência descreve que o protocolo de reabilitação ideal deve incluir vários componentes como o treino de exercícios, treino de equilíbrio, treino aquático e ser complementado com a terapia fria e de compressão, movimento passivo contínuo, estimulação elétrica neuromuscular e terapia de tecidos moles assistida por instrumentos (Mistry et al , 2016).

O treino de exercícios funcionais e de fortalecimento devem iniciar no primeiro dia pós artroplastia do joelho e devem serem adaptados à medida que a pessoa desenvolve as suas capacidades funcionais, nas primeiras 8 semanas. A mobilização precoce da rótula potencia os resultados funcionais da amplitude articular. O treino de exercícios inicia-se com o fortalecimento do músculo quadricípite com exercícios isométricos e pode progredir para exercícios isocinéticos, que acompanham a amplitude articular, tendo como objetivo a independência funcional e mobilidade, aumento da amplitude articular, redução da dor e reeducação da marcha (Mistry et al, 2016). Estudos revelam que a extensão máxima da articulação do joelho submetida a artroplastia no pós operatório em associação com o programa de reabilitação aumenta a taxa de sucesso da intervenção cirúrgica, reduzindo a contração em flexão e contribuindo para a manutenção da extensão completa (Kornuijt, 2019). A extensão completa a 0º deve ser alcançada no pós-operatório imediato e a flexão a 90º se não for atingida até à alta hospitalar, deve ser alcançada até à 2º semana de pós-operatório (Costa et al, 2015). Para alcançar uma função satisfatória da articulação do joelho após artroplastia, que permita realizar com sucesso os autocuidados, como marcha, subir e descer escadas e levantar-se de uma cadeira é necessário um grau de extensão/flexão de 0º/110º. Quando a pessoa não completa a extensão de 0º nos primeiros dias de pós-operatório e apresenta um grau de flexão permanente no decorrer do programa de reabilitação, este facto terá repercussões no ciclo da marcha e consequentemente na satisfação dos autocuidados (Kornuijt, 2019).

O ciclo da marcha é composta pela fase de apoio e pela fase de balanço, em cada uma das fases estão associados diferentes músculos que são ativados de forma isométrica e dinâmica. A marcha com o joelho em flexão durante toda a fase de apoio do ciclo da marcha pode ocorrer por fraqueza dos extensores (quadricípite) da articulação do joelho, contração dos isquiotibiais e movimento compensatório de flexão da articulação da coxofemoral envolvendo flexão do joelho. Já a marcha com flexão insuficiente da articulação do joelho na fase de balanço do ciclo da marcha pode ocorrer por fraqueza dos músculos flexores (quadricípite) e adutores (reto femoral) da coxofemoral. O resultado desta limitação traduz-se na claudicação durante o ciclo da marcha. Tal significa que o ciclo da marcha é afetado pela capacidade de extensão e flexão na amplitude articular necessária a cada uma das fases (Hishikawa et al, 2018).

Kornuij (2019), descreve que é possível a recuperação da amplitude articular descrita em cerca de sete a oito semanas, contudo de acordo com cada situação de saúde o intervalo de tempo pode ser superior, definindo-se como recuperação da amplitude articular tardia. Em concordância Mistry et al (2016), descreve que até à 2ª semana pós artroplastia do joelho é expectável que a pessoa apresente um movimento ativo de flexão de 80º, até à 8º semana deve apresentar um movimento ativo de flexão de 110º, o que permite a concretização dos autocuidados de forma autónoma.

A pessoa após artroplastia do joelho geralmente apresenta alterações no equilíbrio, resultado da resseção dos ligamentos cruzados anterior e posterior, contribuindo para afeção da

propriocepção articular, controlo postural e estabilidade do joelho, que se traduz num défice de execução de atividades como torcer, girar, mudar de direção e marcha em superfície irregular. O treino de equilíbrio até à 6ª semana, com a execução de exercícios dos membros inferiores como apoiar-se sobre uma perna, elevar uma perna para trás, sentar/levantar da cadeira, passos laterais, caminhada em ponta de pés e exercícios funcionais com faixa de resistência, complementam a recuperação funcional, a reeducação propriocetiva articular e o controlo postural que é traduzido numa marcha mais rápida e segura e numa melhor avaliação à aplicação da escala de equilíbrio de Berg (Mistry et al, 2016). Considerando novas abordagens de realizar exercícios pós artroplastia total do joelho, foi introduzido o treino em meio aquático. Esta modalidade de treino é recente e pode ser iniciada entre o 4º dia e o 18 º meses após a artroplastia do joelho, sendo que se torna mais vantajoso na fase pós-operatória inicial, quando a pessoa apresenta limitações devido à dor. A resistência à água e a sua densidade, atenuam os efeitos da gravidade, diminuindo o cisalhamento e as forças compressivas nas articulações e melhora a resistência aos movimentos, aumentando com a velocidade de movimento (Mistry et al, 2016).

A crioterapia retarda a função enzimática e induz vasoconstrição dos tecidos peri-operatório, é tradicionalmente implementada após artroplastia do joelho para alívio da dor, do edema e da inflamação da articulação afetada. Também produz um efeito anestésico e analgésico local e temporário, pelo que deve ser aplicada após treino de exercícios musculo articulares (Bech et al, 2015).

O recurso a aparelhos como o artromotor, que permite a realização de um movimento passivo contínuo da articulação do joelho, com amplitude articular controlada, apresenta benefícios no movimento de flexão do joelho. Com o movimento passivo contínuo, pretende-se pelo menos uma amplitude de movimento de extensão/flexão de 0º/90º até a alta hospitalar e 0º/120º até conclusão do plano de reabilitação (Mistry et al , 2016). Estudos recentes questionam os benefícios deste recurso, associando a sua utilização a um aumento da drenagem sanguínea pós-operatória, aumento da necessidade de analgesia e edema constante (Joshi et al, 2015).

Outro recurso, por vezes utilizado na reabilitação após artroplastia do joelho, é a estimulação elétrica neuromuscular. Esta técnica não invasiva, consiste na aplicação de elétrodos cutâneos, para estimulação da contração muscular, potenciando o aumento da força muscular e desempenho funcional e pode ser implementado após o 2º dia pós operatório (Mistry et al , 2016). Nem todos os componentes do plano de treino podem ser implementados a todas as pessoas, e a adequada combinação dos componentes do treino potenciam a recuperação funcional e a independência.

Outros autores descrevem o plano de reabilitação da artroplastia do joelho por fases, nas quais estão implícitos os exercícios musculo-articulares a cumprir. Assim no artigo de Moreira (2014), intitulado “Artroplastia Total de Joelho e a Reabilitação Física”, a reabilitação é descrita em três

fases: fase 1: hospitalização, fase 2: ambulatório (3 a 6 semanas) e fase 3: tardia (7 a 12 semanas), que serão aprofundadas de seguida.

Fase 1: Hospitalização

No pós-operatório imediato deve iniciar-se a reabilitação o mais precocemente possível, com exercícios isométricos do quadricípite, flexão-extensão ativa do joelho, elevação da perna em extensão, mobilização da rótula, transferência levantar/sentar, iniciar marcha com auxiliar de marcha com carga, treino de subir e descer escadas e aplicar crioterapia no membro operado, minimizando as condições do processo inflamatório. Todos os exercícios visam aliviar a dor, preservar a amplitude de movimentos, a força muscular e reduzir complicações no pós-operatório (Moreira, 2014). Devem ser implementadas intervenções que visem a preservação de movimento da articulação através da aplicação de uma almofada de pequena dimensão sob o pé operado, para manter a extensão do joelho e evitar a contratura em flexão. Os exercícios passivos, ativos/assistidos e ativos devem ser instruídos o mais precocemente possível, com analgesia adequada para tolerar o movimento de flexão da articulação. Contudo, estabelecer objetivos adequados a cada pessoa é crucial para o processo de reabilitação, e para tal, é essencial conhecer a amplitude de movimento pré-operatório e a flexão média da artroplastia total do joelho, que de acordo com a bibliografia é cerca de 115º (Rocha et al, 2022).

Fase 2: Ambulatório (3 a 6 semanas)

Na fase 2 da reabilitação o principal objetivo é manter o controlo da dor e do edema, promover a independência na mobilidade, na transferência levantar/sentar, a subir/descer escadas, na marcha e aumentar os ganhos da fase 1, nomeadamente aumentar a amplitude de movimento extensão/flexão até 0º/120º, a força muscular até 4/5, com recurso à Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC - Medical Research Council). Nesta fase é pretendido que sejam executados exercícios de intensidade moderada a nível do músculos do quadricípite, o seu fortalecimento é de extrema importância, porque estes músculos permitem uma absorção do choque, enquanto que enfraquecidos geram uma sobrecarga a nível do joelho (Moreira, 2014). Para além do quadricípite, é igualmente importante um ganho na função dos isquiotibiais e glúteos (Luthi et al, 2015).

Nesta fase do programa de reabilitação, podem ser implementados exercícios de alongamento ativo, passivo e propriocetivo, exercícios aeróbios como o uso bicicleta ergonómica, com ênfase na flexão/extensão do joelho (Rodrigues et al, 2020). Como exemplo de exercícios a implementar nesta fase do programa de reabilitação destacam-se os exercícios de tonificação isométrica do quadricípite em posição de extensão do joelho, exercícios de tonificação isométrica dos isquiotibiais em posição de flexão do joelho a 30º com plano instável, tonificação isotónica e isométrica dos abdutores da anca, tonificação isométrica dos adutores da anca, tonificação excêntrica dos extensores da coxa e joelho, exercícios de alongamento estático do quadricípite, de alongamento dos isquiotibiais e tricípite sural em posição sentada e de pé,

exercícios de flexão/extensão da anca e joelho durante a marcha sob linha e em plano instável (Luthi et al, 2015).

Fase 3: Tardia (7 a 12 semanas)

Na última fase da reabilitação o intuito é o retorno às atividades quotidianas, neste sentido os exercícios resistidos passam a ser caminhadas, inicialmente com uma duração de 8 a 10 minutos, podendo aumentar até 60 minutos, de acordo com a tolerância da pessoa. A marcha passa a concretizar-se sem auxiliar de marchar, subir e descer escadas de lado, para aumentar o grau de dificuldade e o grau de flexão do joelho dever ser superior a 120º . Os exercícios devem ser executados sem dor, o padrão de marcha deve ser normal e sem auxiliar de marcha em todos os tipos de superfície (Moreia, 2014).

Uma vez conhecidas as fases da reabilitação, torna-se interessante conhecer outros exercícios e técnicas que possam ser implementados no programa, de modo a motivar a pessoa e obter ganhos na recuperação da sua funcionalidade e qualidade de vida. Para além dos exercícios descritos, Moreia (2014), em concordância com Nogueira de Lima et al (2022), referem os benefícios da execução de exercícios em meio aquático, como potenciadores no alívio da dor e diminuição do trauma, pois a flutuação proporciona alívio à descarga, permitindo na presença de articulações sensíveis à carga, a realização de exercícios com diminuição de trauma e dor. Outra técnica que pode auxiliar a reabilitação é a estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), que a bibliografia descreve como uma estimulação elétrica aplicada sobre a pele para controlo da dor, pode ser aplicada em diversas frequências, intensidades e tempo de pulso para estimulação (Moreia, 2014). Outro recurso que deve ser tido em conta, é a faixa elástica, pois esta associada ao exercício permite reduzir o edema, a dor e o desconforto (Nogueira de Lima et al, 2022).

Para além do referido anteriormente é essencial compreender que o exercício deve ser estruturado e repetido, e deverá ter um objetivo, como aumento da amplitude de movimento, aumento da força muscular, melhorar o equilíbrio, permitir a realização dos autocuidados, que consequentemente irá melhorar a qualidade de vida (Dasso, 2018). Com base na revisão sistemática da literatura de Godinho de Matos e Simões (2020), os programas de reabilitação são tanto mais eficazes, quanto maior a participação ativa do profissional, pois a presença gera motivação, confiança e segurança na execução dos exercícios implementados.

O Sr. Pedro esteve internado 5 dias num serviço de Ortopedia, após artroplastia total do joelho esquerdo, a fase do programa de reabilitação implementado concentrou-se na fase 1 e os exercícios implementados foram adequados à condição física, cognitiva e emocional da pessoa a reabilitar.

Autogestão do regime de exercício na pessoa submetida a artroplastia total do joelho

A Enfermagem de Reabilitação ressalva a sua atuação nos ganhos em saúde, em todos os contextos da prática, tal significa que intervém na prevenção de incapacidades e na recuperação de capacidades previamente existentes, capacitando a pessoa a uma maior autonomia (OE, 2011). Em concordância com o descrito, o domínio da autogestão do regime de exercício no enfoque do EEER, assume a finalidade de prestar cuidados especializados em reabilitação, dando ênfase à funcionalidade, autonomia, redução do risco, reeducação funcional e participação ativa na sociedade (DR, 2019).

O regime de exercício contempla um plano de tratamento estruturado com objetivo terapêutico e apresenta duas possibilidades, nomeadamente o exercício em pessoas com doenças crónicas e a autogestão do regime de exercício. No que respeita ao exercício em pessoas com doenças crónicas, este é prescrito, supervisionado e controlado por profissionais de saúde, por outro lado na autogestão do regime de exercício o foco dos profissionais de saúde é a capacitação da pessoa para integrar nas suas atividades diárias exercícios que visam a capacidade de melhoria de processos corporais e da qualidade de vida (Bastos, 2015). Os processos de autogestão são definidos como a capacitação da pessoa para aceitar e participar ativamente no seu plano terapêutico. A estruturação do plano é assente na recolha de dados, na avaliação da sua capacidade e condição física para executar exercícios e a sua motivação para os executar de forma autónoma, só assim é possível um processo de tomada de decisão clínica, em que a pessoa é elemento ativo no seu processo de transição saúde/doença (Dasso, 2018). Aconselhar a pessoa a realizar os exercícios definidos não é suficiente, é necessário garantir que a pessoa compreendeu os exercícios, os executa corretamente e que estabelece estratégias e metas para alcançar os seus objetivos de reabilitação, que devem ser realistas em concordância com a sua condição de saúde prévia e situação atual (Egwu et al, 2018). O programa de reabilitação deve incluir sessões de educação para a saúde sobre hábitos de vida saudável após artroplastia do joelho, sobre exercícios que contribuam para a maximização da funcionalidade e aumento da amplitude de movimento e reinserção social, contribuindo para melhorar as capacidades de autogestão, autoconfiança e consciencialização do seu processo de reabilitação (Ahmad et al, 2023). O processo de reabilitação é condicionado por interações complexas entre a dor, condição física e fatores psicológicos. O controlo da dor, a melhoria da capacidade funcional e a estabilidade da condição emocional contribuem favoravelmente para o sucesso da reabilitação. De salientar que a estabilidade emocional envolve a implementação de estratégias psicológicas e comportamentais direcionadas à educação da pessoa sobre as fases do processo de reabilitação e a execução gradual de exercícios. Desmistificar crenças e medos, é crucial para a pessoa se sentir confiante e capaz de autogerir a sua reabilitação, tomando decisões quanto a comportamentos de saúde e participação em atividades (Ahmad et al, 2023).

Encorajar e fundamentar a autogestão das condições de saúde é um foco dos cuidados centrados na pessoa, que tem por objetivo colocar a pessoa na vanguarda da sua saúde, capacitando-a para se tornar elemento ativo dos seus cuidados. Não basta apenas capacitar a

pessoa, é indispensável apoiar, motivar e assistir no desenvolvimento de conhecimentos, competências e confiança na gestão eficaz da sua própria saúde (Zhu et al, 2017). No que concerne ao conceito de autogestão após artroplastia do joelho, um estudo relaciona de forma negativa o comportamento de autogestão com a intensidade da dor, facto traduzido em dor intensa nas primeiras 72h que representaram baixo comportamento de autogestão da dor e consequentemente comprometeram a capacidade de autogestão do seu processo de reabilitação. Torna-se clara, a necessidade de desenvolver programas de educação para a saúde centrados na pessoa, para melhorar o conhecimento e desmistificar a crença em relação à sua capacidade de controlo da dor, no intuito se melhorar a sua saúde após artroplastia total do joelho (Zhu et al, 2017). O conceito de autogestão do regime de exercício, assenta na premissa que a pessoa desempenha um papel ativo no seu plano de reabilitação, demonstrando competências, capacidades e motivação para tal.

O Sr. Pedro demonstrou capacidades, conhecimentos e motivação que permitiram a participação ativa no seu processo de reabilitação, estabelecendo objetivos reais para a sua condição de saúde atual.

Papel do EEER na pessoa submetida a artroplastia total do joelho

As teorias de enfermagem, enquanto linhas orientadoras da prática clínica, apresentam especial importância quando aliadas à produção de conhecimento científico, tendo por base os conceitos paradigmáticos pessoa, saúde, meio ambiente e enfermagem. Torna-se importante compreender a forma como a pessoa enfrenta e lida com situações de mudança e/ou alteração da sua condição de vida (Meleis et al, 2010). O modelo conceptual da Teoria das transições de Afaf Meleis, descreve que a necessidade de cuidados de saúde ocorre em qualquer fase do ciclo de vida, originando assim a passagem de uma condição ou estatuto de saúde para outro, exigindo a transição de uma condição inicial para um resultado de processo, que resulta da interação entre a pessoa e o ambiente (Schumacher & Meleis, 1994). Neste sentido, a prestação de cuidados especializados ao Sr. Pedro no decurso do internamento, é ancorada no modelo conceptual da Teoria das transições de Afaf Meleis, em que o processo de transição saúde/doença é apresentado na figura 1.

A transição é um processo psicológico que envolve uma adaptação a um evento de mudança, e a intervenção de Enfermagem resulta de um processo de conceptualização e abordagem dos potenciais problemas ou dificuldades que podem ser encontradas pelos intervenientes do processo de transição (Silva et al, 2019). A transição é um processo de mudança interno, decorrente de um evento externo, a intervenção do EEER centra-se nas experiências em transição e no processo de readaptação, nomeadamente no que respeita à facilitação da transição da pessoa, família e comunidade, sendo a saúde e bem-estar o resultado esperado (Silva et al, 2019). De acordo com Afaf Meleis (2012), podem ocorrer quatro tipos de transição e transpondo para o caso clínico em estudo e para a intervenção do EEER, o Sr. Pedro encontra-se

num processo de transição saúde/doença, no qual experiência uma situação de doença, a gonartrose, que pela intervenção cirúrgica a que é submetido, artroplastia total do joelho, intensifica a sua condição de dependência na realização dos autocuidados, mas que será transitória com a implementação do plano de reabilitação.

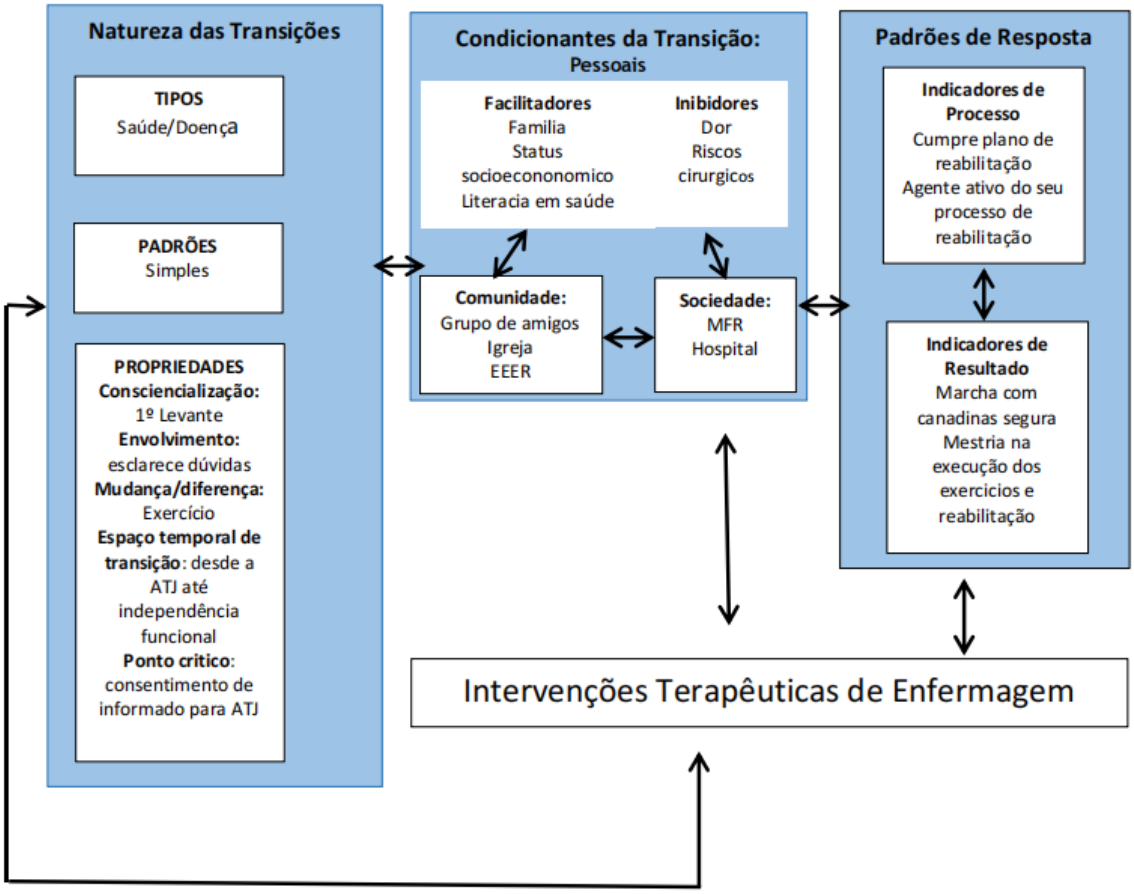

Figura 1: Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis ao caso clínico do Sr. Pedro

À luz do pensamento de Meleis (2012), a pessoa pode experienciar várias transições em simultâneo, que transpondo para o caso clínico em estudo, não se verifica, uma vez que a pessoa vivência apenas uma única transição, definida deste modo como transição de padrão simples. No que respeita às propriedades da transição, estas englobam um período de tempo que é variável. O início relaciona-se com a consciencialização ou perceção da mudança, que no caso clínico do Sr. Pedro aconteceu com o decorrer do primeiro levante, quando o Sr. Pedro percecionou as limitações funcionais associadas à artroplastia total do joelho. Se o início do processo de transição é bem definido, já o fim é fluido e pode ser alcançado com a concretização de uma meta ou objetivo, que no caso do Sr. Pedro era a independência na realização dos autocuidados. A mudança é descrita por Silva et al (2019), como um evento de transição no qual se segue uma adaptação a um novo começo. Por vezes é importante identificar pontos críticos da experiência de transição, por exemplo quando o Sr. Pedro se confrontou com a incapacidade de autocuidado, este inicia a consciencialização do seu estado

de saúde. A consciencialização é uma propriedade essencial no processo de transição e o EEER deve tentar perceber a forma como a pessoa encara a sua nova condição de saúde física, mental, social, económica e as expetativas e relação à mudança (Silva et al, 2019). A mudança vai desencadear comportamentos observáveis/não observáveis e funcionais/não funcionais, que são influenciados pelo nível de conhecimento, habilidades relacionadas com a mudança e crenças sobre o que é esperado por parte da pessoa que vive a transição. As condições da comunidade, o apoio de parceiros e a disponibilidade de recursos, também interferem na promoção ou inibição de uma transição saudável (Meleis et al, 2010). No processo de transição do Sr. Pedro, é possível identificar condicionantes pessoais facilitadoras da mudança, como é o caso do apoio por parte da esposa, filha e a sua literacia em saúde. No que respeita aos condicionantes da comunidade foi possível identificar o grupo de amigos, a família alargada e a estreita relação com os profissionais do centro de saúde, como condicionantes facilitadores da comunidade. Já a referenciação para a Medicina Física de Reabilitação (MFR), é um recurso disponível na sociedade e foi bem aceite por parte do Sr. Pedro, no intuito de manter a continuidade do plano de reabilitação.

O EEER deve ser detentor de conhecimentos relacionados com os recursos disponíveis na comunidade e da sociedade que possam facilitar ou dificultar o processo de transição. É igualmente importante que o EEER tenha conhecimento das condicionantes pessoais que possam interferir com uma transição saudável, como os significados, as crenças e as atitudes que devem ser desmistificadas para contribuírem favoravelmente no processo de transição. O processo de transição é saudável, quando se observa mestria nas competências inerentes à capacidade de lidar com a nova situação, por exemplo apresenta conhecimento e adequa eficazmente estratégias adaptativas que promovem a autonomia nos autocuidados (Silva et al, 2019).

Os padrões de resposta devem ser monitorizados com base nos indicadores de processo, que refletem a forma como a transição está a ser vivenciada, no caso clínico em estudo, o Sr. Pedro cumpre todos os exercícios do plano de reabilitação, demonstra uma marcha eficaz e segura em superfície plana, com recurso a auxiliar de marcha (canadianas). Por outro lado e igualmente importante, apresentam-se os indicadores de resultado que permitem avaliar a evolução do desenvolvimento de competências e comparar os objetivos delineados com os resultados finais. De acordo com Meleis et al (2010), estão definidos dois indicadores de resultado: a mestria e a reformulação da identidade.

O EEER encontra-se numa posição privilegiada no que concerne ao processo de transição da pessoa/família, uma vez que as suas competências sustentam e orientam as intervenções de enfermagem, focando os processos corporais e adaptativos associados às transições, o que facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens do próprio processo de mudança. Para além do descrito, o EEER também assume um compromisso de reinserção social da pessoa/família, promovendo a capacitação e adoção de comportamentos que

permitem a continuidade dos cuidados e a ocorrência de transcrições saudáveis e positivas. Por fim e não menos importante, o plano de cuidados do EEER contempla a natureza da transição, as condições para a transição, assim como os padrões de resposta, tornando cada plano de cuidados individual e único (Silva et al, 2019).

A intervenção do EEER na pessoa submetida a intervenção cirúrgica do foro ortopédico, tem por base um programa de reabilitação, que assenta na prevenção de complicações, na reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória e capacitação para o autocuidado, visando o nível máximo de funcionalidade e a sua reinserção familiar e social (OE, 2011). O processo de reabilitação inicia-se no primeiro contacto com a pessoa, no qual é realizada uma avaliação inicial para recolher dados, permitindo à posteriori formular diagnósticos, planear intervenções e no fim avaliar resultados obtidos (Marques-Vieira & Sousa, 2017). No presente caso clínico foi necessário o recurso a instrumentos de avaliação de recolha de dados: avaliação da Força Muscular (Escala de Medical Research Council-MRC), avaliação da amplitude articular (goniómetro), avaliação do equilíbrio (Escala de Equilíbrio de Berg), avaliação do grau de dependência no autocuidado (Escala de Barthel) e avaliação da dor (Escala Visual Analógica-EVA). Com base nos dados obtidos na avaliação inicial foi definido um plano de reabilitação que incidiu no ensino, execução e treino de exercícios que tinham como objetivo aumentar a força muscular (em particular do quadricípite), aumentar a amplitude de movimento articular e o equilíbrio estático e dinâmico. Igualmente relevante para o plano de reabilitação, formam definidas intervenções e estratégias no domínio do autocuidado, que têm como objetivo a adaptação às limitações de mobilidade e maximizar a autonomia no cuidar da higiene pessoal, vestir-se/vestir-se, transferir-se, sentar-se e andar. A intervenção do EEER no pós-operatório, deve ser tão precoce quanto possível, desde que a pessoa se encontre hemodinâmicamente estável, com dor controlada e sem contra indicações para iniciar o processo de reabilitação.

O posicionamento terapêutico no pós-operatório é descrito por Rocha et al (2022), como sendo uma intervenção de execução imediata, pois o objetivo é manter os princípios da mecânica corporal, conforto da pessoa e integridade cutânea. A aplicação de uma almofada de pequenas dimensões no calcâneo do membro intervencionado, é essencial para aliviar a pressão, prevenindo úlceras de pressão e contribuindo para a extensão completa do joelho. A lateralização da pessoa para o lado não intervencionado, também deve ser privilegiada, em detrimento da lateralização para o lado do membro intervencionado, evitando assim o posicionamento incorreto da articulação do joelho e o desenvolvimento de complicações musculares (Rocha et al, 2022).

Após o primeiro dia pós-operatório iniciam-se no leito, sentado e de pé com apoio de barra, exercícios de contração isométrica dos glúteos, quadricípites e isquiotibiais, que geram contrações progressivas dos músculos e contribuem para o fortalecimento muscular; exercícios isotónicos passivos e ativos/assistidos e ativos de flexão/extensão da articulação coxofemoral e do joelho e dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica no leito, no sentido de potenciar

o fortalecimento muscular e amplitude de movimento articular. Os exercícios de mobilização no leito devem ser executados duas a três vezes por dia, de forma moderada e sem provocar dor ou cansaço extremo da pessoa, contribuindo assim para a estimulação da sensibilidade propriocetiva, facilita as atividades realizadas no leito e melhora a capacidade de transferência da posição deitado/sentado e sentado/de pé (Ganito, 2017). A implementação de intervenções educacionais no domínio do autocuidado higiene, uso sanitário, transferir-se e vestir-se devem ser treinados após o 1º levante (Rocha et al, 2022).

Os exercícios terapêuticos são diversos e constituem o principal recurso da Reabilitação na recuperação funcional da pessoa, nomeadamente da força muscular e da amplitude de movimento articular. Os exercícios podem ser realizados em séries, repetições e com segundos de contração, no intuito de obter os melhores resultados possíveis. Estudos revelam que a realização de 1 a 5 séries, com 3 a 20 repetições, contração de 10 segundos a 2 minutos, apresentam resultados positivos no controlo da dor, funcionamento e amplitude articular e melhoraria da qualidade de vida. Com base no descritivo o EEER deve elaborar um plano de exercício, com base os exercícios com melhor resultados, segundo a evidência científica, mas é igualmente importante que seja adequado às capacidades reais da pessoa a intervir, permitindo assim prescrever exercícios com diferente número de séries, repetições ou mesmo tempo de contração (Santos, 2021).

O Plano de reabilitação do Sr. Pedro complementa dois momentos, que correspondem aos dois contactos com o mesmo, que ocorrem no 3º e 7º dia pós-operatório, sendo que o último contacto aconteceu no dia da alta clínica.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 60 anos | Masculino

Cuidador

02-10-2023 08:00

- 02-10-2023 08:00 - Parentesco: cônjuge.
- 02-10-2023 08:00 - Coabita com a pessoa dependente.
- 02-10-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.
- 02-10-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.
- 02-10-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-02 08:00:00	DIB epidural: morfina 3 mg + ropivacaína 40 mg a 5,2 ml/h	2023-10-06 08:00:00
2023-10-02 08:00:00	Paracetamol 1000mg ev	2023-10-06 08:00:00
2023-10-02 08:00:00	Enoxaparina 40mg SC	
2023-10-02 08:00:00	Cetarolac 30 mg ev	2023-10-06 08:00:00
2023-10-02 08:00:00	Cefazolina 1000mg ev	2023-10-06 08:00:00
2023-10-02 08:00:00	Tramadol 100mg ev - SOS	
2023-10-02 08:00:00	Metoclopramida 10mg ev - SOS	
2023-10-02 08:00:00	Captopril 25mg SL - SOS	
2023-10-06 08:00:00	Paracetamol 1000mg Oral	
2023-10-06 08:00:00	Ibuprofeno 400mg	
2023-10-06 08:00:00	Tramadol 100mg Oral	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A dor moderada ou intensa após artroplastia total do joelho é muito frequente, e os protocolos

de controlo da dor são cruciais no alívio do 5º sinal vital. A analgesia epidural tem-se revelado eficaz no alívio da dor, que por sua vez previne a ocorrência de complicações pós-operatórias e facilita a sua recuperação funcional (Wang et al, 2022). O controlo da dor torna-se assim crucial, não apenas para conforto da pessoa, mas também no sentido de promover a mobilidade precoce e a implementação do plano de exercícios de reabilitação, não aumentar o tempo de internamento e as complicações inerentes à artroplastia total do joelho (Morete-Pinto e Sousa-Correa, 2021). O protocolo de morfina e ropivacaína, tem-se revelado uma opção satisfatória no controlo da dor no pós-operatório, contudo há-que ter em consideração os efeitos secundários, como redução da força muscular, risco de retenção urinária, náuseas, vómitos e prurido (Wang et al, 2022). A intervenção do EEER deve ser o mais precoce possível, e para tal a dor deve apresentar-se controlada, permitindo a implementação do plano de exercícios de reabilitação.

No que respeita à situação clínica do Sr. Pedro, este não apresentou efeitos secundários relativos à perfusão via epidural, mas enumerou a dor com um score 4, de acordo a escala visual analógica (EVA). Neste sentido foi necessário administrar terapêutica em SOS, de acordo com prescrição, para alívio da dor. Uma hora após a administração a dor estava controlada, sendo possível iniciar o plano de exercícios com conforto e segurança.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres
02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Dreno [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Localização do dreno
02-10-2023 08:00 - Perna Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Tipo de dreno: fechado de sucção.
02-10-2023 08:00 - Substância drenada: hemática.
02-10-2023 08:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 500 ml.
02-10-2023 08:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.
02-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: Dreno de redivac.
02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da drenagem [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do dreno [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Otimizar dreno [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico
02-10-2023 08:00 - Mão Direita(o)
02-10-2023 08:00 - Ausência de dor.
02-10-2023 08:00 - Ausência de calor.
02-10-2023 08:00 - Ausência de rubor.
02-10-2023 08:00 - Ausência de tumefação.
02-10-2023 08:00 - Ausência de exsudado.
02-10-2023 08:00 - Ausência de infiltração.
02-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº 20G.

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Cateter epidural [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: Cateter epidural 19G.

02-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Otimizar cateter epidural [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter epidural [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural [SOS] [FIM] 06-10-2023 08:00

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Dreno

A utilização de drenos de sucção não é consensual, contudo estes ainda são utilizados em determinados procedimentos cirúrgicos. A artroplastia total do joelho é um procedimento cirúrgico, no qual pode ocorrer um sangramento no espaço subcutâneo e intra-articular, contribuindo desta forma para formação de hematoma, que por sua vez diminui a mobilidade articular, reduz a perfusão tecidual e aumenta o risco de infeção. Neste sentido, a aplicação de dreno de sução tem por objetivo reduzir o risco de infeção e favorecer a cicatrização (Leao et al, 2016).

No procedimento cirúrgico do Sr. Pedro, o Ortopedista optou por aplicar o dreno de redivac, que foi mantido cerca de 2 dias, sendo removido sem intercorrências e tendo drenado um total de 500mL de conteúdo hemático.

Cateter epidural

O cateter epidural é um cateter aplicado no espaço epidural, na região lombar, conectado a um sistema de infusão que pode ser mantido 24 a 48horas. A decisão de manter ou retirar o cateter epidural é da responsabilidade do anestesista, que pode alterar a prescrição terapêutica para endovenosa. A remoção do cateter epidural deve ser executada 12horas após a administração da enoxaparina e a toma seguinte deve respeitar um intervalo de 2horas, com o objetivo de prevenir a formação de hematoma epidural (Rocha et al, 2014).

O Sr. Pedro foi submetido a intervenção cirúrgica, sob anestesia locorregional, tendo mantido cateter epidural, com conexão de um DIB (disposable infusion baloon) preenchido com morfina 3mg e ropivacaína 40mg a 5,2mL/h, que foi mantido até terminar, cerca de 48horas. Não foi necessário repreencher o DIB e o cateter foi retirado 12horas após a última administração de enoxaparina 40mg, sem intercorrências.

Controlo analítico e radiológico

A artroplastia total do joelho, apesar de ser um tratamento eficaz no alívio da dor e melhoria funcional do membro inferior, promove perdas sanguíneas significativas, podendo originar a necessidade de transfusões de hemoderivados, com consequente aumento do tempo de internamento e início tardio da reabilitação (Melo e Borin, 2018). Para além do controlo analítico, a realização de raio-x de controlo pós-operatório, também é uma prática comum após artroplastia total do joelho e tem como objetivo avaliar o alinhamento dos componentes aplicados, no eixo mecânico e anatómico do joelho, fator igualmente importante no sucesso do procedimento cirúrgico (Thomaz et al, 2022).

No caso clínico em estudo, a realização do exame físico, que contemplou o estudo analítico com hemograma e a realização de raio-x ao membro intervencionado. A tabela 1, apresenta a transcrição dos valores de hemoglobina no pré e pós operatório e a figura 2 é a imagem de raio-x após a intervenção cirúrgica, artroplastia total do joelho. No que respeita aos resultados analíticos, os valores apresentados não relevam perdas hemáticas significativas, assim como o

raio-x que comprova o alinhamento dos eixos, tal significa que o Sr. Pedro pode iniciar o plano de reabilitação.

Hemograma		
	Pré-operatório	Pós-operatório
Hemoglobina	13,5 g/dL	11,9 g/dL

Tabela 1 - Hemograma: valores de hemoglobina

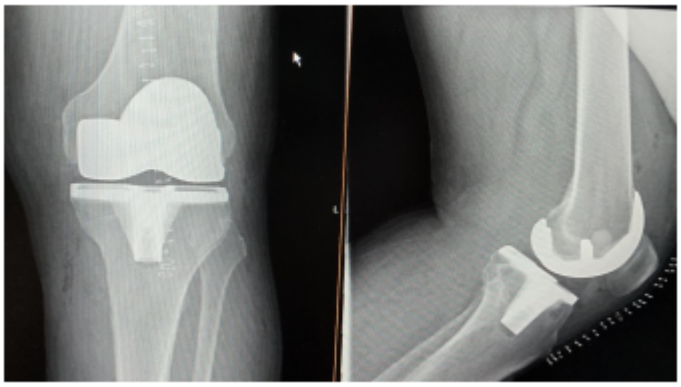

Figura 2 - Raio-x pós artroplastia total do joelho esquerdo

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2023 08:00	Consciência	06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Força muscular	
02-10-2023 08:00	Movimento articular	
02-10-2023 08:00	Equilíbrio estático	06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Equilíbrio dinâmico	
02-10-2023 08:00	Virar-se	06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Erguer-se	
02-10-2023 08:00	Transferir-se	
02-10-2023 08:00	Sentar-se	
02-10-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
02-10-2023 08:00	Vestir-se ou despir-se	
02-10-2023 08:00	Andar	
02-10-2023 08:00	Padrão de exercício	
02-10-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00	Pele e mucosas	
02-10-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
02-10-2023 08:00	Sistema respiratório	06-10-2023 08:00

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Tendo em consideração o enquadramento teórico do cenário clínico, foram selecionamos os seguintes domínios:

Consciência

A artroplastia total do joelho é uma cirurgia ortopédica, associada a uma perda sanguínea significativa no peri-operatório, que exige vigilância no pós-operatório (Neto e Usandiza, 2020). A medicação, as alterações metabólicas e hidroeletrolíticas, podem estar na origem de estados de confusão e desorientação em relação a si mesmo, espaço e tempo (Bosmak et al, 2017), assim alterações no estado de consciência constituem uma barreira à aprendizagem, que no caso clínico em estudo não se verifica, pois o Sr. Pedro apresenta um score de 15 na avaliação da Escala de Coma de Glasgow.

Força Muscular

O sucesso da artroplastia total do joelho não está apenas relacionado com o alívio da dor, mas também com a recuperação funcional que envolve a força muscular e o movimento articular (Júnior et al, 2017). A incisão no músculo quadricípite e rutura das fibras musculares com a eversão da rótula, na abordagem pararrotuliana interna contribui para a diminuição da força muscular no movimento de flexão da anca e extensão do joelho (Rocha et al, 2022). Para além da complexidade da intervenção cirúrgica, a imobilidade por dor, a diminuição da contração muscular voluntária e a atrofia muscular são fatores que também contribuem para o comprometimento da força muscular. O EEER é detentor de competências que visam a conceção, implementação e avaliação de um plano de reabilitação, para capacitação da pessoa com limitação da atividade e maximização da sua funcionalidade, através do desenvolvimento de capacidades (OE, 2019).

Movimento Articular

No que respeita à amplitude articular do joelho, nomeadamente a flexão do joelho, esta é essencial para o ciclo da marcha, subir e descer escadas, sentar na cadeira, transferir da posição sentado para a posição de pé, para apanhar objetos do chão e apertar sapatos. O principal objetivo na alta hospitalar e que revela sucesso da intervenção cirúrgica, é o aumento da força muscular, com o intuito de potenciar o desempenho das capacidades funcionais, uma amplitude de movimento de 90º na flexão do joelho e um ganho da extensão da articulação do joelho (Leitão et al, 2022). Também é de salientar que no pós-operatório pode ocorrer alguma rigidez articular, que é considerada aceitável e tende a resolver-se até às 8 semanas (Tibbo et al, 2019).

Equilíbrio Estático e Dinâmico

As estruturas intra-articulares do joelho apresentam na sua constituição receptores proprioceptivos, como o ligamento cruzado anterior, cartilagem articular e os meniscos, estruturas que são removidas no procedimento cirúrgico de artroplastia total do joelho. Contudo, o equilíbrio estático e dinâmico não dependem apenas dos estímulos proprioceptivos, mas também da respostas musculares (Lima, 2021). Neste seguimento, estudos descrevem que o equilíbrio estático e dinâmico se encontra comprometido nos primeiros dias de pós-operatório de artroplastia total do joelho, contribuindo para o aumento do risco de queda. Em contrapartida, outros estudos descrevem que a artroplastia total do joelho restabelece as características motoras e sensitivas, necessárias para o equilíbrio estático e dinâmico da articulação, reduzindo consequentemente o risco de queda (Fernandes et al, 2018).

Sendo o equilíbrio um processo dinâmico, no qual o corpo mantém a sua estabilidade em repouso ou em movimento, é desejável que a informação sensorial e a resposta musculoesquelética sejam adequadas, de forma a manter o controlo da posição do corpo no contexto e na tarefa (Marques-Vieira e Sousa, 2017). Neste seguimento o EEER tem um papel privilegiado na maximização das capacidades funcionais da pessoa (OE, 2019).

Transferir-se, Sentar-se, Cuidar da Higiene Pessoal, Vestir-se/Despir-se e Andar

A Artroplastia Total do Joelho é de certa forma, responsável pela modificação do prognóstico funcional da pessoa com gonartrose, uma vez que se trata de numa intervenção terapêutica com um grande potencial de aumentar a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa (Guimarães e Sousa, 2018). O estado de mobilidade é muito importante, pois está relacionado com a autonomia do autocuidado, que se encontra comprometido pela condição de saúde da pessoa, prévia à intervenção cirúrgica e decorrente da própria artroplastia total do joelho (Delgado et al, 2020). De ressalvar que na artroplastia total do joelho o grau de flexão é determinante para a concretização dos autocuidados e a extensão completa do joelho é igualmente importante, pois interfere com a capacidade de marcha. A não extensão completa do joelho, obriga à contração muscular do quadricípite com mais força que o movimento normal exige, contribuindo para um maior gasto energético, sobrecarga do músculo extensor do joelho, podendo originar fadiga muscular, dor e claudicação na marcha (Cardoso e Gamelas, 2021). Um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é a capacitação funcional e a autonomia da pessoa na realização dos autocuidados, o EEER após identificar as necessidades de intervenção, planeia, implementa e avalia os programas especializados concebidos, tendo como base a qualidade de vida, a reintegração e participação social (OE, 2019).

Sistema Respiratório e Cardiovascular

A monitorização de sinais vitais no pós-operatório é crucial na identificação de complicações cirúrgicas. A pessoa deve apresentar-se hemodinâmicamente estável, com valores de tensão

arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio e temperatura axilar de acordo com os parâmetros de referência definidos (Sousa et al, 2019). A dor é um fenómeno complexo e subjetivo e está presente na pessoa após artroplastia total do joelho, assim a pessoa com dor mobiliza-se menos, apresenta maior edema dos tecidos moles peri-articulares e consequentemente compromete o processo de reabilitação e ganho inicial de amplitude articular (Vale & Varatojo, 2021). A avaliação e registo da dor é uma competência do EEER, na medida que contribui para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados prestados (OE, 2019) e permite a mobilização precoce da articulação. A crioterapia, é um analgésico, anestésico eficaz na diminuição da dor localizada (Ni et al, 2015).

Pele e mucosas

Os sinais de infeção no local cirúrgico são uma complicação cirúrgica e o EEER enquanto elemento privilegiado na prestação de cuidados e na reabilitação funcional, apresenta um papel primordial na educação da pessoa (OE, 2019). Neste seguimento o Sr. Pedro foi instruído sobre os cuidados a ter com o membro intervencionado e os sinais e sintomas de alerta.

Regime de exercício

Reconhecendo que a pessoa com alteração da condição de saúde é desafiada a integrar novas atividades no seu autocuidado, torna-se crucial desenvolverem competências de autogestão (Oliveira, 2015). O conceito de autogestão envolve um conjunto de subfunções, nomeadamente formação, manutenção do contacto pessoa/profissional de saúde, planeamento de ações, tomada de decisão, resolução de problemas e auto adaptação, tal significa que a pessoa deve ser um elemento ativo na gestão da sua condição de saúde, na resolução de dificuldades e desafios. Só assim é possível o sucesso da autogestão (Allegrante, Wells e Peterson, 2019). A autogestão do regime de exercício, envolve um processo de capacitação da pessoa, desenvolvimento de conhecimentos relacionados com exercícios passíveis de execução após artroplastia total do joelho, desenvolvimento de competências e confiança para uma gestão eficaz dos cuidado e da sua saúde. No pós-operatório imediato a intervenção do EEER à pessoa submetida a artroplastia total do joelho, centra o seu papel na orientação, capacitação e suporte na gestão do regime de exercício. É essencial compreender o potencial da pessoa e desenvolver as suas potencialidades na otimização da função e na responsabilidade da sua participação no processo de reabilitação (OE, 2019).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência
02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Consciente.
06-10-2023 08:00
06-10-2023 08:00 - Consciente.
Força muscular
02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Força - contração muscular
02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.
02-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência - Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de inversão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de eversão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência mínima adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência mínima adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de adução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de abdução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência mínima adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência mínima adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão plantar Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão dorsal Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de adução Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de inversão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional

02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de eversão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de abdução Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de rotação interna Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de rotação externa Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação joelho direito: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação joelho direito: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de flexão plantar Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
02-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de flexão dorsal Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da força muscular

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Membro inferior Esquerda(o))

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Força - contração muscular

06-10-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].
06-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de adução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de abdução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão plantar Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão dorsal Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de inversão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
06-10-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de eversão Movimento

ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional

Movimento articular

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Articulação

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.

02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.

02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.

02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.
02-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
02-10-2023 08:00 - mobilidade articular total.

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da amplitude articular

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da amplitude articular (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

02-10-2023 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))
02-10-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização
02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))
02-10-2023 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))
02-10-2023 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do

tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

02-10-2023 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Articulação

06-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.

06-10-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Equilíbrio estático

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

02-10-2023 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico
02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio.
02-10-2023 08:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido
02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio
02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico
02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico
06-10-2023 08:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico
06-10-2023 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico
06-10-2023 08:00 - Assistir no treino do equilíbrio
02-10-2023 08:00 - Prevenir queda
02-10-2023 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda
02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda
02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas
02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda
02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda
02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas
02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [FIM]
06-10-2023 08:00
06-10-2023 08:00
06-10-2023 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio [MANTEVE].
Sistema respiratório
02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.
02-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.
02-10-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.
02-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
02-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
02-10-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
02-10-2023 08:00 - Periférico(a): 98 %.
06-10-2023 08:00
06-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.
06-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
06-10-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
06-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
06-10-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
06-10-2023 08:00 - Periférico(a): 98 %.

Sistema cardiovascular

02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Localização do Pulso
02-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.
02-10-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
02-10-2023 08:00 - Pulso rítmico.
02-10-2023 08:00 - Pulso simétrico.
02-10-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)
02-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 178 mmHg.
02-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 97 mmHg.
02-10-2023 08:00 - Localização da dor
02-10-2023 08:00 - Joelho Esquerda(o)
02-10-2023 08:00 - Intensidade da dor - 4.
02-10-2023 08:00 - frequência da dor - contínua.
02-10-2023 08:00 - duração da dor - aguda.
02-10-2023 08:00 - dor de tipo - moedeira.
02-10-2023 08:00 - Temperatura axilar Axila direita 36,4ºC

02-10-2023 08:00 - Hipertensão

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea
02-10-2023 08:00 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS]

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.
06-10-2023 08:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

hipertensão [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre hipertensão [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre complicações da hipertensão [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para vigiar pressão sanguínea [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Instruir a vigiar a pressão sanguínea [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Localização do Pulso

06-10-2023 08:00 - Punho Esquerda(o)

06-10-2023 08:00 - Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

06-10-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

06-10-2023 08:00 - Pulso rítmico.

06-10-2023 08:00 - Pulso simétrico.

06-10-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

06-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)

06-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 172 mmHg.

06-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

06-10-2023 08:00 - Localização da dor

06-10-2023 08:00 - Joelho Esquerda(o)

06-10-2023 08:00 - Intensidade da dor - 1.

06-10-2023 08:00 - frequência da dor - intermitente.

06-10-2023 08:00 - duração da dor - aguda.

06-10-2023 08:00 - dor de tipo - moedeira.

Pele e mucosas

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

02-10-2023 08:00 - Ferida cirúrgica

02-10-2023 08:00 - Localização da ferida cirúrgica

02-10-2023 08:00 - Joelho Esquerda(o)

02-10-2023 08:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

06-10-2023 08:00 - Localização da ferida cirúrgica

06-10-2023 08:00 - Joelho Esquerda(o)

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Joelho Esquerda(o))

02-10-2023 08:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

02-10-2023 08:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica (Joelho Esquerda(o)) [SOS]

02-10-2023 08:00 - Remover material de sutura (Joelho Esquerda(o)) [SOS]

02-10-2023 08:00 - Remover dreno de ferida [SOS] [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Aplicar penso de ferida (Joelho Esquerda(o)) [SOS]

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Virar-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mudar de posição na cama

02-10-2023 08:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

02-10-2023 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

02-10-2023 08:00 - Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades de erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir no erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Capacidade para erguer-se
02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Capacidade para erguer-se
06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para erguer-se
02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Autoeficácia para erguer-se
06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no erguer-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Instruir a erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar a erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para erguer-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar a erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

06-10-2023 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

02-10-2023 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

02-10-2023 08:00 - Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades de transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir no transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Capacidade para transferir-se

02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Capacidade para transferir-se

06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para transferir-se

02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Autoeficácia para transferir-se

06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Instruir a transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar a transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar a transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

06-10-2023 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

02-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

02-10-2023 08:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

02-10-2023 08:00 - Sentar-se comprometido [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução no sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades de sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir no sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora [MELHOROU].

06-10-2023 08:00 - Capacidade para sentar-se

06-10-2023 08:00 - facilitadora.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no sentar-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Instruir a sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar o sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

06-10-2023 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

06-10-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

06-10-2023 08:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MELHOROU].

Cuidar da higiene pessoal

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Obtém objetos para o banho.

02-10-2023 08:00 - Abre a torneira.

02-10-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo.

02-10-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

02-10-2023 08:00 - Lava a cavidade oral.

02-10-2023 08:00 - Aplica produtos de higiene.

02-10-2023 08:00 - Capaz de pentear-se

02-10-2023 08:00 - Penteia-se.

02-10-2023 08:00 - Barbeia-se.

02-10-2023 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.
02-10-2023 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

02-10-2023 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir no tomar banho [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Assistir no uso do sanitário [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Capacidade para tomar banho
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Capacidade para tomar banho
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Capacidade no uso do sanitário
02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Capacidade no uso do sanitário
06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para tomar banho
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Autoeficácia para tomar banho
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Autoeficácia no uso do sanitário
02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Autoeficácia no uso do sanitário
06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.
02-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.
06-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do cuidar da higiene pessoal [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Instruir a tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Treinar a tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Instruir a usar sanitário [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Treinar uso do sanitário [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para tomar banho [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Treinar a tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia no uso do sanitário [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia no uso do sanitário [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Treinar uso do sanitário [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM]

06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

02-10-2023 08:00 - Assegurar continuidade de cuidados [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca o corpo [MELHOROU].

06-10-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo [MELHOROU].

06-10-2023 08:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Capaz de pentear-se

06-10-2023 08:00 - Penteia-se [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Barbeia-se [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Vestir-se ou despir-se

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Escolhe as roupas.

02-10-2023 08:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

02-10-2023 08:00 - Capaz de vestir-se

02-10-2023 08:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

02-10-2023 08:00 - Capaz de abotoar-se

02-10-2023 08:00 - Abotoa.

02-10-2023 08:00 - Capaz de atar cordões

02-10-2023 08:00 - Não ata cordões.

02-10-2023 08:00 - Capaz de calçar meias

02-10-2023 08:00 - Não calça as meias.

02-10-2023 08:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Não escolhe as roupas.

02-10-2023 08:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

02-10-2023 08:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM]

06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

02-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM] 06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MELHOROU].

06-10-2023 08:00 - Capaz de vestir-se

06-10-2023 08:00 - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].

06-10-2023 08:00 - Capaz de abotoar-se

06-10-2023 08:00 - Abotoa [MANTEVE].
06-10-2023 08:00 - Capaz de atar cordões
06-10-2023 08:00 - Ata cordões [MELHOROU].
06-10-2023 08:00 - Capaz de calçar meias
06-10-2023 08:00 - Calça as meias [MELHOROU].

Andar

02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

02-10-2023 08:00 - Andar comprometido

02-10-2023 08:00 - Determinar evolução do andar

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do andar

02-10-2023 08:00 - Prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Assistir no andar [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda
02-10-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

02-10-2023 08:00 - Promover autonomia para andar

02-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
02-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - facilitadora [MELHOROU].
02-10-2023 08:00 - Capacidade para andar
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Capacidade para andar
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
02-10-2023 08:00 - Autoeficácia para andar
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Autoeficácia para andar
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - não dificultador.

06-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - não dificultador [MANTEVE].
02-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar
02-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
06-10-2023 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar
06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no andar

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no andar
02-10-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do andar

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar (Dispositivos: Canadiana) [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar (Dispositivos: Canadiana) [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar (Dispositivos: Canadiana)
02-10-2023 08:00 - Instruir a andar (Dispositivos: Canadiana)
02-10-2023 08:00 - Treinar o andar (Dispositivos: Canadiana)

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar (Dispositivos: Canadiana)
02-10-2023 08:00 - Treinar o andar (Dispositivos: Canadiana)
02-10-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados
02-10-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MELHOROU].

Padrão de exercício

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

02-10-2023 08:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

02-10-2023 08:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

02-10-2023 08:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

02-10-2023 08:00 - Autogestão do regime de exercício

02-10-2023 08:00 - Promover autogestão: regime de exercício

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: desvalorização.

06-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre regime de exercício

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício [RESOLVIDO] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício [FIM] 06-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]
06-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Execução de exercícios isotónicos passivos, ativos/assistidos e ativos de flexão/extensão da articulação coxofemoral e joelho e dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica no leito, no sentido de potenciar o fortalecimento muscular e a amplitude de movimento articular (Ganito, 2017).
- Uso de canadianas como auxiliar de marcha, exige rotinas de manutenção, pois a utilização regular das mesmas origina ponteiras gastas e punhos partidos ou deformados. Deve-se proceder à limpeza do auxiliar de marcha e substituição das ponteiras sempre que se apresentem gastas, no intuito de promover uma adequada aderência ao piso (Malta et al, 2017).
- Deve utilizar calçado fechado e antiderrapante, como pantufas ou sapatilhas (Moreira, Flamínio e Grilo, 2020).

Instruir exercícios músculo-articulares

- Exercícios isométricos no leito:
- Contração isométrica dos glúteos, quadricípite e isquiotibiais. O Sr. Pedro em decúbito dorsal com um pequeno rolo debaixo da articulação do joelho, deve elevar o calcanhar do leito e contrair o músculo quadricípite como se empurrasse o rolo que se encontra na parte posterior da articulação do joelho contra o leito (Zhao, Yang e Luo, 2021). Manter a contração 5 segundos, realizar 2 séries, 10 repetições (Santos, 2021). Deve realizar estes exercícios 2x dia.
- Mantendo o decúbito dorsal o Sr. Pedro deve levantar ligeiramente o calcanhar da superfície onde se encontra deitado e realizar o movimento de flexão do joelho e empurrar o calcanhar contra a superfície (Zhao, Yang e Luo, 2021). Manter a contração 5 segundos, 2 séries, 10 repetições. Deve realizar estes exercícios 2x dia.
- Executar mobilização passiva articular instrumental do joelho esquerdo, com recurso a artromotor e duração de 50 minutos. O Sr. Pedro iniciou a mobilização com 50° de flexão e 0° de extensão, que tolerou. Progrediu até 60° de flexão e foram mantidos os 0° na extensão. O Sr. Pedro foi instruído a realizar contração isométrica do quadricípite na extensão da articulação do joelho, na pausa do artromotor (Moreira, Flamínio e Grilo, 2020). Realiza apenas no turno da manhã.
- Exercícios isotónicos no leito:
- Executa mobilização ativa/assistida de flexão/extensão da articulação coxofemoral e flexão/extensão da articulação do joelho. Em decúbito dorsal com os membros inferiores em extensão, o Sr. Pedro inicia o movimento de flexão da articulação coxofemoral com elevação do calcanhar do leito e é assistido a completar o movimento de flexão do joelho

e da coxofemoral, de acordo com tolerância. Regressa à posição inicial realizando a extensão do joelho e da articulação coxofemoral (Moreira, Flamínio e Grilo, 2020). Realiza 2 séries, 10 repetições, no turno da manhã.

- Executa mobilização ativa/assistida de abdução da articulação coxofemoral. O Sr. Pedro mantém o decúbito dorsal, inicia o movimento de abdução da articulação coxofemoral e é assistido a completar o movimento de abdução. Ao regressar à posição inicial é assistido a completar o movimento de adução até à linha média (Leitão et al, 2022). Realiza 2 séries, 10 repetições, no turno da manhã.
- Executa mobilização ativa/assistida de flexão/extensão da articulação tibiotársica. O Sr. Pedro posicionado em decúbito dorsal, com os membros inferiores em extensão e a articulação tibiotársica num ângulo de 90º, inicia o movimento de flexão plantar "como se estivesse a pisar no acelerador do carro" e é assistido a completar o movimento, de acordo com tolerância (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Realiza 2 séries, 10 repetições, no turno da manhã. Mantendo o decúbito dorsal inicia o movimento de flexão dorsal, "puxar os dedos do pé para si" e é assistido a completar o movimento, de acordo com tolerância (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Realiza 2 séries, 10 repetições, no turno da manhã.
- Executa mobilização ativa/assistida de eversão/inversão da articulação tibiotársica. O Sr. Pedro posicionado em decúbito dorsal, com os membros inferiores em extensão e a articulação tibiotársica num ângulo de 90º, inicia o movimento de eversão da articulação tibiotársica, rodar o pé no sentido do leito e é assistido a completar o movimento. Depois é assistido a completar o movimento de inversão da articulação tibiotársica, de acordo com tolerância. (Moreira, Flamínio e Grilo, 2020). Realiza 2 séries, 10 repetições no turno da manhã.
- Exercícios na cadeira:
- O Sr. Pedro sentado na cadeira executa mobilização ativa de extensão do joelho e flexão da articulação coxofemoral, coloca o membro inferior direito, atrás do membro intervencionado para auxiliar no movimento. Realiza o movimento de extensão do joelho mantendo a extensão cerca de 5 segundos e retorna à posição inicial, controlando o movimento de descida do membro (Han et al, 2015).
- Mantendo-se sentado, mas na beira da cadeira, Sr. Pedro, realiza o movimento de flexão/extensão da articulação do joelho, com o pé apoiado um pequeno skate que facilita o o deslizamento do pé, devendo manter o movimento de flexão cerca de 5 segundos (Han et al, 2015). Deve realizar este exercício 2x dia, 10 repetições.
- O Sr. Pedro sentado na cadeira executa mobilização ativa de extensão do joelho e flexão da articulação coxofemoral, com recurso a faixa elástica. Quando atinge extensão completa da articulação do joelho e flexão da articulação coxo-femural a 90º (se tolerar), deve realizar contração do quadricípite, alongamento do isquiotibial e flexão dorsal da articulação tibiotársica, com auxilio da faixa elástica. Deve manter a a contração 5 segundos e retorna à posição inicial, controlando o movimento de descida do membro com a faixa elástica (Luthi, Pereira e Jolles, 2015). Deve realizar este exercício 2x dia, 10 repetições.
- Exercícios de pé:
- Na posição de pé com as mãos apoiadas na barra da cama, o Sr. Pedro deve manter a articulação coxofemoral estável com uma amplitude articular de 0°, deve executar o

movimento de flexão do joelho na maior amplitude de movimento articular que tolerar (Han et al, 2015). Deve realizar este exercício 2x dia, 10 repetições.
- Executar mobilização passiva articular instrumental do joelho esquerdo, com recurso a artromotor e duração de 50 minutos. O Sr. Pedro cumpriu a mobilização com 90° de flexão e 0° de extensão, que tolerou. O Sr. Pedro foi instruído a realizar contração isométrica do quadricípite na extensão da articulação do joelho, na pausa do artromotor (Moreira, Flamínio e Grilo, 2020). Realiza apenas no turno da manhã.

Treinar exercícios músculo-articulares
- Foram realizados duas series dos exercícios, com 10 repetições no turno da manhã e no turno da tarde.

Instruir a transferir-se
- Sentar na cadeira:
- As transferências devem realizadas com canadianas e deve sentir os membros inferiores encostados à cadeira ou cama, antes de sentar. Retira a canadianas e executa o procedimento de sentar (Marques-Vieira & Sousa, 2017).
- Entrar e sair do carro:
- Sentar-se no banco do carro com os membros inferiores de fora. Rodar os membros inferiores para dentro e manter o membro intervencionado em extensão. Para sair do carro deve realizar o movimento inverso (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Instruir a andar
- As canadianas foram ajustadas ao Sr. Pedro na posição ortostática, estando o apoio inferior afastado 15 cm do bordo lateral dos dedos do pé, a pega da canadiana ao nível do grande trocanter e o cotovelo a 20°/30° de flexão (Malta et al, 2017).
- Marcha em plano: Avançar as duas canadianas. Avançar o membro inferior esquerdo até ao nível das canadianas. Avançar o membro inferior direito. Mudar de direção, virando-se para o lado não intervencionado (Marques-Vieira & Sousa, 2017).
- Subir Escadas: Avançar o membro inferior direito. Avançar o membro inferior esquerdo. Avançar as duas canadianas (Marques-Vieira & Sousa, 2017).
- Descer Escadas: Avançar as duas canadianas. Avançar o membro inferior esquerdo. Avançar o membro inferior direito (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Instruir a erguer-se
- Para erguer-se da cama deve estar sentado com os pés bem apoiados no chão, colocar as duas mãos apoiadas na cama e junto ao corpo e inclinar o tronco para a frente. Manter o membro inferior esquerdo em extensão e exercer força no membro inferior direito e nos membros superiores. Para erguer-se da cadeira deve estar sentado numa cadeira alta, com apoio de braços e os pés bem apoiados no chão, colocar as duas mãos no apoio de braços e inclinar o tronco para a frente. Manter o membro inferior esquerdo em extensão e exercer força no membro inferior direito e nos membros superiores (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Ensinar sobre regime de exercício
- Combinar a educação com o regime de exercícios tem-se verificado mais eficaz na

reabilitação (Goff e Elkins, 2021). Foram explicados, exemplificados e treinados todos os exercícios passíveis de executar de forma autónoma, a razão porque os executa e as alternativas para situações de maior dor ou dificuldade, como por exemplo diminuir a velocidade de execução, fazer pausas, manter um ritmo constante ou substituir por outro com menor grau de dificuldade (Hiraga et al, 2022).

- Realizado ensino de exercícios isométricos no leito, que o Sr. Pedro pode realizar de forma autónoma: contração isométrica dos glúteos, quadricípite e isquiotibiais (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Deve realizar 2x dia, 10 repetições, mantendo a contração do músculo 5segundos (Santos, 2021).
- Realizado ensino de exercícios isotónicos no leito, que o Sr. Pedro pode realizar de forma autónoma: exercícios ativos de flexão/extensão da articulação coxofemoral associadas à flexão/extensão da articulação do joelho, abdução/adução da coxofemoral, flexão plantar/flexão dorsal da articulação tibiotársica (Marques-Vieira & Sousa, 2017). A amplitude de movimento realizada é a tolerada pelo Sr. Pedro, de forma ativa, mantendo o score de dor suportável. Deve realizar 2x dia, 10 repetições (Santos, 2021).
- Realizado ensino de exercícios isotónicos na cadeira, que o Sr. Pedro pode realizar de forma autónoma: exercícios ativos de flexão da articulação coxofemoral associados à extensão da articulação do joelho com apoio do membro inferior direito (Han et al, 2015). Deve realizar 2x dia, 10 repetições (Santos, 2021).
- Sentado na beira da cadeira o Sr. Pedro pode realizar de forma autónoma: flexão/extensão da articulação do joelho (Han et al, 2015) com recurso a mini skate. Foi instruído a realizar o exercício sem recurso a qualquer dispositivo, de acordo com tolerância e grau de dificuldade. Deve realizar 2x dia, 10 repetições (Santos, 2021).

Instruir a tomar banho

- Tomar banho sentado, com recurso a cadeira de banho ou banco antiderrapante. Para entrar na base de chuveiro, deve entrar primeiro com o membro inferior direito. Para sair deve manter o membro inferior esquerdo em extensão (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Para vestir a roupa na parte inferior do corpo, primeiro veste o membro inferior esquerdo e depois o direito. Para despir a parte inferior do corpo, primeiro despe a roupa do membro inferior direito e de seguida o membro inferior esquerdo (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Instruir a vigiar a pressão sanguínea

- Foram realizados ensinos para vigiar diariamente a tensão arterial, após regresso ao domicílio e registar em caderneta própria que foi facultada. Foi instruído a marcar consulta no médico assistente para diagnóstico (DGS, 2013).

Ensinar sobre hipertensão

- O diagnóstico de hipertensão deve ser realizado pelo médico assistente, com recurso a exames para o efeito. Contudo valores de tensão arterial de 140/90mmHg em ambiente de internamento ou consulta, são definidos como hipertensão arterial (DGS, 2013).
- A manutenção de valores elevados no decorrer do internamento, justificam a necessidade

de manter uma avaliação diária no domicílio, com registo dos valores obtidos e consulta com médico assistente logo se possível (DGS, 2013).

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Os benefícios dos exercícios contemplados no plano de reabilitação, estão comprovados por diversos estudos, mas é indispensável a adesão (Goff e Elkins, 2021), por parte do Sr. Pedro, para posteriormente intervir de forma autónoma e consciente na gestão do regime de exercício. A motivação, a falta de tempo e as condições ambientais são fatores que dificultam a adesão ao regime de exercício, independentemente dos níveis de supervisão, individualização e progressão demonstrados no início do plano de reabilitação (Hiraga et al, 2022). Na mesa linha de pensamento Goff e Elkins (2021), descrevem que a presença física e a qualidade da relação terapêutica facilitam a adesão ao regime de exercício, que consequentemente permite evoluir para a autogestão desse mesmo regime de exercícios.

Instruir a usar sanitário

- Colocar o membro inferior esquerdo em extensão antes de se sentar. Apoiar as mãos nas barras e baixar o corpo lentamente, exercendo força nos membros superiores (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Não deve aplicar água diretamente no penso da ferida cirúrgica, nem ser o próprio a executar o tratamento à ferida cirúrgica, devendo recorrer aos cuidados de enfermagem do centro de saúde, no intuito de prevenir complicações como infeção do local cirúrgico (Silva et al, 2023).
- A crioterapia tem um efeito analgésico, contribuindo para a redução do edema e da inflamação local. Também apresenta um efeito anestésico local e temporário, reduzindo a sensação de dor. Aplicar crioterapia pelo menos 3xdia por períodos de 20 minutos e após realização dos exercícios músculo-articulares (Ni et al, 2015).
- Alternar períodos de repouso com períodos de exercícios e marcha, reduz o edema do joelho e permite um controlo da dor (Mistry et al , 2016).

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- As feridas cirúrgicas podem desenvolver sinais de infeção e deiscência da sutura. Devem ser vigiados sinais como dor, calor, rubor e edema do joelho esquerdo no intuito de detetar precocemente um processo inflamatório ou infecioso (Tavares et al, 2022).

Ensinar sobre complicações da hipertensão

- A Hipertensão está associada a complicações como acidente vascular cerebral, patologia cardíaca e insuficiência renal, sendo crucial manter os valores de tensão arterial controlados de acordo com a situação clínica da pessoa (DGS, 2013).
- A Hipertensão Arterial é também um fator de risco, fortemente associado ao desenvolvimento de infeção do local cirúrgico (Yang et al., 2020).

Instruir a sentar-se

- Sair da cama pelo lado esquerdo. Mover o corpo para a beira da cama, mantendo o alinhamento do corpo com os membros inferiores. Com recurso ao trapézio elevar o

tronco para a posição de sentado. Apoiar os membros superiores na cama e em extensão e rodar o tronco para aposição de sentado na beira da cama, mantendo o membro inferior esquerdo em extensão (Marques-Vieira & Sousa, 2017).
- Para sentar na cadeira deve sentir os membros inferiores tocar no assento da cadeira, pousar as canadianas, manter o membro inferior esquerdo em extensão, apoiar as mãos nos braços da cadeira e exercer força nos membros superiores e no membro inferior direito para sentar lentamente (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício
- O Sr. Pedro encontra-se consciente do seu processo de transição e motivado na sua reabitação funcional, por consequinte cumpre o treino de exercícios músculo-articulares no turno da manhã e gere de forma autónoma, o outro momento do dia para realizar os exercícios propostos de forma autónoma, conseguindo adaptar o exercício à sua condição no momento da execução.

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico
- Realizado exercícios de sentar/levantar da cadeira (Coelho, 2017). Deve realizar 2 séries, 10 repetições, de acordo com tolerância.

3.8. Síntese relativa ao caso

O EEER é por excelência um profissional com competências acrescidas e um papel primordial na prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos. Para tal, avalia a funcionalidade da pessoa e diagnostica alterações que podem determinar limitações da atividade e incapacidades em diversas áreas, particularizando-se, neste caso, o processo neuromuscular e autocuidado. Após identificar as alterações no caso clínico do Sr. Pedro, foram concebidos planos de intervenção com o objetivo de otimizar e reeducar as funções corporais e promover as capacidades adaptativas, tendo em vista o autocontrolo e autocuidado no processo de transição saúde/doença. O plano de exercícios implementado nos dois momentos de contacto, foi adaptado às capacidades e recuperação funcional do Sr. Pedro, com enfoque no fortalecimento muscular, aumento da amplitude de movimento, ganhos no equilíbrio, autonomia nos autocuidados, na capacidade de marcha e na autogestão do regime de exercício.

No primeiro contacto, recorrendo à Medical Research Council (MRC), foi avaliada a força muscular no membro inferior direito e no membro inferior esquerdo, em todas as articulações e movimentos. Enquanto o membro inferior direito apresentava um movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência adicional aplicada (força 5), em todas as articulações e movimentos, o membro inferior esquerdo apresentava um movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência (força 3) ou um movimento ativo contra a gravidade, e contra uma

resistência mínima aplicada (força 4). No segundo contacto foi aplicada novamente a MRC, no sentido de avaliar a força muscular após implementação dos exercícios de reabilitação. A tabela 2, reflete a avaliação da força muscular, por segmento muscular e permite visualizar os ganhos obtidos relativamente ao movimento de flexão e extensão da articulação coxofemoral e do joelho. A classificação de força 3/4, reflete um movimento ativo contra a gravidade e contra alguma resistência adicional, mas que não é igual à resistência mínima adicional aplicada nos restantes movimentos.

Segmentos	Movimentos	Avaliação da Força Muscular		
Membro Inferior		Direito	Esquerdo (1ª avaliação)	Esquerdo (2ª avaliação)
Coxo-femural	Flexão	5	3	3/4
	Extensão	5	3	3/4
	Adução	5	4	4
	Abdução	5	4	4
	Rotação Interna	5	-	-
	Rotação Externa	5	-	-
Joelho	Flexão	5	3	3/4
	Extensão	5	3	3/4
Tibio-társica	Flexão Plantar	5	4	4
	Flexão dorsal	5	4	4
	Inversão	5	4	4
	Eversão	5	4	4

Tabela 2 - Avaliação da Força Muscular (MRC) do Sr. Pedro

O plano de exercícios também contemplou ganhos no que concerne à amplitude de movimento. A execução de mobilizações passivas e ativas/assistidas e ativas e o recurso ao artromotor, contribuíram para o aumento da amplitude de movimento, destacando a flexão do joelho e da articulação coxofemoral. A tabela 3, permite uma visualização clara e objetiva da amplitude de movimento, nas articulações coxofemural, do joelho e tibiotársica em ambos os membros inferiores, nos dois momentos que contemplaram a prestação de cuidados especializados. No que respeita à amplitude de movimento obtiveram-se ganhos no movimento de flexão da articulação coxo-femoral e do joelho, e o objetivo de atingir uma amplitude de movimento de 90º na flexão do joelho, foi concretizada, assim como a extensão completa da articulação do joelho, reduzindo a possibilidade de flexo do joelho, contribuindo assim para uma marcha eficaz e sem dor.

Segmentos	Movimentos	Avaliação da amplitude de movimento		
Membro Inferior		Direito	Esquerdo (1ª avaliação)	Esquerdo (2ª avaliação)
Coxo-femural	Flexão	120º	90º	100º
	Extensão	0º	0º	0º
	Adução	10º	10º	10º
	Abdução	40º	40º	40º
	Rotação Interna	30º	-	-
	Rotação Externa	35º	-	-
Joelho	Flexão	130º	70º	90º
	Extensão	0º	0º	0º
Tibio-társica	Flexão Plantar	45º	40º	40º
	Flexão dorsal	20º	20º	20º
	Inversão	35º	35º	35º
	Eversão	15º	15º	15º

Tabela 3 - Avaliação da amplitude articular do Sr. Pedro, com recurso a goniómetro

A avaliação do equilíbrio com recurso à escala de equilíbrio de Berg, permite obter um score que classifica o equilíbrio. Neste sentido a tabela 4, representa a aplicação da escala de equilíbrio de Berg, ao caso clínico do Sr. Pedro, em dois momentos distintos, sendo o score do 1º momento de avaliação de 34 e de 38 no 2º momento, que contempla a 2ª avaliação. Os scores obtidos refletem que o Sr. Pedro apresenta um equilíbrio aceitável, sugere a utilização de um auxiliar de marcha, que neste caso clínico são as canadianas. Mesmo com o uso de canadianas, os scores obtidos permitam classificar um ganho no equilíbrio. De ressalvar que um item da escala não foi avaliado em nenhum dos momentos, porque até ao momento da alta clínica, o Sr. Pedro mantinha indicação clínica para carga parcial no membro intervencionado. Neste seguimento só o segundo momento contemplou a execução de exercícios de equilíbrio, permitindo concluir que o ganho de força muscular, contribuiu para um melhor controlo neuromuscular e consequentemente melhorou o equilíbrio.

Tarefa	Instrução	1ª Avaliação	2ª Avaliação
1. Da posição de sentado para a posição de pé	Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte	**(2)** Capaz de levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas.	**(3)** Capaz de levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos.
2. Ficar em pé sem apoio	Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.	**(3)** Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.	**(4)** Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
3. Sentado sem apoio nas costas	Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos	**(4)** Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	**(4)** Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
4. Da posição de pé para a posição de sentado	Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos	**(3)** Controla a descida utilizando as mãos.	**(3)** Controla a descida utilizando as mãos.
5. Transferências	Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot".Foi utilizada uma cadeira com braços e uma sem braços.	**(3)** Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.	**(3)** Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
6. Ficar em pé com os olhos fechados	Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos	**(4)** Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	**(4)** Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
7. Ficar em pé com os pés juntos	Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar	**(2)** Capaz de posicionar os pés juntos, de forma independente, e permanecer por 30 segundos.	**(2)** Capaz de posicionar os pés juntos, de forma independente, e permanecer por 30 segundos.
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	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.)	**(2)** Pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.	**(3)** Pode avançar à frente mais que 12 cm com segurança.
9. Apanhar um objeto do chão	Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés	**(2)** Incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.	**(3)** Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
10.Virar-se para olhar para trás	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 16 colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação	**(3)** Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.	**(3)** Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
11. Dar uma volta de 360 graus	Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta	**(2)** Capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.	**(2)** Capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco 4 vezes	Não foi avaliado	Não foi avaliado
13.Ficar em pé com um pé à frente do outro	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)	**(2)** Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	**(2)** Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
14. Ficar em pé sobre uma perna	Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior de tempo possível	**(2)** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou4 segundos	**(2)** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou4 segundos

Tabela 4 - Avaliação do equilíbrio do Sr. Pedro - Escala de Equilíbrio de Berg

Com o objetivo de promover a autonomia do Sr. Pedro nos autocuidados transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se/ despir-se e andar, foram realizados ensinos, executadas e treinadas técnicas e exercícios que contribuíram para uma melhoria da sua funcionalidade e prevenção de complicações inerentes à cirurgia. Com recurso à escala de Barthel, foram realizadas duas avaliações, nos dois momentos já descritos, que se encontram espelhados na tabela 5. Se na 1ª avaliação o score de 70, reflete um grau de dependência moderado, na avaliação realizada no dia da alta clínica, o score de 95, traduz um grau de dependência ligeiro. Ao comparar os scores obtidos, é percetível um ganho de autonomia na realização dos autocuidados, mesmo com recurso ao uso de canadianas, como auxiliar de marcha.

Autocuidado	1ª Avaliação	2ª Avaliação
1. Alimentação • Independente.....10 • Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos).....5 • Dependente.....0	10	10
2.Transferencia • Independente.....15 • Precisa de alguma ajuda.....10 • Necessita de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....5 • Dependente.....0	10	15
3.Toalete • Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....5 • Dependente, necessita de alguma ajuda.....0	5	5
4.Utilização de WC • Independente.....10 • Precisa de alguma ajuda.....5 • Dependente.....0	5	10
5.Banho • Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....5 • Dependente, necessita de alguma ajuda.....0	0	5
6.Mobilidade • Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....15 • Caminha menos de 50 metros, com ajuda parcial.....10 • Independente, em cadeira e rodas, pelo menos 50 metros incluindo esquinas..5 • Imóvel.....0	10	10
7.Subir e Descer Escadas • Independente, com ou sem ajudas técnicas.....10 • Precisa ajuda.....5 • Dependente.....0	5	10
8.Vestir • Independente.....10 • Com ajuda.....5 • Impossível.....0	5	10
9.Controlo Intestinal • Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....10 • Acidente ocasional.....5 • Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....0	10	10
10.Controlo Urinário • Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....10 • Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....5 •Incontinente ou algaliado, sendo capaz de manejar a algália sozinho.....0	10	10
TOTAL	**70**	**95**

Tabela 5 - Avaliação do Grau de Dependência no Autocuidado do Sr. Pedro - Escala de Barthel

Em relação ao andar, foi concretizado o objetivo do Sr. Pedro ser autónomo na marcha, uma vez que demonstrou uma marcha eficaz e segura em superfície plana e a subir/descer escadas, com recurso a canadianas. O Sr. Pedro no pós-operatório apresentou valores tencionais elevados, sendo necessário recorrer à administração de captopril em SOS, para controlo dos valores. Também foram realizados ensinos no sentido de esclarecer o conceito e complicações de hipertensão e promoção da capacidade de autogestão da tensão arterial. O Sr. Pedro demonstrou aquisição de conhecimento sobre hipertensão e complicações, assim como capacidade de vigilância dos valores de tensão arterial, com registo em livro próprio. A avaliação da dor é algo subjetivo e pessoal, neste sentido o recurso a escalas de avaliação da

dor, contribuem para uniformizar a avaliação. Assim, para avaliar o 5º sinal vital, foi aplicada a Escala Analógica Visual (EVA), como demonstrado na figura 3. No primeiro momento de avaliação o Sr. Pedro identificou na EVA uma dor 4, sendo necessário administrar analgesia em SOS, de acordo com prescrição. Após uma hora foi reavaliada e o Sr. Pedro referiu que a dor diminuiu, e classificou-a no nível 2, o que permitiu iniciar o plano de reabilitação, com a execução de exercícios isométricos. No 2º momento de prestação de cuidados, o nível de dor manteve-se no nível 2, traduzindo assim uma dor controlada que não condicionou a execução do plano de reabilitação e não exigiu a administração de analgesia em SOS, para além da administrada no primeiro momento.

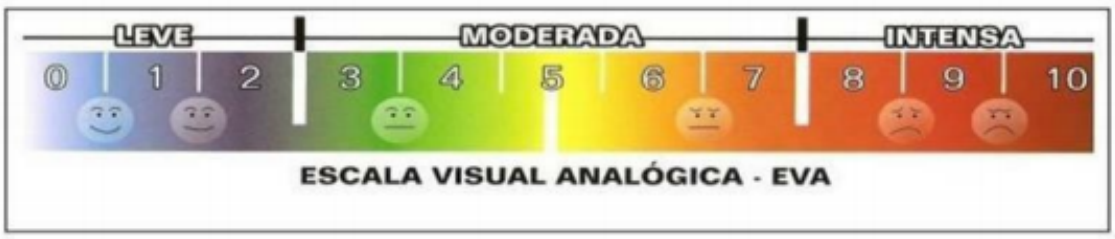

Figura 3- Avaliação da dor do Sr. Pedro- Escala Visual Analógica (EVA)

No presente caso clínico, o Sr. Pedro para além de manifestar literacia em saúde, demonstrou motivação e capacidade de aprendizagem, facilitando o processo de educação para a saúde, mais concretamente os exercícios isotónicos e isométricos, que eram parte integrante do seu plano de reabilitação. A capacitação da realização dos exercícios foi importante, mas o envolvimento no seu processo de reabilitação foi crucial. O Sr. Pedro demonstrou competências de autogestão do regime de exercícios, tal significa que reconheceu os seus limites e adequou os conhecimentos adquiridos sobre os exercícios à sua condição momentânea, permitindo maximizar a sua funcionalidade durante o internamento. O envolvimento ativo do Sr. Pedro no seu processo de recuperação, permitiu que os exercícios passíveis de serem cumpridos de forma autónoma, foram realizados na ausência do EEER e para além de contribuir favoravelmente na capacitação da pessoa para realização do autocuidados de forma autónoma, foi essencial no desenvolvimento do processo de autogestão do regime de exercício.

O Sr. Pedro teve alta clínica para o domicílio com orientação para Medicina Física de Reabilitação e cuidados à ferida cirúrgica no Centro de Saúde de referência. No momento da alta clínica o Sr. Pedro encontrava-se adaptado às canadianas, demonstrando uma marcha segura e autónoma, em relação à autogestão do regime de exercício, foram consideradas as suas expetativas em relação ao seu processo de reabilitação, desenvolvidos conhecimentos e capacidades que permitiram a execução do plano de exercícios com segurança, motivação e a sua replicação no domicílio.

Assim, no sentido de manter o processo de reabilitação, a continuidade dos cuidados prestados e a aquisição de conhecimento para prevenção de quedas no domicílio, no capítulo seguinte

será abordada a família do caso I.

4. FAMÍLIA DO CASO I

Neste capítulo reflete-se sobre a família e a sua reorganização familiar necessária para receber a pessoa submetida a artroplastia total do joelho. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação decorreu no internamento hospitalar e contemplou a preparação da alta clínica.

4.1. Enquadramento teórico

A conceito de família percecionou uma evolução histórica, realçando a sua importância social e acréscimo de princípios, como a igualdade e de valores como os afetos. Este processo de modernização apresenta impacto nas formas familiares, isto é, na dimensão e tipo de família, assim como no agregado doméstico onde as pessoas se inserem (Pedroso, Casaleiro e Branco, 2011). Caracterizar uma família pode ser demasiado redutor, principalmente se englobar apenas os elementos que partilham um espaço comum. A classificação da família é complexa e a literatura relata uma caracterização assente em três dimensões, nomeadamente a estrutura e dinâmica global, a relação conjugal e a relação parental, tal valoriza a parametrização estrutural e relacional (Caniço et al, 2010). Em concordância com o descrito Silva et al (2019), descreve que a família moderna envolve uma pluralidade, pois engloba famílias monoparentais e homoafetivas, assente no suporte emocional e nos laços afetivos. É igualmente importante compreender se a família se define como funcional ou não, isto é, os limites entre os elementos devem ser claros, e as ligações entre os elementos sólidos, permitindo que o "chefe" seja bem aceite por todos. A função de "chefe" está associada à coordenação do grupo, impondo autoridade sem autoritarismo, apenas gere os interesses comuns e promove a autonomia e responsabilidade de cada elemento (Caniço et al, 2010). Atualmente, a família é muito mais que a evolução da relações entre elementos que coabitam, é a valorização das interações familiares com os membros que a compõem, com os sistemas exteriores que incluem pessoas e grupos, como amigos, vizinhos e a comunidade e ainda os contextos, como crises económicas ou guerras (Figueiredo, 2012).

O EEER é um profissional dotado de competências, conhecimentos e experiências que visam a promoção da transição do processo saúde/doença da pessoa que se encontra integrada na família, tal significa que a condição de saúde de uma pessoa afeta todos os elementos da família. Neste seguimento, o EEER enquanto prestador de cuidados intervém na educação para a saúde à pessoa e à sua família, envolvendo deste modo a família no planeamento da alta com

o objetivo de manter a continuidade dos cuidados, facilitar a reintegração da pessoa na família e na comunidade, proporcionando assim o direito à dignidade e qualidade de vida (Correia, Martins e Barroso, 2021).

No caso clínico em estudo e com base na informação recolhida durante a prestação de cuidados, a família do Sr. Pedro apresenta-se como uma família nuclear funcional, na qual existe uma união entre duas pessoas, com uma linha de descendência. Neste caso particular, embora o casal tenha uma filha em comum, a Teresa, esta já constituiu família, pelo que no momento do contacto o Sr. Pedro vivia apenas com a D. Manuela, na mesma residência.

Perante o exposto, considerou-se adequado representar o genograma, figura 4 e o ecomapa da família do Sr. Pedro, figura 5, permitindo assim uma visualização gráfica simples e objetiva das relações familiares, assim como a interação da família com o meio que a rodeia. O genograma esquematiza três gerações familiares e representa os relacionamentos e comportamentais dos membros da família e a forma com os padrões hereditários impactam na vida de cada elemento da família (McGoldrick, Gerson & Petry, 2012). Na família do Sr. Pedro todos os elementos se unem por laços relacionais muito fortes, estabelecendo limites claros entre os mesmos, o que permite a troca de influências entre os distintos elementos da família. Em relação à família extensiva: composta pela filha única do casal, a Teresa, o seu marido André e filho de 2 anos, o Gonçalo, os laços familiares mantém-se igualmente muito fortes, entre todos os elementos. O familiar de referência do Sr. Pedro é a esposa, que será o seu apoio no domicílio após a alta hospitalar, mas a filha que vive a cerca de 10Km de distância dará apoio sempre que necessário.

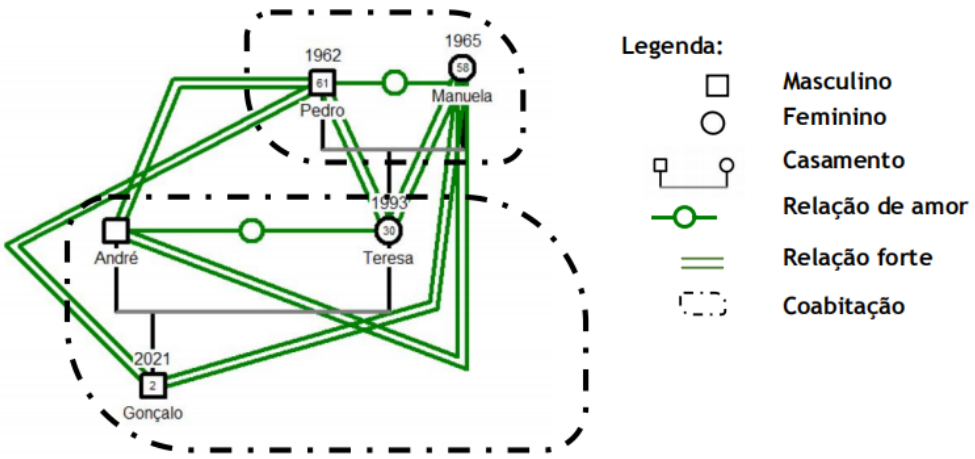

Figura 4: Genograma da Família do Sr. Pedro

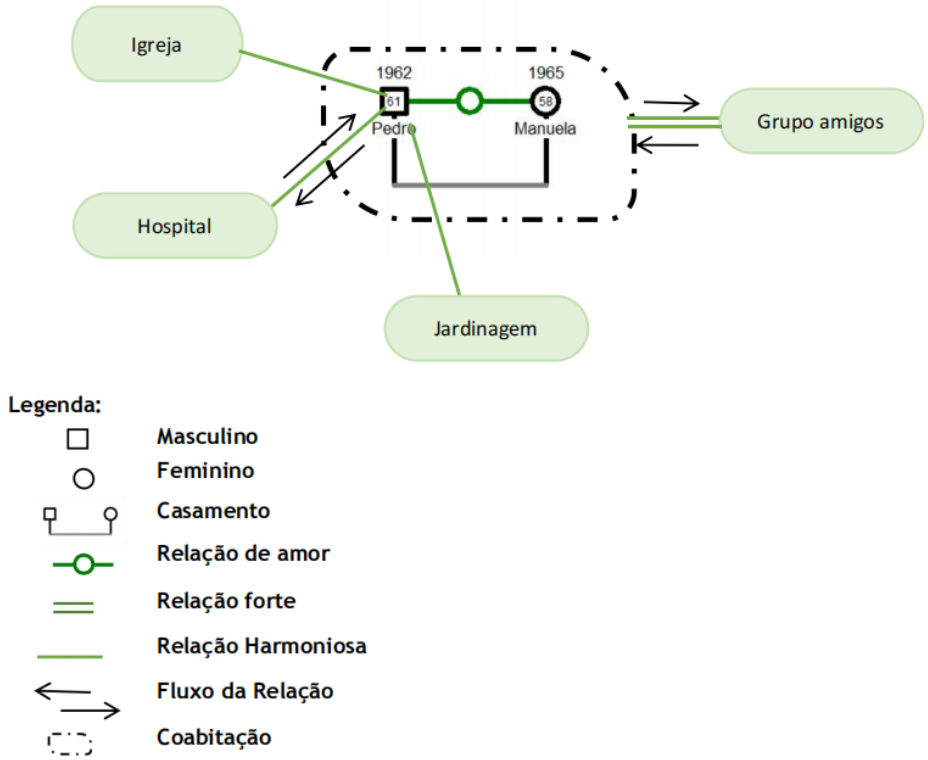

Figura 5: Ecomapa da Família do Sr. Pedro

Por outro lado o ecomapa é uma representação esquemática do indivíduo, a família ou grupo no seu contexto ambiental, o que permite uma visão da unidade familiar em relação à comunidade (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012). O Sr. Pedro reformado à 4 anos, mantinha uma ligação muito forte com um grupo de amigos e gostava muito de passar o seu dia a jardinar, atividade que deixou de realizar pelo dor associada à gonartrose. Gostava igualmente de frequentar a igreja na companhia da esposa, mas reduziu as idas à missa pelo desconforto e dor que sentia. Também era seguido nas consultas de Dermatologia, que cumpria religiosamente, mantendo um relação harmoniosa coma equipa de profissionais que o acompanhava.

Família com pessoa submetida a artroplastia total do joelho e intervenção do EEER

Compreender a constituição familiar, as suas relações e as condições estruturais da habitação, permite elaborar um plano de intervenção adequado à dinâmica da familiar do Sr. Pedro. Cuidar de pessoas com dependência, implica uma aprendizagem contínua e sistemática que contribuem para a segurança do cuidado e para que este processo possa decorrer com sucesso é importante avaliar as características do cuidador e a relação estabelecida entre ambos, sendo os fatores contextuais condicionantes do mesmo (Freitas Costa e Alvarez, 2022). O nível de envolvimento e as funções delegadas para cada cuidador podem variar conforme a necessidade da pessoa cuidada (Ferreira, Isaac e Ximenes, 2018). É competência do EEER avaliar a família e o espaço habitacional no sentido de conceber planos de intervenção, que visam a educação para a saúde e a capacitação da família, promoção da autonomia nos autocuidados, prevenção

de complicações, reintegração e participação social (DR, 2019). Posto isto, é percetível a importância da família e a parceria do cuidar com o EEER, na promoção de ambientes promotores da independência, autonomia e funcionalidade.

O regresso a casa é a base de uma vida satisfatória, mas também um momento de ansiedade, pelos desafios que a transição para a comunidade envolve (Everink et al, 2016). Assim, um plano de cuidados adequado à família do Sr. Pedro é a chave para uma reintegração com sucesso.

Barreiras arquitetónicas

A identificação de possíveis barreiras arquitetónicas na habitação e o reforço de cuidados na prevenção de quedas, esteve na base da promoção de um ambiente seguro e adequado à continuidade dos cuidados após alta clínica. As adaptações recomendadas incluem a utilização de auxiliar de marcha, evitar camas muito altas, retirar tapetes soltos, ou fixar com tela antiderrapante, substituir ou compor móveis instáveis, instalar corrimão nas escadas e faixas antiderrapantes nos degraus, aplicação de iluminação adequada para o período noturno, aplicar barras de apoio na sanita e chuveiro (Santos et al, 2021). O EEER é detentor de competências que visam a prescrição de produtos de apoio, como canadianas, ajudas técnicas e dispositivos de compensação, a identificação de barreiras arquitetónicas e gestão de circunstâncias ambientais, que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados às alterações funcionais (DR, 2019). No caso clínico em estudo, foram identificadas algumas barreiras que potenciavam o risco de queda, como a presença de tapetes que não se encontravam fixos, de vasos decorativos no corredor e vários degraus no acesso à habitação.

4.2. Clientes

Cliente

Família

Família

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Família nuclear.

02-10-2023 08:00 - Família sem filhos.
02-10-2023 08:00 - Ausência de animais domésticos.
06-10-2023 08:00
06-10-2023 08:00 - Família nuclear.
06-10-2023 08:00 - Família sem filhos.
06-10-2023 08:00 - Ausência de animais domésticos.

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2023 08:00	Edifício residencial	

4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O EEER é detentor de competências específicas no âmbito da capacitação da pessoa com limitação da atividade e da maximização da funcionalidade, recorrendo a técnicas e tecnologias específicas para intervir na sua educação e das pessoas significativas, no contexto de planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2019). Importa munir a pessoa e os seus familiares de conhecimentos e competências que lhes permitam gerir a sua recente condição de saúde, permitindo uma adaptação facilitadora à mesma, o que inclui a adaptação do ambiente físico, em detalhe o edifício residencial, à nova condição funcional da pessoa.

O reconhecimento das condições do edifício residencial, permite a realização de propostas de intervenção organizacional, com o propósito do Sr. Pedro ter acesso a todas as divisões da habitação, de forma segura e o mais independente possível. De salientar que as propostas devem ser no menor número possível, no sentido de minimizar as alterações na dinâmica e ambiente familiar.

4.4. Conceção de Cuidados

Edifício residencial
02-10-2023 08:00
02-10-2023 08:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.
02-10-2023 08:00 - Edifício residencial com abastecimento de água.

02-10-2023 08:00 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.
02-10-2023 08:00 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .
02-10-2023 08:00 - Edifício residencial sem espaço próprio para englobar pessoa doente/idosa com possibilidade de adequar.

02-10-2023 08:00 - Promover o processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

02-10-2023 08:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
06-10-2023 08:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre condições do edifício residencial

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre condições do edifício residencial
02-10-2023 08:00 - Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

02-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.
06-10-2023 08:00 - Edifício residencial com abastecimento de água [MANTEVE].
06-10-2023 08:00 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.
06-10-2023 08:00 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .
06-10-2023 08:00 - Edifício residencial com espaço adequado para englobar pessoa doente/idosa .

4.5. Especificação das intervenções

Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

- Remover os tapetes dos quartos e corredor ou aplicar tela antiderrapante, no sentido de evitar quedas. Remover os vasos decorativos do corredor, proporcionando um espaço mais amplo sem obstáculos. Utilizar a casa de banho com chuveiro, recorrendo a cadeira de banho ou banco antiderrapante. Foi sugerido a aplicação de barras de apoio no chuveiro. Para usar os 15 degraus de acesso da garagem ao piso superior deve aplicar corrimão nas escadas (Santos et al, 2021).

4.6. Síntese relativa ao caso

O EEER detém um papel influente na adaptação às limitações de mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, assim é essencial fornecer conhecimentos e competências à pessoa cuidada e à sua família, para garantir uma gestão adequada da recente condição familiar e uma adaptação facilitadora à mesma. A preparação da alta clínica, para além de envolver o processo familiar, inclui a adaptação e organização do ambiente e edifício residencial à nova condição funcional da pessoa cuidada. O envolvimento da família do Sr. Pedro, mais concretamente da esposa, na identificação das possíveis barreiras arquitetónicas da habitação, que potenciassem o risco de queda, foi fundamental na preparação da alta clínica

Assim, com base na informação fornecida pela família, foi possível planificar intervenções e sugerir a sua implementação, no sentido de manter a continuidade dos cuidados prestados e reduzir risco de complicações. No dia da alta clínica, que coincidiu com o 2º momento de prestação de cuidados especializados o Sr. Pedro e a esposa D. Manuela, referiram que tinham removido os tapetes do quarto e corredor e que se mantiveram o banco antiderrapante no chuveiro, para reduzi o risco de queda, como tinha sido sugerido. Também referiram que nas primeiras semanas a entrada na habitação iria acontecer pelo jardim, no sentido de evitar os 15 degraus de acesso da garagem ao piso superior. A família demonstrou-se recetiva e consciencializada da necessidade de adaptação e adoção de recursos na estrutura residencial, o que facilitou a educação para a saúde relativa às barreiras arquitetónicas e prevenção de quedas no domicílio. Embora se tenham obtido alguns ganhos na prevenção do risco de quedas no domicílio, não foi possível avaliar a implementação de todas as intervenções planeadas, por exemplo no que respeita à aplicação de barras de apoio no chuveiro.

Envolver a família na preparação da alta clínica, por si só é crucial na continuidade da prestação de cuidados, no entanto enquanto futura enfermeira especialista em reabilitação a preparação da alta hospitalar no caso clínico em estudo, permitiu-se consolidar uma consciência profissional relativa ao papel do EEER, que vai muito além da intervenção no momento da prestação de cuidados. Também considero que consolidei com sucesso a capacidade de aplicar e transferir conhecimentos para a prática clínica, nomeadamente à situação familiar do Sr. Pedro, que exigiu pesquisa assente na melhor evidência científica, sobre barreiras arquitetónicas e risco de quedas em ambiente domiciliar.

A intervenção do EEER no processo familiar, em contexto de internamento embora seja fundamental é de certo modo limitador, pois avaliar o contexto familiar e as condições habitacionais “in locu”, é diferenciador no processo de tomada de decisão clínica e elaboração do plano de reabilitação.

5. CASO II

O capítulo que se apresenta reflete a conceção de cuidados através da plataforma e4nursing, de uma pessoa no domicílio, após artroplastia total do joelho a 13/11/2023. Foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, em contexto de ECCI em dois momentos distintos, na 3ª e 4ª semana pós intervenção cirúrgica. Ao longo do capítulo será feita referência ao enquadramento teórico sobre reabilitação na artroplastia total do joelho após alta hospitalar e o papel do EEER na pessoa submetida a artroplastia total do joelho após alta hospitalar.

5.1. Enquadramento teórico

O Sr. Fernando (nome fictício) tem 75 anos de idade, foi submetido a artroplastia total do joelho esquerdo no dia 12/11/2023 e teve alta hospitalar a 17/11/2023 para o domicílio, com referenciação para ECCI. Apenas iniciou plano de reabilitação na 3ª terceira semana após artroplastia total do joelho, por falta de vagas na ECCI. De salientar que no primeiro contacto o Sr. Fernando mantinha a ferida cirúrgica com material de sutura e no segundo contacto, já se encontrava cicatrizada, sem penso oclusivo de proteção.

Como antecedentes pessoais o Sr. Fernando refere hipertensão, dislipidémia, hipoacúsia e colostomia desde 2016. Cumpriu tratamento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia entre 2003 e 2007 por neoplasia do cólon e em 2016 por hérnia abdominal encarcerada foi submetido a intervenção cirúrgica, do qual resultou a colostomia. O Sr. Fernando é acompanhado pelo médico assistente e enfermeiro de família no Centro de Saúde, nas consultas de hipertensão e mantém consultas anuais de cirurgia, no Hospital de referência, pelos antecedentes de neoplasia do cólon. A medicação que cumpre no domicílio é pantoprazol 20mg em jejum, amlodipina 5mg 1xdia, atorvastatina 10mg após o jantar e paracetamol 1000mg em SOS.

Previamente à intervenção cirúrgica o Sr. Fernando já apresentava limitação funcional por dor, refere que já deambulava com auxílio de duas canadianas, mas curtas distância por dor intensa, razão pela qual deixou de realizar a sua caminhada até ao café, onde convivia com amigos de longa data. O Sr. Fernando era membro de um clube de bilhar, que deixou de frequentar quase totalmente, pela impossibilidade de participar nos torneios e ajudar na organização dos mesmos, refere que perdeu a disposição com “tanta dor que sentia” sic. Os amigos de longa data passaram a ir a sua casa todas as semanas e passavam algumas horas a jogar cartas e recordar tempos de juventude. Aos domingos de manhã, tenta sempre acompanhar a sua

esposa à missa e uma vez por mês almoça com os filhos e netos, num almoço de família.

Uma vez descrita a condição de saúde do Sr. Fernando, a sua condição familiar e habitacional, torna-se fundamental aprofundar conhecimentos que permitam fundamentar a tomada de decisão clínica do EEER, com base na melhor evidência científica. À semelhança do estudo de caso 1, o Sr. Fernando foi submetido a uma artroplastia total do joelho esquerdo, bicompartimental, cimentada, com abordagem pararrotuliana interna e preservação dos ligamentos colateral interno e externo. Por já ter sido abordada a pessoa com gonartrose e a temática artroplastia total do joelho no enquadramento teórico do estudo de caso 1, no presente estudo de caso não é pretendido duplicar informação, mas sim dar enfoque à reabilitação na artroplastia total do joelho após alta hospitalar em ambiente domiciliar e ao papel do EEER no processo de reabilitação.

Reabilitação na pessoa submetida a artroplastia total do joelho após alta hospitalar

No que se refere à reabilitação, a melhoria da dor e da funcionalidade articular são mais evidentes nos primeiros três a seis meses após a artroplastia total do joelho, quando os resultados são menos favoráveis estão maioritariamente associados a comorbilidades, obesidade, estilo de vida sedentário, pessoa sem capacidade de marcha pré-cirurgia, alteração da condição cognitiva e inadequado apoio social (Leitão et al, 2022). As condicionantes descritas, interferem na capacidade de adaptação à condição pós-operatória e consequentemente numa menor participação e cooperação na reabilitação após cirurgia, podendo resultar em dor persistente, edema, rigidez articular, diminuição da força do músculo quadricípite, dificuldade na marcha e dependência nos autocuidados (Dash et al, 2017). No que respeita à dor, este é um fator que interfere com a reabilitação, aumentando o risco de tromboembolismo pós-operatório pela imobilidade e redução do movimento articular, que consequentemente limita a capacidade de marcha (Mendes et al, 2017).

No momento da alta clínica hospitalar, pretende-se que a pessoa submetida a artroplastia total do joelho apresente uma amplitude articular de pelo menos 90º de flexão e 0º de extensão, na articulação do joelho intervencionado (Leitão et al, 2022). Para além do movimento articular, é igualmente importante o aumento da força muscular, a aquisição de conhecimentos sobre a sua nova condição de saúde, nomeadamente estratégias adaptativas que potenciam a autonomia nos autocuidados, conhecimento sobre dispositivos terapêuticos e auxiliares recomendados e capacitação para um uso adequado (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Após alta hospitalar é crucial recomeçar a reabilitação o mais precocemente possível, porque cerca de 88% da capacidade funcional e cerca de 60% da força muscular do quadricípite podem ser perdidos no primeiro mês pós-cirurgia (Christensen et al, 2019). Assim, após alta hospitalar, a pessoa submetida a artroplastia total do joelho, deve iniciar o mais precocemente possível um programa de reabilitação, com cerca de 6 a 8 semanas de evolução (Han et al, 2015), com o objetivo de manter a extensão completa da articulação do joelho, manter a mobilidade patelar,

aumentar a amplitude de movimento, desenvolver a força muscular e a capacidade de desempenho dos autocuidados (Marques de Assis et al, 2021). Nesta linha de pensamento, torna-se claro perceber que a reabilitação após alta hospitalar, nesta situação específica para o domicílio, exige uma intervenção de reabilitação incisiva e individualizada a cada situação, no intuito de maximizar a funcionalidade e autonomia, bem como a reinserção social (Moreira et al, 2020).

No que respeita à amplitude articular do joelho, o grau de flexão está relacionado com o sucesso da artroplastia total do joelho e consequentemente com a capacidade de marcha, por exemplo é necessário uma flexão de 65º para a fase de balanço da marcha, 75º a 83º para subir escadas, 85º a 100º para descer escadas, cerca de 93º flexão para sentar uma cadeira, 105º para realizar de forma eficaz transferência da posição sentado para aposição em pé, cerca de 71º a 117º para apanhar objetos do chão e 115º de flexão para atividades diárias como apertar os atacadores dos sapatos (Leitão et al, 2022). A recuperação insuficiente da amplitude articular do joelho, em grau de flexão e em extensão completa pode resultar em rigidez articular, reduzindo a função da artroplastia total do joelho e consequentemente resultar em disfunção permanente da articulação e limitação da qualidade de vida (Kornuijt et al, 2019). No que respeita à situação clínica do Sr. Fernando, a informação clínica dirigida ao EEER, aquando da admissão na ECCI, referia que este apresentava uma amplitude de movimento de flexão do joelho de 90º e de 0º na extensão. Perante estes dados é expetável definir objetivos que contemplem o aumento da força muscular e da amplitude de movimento no decurso da implementação do plano de reabilitação.

Contudo, é indispensável ter em consideração que no regresso ao domicílio ocorre um confronto real das limitações decorrentes da artroplastia total do joelho, com as condições da sua habitação, sendo mais significativo para a pessoa a adaptação dos conhecimentos e estratégias à para sua realidade, só assim o plano de reabilitação pode ser eficaz (Padilla-Góngora et al, 2015). Neste seguimento, a prestação de cuidados de reabilitação no domicílio em contexto de ECCI, demonstra ser uma mais valia na identificação das reais necessidades de adaptação das condições residenciais à implementação do plano de reabilitação, situação que será explorada no capitulo 6, que aborda a família do Dr. Fernando e o edifício residencial.

Num estudo alusivo à reabilitação em ambulatório, o programa de reabilitação é dividido em duas fases, a fase 1 que engloba a 1ª e 2ª semana de prestação de cuidados de reabilitação e a fase 2, que engloba da 3ª à 6ª semana.

Fase 1 (1ª e 2ª semana)

Esta fase do programa de reabilitação dá enfoque à realização de seis exercícios que contemplam o aumento da amplitude articular e no aumento da força muscular, privilegiando a posição deitada e de pé. O exercício descrito para cumprir deitado é em decúbito dorsal, com uma toalha enrolada e colocada debaixo do joelho intervencionado, levantar o calcanhar para

manter a articulação em extensão, e realizar o movimento de empurrar a toalha contra a cama, contendo a extensão do joelho, esse movimento de contração deve manter-se 5 segundos. Outro exercício descrito é sentado numa cadeira realizar o movimento de extensão do joelho e flexão da coxofemoral, colocando o membro inferior contralateral atrás do membro intervencionado, para auxiliar no movimento, mantendo o membro em extensão cerca de 5 segundos e retorna à posição inicial, controlando o movimento de descida do membro. Por último, sentado na beira da cadeira e realizar o movimento de flexão/extensão da articulação do joelho, com o pé apoiado um saco de plástico para permitir o deslizamento do pé, devendo manter o movimento de flexão cerca de 5 segundos (Han et al, 2015).

Fase 2 (3ª e 6ª semana)

Nesta segunda fase o programa de reabilitação está centrado também em seis exercícios, mas que contribuem para o aumento/manutenção da força muscular, aumento da amplitude de movimento da articulação do joelho, com exercícios resistidos, privilegiando a posição sentado e de pé. Um exercício descrito é a pessoa sentada numa cadeira e realizar o movimento de extensão, mantendo a contração cerca de 5 segundos e ao fletir o joelho, realizar o maior grau de flexão que tolera e manter também os 5 segundos. De pé em frente a uma parede uma superfície que permita apoiar as mãos, e o membro intervencionado em cima de um degrau, a pessoa deve inclinar o tronco para a frente e fletir o joelho o máximo que tolerar, sempre com o calcanhar apoiado e o grau de flexão os 5 segundos. Sentado numa cadeira mais alta, pode realizar o movimento de levantar/sentar, tentando distribuir de forma uniforme o peso do corpo. Este exercício pode ser iniciado apenas com 5 repetições, progredindo para as 10 repetições, de acordo com a evolução da pessoa. De ressaltar que o grau de dificuldade do exercício também pode ser aumentado, na medida que se vai trocando para uma cadeira mais baixa. Por último é descrito a realização de um exercício de fortalecimentos dos isquiotibiais, em que a pessoa deve apoiar as mãos numa superfície fixa como uma mesa ou cómoda, e o membro inferior não intervencionado deve suportar o peso do corpo, enquanto o membro contralateral executa o movimento de flexão do joelho sem mobilizar a articulação coxofemoral. Como à semelhança dos restantes exercícios descritos, deve manter essa posição cerca de 5 segundos (Han et al, 2015).

Estudos recentes referem que a reabilitação após artroplastia total do joelho, permite obter uma recuperação adequada e rápida através da execução de um conjunto específico de exercícios físicos individualizados, que exige que sejam realizados corretamente e em várias repetições para atingir os resultados pretendidos (Zhao, Yang e Luo, 2021). No intuito de melhorar os cuidados de reabilitação, pretende-se aliar o avanço da tecnologia, com a execução dos exercícios de reabilitação a uma realidade virtual, que ofereça uma orientação intuitiva, confiável e em tempo real à pessoa em programa de reabilitação no domicilio. No presente caso clínico, o Sr. Fernando iniciou o programada de reabilitação no domicílio na 3ª semana após artroplastia total do joelho, e foram contemplado exercícios da fase 1 e da fase 2. Gostava de

ressaltar que não tive oportunidade de contactar com o sistema virtual como recurso associado à reabilitação, no caso clínico descrito.

O recurso à realidade virtual, com um avatar virtual que demonstra a forma correta de execução de cada exercício prescrito, exibindo também a contagem de repetições e a amplitude articular e pretende entre outros fatores aumentar a responsabilização da pessoa na sua reabilitação (Zhao, Yang e Luo, 2021). Um estudo publicado por Zhao, Yang e Luo (2021), descreve a implementação de um programa de reabilitação através da realidade virtual, que contemplou a execução de quatro exercícios que se encontravam programados, nomeadamente o exercício isométrico do quadricípite e flexão do joelho, o exercício de abdução da articulação coxofemoral, o exercício isotónico do quadricípite e o exercício isotónico da articulação tibiotársica. No caso do exercício isométrico do quadricípite e flexão do joelho, a pessoa em decúbito dorsal, deve contrair o músculo quadricípite e realizar o movimento de empurrar a parte posterior da articulação do joelho contra a superfície onde se encontra deitado. Depois a pessoa deve levantar ligeiramente o calcanhar da superfície onde se encontra e realizar o movimento de flexão do joelho. Com o recurso à realidade virtual, é possível a pessoa visualizar os movimentos reais executados por si, ver a contagem de repetições executadas, a amplitude de movimento conseguido durante o exercício e sempre que pretender pode rever a forma correta de realizar cada exercício prescrito (Zhao, Yang e Luo, 2021).

No que se refere à abdução da articulação coxofemoral, a pessoa em decúbito lateral com o membro inferior intervencionado em extensão, sob o membro inferior não intervencionado em ligeira flexão, deve realizar o movimento abdução da articulação coxofemoral pelo menos 25º, com o joelho em extensão de 0º. A realidade virtual neste exercício, verifica o grau de extensão do joelho de 0º e o grau de abdução da articulação da coxofemoral em cada repetição (Zhao, Yang e Luo, 2021).

Para realizar o exercício isotónico do quadricípite, a pessoa em decúbito dorsal com o membro inferior intervencionado em extensão e o membro contralateral em flexão, para aumentar a estabilidade, deve contrair o músculo quadricípite e elevar a perna mantendo a extensão completa do joelho e a contração do músculo. A flexão da coxofemoral deve atingir 45º e a extensão do joelho 0º, medidas de movimento articular que são monitorizadas com recurso à tecnologia virtual (Zhao, Yang e Luo, 2021).

No exercício isotónico da articulação tibiotársica, a pessoa deve manter-se em decúbito dorsal, com o joelho em extensão complexa e realizar o movimento de dorsiflexão da articulação tibiotársica e depois o movimento de flexão plantar. Neste exercício o recurso virtual foca a sua avaliação no movimento articular da dorsiflexão e da articulação do joelho (Zhao, Yang e Luo, 2021).

O recurso a este sistema virtual ainda apresenta algumas limitações, mas no futuro prevê-se a

sua aplicação enriquecida com um interface e feedback adicional.

Autogestão do regime de exercício na pessoa submetida a artroplastia total do joelho após alta hospitalar

A reintegração da pessoa no seu ambiente familiar e social, após artroplastia total do joelho exige a manutenção de um conjunto de intervenções já iniciadas em ambiente hospitalar e a sua adaptação à individualidade da pessoa, no seu domicílio. A educação para a saúde, permite capacitar a pessoa e a sua família/cuidador com conhecimentos e estratégias que contribuam para a adaptação à nova condição de saúde e para o aumento da força muscular e da amplitude articular (Moreira et al, 2020). Todavia, os objetivos estabelecidos para cada pessoa devem ser ajustados à sua condição, estilo de vida e capacidade de compreensão, uma vez que estes fatores interferem significativamente na recuperação da capacidade funcional, na maximização da sua autonomia e qualidade de vida no pós-operatório (Dash et al, 2017).

Estudos recentes descrevem a necessidade de num novo e evolutivo paradigma, que requer uma parceria pessoa/profissional de saúde e envolve educação para a saúde, adesão a um regime terapêutico e preventivo, com o objetivo de melhorar a capacidade funcional e consequentemente a qualidade de vida (Allegrante, Wells e Peterson, 2019). O envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação, assenta no conceito de autogestão do regime de exercício, na medida que se pretende que a pessoa adquira um conjunto de competências comportamentais e conhecimento sobre o seu plano de reabilitação, permitindo que a própria possa gerir os exercícios planeados em virtude da sua condição de saúde e capacidade física (Allegrante, Wells e Peterson, 2019). Contudo, é essencial avaliar e valorizar o score de dor descrito pela pessoa, pois sendo um dado subjetivo torna-se um fator psicológico que pode interferir na capacitação e adesão da pessoa à execução dos exercícios e consequentemente afetar a sua reabilitação (Hiraga et al, 2022). Assim, pode-se concluir que o processo de autogestão envolve três componentes: a gestão comportamental, a gestão de papéis e a gestão emocional (Allegrante, Wells e Peterson, 2019).

Na tentativa de relacionar o conceito de autogestão, com o processo de reabilitação, Hiraga et al, concretiza um estudo que envolve a reabilitação após artroplastia total do joelho e a autogestão dos exercícios, usando um diário de atividades, permitindo concluir que o uso de um diário de atividades em paralelo com um programa de reabilitação promoveu a capacidade de autogestão, controlo da dor e maximização funcional da pessoa (Hiraga et al, 2022). No diário pretendia-se que a pessoa registasse diariamente o número de passos, monitorizado por um pedómetro, e o score da dor, no intuito de facilitar o alcance de objetivos e incentivar a autogestão (Hiraga et al, 2022). O programa de reabilitação era executado pela pessoa em conjunto com um profissional, sendo o foco a capacitação funcional e não apenas a redução do nível de dor. O uso do diário de atividades, entregue à pessoa submetida a artroplastia total do joelho, para além de permitir registar os exercícios realizados, descreve estratégias como

reduzir a velocidade dos exercícios, fazer pausas ou manter um ritmo constante, permitindo assim à pessoa gerir a concretização dos exercícios. Para além das estratégias, o diário permitiu registar o score de dor e dúvidas ou comentários que considerava importante esclarecer com o profissional, na sessão presencial. O feedback aos comentários já registados, tinha como objetivo alterar o registo negativo, para positivo, uma vez que o processo de autogestão para ser bem sucedido requer motivação a longo prazo, tal significa que o acompanhamento com feedback aos comentários da pessoa contribuiu na manutenção da sua motivação, levando-a a cumprir o plano de reabilitação (Hiraga et al, 2022). O registo dos exercícios concretizados também contribui favoravelmente na gestão emocional da pessoa, pois a visualização das metas definidas e o progresso alcançado estava registado no diário, proporcionando uma sensação de realização na autogestão dos exercícios e controlo da dor (Hiraga et al, 2022).

A pessoa deve ser elemento ativo da sua recuperação e manutenção da sua condição de saúde, isto é, deve adotar e manter as mudanças de comportamento a longo prazo, para que o esforço na maximização da sua funcionalidade e reinserção social seja mantida (Allegrante, Wells e Peterson, 2019).

O Sr. Fernando encontrava-se muito motivado e empenhado no seu processo de reabilitação, apresentou um objetivo muito específico que visava alcançar, voltar a fazer a sua caminhada até ao café, para se encontrar com os amigos e reingressar no clube de bilhar.

Papel do EEER na pessoa submetida a artroplastia total do joelho após alta hospitalar

A prestação de cuidados de enfermagem, no âmbito da especialidade de reabilitação, ocorre na sequência de experiências humanas de transição, no qual se pretende recuperar a estabilidade e bem-estar (Mota de Sousa, Martins e Novo, 2020). Para compreender o processo de transição saúde/doença e desenvolver intervenções efetivas que contribuam para uma transição saudável e bem sucedida, é essencial que a prática seja fundamentada com base num modelo conceptual, que neste caso em particular assenta na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Neste seguimento de ideias, recorri ao diagrama da teoria das transições e adaptei ao caso clínico do Sr. Fernando, como apresentado na figura 6.

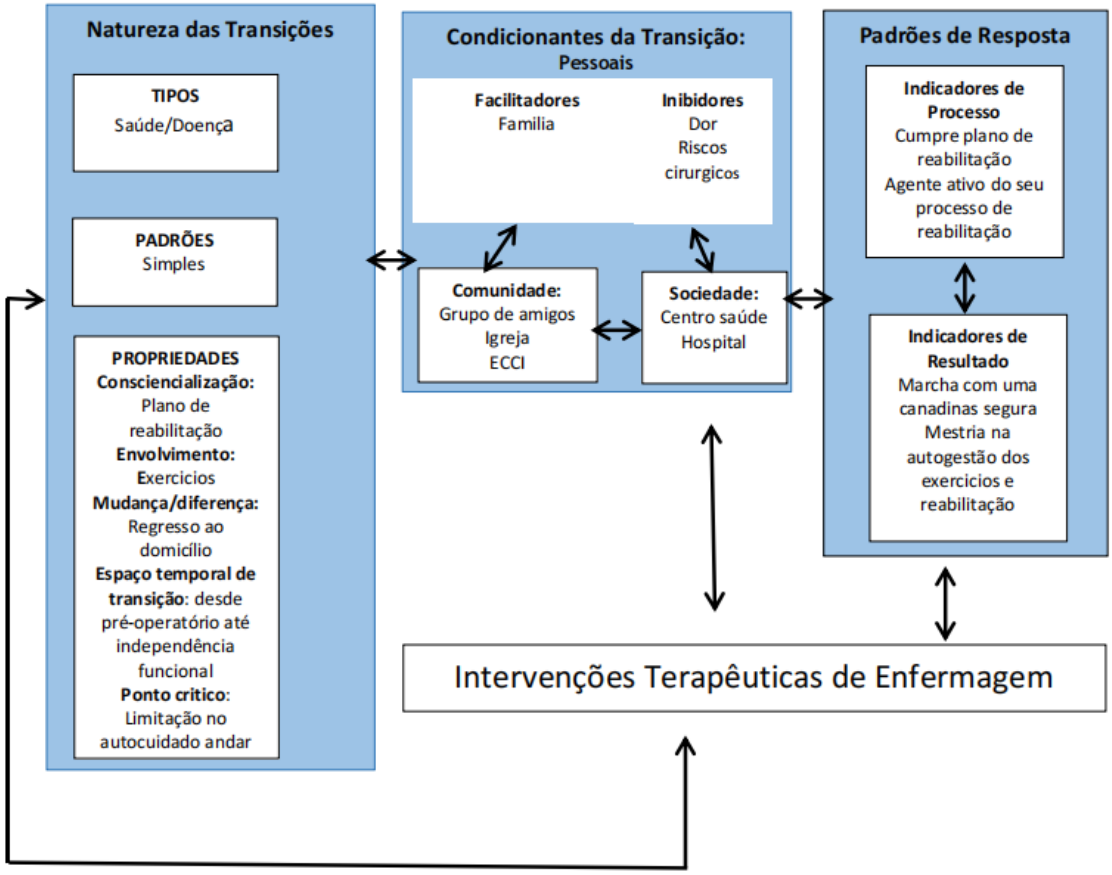

Figura 6: Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis ao caso clínico do Sr. Fernando

À semelhança do estudo de caso I, considero que o Sr. Fernando se encontra a experienciar um processo de transição saúde/doença, potenciada pela artroplastia total do joelho esquerdo. Uma vez que no estudo de caso I, foram abordados conceitos teóricos alusivos à teoria das transições de Afaf Meleis, e no intuito de não duplicar conceitos teóricos, pretendo apenas relacionar a teoria das transições ao caso clínico do Sr. Fernando. Aquando da alta clínica, o Sr. Fernando foi referenciado para a ECCI, no intuito de dar continuidade ao plano de reabilitação. Neste sentido, o primeiro contacto do EEER da ECCI com o Sr. Fernando, acontece em ambiente domiciliar, uma semana após a alta hospitalar e o 2º momento, contemplado no presente relatório ocorre na 3ª semana pós artroplastia total do joelho.

A preparação da alta hospitalar é crucial para o processo de transição que a pessoa experiência, uma vez que no regresso ao domicílio é passível acontecimentos geradores de stresse e dor, que serão mais facilmente contornados se a pessoa estiver capacitada para intervir (Sjoveian e Leegaard, 2017). Contudo, é de salientar que a capacitação da pessoa é igualmente um processo, que se desenvolve num período de tempo sem data marcada, no qual a pessoa integrada na família e na sociedade desenvolve capacidades de decisão e ação responsáveis e esclarecidas, assentes em conhecimentos (Marques-Vieira e Sousa, 2016). Não obstante ao descrito, é crucial compreender que o processo de transição vai muito além da capacitação,

engloba o diagnóstico, a alteração da dependência, o processo de recuperação, a alta hospitalar, a redefinição de regras e interações na adaptação da pessoa e família e todos os aspetos inerentes, que intervêm na condição de vida da pessoa e família (Sjoveian e Leegaard, 2017).

O EEER desempenha um papel ativo no cuidar da pessoa e família que se encontra em processo de transição, preparando-os para essas mudanças e contribuindo para uma transição saudável e com sucesso (Moreira et al, 2020), contribuindo para a sua participação e reinserção social (OE, 2019). A conceção de planos de intervenção após alta hospitalar à pessoa submetida a artroplastia total do joelho, assenta na recuperação e maximização da funcionalidade, no aumento da amplitude de movimento, fortalecimento muscular, melhoria da coordenação e aumento da propriocepção, com o propósito de promover as capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença, contemplando o desenvolvimento de competências, aprendizagens, a natureza da transição, as condições para a transição, assim como os padrões de resposta, tornando cada plano de cuidados individual e único (Silva et al, 2019).

O Sr. Fernando com diagnóstico de gonartrose esquerda, foi submetido a artroplastia total do joelho, apresentando limitações funcionais e dependência na execução dos autocuidados, inerente à própria intervenção cirúrgica, facto que permite classificar o processo de transição do tipo saúde/doença e um padrão simples. As propriedades da transição envolvem diversos fatores que caracterizam o processo de mudança, nomeadamente o espaço temporal em que acontece, que no caso clínico em estudo e de acordo com as informações obtidas durante a prestação de cuidados de reabilitação, apresentou o seu início no pré-operatório quando recorreu ao uso de auxiliar de marcha para deambular e se viu obrigado a deixar de frequentar o café e o clube de bilhar, e poderá prolongar-se até à independência funcional. No que se refere ao ponto crítico da transição, pode-se inferir que foi o momento que deixou de frequentar o café e o clube de bilhar, por limitação da capacidade de marcha e dor, o que contribuiu no parecer positivo da intervenção cirúrgica. A propriedade da mudança/diferença diz respeito à adaptação a um novo começo, e o EEER deve tentar identificar a forma como a pessoa visualiza a sua nova condição de saúde física, psicossocial e económica e as expetativas na mudança (Silva et al, 2019), que no caso do Sr. Fernando teve início no regresso ao domicilio após artroplastia total do joelho, quando se deparou com a necessidade de adaptação à sua habitação e se consciencializou da importância de cumprir o plano reabilitação, nomeadamente os exercícios, para os quais apresenta capacidade de executar de forma autónoma.

A família, o grupo de amigos e a ECCI constituem fatores facilitadores do processo de transição, por outro lado a dor e o risco de complicações pós-operatórias demonstram-se inibidoras desse processo, tornando essencial controlar a dor e capacitar a pessoa a evitar comportamentos que potenciem os riscos cirúrgicos. A ECCI enquanto recurso de saúde da comunidade que visa a promoção da independência e maximização funcional da pessoa recorrendo à reabilitação,

readaptação e inserção familiar e social (DGS, 2016), pretende ser facilitadora no processo de transição experienciada pela pessoa/família, e no estudo de caso apresentado o Sr. Fernando foi referenciado para a ECCI para continuação do plano de reabilitação em ambiente domiciliar, facto bem aceite pela pessoa e esposa. O processo de transição é complexo e envolve contextos internos e externos à própria pessoas, que se podem revelar condicionantes facilitadores ou inibidores da transição (Meleis et al, 2010).

O EEER apresenta um papel ativo e de proximidade na recuperação funcional da pessoa, sendo crucial identificar possíveis condicionantes que interfiram numa transição saudável como crenças e significados, que devem ser desmistificados para não condicionarem a mudança (Silva et al, 2019). Os indicadores de processo indicam a forma como a pessoa vivência a experiência da mudança (Meleis et al, 2010), neste caso em particular podemos inferir que o Sr. Pedro é um agente ativo no seu processo de reabilitação, cumprindo o plano de reabilitação diariamente e gerindo o regime de exercício de forma autónoma. De acordo com Meleis et al (2010), a mestria e a reformulação da identidade indicam a vivência de um processo de transição saudável, uma vez que está inerente o desenvolvimento de competências e habilidades indicadoras de resultado face aos objetivos delineados, que no estudo de caso apresentado se definem na capacidade de marcha eficaz e mestria na autogestão dos exercícios de reabilitação.

A reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa com alterações da sua condição de saúde, preservando a sua autoestima. No que concerne ao EEER, a sua prática é sustentada pela evidência científica e visa a conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa. Para tal intervém na educação da pessoa/família, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na sua reintegração na família e na comunidade, respeitando o direito à dignidade e proporcionando qualidade de vida (OE, 2019). Em relação à família do Sr. Fernando, saliento que esta vai ser explorada no capitulo 6, que aborda a família do presente caso clínico.

A pessoa submetia a artroplastia total do joelho deve iniciar um plano de reabilitação o mais precocemente possível e de forma contínua, no intuito de promover a sua capacitação, as suas habilidades e maximizar a sua independência e qualidade de vida (Moreira et al, 2020).

A reabilitação na artroplastia total do joelho após alta hospitalar, desempenha um papel essencial na continuidade da prestação de cuidados, reformulando e adaptando o plano de reabilitação e mantendo objetivos como alívio da dor, fortalecimento muscular, aumento da amplitude articular do joelho intervencionado, capacitação da pessoa na autogestão do regime de exercício e prevenção de complicações pós cirurgia (Moreira et al, 2020). Estudos revelam que na quarta semana após artroplastia total do joelho, a pessoa apresenta uma melhoria significativa na função motora do joelho intervencionado, facto observável na estabilidade da

marcha em superfície plana e a subir/descer escadas (Silva et al, 2017). Contudo, Ioshitake (2016) descreve que para além de obter ganhos no processo de reabilitação, é igualmente importante planear intervenções que contemplem a prevenção de complicações associadas à artroplastia total do joelho. O EEER deve demonstrar conhecimento sobre possíveis complicações que possam advir da artroplastia total do joelho e implementar intervenções com foco na prevenção. Recorrendo à evidência científica, estudos demonstram que comorbilidades como a obesidade, estão relacionados com os piores scores no que respeita à dor, rigidez articular e dependência funcional dos autocuidados (Silva et al, 2017). Também a dor e o seu controlo é um fator condicionante no sucesso do plano de reabilitação, uma vez que limita a execução dos exercícios e a recetividade à educação para a saúde (Rocha et al, 2020).

Um plano de reabilitação deve ser individualizado e adaptado às expetativas da pessoa, uma vez que a concretização desses objetivos além de estarem relacionados com o grau de satisfação da pessoa, também representam um ganho significativo da sua qualidade de vida. Contudo, é importante referir que o EEER apresenta uma papel importante na gestão das expetativas da pessoa, pois estas devem ser realistas e adequadas à sua condição de saúde pré e pós artroplastia total do joelho. Neste sentido, a educação para a saúde contribui na gestão das expetativas, tal significa que a informação transmitida contempla as potencialidades individuais da pessoa (Silva et al, 2017). A concretização de um plano de reabilitação em ambiente domiciliar, pode apresentar algumas vantagens para a pessoa cuidada, pois encontra-se no conforto da sua habitação e desenvolve capacidades de adaptação do auto cuidado no seu ambiente, o que facilita o desenvolvimento de competência nesse âmbito. Todavia, também se pode tornar limitador, dependendo das condições estruturais da habitação, do espaço disponível e dos recursos passíveis de aplicar no interior da habitação.

A conceção do plano de reabilitação é uma competência de intervenção do EEER e deve ser construído na base de uma avaliação funcional inicial, considerando as comorbilidades, limitações físicas pré-existentes e as indicações terapêuticas proveniente da informação clínica do ortopedista (Ioshitake, 2016).

À semelhança do caso clínico I, no presente estudo de caso foi necessário o recurso a instrumentos de avaliação, para recolha de dados. Para além dos utilizados no estudo de caso anterior, também foi implementado o teste de levantar e sentar da cadeira de 30s (TLS30s).

Com base nos dados obtidos na avaliação inicial é definido um plano de reabilitação que incidiu na manutenção do controlo na dor, treino de marcha e subir/descer escadas para capacitação da sua independência funcional na marcha, execução e treino de exercícios que visam o aumento da força muscular com score 4/5 e manter ou evoluir a amplitude articular de 0º a 120º (Moreira, 2014). Uma vez em contexto de domicílio, pode ser necessário ajustar estratégias que potenciem a autonomia dos autocuidados, tendo em conta a estrutura da habitação e capacidade económica da pessoa/família.

Os exercícios a realizar em contexto de domicílio entre a 3ª e 6ª semana pós operatório, centram-se nos exercícios ativos, essencialmente realizados na posição de sentado ou de pé. Nesta fase da reabilitação também se pretende que a pessoa adquira a máxima funcionalidade a subir/descer escadas, resistência à caminhada e força no quadricípite e isquiotibiais (Christensen et al, 2019).

O Plano de reabitação do Sr. Fernando complementa dois momentos de prestação de cuidados especializados em reabilitação em contexto de domicílio, que decorrem na 3ª e 4ª semana após artroplastia total do joelho.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Masculino

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-18 08:00:00	Enoxaparina 60mg SC	
2023-12-18 08:00:00	Paracetamol 1000mg Oral	2023-12-27 08:00:00
2023-12-18 08:00:00	Pantoprazol 20mg Oral	
2023-12-18 08:00:00	Amlodipina 5mg Oral	
2023-12-18 08:00:00	Atorvastatina 10mg Oral	
2023-12-18 08:00:00	Ibuprofeno 400mg Oral	2023-12-27 08:00:00
2023-12-27 08:00:00	Paracetamol 1000mg Oral SOS	

5.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-12-2023 08:00	Consciência	
18-12-2023 08:00	Força muscular	
18-12-2023 08:00	Movimento articular	

Início	Domínios	Fim
18-12-2023 08:00	Equilíbrio estático	27-12-2023 08:00
18-12-2023 08:00	Equilíbrio dinâmico	
18-12-2023 08:00	Andar	
18-12-2023 08:00	Padrão de exercício	
18-12-2023 08:00	Pele e mucosas	

5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Tendo em consideração o enquadramento teórico do cenário clínico, foram selecionamos os seguintes domínios:

Força Muscular

A articulação do joelho é indispensável na sustentação do peso corporal, por consequinte na marcha, na manutenção na posição ortostática, na mobilidade e na execução dos autocuidados. Assim, o desempenho das funções da articulação do joelho exige força muscular e amplitude articular da própria articulação e das estruturas adjacentes (Leitão et al, 2022). A artroplastia total do joelho é uma opção de tratamento à gonartrose, contudo a complexidade da intervenção cirúrgica, a dor no pós-operatório, a diminuição do movimento e da contração muscular, podem levar a um compromisso da força muscular. Se a pessoa não cumprir um plano de reabilitação, após intervenção cirúrgica, a força muscular pode reduzir em cerca de 50% a 60% (Luthi et al, 2015). Tal significa que o aumento da força muscular é um fator essencial e prognóstico favorável na maximização das capacidades funcionais da pessoa e na contribuição para a sua autonomia funcional (Leitão et al, 2022). Os exercícios contemplados no plano de reabilitação, são adequados à individualidade de cada pessoa e à fase de reabilitação em que se encontra, pois se numa fase inicial do plano de reabilitação dá ênfase aos exercícios isométricos, exercícios ativos/assistidos e ativos para promoção da capacidade funcional da pessoa, numa fase mais avançada do processo de reabilitação é dado enfoque aos exercícios ativos e ativos/resistidos para aumento da força muscular e maximização da capacidade funcional, contribuindo para a autonomia dos autocuidados e reinserção social (Budib et al, 2020). Os exercícios isométricos contemplados num plano de reabilitação, efetivamente contribuem para um ganho de força muscular para os flexores, extensores, abdutores e adutores da coxo-femoral e dos flexores e extensores do joelho, mas devem realizados pelo menos 3 repetições, com contração de 10 segundos (Budib et al, 2020).

Movimento Articular

Sendo o EEER detentor de competências que visam a avaliação da funcionalidade e diagnóstico das alterações que limitam a concretização das atividades, concebe planos e implementa intervenções (DR, 2019), que na pessoa submetida a artroplastia total do joelho tem como

finalidade restabelecer a função articular, que consequentemente melhora a independência funcional e a qualidade de vida (Ioshitake et al, 2016). A amplitude de movimento da articulação do joelho é de extrema importância para a capacidade de marcha da pessoa, tornando-se especialmente importante na pessoa submetida a artroplastia total do joelho, porque a substituição da articulação exige uma recuperação e maximização da amplitude dos movimentos articulares, no pós-operatório (Ioshitake, 2016). A realização de exercícios isotónicos, sejam eles ativos, ativos/assistidos ou resistidos estão diretamente relacionados com a amplitude de movimento, uma vez que este tipo de exercício exige a realização de movimento, por exemplo exercícios ativos ou treino de marcha contribuem para o aumento da amplitude articular. No que respeita aos exercícios resistidos é de considerar que a junção da mobilização passiva e ativa aos exercícios resistidos, permite um ganho de amplitude de movimento, mais rapidamente (Budib et al, 2020). A amplitude articular é um indicador importante do sucesso da artroplastia total do joelho, refletindo-se na capacidade de marcha e autonomia dos autocuidados, sendo necessário uma flexão de 65º para realizar a fase de balanço do ciclo da marcha, de 75 a 83º para subir escadas e de 85º a 100º para descer escadas, de 105º para transferência da posição sentado para a posição de pé e de 74º a 117º para apanhar objetos do chão (Leitão et al, 2022).

Equilíbrio Estático e Dinâmico

O procedimento cirúrgico de artroplastia total do joelho afeta receptores proprioceptivos presentes nas estruturas intra-articulares (Moutzouri et al, 2017), que se traduz em défices de equilíbrio, alterações posturais e padrões de marcha assimétricos, podendo também ser acompanhados por movimento anterior do tronco e redução da velocidade de marcha (Jette et al, 2020). No período pós-operatório é evidente uma diminuição da força muscular e amplitude articular, assim como dor, o que contribui para um alteração da função sensorial e mecânica da articulação do joelho (Jette et al, 2020). Assim, exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico, melhoram a postura, a capacidade e velocidade da marcha, a funcionalidade e a força muscular, contribuindo para a redução das limitações funcionais da pessoa submetida a artroplastia total do joelho (Moutzouri et al, 2017). É crucial que um plano de reabilitação dê enfoque à readaptação e aumento da estabilidade e equilíbrio na marcha, contribuindo para a estabilidade dos diversos segmentos corporais, enquanto se movimentam (Marques de Assis, 2021).

Andar

A pessoa submetida a artroplastia total do joelho apresenta alterações do padrão de marcha, pela dor, diminuição da força muscular, principalmente do quadricípite, diminuição da amplitude de movimento e consequente alteração do equilíbrio (Castrodad et al, 2019). O treino de marcha inicia-se com auxiliares de marcha, como canadianas e podem progridem para marcha com uma canadiana contra lateral à intervenção cirúrgica e posteriormente sem auxiliar de

marcha, se a pessoa apresentar capacidade para tal (Leitão, 2022). O EEER é detentor de competências que visam a seleção e prescrição de produtos de apoio, com o propósito de promover capacidades adaptativas à realização dos autocuidados (DR, 2019), denota-se assim a importância de adequar o auxiliar de marcha à capacidade funcional da pessoa, assim como o calçado para realizar treino de marcha, devendo este ser fechado e antiderrapante (Fernandes, Sá e Nabais, 2020).

Regime de Exercício

A educação para a saúde, consiste no fornecimento de informações de saúde à pessoa, no intuito de dar conhecimento e esclarecer dúvidas e medos, relacionados com a doença e processo de reabilitação, promovendo desde modo a autogestão (Botão et al, 2018). A centralidade da pessoa e o seu envolvimento ativo nos cuidados de saúde, assenta na evolução na literacia em saúde e na informação em saúde (Grandia, 2017). Com o envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação, é crucial determinar as formas mais eficientes da sua participação ativa no plano de reabilitação e capacitá-la para o processo de tomada de decisão. A pessoa enquanto elemento ativo do seu processo de reabilitação, traduz-se numa mais valia para os cuidados e resultados em saúde, tornando desta forma a educação em saúde e a adoção e manutenção de mudanças de comportamento a longo prazo uma necessidade contínua na promoção da independência funcional e qualidade de vida (Allegrante, Wells e Peterson, 2019). Contudo, numa fase inicial é indispensável a presença do EEER na realização dos exercícios no intuito de validar a correta execução dos mesmos, avaliar a capacidade física e funcional da pessoa e avaliar todo o contexto habitacional, permitindo a adaptação de estratégias no real contexto da pessoa (Budib et al, 2020). Neste sentido, a autogestão do regime de exercício, para além de responsabilizar a pessoa pelo seu processo de recuperação, envolve-a no processo, exigindo que esteja consciente nas suas limitações e objetivos a alcançar (Allegrante, Wells e Peterson, 2019).

O Sr. Fernando, encontra-se muito motivado e empenhado no seu processo de reabilitação, executando os exercícios propostos no plano de reabilitação e demonstrando capacidade de adaptação aos mesmos, de acordo com a dor ou dificuldade de execução. Considera-se desta forma que o Sr. Fernando é um elemento ativo na autogestão do regime de exercício.

5.5. Conceção de Cuidados

Consciência
18-12-2023 08:00
18-12-2023 08:00 - Consciente.
27-12-2023 08:00
27-12-2023 08:00 - Consciente.
Força muscular
18-12-2023 08:00
18-12-2023 08:00 - Força - contração muscular
18-12-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.
18-12-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência - Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de inversão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de eversão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de adução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de abdução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência mínima adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão plantar Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão dorsal Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de adução Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de inversão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional

18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de eversão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de abdução Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de rotação interna Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de rotação externa Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação joelho direito: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação joelho direito: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de flexão plantar Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
18-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de flexão dorsal Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal

18-12-2023 08:00 - Determinar evolução da força muscular

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Membro inferior Esquerda(o))

27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00 - Força - contração muscular

27-12-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência - Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de adução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural esquerda: Movimento de abdução Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação joelho esquerdo: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão plantar Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de flexão dorsal

Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de inversão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica esquerda: Movimento de eversão Movimento ativo contra a gravidade, e contra alguma resistência adicional
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de inversão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de eversão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de adução Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação Coxo-femural direita: Movimento de abdução Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação joelho direito: Movimento de extensão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação joelho direito: Movimento de flexão Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de flexão plantar Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal
27-12-2023 08:00 - Articulação tibio-társica direita: Movimento de flexão dorsal Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência- Força Normal

Movimento articular

18-12-2023 08:00
18-12-2023 08:00 - Articulação
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.
18-12-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.

18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.
18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.
18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular limitada.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.
18-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
18-12-2023 08:00 - mobilidade articular total.

18-12-2023 08:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular

18-12-2023 08:00 - Determinar evolução da amplitude articular

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da amplitude articular (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

18-12-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

18-12-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação da anca Esquerda(o), Articulação do joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

18-12-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00 - Articulação

27-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

27-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

27-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

27-12-2023 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
27-12-2023 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Equilíbrio estático

18-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.
18-12-2023 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

18-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio.

18-12-2023 08:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

18-12-2023 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

18-12-2023 08:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

18-12-2023 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

18-12-2023 08:00 - Prevenir queda

18-12-2023 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda
18-12-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

18-12-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

18-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
27-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda
18-12-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

18-12-2023 08:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

18-12-2023 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
27-12-2023 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
18-12-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
27-12-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].
18-12-2023 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
27-12-2023 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
18-12-2023 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.
27-12-2023 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]
27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [FIM] 27-12-2023 08:00
18-12-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 27-12-2023 08:00
18-12-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio
18-12-2023 08:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico
18-12-2023 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio
18-12-2023 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico
18-12-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados
18-12-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico 27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio [MANTEVE].

Pele e mucosas
18-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

18-12-2023 08:00 - Ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Localização da ferida cirúrgica

18-12-2023 08:00 - Joelho Esquerda(o)

18-12-2023 08:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

18-12-2023 08:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

18-12-2023 08:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

18-12-2023 08:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Joelho Esquerda(o))

18-12-2023 08:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

18-12-2023 08:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica (Joelho Esquerda(o)) [SOS] [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Remover material de sutura (Joelho Esquerda(o)) [SOS] [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Aplicar penso de ferida (Joelho Esquerda(o)) [SOS] [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

18-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica (Joelho Esquerda(o)) [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica (Joelho Esquerda(o)) [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica (Joelho Esquerda(o)) [FIM] 27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

27-12-2023 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

27-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

Andar

18-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

18-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

18-12-2023 08:00 - Andar comprometido

18-12-2023 08:00 - Determinar evolução do andar

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do andar

18-12-2023 08:00 - Prevenir queda

18-12-2023 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

18-12-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

18-12-2023 08:00 - Promover autonomia para andar

18-12-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

18-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

27-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - facilitadora [MELHOROU].

18-12-2023 08:00 - Capacidade para andar

18-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Capacidade para andar

27-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Autoeficácia para andar

18-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Autoeficácia para andar

27-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

18-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - não dificultador.

27-12-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

27-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - não dificultador [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no andar

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no andar

18-12-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do andar

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar [RESOLVIDO] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar (Dispositivos: Canadiana) [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de

marcha e a autonomia para andar (Dispositivos: Canadiana) [FIM] 27-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar (Dispositivos: Canadiana)

18-12-2023 08:00 - Instruir a andar (Dispositivos: Canadiana)

18-12-2023 08:00 - Treinar o andar (Dispositivos: Canadiana)

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar (Dispositivos: Canadiana)

18-12-2023 08:00 - Treinar o andar (Dispositivos: Canadiana)

18-12-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

18-12-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar

18-12-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

18-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda

18-12-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

27-12-2023 08:00 - Dispositivo: Canadiana - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MANTEVE].

Padrão de exercício

18-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

18-12-2023 08:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

18-12-2023 08:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

18-12-2023 08:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

18-12-2023 08:00 - Autogestão do regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Promover autogestão: regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
27-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
18-12-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.
27-12-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Ensinar sobre regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

5.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- A intervenção do EEER no âmbito das suas competências, tem por objetivo a conceção de um plano que assenta numa avaliação do risco, por alteração da funcionalidade, definindo assim estratégias que visam prevenir e assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e incapacidades e manter ou recuperar a independência na concretização dos autocuidados (Fernandes, Sá e Nabais, 2020). Na artroplastia total do joelho o risco de queda está inerente à diminuição da força muscular e amplitude de movimento articular, consequência da intervenção cirúrgica (Castrodad et al, 2019). Dito isto, a preparação para o andar deve envolver amplitudes de movimento articular compatíveis com o padrão de marcha, força muscular nos membros inferiores e equilíbrio corporal (Alcobia et al, 2019). As canadianas como dispositivo auxiliar de marcha, também podem contribuir para um aumento desse risco (Castrodad et al, 2019), sendo crucial a componente educacional à pessoa, que pode incluir não apenas o manuseio adequado das canadianas, mas também a eliminação de barreiras no domicílio e o uso de calçado fechado e antiderrapante (Alcobia et al, 2019). O Sr. Fernando substituiu os chinelos de casa por pantufas e o tapete da sala embora se mantivesse sem tela antiderrapante, encontrava-se fixo num dos lados com o sofá, oferecendo alguma segurança no andar sobre o tapete.

Instruir exercícios músculo-articulares

- Exercícios isométricos na cadeira:
- Sentado na cadeira, com o joelho do membro inferior direito em flexão e apoiado no chão, realiza o movimento de com extensão do joelho e flexão da coxofemoral do membro intervencionado, executando contração isométrica do glúteo e quadricipite 5 segundos (Luthi, Pereira e Jolles, 2015). Realiza 2 séries, 10 repetições, é incentivado repetir à tarde, em ambos os membros inferiores.
- Exercícios isotónicos na cadeira:
- O Sr. Fernando sentado na cadeira executa mobilização ativa de extensão/flexão do joelho, realiza o movimento de extensão do joelho mantendo a extensão cerca de 5 segundos e retorna à posição inicial, controlando o movimento de descida do membro (Han et al, 2015). Executa mobilização ativa de flexão/extensão da articulação tibiotársica, sentado na cadeira com o membro intervencionado em extensão e apoio de calcanhar, formando um ângulo de 90º na articulação tibiotársica, inicia o movimento de flexão plantar "como se estivesse a pisar no acelerador do carro", de acordo com tolerância (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde. Mantendo a posição inicia o movimento de flexão dorsal, "puxar os dedos do pé para si", de acordo com tolerância (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde. Sentado na ponta da cadeira, com flexão da articulação coxofemoral a 90º e recurso a uma almofada entre os joelhos, o Sr. Fernando executa o movimento de adução da articulação da anca, mantendo a contração muscular durante 5 segundos (Luthi, Pereira e Jolles, 2015), realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde. Mantendo a mesma posição na cadeira, mas com recurso a uma faixa elástica posição, realiza movimentos de abdução da articulação da anca, mantendo a contração muscular durante 5 segundos (Luthi, Pereira e Jolles, 2015), realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde.
- Exercícios isotónicos na posição de pé:
- Na posição de pé com as mãos apoiadas numa mesa, o Sr. Fernando realiza flexão da articulação coxofemoral e do joelho no movimento de agachamento, de acordo com tolerância. (han et al, 2015). Realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde. Mantendo a posição de pé e a articulação coxofemoral estável com uma amplitude articular de 0º, o Sr. Fernando deve executar o movimento de flexão do joelho na maior amplitude de movimento articular que tolerar (Han et al, 2015). Realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde.

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- A reabilitação após artroplastia total do joelho é indispensável na obtenção de força muscular, amplitude de movimento articular e consequente maximização da capacidade de autonomia nos autocuidados, contribuindo igualmente na prevenção de rigidez muscular e outras complicações associadas ao procedimento cirúrgico (Ioshitake et al., 2016). A realização de exercícios isométricos e isotónicos, demonstram ganhos na promoção da funcionalidade, e tornam-se mais eficientes quando conciliados com exercícios de equilíbrio (Budib et al, 2020). A reabilitação após artroplastia total do joelho é progressiva, e todos os exercícios delineados em plano estão adequados às capacidade se ao progresso funcional de cada pessoa. Se nos primeiros dias pós-cirurgia a pessoa

deve realizar apenas carga parcial no membro intervencionado, o decorrer das semanas o peso exercido no membro operado vai aumentando gradualmente (Moutzouri et al, 2017).
- Realizada uma série de 10 repetições, do exercícios de sentar/levantar da cadeira (Coelho, 2017). o Sr. Fernando apenas realizou uma serie do exercício descrito, porque a realização do teste sentar/levantar em 30segundos,já tinha sido aplicado, tendo-se privilegiado outros exercícios.
- O Sr. Fernando de pé junto a uma mesa, com as mãos apoiadas realiza movimentos de oscilação do tronco de forma a alternar a transferência de peso corporal entre o hemicorpo direito e o esquerdo (Coelho, 2017).

Instruir a andar
- As canadianas foram ajustadas ao Sr. Pedro na posição ortostática, estando o apoio inferior afastado 15 cm do bordo lateral dos dedos do pé, a pega do auxiliar ao nível do grande trocanter e o cotovelo a 20° a 30° de flexão (Malta et al, 2017).
- Marcha em plano: Avançar as duas canadianas. Avançar o membro inferior esquerdo até ao nível das canadianas. Avançar o membro inferior direito. Mudar de direção, virando-se para o lado não intervencionado (Marques-Vieira & Sousa, 2017).
- Subir Escadas: Avançar o membro inferior direito. Avançar o membro inferior esquerdo. Avançar as duas canadianas (Marques-Vieira & Sousa, 2017).
- Descer Escadas: Avançar as duas canadianas. Avançar o membro inferior esquerdo. Avançar o membro inferior direito (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Ensinar sobre regime de exercício
- Combinar a educação em saúde com o regime de exercícios a realizar, tem-se verificado eficaz na reabilitação (Goff e Elkins, 2021), por essa razão foram explicados, exemplificados e treinados todos os exercícios que são passiveis que executar de forma autónoma, a razão porque os executa e alternativas de os cumprir em situações de maior dor ou dificuldade, por exemplo diminuir a velocidade de execução, fazer pausas, manter um ritmo constante ou substituir por outro com menor grau de dificuldade (Hiraga et al, 2022).
- Realizado ensino de exercícios isométricos na cadeira, que o Sr. Fernando pode realizar de forma autónoma: contração isométrica dos glúteos, quadricípite (Luthi, Pereira e Jolles, 2015). Realiza 2 séries, 10 repetições, é incentivado repetir à tarde, em ambos os membros inferiores.
- Realizado ensino de exercícios isotónicos na cadeira de mobilização ativa de extensão/flexão do joelho (Han et al, 2015), flexão/extensão da articulação tibiotársica (Marques-Vieira & Sousa, 2017), realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde. Realizado ensino de exercícios isotónicos de pé, de flexão/extensão do joelho mantendo a articulação coxofemoral a 0º e de de agachamento (Han et al, 2015), realiza 2 séries, 10 repetições, que deve repetir à tarde.
- A realização dos exercícios em series e repetições promovem ganhos efetivos de acordo com objetivos delineados (Budib et al, 2020).

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício
- O envolvimento da pessoa submetida a artroplastia total do joelho, no seu processo de

reabilitação tem-se verificado não só eficaz (Goff e Elkins, 2021), como também uma mais-valia nos cuidados e resultados em saúde (Grandia, 2017). Educar, ensinar e treinar os exercícios passíveis de serem realizados de forma autónoma é uma tentativa de relacionar o regime de exercícios com o conceito de autogestão (Moreira, Flamínio e Grilo, 2020), pois pretende-se que a pessoa consiga ajustar o exercício à sua condição de saúde, por exemplo fazer pausas, manter um ritmo constante ou substituir por outro com menor grau de dificuldade, até mesmo recorrer a instrumentos de apoio como um diário de exercício (Hiraga et al, 2022).

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Não deve aplicar água diretamente no penso da ferida cirúrgica, nem sem o próprio a executar o tratamento à ferida cirúrgica, devendo recorrer aos cuidados de enfermagem do centro de saúde, no intuito de prevenir complicações como infeção do local cirúrgico (Silva et al, 2023).
- A crioterapia tem um efeito analgésico, contribuindo para a redução do edema e da inflamação local, e um efeito anestésico local e temporário reduzindo a sensação de dor. Aplicar crioterapia pelo menos 3xdia por períodos de 20 minutos e após realização dos exercícios músculo-articulares (Ni et al, 2015).

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- As feridas cirúrgicas podem desenvolver sinais de infeção e deiscência da sutura. Devem ser vigiados sinais como dor, calor, rubor e edema do joelho esquerdo no intuito de detetar precocemente um processo inflamatório ou infecioso (Tavares et al., 2022).

Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

- O Sr. Fernando encontra-se consciente do seu processo de transição e motivado na sua reabitação funcional, por consequinte cumpre o treino de exercícios músculo-articulares na presença do EEER e gere de forma autónoma, o outro momento do dia para realizar os exercícios propostos de forma autónoma, conseguindo adaptar o exercício à sua condição no momento da execução

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Ferida cirúrgica cicatrizada.

5.7. Síntese relativa ao caso

A avaliação inicial é a base de todo o processo de enfermagem, pois é a informação base que permite aferir o domínio a avaliar, definir um diagnóstico de enfermagem e consequentemente conceber um plano de intervenção, implementar as intervenções e avaliar os resultados obtidos. Todas as etapas descritas, são essenciais para cuidar da pessoa submetida a artroplastia total do joelho e obter ganhos no seu processo de reabilitação. No primeiro contacto com o Sr. Fernando, recorrendo à escala MRC, foi avaliada a força muscular de ambos os membros

inferiores, de acordo com o movimento realizado. A avaliação da força muscular no membro inferior direito, permitiu estabelecer a força normal, para o Sr. Fernando, que serviu de referência para avaliar a força muscular no membro contralateral, que foi o membro intervencionado. Os exercícios que constituem o plano de reabilitação do Sr. Fernando foram implementados no intuito de obter ganhos de força muscular no membro inferior esquerdo, em particular nos flexores e extensores da articulação do joelho, não descorando a importância do ganho de força muscular dos flexores, extensores, abdutores e adutores da coxo-femoral e da flexão plantar e flexão dorsal, que contribuem na realização do movimento adequado, nas diferentes fases do ciclo da marcha. A tabela 5, representa a avaliação da força muscular, com recurso à escala de MRC, nos dois momentos distintos de prestação de cuidados de reabilitação e reflete os ganhos obtidos por movimento realizado.

Segmentos	Movimentos	Avaliação da Força Muscular		
Membro Inferior		Direito	Esquerdo (1ª avaliação)	Esquerdo (2ª avaliação)
Coxo-femural	Flexão	5	3/4	4
	Extensão	5	3/4	4
	Adução	5	4	4/5
	Abdução	5	4	4/5
	Rotação Interna	5	-	-
	Rotação Externa	5	-	-
Joelho	Flexão	5	3/4	4
	Extensão	5	3/4	4
Tibio-társica	Flexão Plantar	5	4	4/5
	Flexão dorsal	5	4	4/5
	Inversão	5	4	4
	Eversão	5	4	4

Tabela 6- Avaliação da Força Muscular (MRC) do Sr. Fernando

A amplitude articular foi avaliada com recurso a um goniómetro, em ambos os membros inferiores, sendo que os valores obtidos no membro inferior direito foram considerados como valores de referência para a amplitude de movimento do Sr. Fernando, contribuindo para o estabelecimento de objetos reais e adequados à pessoa. A tabela 7, representa os valores de amplitude articular nos dois contactos realizados, o que permite de forma rápida e objetiva observar os ganhos obtidos em graus de movimento, destacando essencialmente o movimento de flexão da articulação da coxofemoral e do joelho.

Segmentos	Movimentos	Avaliação da amplitude de movimento		
Membro Inferior		Direito	Esquerdo (1ª avaliação)	Esquerdo (2ª avaliação)
Coxo-femural	Flexão	122º	100º	115º
	Extensão	0º	0º	0º
	Adução	10º	9º	9º
	Abdução	37º	35º	35º
	Rotação Interna	32º	-	-
	Rotação Externa	35º	-	-
Joelho	Flexão	120º	95º	115º
	Extensão	0º	0º	0º
Tibio-társica	Flexão Plantar	42º	38º	40º
	Flexão dorsal	20º	18º	20º
	Inversão	30º	26º	27º
	Eversão	15º	10º	12º

Tabela 7 - Avaliação da amplitude articular do Sr. Fernando, com recurso a goniómetro

A avaliação do equilíbrio, com recurso à escala de Equilíbrio de Berg permitiu avaliar diversos parâmetros que traduzem um score que identifica o nível de equilíbrio do Sr. Fernando, mais concretamente as atividades que realiza ou tenta realizar com maior dificuldade. A tabela 8, representa a avaliação da escala de equilíbrio de Berg do Sr. Fernando em dois momentos de prestação de cuidados distintos, e permite visualizar que a 1ª avaliação realizada no primeiro momento de prestação de cuidados, o score obtido foi de 42, e a 2ª avaliação traduziu um score de 51, tal significa que ocorreu uma melhoria do equilíbrio do Sr. Fernando, consequência do aumento da força muscular, amplitude articular e da execução de exercícios de treino de equilíbrio. Contudo, embora tenham sido obtidos ganhos no equilíbrio, o Sr. Fernando ainda apresenta algumas limitações no que respeita ao equilíbrio dinâmico.

Tarefa	Instrução	1ª Avaliação	2ª Avaliação
1. Da posição de sentado para a posição de pé	Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte	**(4)** Capaz de levantar-se, sem recorrer às mãos, mantém-se estável.	**(4)** Capaz de levantar-se, sem recorrer às mãos, mantém-se estável.
2. Ficar em pé sem apoio	Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.	**(4)** Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	**(4)** Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
3. Sentado sem apoio nas costas	Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos	**(4)** Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	**(4)** Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
4. Da posição de pé para a posição de sentado	Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos	**(4)** Controla a descida, com o mínimo uso das mãos.	**(4)** Controla a descida, com o mínimo uso das mãos.
5. Transferências	Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot".Foi utilizada uma cadeira com braços e uma sem braços.	**(4)** Capaz de transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos.	**(4)** Capaz de transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos.
6. Ficar em pé com os olhos fechados	Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos	**(4)** Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	**(4)** Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
7. Ficar em pé com os pés juntos	Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar	**(3)** Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto, com supervisão.	**(3)** Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto, com supervisão.
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	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.)	**(3)** Pode avançar à frente mais que 12 cm com segurança.	**(3)** Pode avançar à frente mais que 12 cm com segurança.
9. Apanhar um objeto do chão	Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés	**(3)** Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.	**(3)** Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
10.Virar-se para olhar para trás	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 16 colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação	**(3)** Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.	**(3)** Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
11. Dar uma volta de 360 graus	Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta	**(2)** Capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.	**(3)** Capaz de girar 360° com segurança, apenas para um lado em 4 segundos ou menos.
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco 4 vezes	Não foi avaliado	Não foi avaliado
13.Ficar em pé com um pé à frente do outro	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)	**(2)** Capaz de dar um pequeno passo,de forma independente, e permanecer por 30 segundos.	**(3)** Capaz colocar um pé à frente do outro de forma independentemente, e permanecer por 30 segundos.
14. Ficar em pé sobre uma perna	Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior de tempo possível	**(2)** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos	**(3)** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por entre 5 a 10 segundos

Tabela 8 - Avaliação do equilíbrio do Sr. Fernando - Escala de Equilíbrio de Berg

No primeiro momento da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, o Sr. Fernando realizou o teste de sentar/levantar em trinta segundos, inicialmente o teste foi realizado com recurso ao apoio de braços, por se sentir inseguro na sua concretização, contudo foi possível realizar no mesmo momento de prestação de cuidados um segundo teste de sentar/levantar em trinta segundos, mas sem apoio de braços, o que nos permitiu observar equilíbrio de tronco e força nos membros inferiores durante a execução do movimento, embora o movimento fosse lento, era executado com segurança. A tabela 9 permite visualizar rapidamente o número de vezes que o Sr. Fernando conseguiu realizar o movimento completo, durante os trinta segundos, nos dois contactos que ocorreram. O aumento do número de execuções traduz algum ganho de força muscular, amplitude de movimento e equilíbrio dinâmico.

Levantar e sentar da cadeira 30s	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Com apoio de braços	7	-
Sem apoio de braços	4	6

Tabela 9: Teste de levantar e sentar da cadeira de 30s (TLS30s)

No pós-operatório da artroplastia total do joelho é percetível a ocorrência de alteração do equilíbrio, consequência da própria intervenção, da dor, da diminuição da força muscular e da amplitude articular, alteração que foi melhorada com o adesão do Sr. Fernando ao treino de exercícios de controlo postural e equilíbrio dinâmico, o que contribuiu para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e equilíbrio e melhorou a capacidade e autoeficácia para treinar o equilíbrio. A educação para a saúde sobre a prevenção de quedas, permitiu promover a autogestão na prevenção de quedas e melhorar o conhecimento, progredindo para a mestria.

Andar com auxiliar de marcha, canadianas, é parte integrante do processo de reabilitação após artroplastia total do joelho e o Sr. Fernando no 1º momento de prestação de cuidados de reabilitação, demonstrava uma marcha segura e eficaz em superfície plana, com recurso a duas canadianas. Já o desempenho para subir/descer escadas com recurso a canadianas apresentava algumas limitações. No 2º momento de prestação de cuidados era visível a segurança e destreza no manuseamento das canadianas, em superfície plana, contudo ainda era visível uma ligeira dificuldade a subir/descer escadas com recurso a canadianas. O 2º contacto ocorreu na 4ªsemana pós artroplastia total do joelho e embora o Sr. Fernando já não apresentasse ferida cirúrgica e tendo indicação para iniciar marcha com apoio de uma canadiana, contralateral à artroplastia total do joelho, o Sr. Fernando recusou e demonstrou renitência na aprendizagem e decidiu aguardar pela consulta de Ortopedia, que estava marcada para a 6ª semana pós artroplastia total do joelho.

No que diz respeito ao regime de exercício o Sr. Fernando demonstrou adesão ao regime de exercícios musculo-articulares, o que contribuiu para o aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, que consequentemente melhorou a consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular e melhorou a capacidade e a autoeficácia para executar exercícios músculo-articulares. O Sr. Fernando envolveu-se no seu processo de reabilitação demonstrando motivação e conhecimento sobre autogestão do regime de exercício e limitações funcionais que possam advir da artroplastia total do joelho. A obtenção de ganhos de saúde, com a implementação do plano de reabilitação, permite aferir que o plano de reabilitação concebido pelo EEER, é adequado à individualidade e às limitações funcionais do Sr. Fernando.

No sentido de adequar o plano de reabilitação à individualidade do Sr. Fernando e à sua

realidade familiar, no capítulo seguinte será abordada a família do caso II.

6. FAMÍLIA DO CASO II

Neste capítulo reflete-se sobre a família do caso II e a sua reorganização familiar necessária para receber pessoa submetida a artroplastia do joelho. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação decorreu em ambiente domiciliário, contemplou a reorganização familiar e identificação de barreiras arquitetónicas, no intuito de promover a autonomia nos autocuidados e maximizar a funcionalidade no ambiente habitacional.

6.1. Enquadramento teórico

A alteração das funções a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação ou da sexualidade interfere diretamente na condição de saúde na pessoa e pode originar ou não, necessidade de internamento hospitalar. É importante compreender e assimilar que toda e qualquer pessoa internada, terá alta clínica em algum momento do seu processo de reabilitação (Bonelli et al, 2014). Assim, no sentido de manter a continuidade da prestação de cuidados de reabilitação, a pessoa pode ter alta clínica para o domicílio com referenciação para a ECCI, pode integrar a RNCCI ou o Centro de Reabilitação ou pode ser referenciado para a Medicina Física de Reabilitação. Independentemente da referenciação após alta clínica, o EEER deve estar ciente que a família é parte integrante do processo de reabilitação, constituindo um apoio permanente, que acompanhada a pessoa com limitações funcionais e restrição da participação social (Bonelli et al, 2014). A família é o principal responsável pela prestação de cuidados no domicílio e o EEER apresenta um papel essencial na capacitação da família para cuidar da pessoa com limitações, que por consequinte previne complicações associados à prestação de cuidados indevidos (Cristina de Oliveira et al, 2017).

O sistema de saúde de certo modo atribui a responsabilidade do cuidar à família, mas não assegura a transição do cuidado em parceria com a família. Quer isto dizer que a educação para a saúde e a capacitação da família, no sentido de manter a continuidade do processo do cuidar não é realizado atempadamente, não permitindo à família a organização dos cuidados e das condições habitacionais (Cristina de Oliveira et al, 2017). Neste sentido o EEER assume um papel privilegiado na capacitação da família, no seu contexto habitacional. A aquisição de competências e capacidades adaptativas para cuidar de um elemento da família, é tão mais facilitador quanto o treinamento das técnicas em contexto de prestação de cuidados, fator igualmente importante na diminuição da ansiedade associada à insegurança na prestação de

cuidados (Everink et al, 2016). De ressalvar que a capacitação da família também envolve a adaptação da habitação à condição de saúde da pessoa cuidada (Santos et al , 2021).

A informação obtida na avaliação inicial, realizada no domicílio do Sr. Fernando no decorrer na prestação de cuidados, permitiu recolher dados relativos a si próprio e à sua família, nomeadamente no que respeita às relações familiares existentes entre os vários elementos da família. A família do Sr. Fernando apresenta-se como uma família nuclear funcional, na qual existe uma união entre duas pessoas, com uma linha de descendência. Neste caso particular, o casal já reformado, casados à quase 50 anos, têm três filhos e sete netos. O casal habita na mesma residência e os filhos embora vivam em freguesias distintas do Sr. Fernando e da D. Maria, residem no mesmo distrito e manifestam um grande sentido de responsabilidade e preocupação para com os pais.

Perante o exposto, considero adequado representar o genograma, figura 7 e o ecomapa, figura 8, da família do Sr. Fernando, permitindo assim uma visualização gráfica simples e objetiva das relações familiares, assim como a interação da família com o meio que a rodeia. Na família do Sr. Fernando todos os elementos se unem por laços relacionais muito fortes, estabelecendo limites claros entre os mesmos, o que permite uma troca de influências entre os distintos elementos da família. Em relação à família extensiva: composta pelos três filhos, respetivos conjugues e netos, os laços familiares apresentam-se muito fortes, entre todos os elementos. O familiar de referência do Sr. Pedro é a D. Maria, sua esposa, que será o seu apoio no domicílio após a alta hospitalar, mas os filhos estarão presentes e darão apoio sempre que necessário.

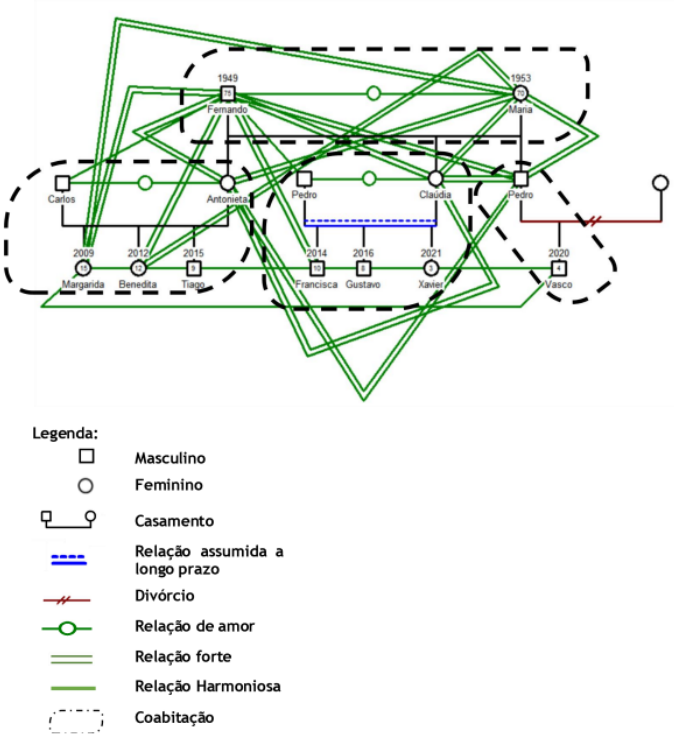

Figura 7: Genograma da Família do Sr. Fernando

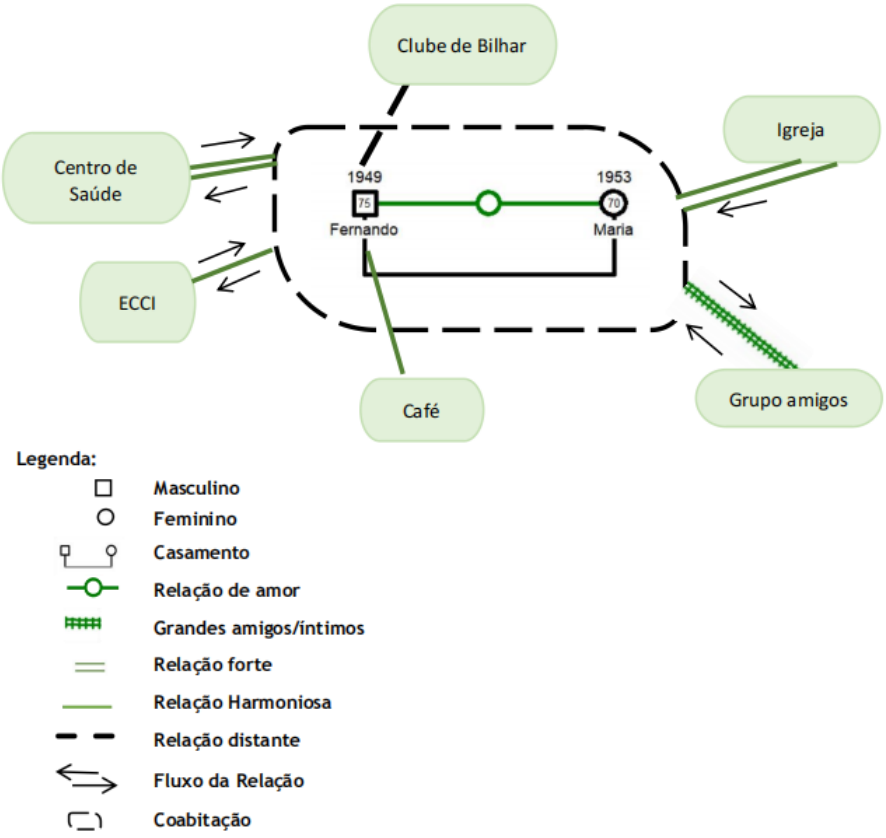

Figura 8: Ecomapa da Família do Sr. Fernando

O Sr. Fernando, reformado mantinha uma ligação muito forte com um grupo de amigos, do tempo da juventude, com o qual partilhou momentos complexos, enquanto paraquedista. Para além do grupo de amigos o centro de saúde e a igreja representam instituições com o qual o Sr. Fernando tem uma forte relação. Os profissionais do centro de saúde acompanharam a sua doença/recuperação após diagnóstico de neoplasia do cólon e consequente colostomia, pelo que se estabeleceu uma relação de confiança e empatia pessoa/profissional de saúde. No que concerne à igreja, o Sr. Fernando intitula-se como uma pessoa de fé e mantém a sua rotina de domingo, frequentando a eucarística na companhia da sua esposa.

No que concerne às condições habitacionais o Sr. Fernando e a esposa residem em casa própria, a habitação é provida de todas as condições de habitabilidade, nomeadamente água, luz, gás e aquecimento. O apartamento é no rés-do-chão, mas apresenta um lance de 6 degraus que permite aceder à habitação, no seu interior não existem degraus, tem dois quartos, uma casa de banho com chuveiro e barras e apoio, uma cozinha e uma sala com uma pequena varanda. A sala apresenta um tapete de grandes dimensões sem antiderrapante, o corredor não é muito largo, mas não apresenta nenhum móvel que dificulte a passagem principalmente com canadianas, a casa de banho apresenta um chuveiro com barras de apoio e um banco antiderrapante na base do chuveiro. Gostaria de referiu que no primeiro contacto que tive com este utente, este usava chinelos e mantinha o uso de duas canadianas na marcha.

Família com pessoa submetida a artroplastia total do joelho e intervenção do EEER

Conhecer a família, as suas relações familiares e as condições estruturais da habitação *"in situ"*, é uma mais-valia na conceção do plano de reabilitação, que pretende ser individual e adequado à dinâmica da familia do Sr. Fernando. O principal objetivo da intervenção do EEER à pessoa submetida a artroplastia total do joelho é o aumento da força muscular e da amplitude articular, que por consequinte promove a sua capacitação, maximização da funcionalidade e independência na execução dos autocuidados.

Cuidar de pessoas com limitação da sua capacidade funcional exige um conjunto de competências que contribuem para a segurança e sucesso do cuidado (Freitas Costa e Alvarez, 2022), sendo o EEER detentor dessas competências, é por excelência o profissional que concebe planos de intervenção com vista à promoção das capacidades adaptativas da pessoa cuidada, qualidade de vida, reintegração e participação social. Contudo, é de reforçar que o envolvimento de um cuidador, permite a delegação de funções de acordo com a necessidade da pessoa cuidada (Ferreira, Isaac e Ximenes, 2018). Posto isto, é percetível a importância do EEER na promoção de ambientes promotores da independência, autonomia e funcionalidade, bem como integrar a família no processo do cuidar (DR, 2019).

Barreiras arquitetónicas

A identificação de possíveis barreiras arquitetónicas e o reforço de cuidados na prevenção de quedas, esteve na base da promoção de um ambiente seguro e adaptado às necessidades da pessoa submetida a artroplastia total do joelho. É necessário avaliar o ambiente domiciliário para conceber e implementar planos de cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação, adequados às necessidades da pessoa e da família. As principais adaptações recomendadas numa situação clínica de artroplastia total do joelho incluem essencialmente estratégias de prevenção de quedas, nomeadamente a utilização de auxiliar de marcha, evitar camas muito altas, retirar tapetes soltos, ou fixar com tela antiderrapante, substituir ou compor móveis instáveis, instalar corrimão nas escadas e faixas antiderrapantes nos degraus, aplicação iluminação adequada para o período noturno, aplicar barras de apoio na sanita e chuveiro (Santos et al, 2021). O regulamento das competências específicas do EEER contempla a identificação de barreiras arquitetónicas e a gestão de circunstâncias ambientais, que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados às alterações funcionais, assim como a prescrição de produtos de apoio, como canadianas, ajudas técnicas e dispositivos de compensação (DR, 2019). Na habitação do Sr. Fernando foram identificadas algumas barreiras que potenciavam o risco de queda e/ou acidentes como a presença de tapetes que não se encontravam fixos, a existência de 6 degraus de acesso ao apartamento e corredores estreitos.

6.2. Clientes

Cliente

Família

Família

18-12-2023 08:00
- 18-12-2023 08:00 - Família nuclear.
- 18-12-2023 08:00 - Família sem filhos.
- 18-12-2023 08:00 - Ausência de animais domésticos.

27-12-2023 08:00
- 27-12-2023 08:00 - Família nuclear.
- 27-12-2023 08:00 - Família sem filhos.
- 27-12-2023 08:00 - Ausência de animais domésticos.

6.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-12-2023 08:00	Edifício residencial	

6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O reconhecimento das condições do edifício residencial , permite a realização de propostas de intervenção organizacional com o propósito do Sr. Fernando ter acesso a todas as divisões da habitação, de forma segura e com a máxima autonomia adquirida. De salientar que as propostas devem ser no menor número possível, no sentido de minimizar as alterações na dinâmica e ambiente familiar (OE, 2019). O Sr. Fernando no ano de 2016, foi intervencionado cirurgicamente devido a uma hérnia abdominal encarcerada, do qual resultou a colostomia. Nessa altura, a sua habitação foi sujeita a obras, no sentido de eliminar algumas barreiras arquitetónicas como a remoção da banheira e colocação de base de duche, com respetivas

barras de apoio. Nesta situação particular da habitação do Sr. Fernando submetido a artroplastia total do joelho, identificou-se a necessidade de aplicar uma tela antiderrapante no tapete da sala, que é de grandes dimensões e apresenta-se escorregadio, manter o corredor livre de objetos e o chão seco.

O EEER é detentor de conhecimentos e competências específicas no âmbito identificação de barreiras arquitetónicas, que lhe permitem conceber planos de intervenção assentes na prevenção de acidentes, e promoção do processo familiar no que respeita à gestão das condições habitacionais, proporcionando o direito à dignidade, qualidade de vida e reintegração da pessoas na família e comunidade (OE, 2019).

Importa munir a pessoa e os seus familiares de conhecimentos e competências que lhes permitam gerir a sua recente condição de saúde, permitindo uma adaptação facilitadora à mesma, o que inclui a adaptação do ambiente físico, em detalhe do edifício residencial à nova condição funcional da pessoa.

6.4. Conceção de Cuidados

Edifício residencial
18-12-2023 08:00

18-12-2023 08:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.
18-12-2023 08:00 - Edifício residencial com abastecimento de água.
18-12-2023 08:00 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.
18-12-2023 08:00 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .
18-12-2023 08:00 - Edifício residencial sem espaço próprio para englobar pessoa doente/idosa com possibilidade de adequar.

18-12-2023 08:00 - Promover o processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

18-12-2023 08:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
27-12-2023 08:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2023 08:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre condições do edifício residencial

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre condições do edifício residencial
18-12-2023 08:00 - Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

18-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

27-12-2023 08:00

27-12-2023 08:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.
27-12-2023 08:00 - Edifício residencial com abastecimento de água [MANTEVE].
27-12-2023 08:00 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.
27-12-2023 08:00 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .
27-12-2023 08:00 - Edifício residencial com espaço adequado para englobar pessoa doente/idosa .

6.5. Especificação das intervenções

Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

- Remover os tapetes dos quartos ou aplicar tela antiderrapante, no sentido de evitar quedas. Manter o corredor livre de objetos, proporcionando um espaço mais amplo sem obstáculos. Utilizar a casa de banho com chuveiro, recorrendo às barras de apoio já instaladas, podendo utilizar um banco antiderrapante no autocuidado banho. Para chegar ao seu apartamento deve subir os 6 degraus usando uma canadiana e o corrimão das escadas (Santos et al, 2021).

6.6. Síntese relativa ao caso

O EEER detém um papel influente na adaptação às limitações de mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, tornando essencial munir a pessoa e seus familiares de conhecimentos e competências que lhes permitam gerir a sua recente condição, permitindo uma adaptação facilitadora à mesma, facto que inclui a adaptação e organização do ambiente e edifício residencial à nova condição funcional da pessoa.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no 1º contacto permitiu a avaliação da situação familiar do Sr. Fernando, compreender o apoio familiar que usufruía para além da esposa, que habitava consigo. Também permitiu identificar as possíveis barreiras arquitetónicas da habitação, de acordo com as rotinas do Sr. Fernando e a dificuldade de aceder à habitação, pela presença de degraus na entrada do edifício residencial. Com base na avaliação foram realizados diagnósticos de enfermagem e consequente planificação de intervenções, com o objetivo de promover o processo familiar na gestão das condições da habitação de acordo com as suas possibilidades e expetativas. A família não se encontrava desperta para a existência de barreiras que potenciavam o risco de queda e limitavam a capacidade funcional do Sr.

Fernando. Neste sentido, na presença da família foram identificadas as barreiras/obstáculos existentes no interior da habitação e foram sugeridas alterações que permitissem melhorar o conhecimento sobre a organização da habitação. Uma situação que foi identificada pela família como uma barreira arquitetónica foram os seis degraus na entrada do edifício, situação que foi solucionada rapidamente, com o reforço do treino de subir/descer escadas com apoio de corrimão, que se encontrava disponível, mas não era utilizado de forma adequada. No 2º momento de prestação de cuidados de reabilitação, foi possível observar algumas alterações na organização da habitação que demonstraram uma consciencialização da necessidade de reorganização do espaço habitacional na prevenção de quedas e/ou acidentes. Assim, observou-se um corredor amplo, livre de objetos e móveis, foi possível visualizar que o tapete da sala se encontrava fixo dum dos lados com o peso do sofá e embora estivesse mais seguro que no 1º momento de prestação de cuidados, era necessário a aplicação da tela antiderrapante para assegurar a prevenção de quedas. O Sr. Fernando passou a utilizar de forma exclusiva a casa de banho que tinha a base de duche e as barras de apoio.

A Família do Sr. Fernando melhorou o conhecimento sobre a existência de barreiras arquitetónicas no interior da habitação e conseguiu gerir de forma adequada a organização do ambiente na prevenção de acidentes. Tal significa, que as modificações da organização da habitação permitiu obter alguns ganhos no que respeita à gestão das condições da residência habitacional, contudo considero que apenas dois contactos não são suficientes para ensinar a família sobre barreiras estruturais e de organização que possam existir na habitação, nem implementar as alterações necessárias na prevenção de acidentes.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo narra o percurso para aquisição de competências do Enfermeiro Especialista, no decorrer do estágio de natureza profissional nas seis áreas onde decorreu o ensino clínico: Cardiorrespiratório, Musculoesquelético, Neurológico, Unidade de Cuidados na Comunidade/ECCI, RNCCI/ Unidade de Convalescença e Pediatria, contemplado no plano de estudos do Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A sua elaboração assenta numa metodologia crítico-reflexiva das atividades e estratégias desenvolvidas em todos os locais de estágio e não individualmente, no intuito de materializar uma autoavaliação do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, definidas nos Regulamentos de Competências de Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para além de auferir o grau de Mestre ao Enfermeiro, permite o desenvolvimento e aquisição de competências para uma tomada de decisão e intervenção assente no mais alto nível de evidência científica, face a cada situação específica na arte de cuidar (Marinho, 2017). Assim, enfermeiro especialista é de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, um profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados. Tal significa, que no desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, está implícito o desenvolvimento das competências comuns, por serem à priori, competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas.

A realização do ensino clínico em diversas áreas do conhecimento, permitiu o desenvolvimento das competências comuns em harmonia com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências expõe de forma transversal as atividades, estratégias e reflexões que permitiram consolidar e aprofundar conhecimentos ao longo do percurso formativo. Assim, este capítulo contempla a descrição e reflexão do meu percurso em ensino clínico, assentes no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

Competências comuns do enfermeiro especialista

O Enfermeiro Especialista é um profissional com competências reconhecidas para prestar cuidados de enfermagem para além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados próprios da área clínica da especialidade. Com base do Regulamento nº140/2019, as competências comuns do enfermeiro especialista, são partilhadas por todas as especialidades de enfermagem e estão organizados por domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da

qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Figura 9: Domínios das competências comuns do enfermeiros especialista

A aquisição de competências clínicas especializadas, resulta do aprofundamento dos domínios de competência, com base no desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e habilidades que evidenciam o processo de tomada de decisão, traduzidos na diferenciação do SABER, SABER-FAZER e SABER-SER, que são aplicados em contexto de prática clínica (Saraiva, 2019). A cada competência está definido um descritivo de competência, que por sua vez se ramifica em unidades de competência e consequentemente em critérios de avaliação, que descrevem o desempenho profissional.

Domínio: responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assenta na tomada de decisão baseada nos princípios éticos e normas deontológicos, respeitando e promovendo os direitos humanos e fomentando uma prática segura, a privacidade e a dignidade humana (OE, 2019). Assim, o desenvolvimento desta competência envolve a legislação que enuncia os deveres deontológicos do enfermeiro, nomeadamente no cumprimento das normas e leis, na responsabilização pelas decisões que toma e atos que delega noutros profissionais, na proteção dos direitos humanos da pessoa cuidada, na solidariedade para com a comunidade e na atualização permanente de conhecimentos (OE, 2015).

Neste domínio o enfermeiro especialista deverá demonstrar desenvolvimento de capacidades e habilidades em duas competências, que serão enunciadas e descritas separadamente.

Competência A1 - Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional.

A competência apresentada é definida com base num descritivo, que define que o Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Descreve também que a competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa (OE, 2019).

O Enfermeiro Especialista, é um profissional que diariamente toma decisões em relação à

pessoa a quem presta cuidados, sendo imprescindível que tenha conhecimento sobre teorias éticas e princípios legais, que protegem a pessoa e o próprio profissional. Considerando o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico, toda e qualquer intervenção do Enfermeiro tem como princípio orientador a responsabilidade, que deve atender aos princípios éticos e valores universais. O processo de tomada de decisão na especialidade de enfermagem de reabilitação, com base nos princípios de defesa da liberdade e dignidade da pessoa e do profissional, e a relação profissional deve ser construída segundo valores universais como igualdade, capacitação, verdade e justiça, o altruísmo, solidariedade e aperfeiçoamento profissional (OE, 2015).

Enquanto aluna da especialidade de reabilitação, prestei cuidados a pessoas com alterações da sua funcionalidade e da sua capacidade para o autocuidado e participação social. Tal exigiu um reflexão, que me permitiu identificar que essas pessoas geralmente apresentam limitação da sua autonomia funcional e realização do seu autocuidado, pela restrição de mobilidade e não pela capacidade de decidir. Neste sentido, a minha intervenção assente no princípio da autonomia, em que a pessoa é capaz de decidir por si mesma, pretendeu assistir a pessoa cuidada na medida do necessário, respeitando as suas decisões e reais necessidades. O exercício profissional do enfermeiro é orientado pelo processo de tomada de decisão, que integra os seus conhecimentos com base na evidência científica e a sua experiência da prática clínica, permitindo identificar as necessidades de cuidados de Enfermagem à pessoa e/ou família e construir estratégias de intervenção em conjunto com a pessoa e/ou família, considerando os projetos de saúde de cada pessoa. Na prática clínica, o processo de tomada de decisão integra os resultados da investigação, alicerçados com a capacidade de reflexão e pensamento crítico na implementação das estratégias definidas, centradas na pessoas e nas suas necessidades reais. A relação do profissional com a pessoa cuidada, deve assentar no respeito mútuo, compreensão e salvaguardar os seus valores e o direito à autodeterminação (OE, 2011).

No decorrer do ensino clínico, deparei-me com situações complexas que potenciaram uma reflexão crítica e juízo clínico. Nesta esfera, pretendo ressalvar uma situação experienciada na UAVC, no qual o Sr. J.P. manifestou vontade incontornável de ter alta clínica para o domicílio, quando foi abordada a questão da alta, pois era o cuidador da sua esposa e estava muito ansioso por voltar a estar junto dela. Resultando do evento, o Sr. J.P. apresentava algumas limitações na marcha e diminuição da força do membro superior esquerdo, que não impediam a alta clínica para o domicílio, mas exigia alguma vigilância por parte de um cuidador. O filho do senhor manifestou vontade de o levar para casa e embora não vivesse perto, tentaria supervisionar o pai. Perante esta situação e em concordância com a enfermeira tutora, o objetivo da minha intervenção com o Sr. J.P. incidiu no treino de equilíbrio e de autocuidados, aconselhamento de materiais adaptativos e prevenção de quedas. O filho foi envolvido na preparação da alta, através de ensinos e informação de suporte. Dado o relato anterior e

considerando a enfermagem de reabilitação uma área da especialidade que atua ao longo do ciclo vital, com especial enfoque nas transições vivenciadas pela pessoa e família, com a finalidade de capacitar a pessoa com défices de funcionalidade, considero que o respeito pela autonomia de decisão do Sr. J.P. esteve presente no meu processo de tomada de decisão clínica. Acrescento que não há reabilitação sem que a pessoa cuidada o queira (Pinto et al, 2022).

Competência A2 - Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Já a segunda competência apresenta como descritivo que o Enfermeiro Especialista demonstra uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa (OE, 2019).

O desenvolvimento desta competência pressupõe uma visão, postura e prática clínica baseada na proteção dos direitos humanos, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Neste seguimento, a humanização dos cuidados na área da reabilitação, tem em vista a integridade do cuidado prestado e as relações humanas estabelecidas, reconhecendo a vulnerabilidade e os princípios éticos que lhe conferem dignidade (Oliveira et al, 2019). A dignidade é um conceito com um significado diferente para cada pessoa, pois relaciona aspetos sociais e culturais, com as dimensões inerentes a todas as pessoas, que por um lado são comuns e ao mesmo tempo únicas. Valores como igualdade, privacidade, respeito, verdade, justiça e independência estão intimamente ligados à dignidade humana e devem ser ajustados a cada pessoa e à sua situação clínica (Simões e Sapeta, 2019).

Respeitar a pessoa, é promover a sua autonomia e independência, bem como a sua capacidade para decidir e tomar decisões face ao seu plano de cuidados, com base na informação fornecida, nas suas crenças e valores. É necessário compreender que as prioridades são da pessoa cuidada e não do enfermeiro, por isso o plano de cuidados deve respeitar essas prioridades e assegurar que a pessoa é portadora da informação adequada para exercício da sua liberdade responsável. A informação transmitida à pessoa cuidada, deve ser clara, simples e compreensível e o enfermeiro deve garantir que pessoa percebeu a informação. Só assim, o consentimento livre e esclarecido é válido.

No decorrer de todo o ensino clínico, procurei em todas as situações, para além de me identificar como enfermeira em contexto de ensino clínico, obter o consentimento de informado e a aceitação da minha intervenção, assim como manter a privacidade e intimidade da pessoa cuidada. Considero esta atitude crucial no estabelecimento de relações humanas, pois transmite informação da pessoa que pretende prestar cuidados, o que transmite segurança à pessoa cuidada.

O estabelecimento de relações humanas é complexo, e a comunicação verbal e não verbal são

fatores constituintes dessa relação. No contexto dos cuidados de enfermagem, a comunicação é utilizada na transmissão de informação à pessoa cuidada/família e entre elementos da equipa multidisciplinar, devendo ser clara, objetiva, verdadeira e nunca colocar em causa os princípios éticos do respeito pela privacidade da pessoa (Rezende et al, 2015). No que diz respeito à comunicação, tornou-se necessário encontrar estratégias para perceber o que os doentes que não têm o recurso da fala querem transmitir e quais as suas necessidades. Foi possível perceber como é difícil comunicar com utentes com esta alteração da capacidade de comunicar ou fazerem-se entender, sem poderem recorrer à fala, bem como entender como eles próprios encaram essa dificuldade. Por vezes a frustração é um sentimento presente na pessoa cuidada por não conseguir expor a sua intenção, mas também o enfermeiro manifesta esse sentimento quando não consegue compreender a informação por parte da pessoa cuidada. No ensino clínico que decorreu na UAVC, tive diversas oportunidades de desenvolver estratégias de comunicação com pessoas com alteração da fala e da capacidade de compreensão. Em determinadas situações foi um grande desafio, fazer-me entender no intuito de obter o consentimento para prestar cuidados, sendo necessário por vezes recorrer a gestos e expressões faciais. Quando é a pessoa a tentar fazer-se entender, é do meu ponto de vista, uma situação ainda mais complexa. O Sr. A.F. apresentava disartria e diminuição da força muscular no hemicorpo direito, e numa ocasião tentou manifestar a sua necessidade através da fala, mas pela disartria não foi possível compreender. Recorri a estratégias como gestos, escrita, identificação de imagens, mas sem sucesso. A frustração estava a manifestar-se em mim, na equipa multidisciplinar e na pessoa cuidada, que estava a ficar exaltada. Após uns longos minutos de tentativas, foi possível compreender a necessidade da pessoa e satisfazê-la. Esta complexa situação, fez-me refletir na dificuldade que pode existir em respeitar o direito à informação, à privacidade e dignidade da pessoa, e na necessidade de adequar estratégias a cada situação clínica, que é de facto única e pessoal.

A comunicação também está implícita na transmissão de informação entre profissionais de saúde, exigindo que seja oportuna, eficaz e precisa, contribuindo para a diminuição do erro e lacunas na transferência de informação, aumentando a segurança e a continuidade dos cuidados (Stewart, 2016). Neste sentido, mais importante que o local onde ocorre a transmissão de informação, é a seleção da informação transmitida, no intuito de respeitar o direito à privacidade e o sigilo profissional. Nos serviços de internamento onde realizei o ensino clínico, todas as passagens de turnos eram realizadas em sala própria, exceto na UAVC que era realizada na própria unidade, mas junto à mesa de trabalho, que se localizava no centro da unidade, mas tenho de ressalvar que existia sempre o cuidados de manter um tom baixo e a informação transmitida era selecionada. O enfermeiro especialista em reabilitação estava sempre presente na passagem de turno na manhã e a informação consistente com a continuidade dos cuidados na ausência do enfermeiro especialista no turno seguinte, era transmitida ao enfermeiro responsável pela pessoa cuidada, no sentido de assegurar a

continuidade dos cuidados.

Com base na premissa, somente na individualidade do cuidar é possível obter a finalidade de reabilitar, o enfermeiro de reabilitação presta cuidados especializados centrados na pessoa, atento ao seu papel ativo na sociedade com uma experiência de vida, com crenças, expetativas e necessidades próprias. Assim, considero que no decorrer do ensino clínico consegui demonstrar uma prática clínica, na área da especialidade de reabilitação, baseada na tomada de decisão que respeitou os princípios éticos e as normas deontológicas da pessoa na comunidade em que se insere. Demonstrei igualmente uma prática clínica que promoveu a proteção dos direitos humanos, em situações de exigência de cuidados especializados.

Domínio: melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade garante a conceção e dinamização de projetos e estratégias na área da qualidade, gerindo programas de melhoria contínua e garantindo uma gestão segura do ambiente terapêutico (OE, 2019). Assim, o desenvolvimento desta competência envolve a aquisição de conhecimentos através da educação e formação, e a sua mobilização na orientação, planeamento e avaliação das práticas clínicas, garantindo segurança e qualidade na prestação de cuidados numa complexa interdependência profissional, pessoa, família e ambiente (OE, 2015).

Neste domínio o enfermeiro especialista deverá demonstrar desenvolvimento de capacidades e habilidades em três competências, que serão enunciadas e descritas separadamente.

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

A competência enunciada anteriormente assenta no descritivo, que define que o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e implementação de projetos institucionais na área da qualidade, participando na sua divulgação e adequação, até ao nível operacional (OE, 2019).

A qualidade na prestação de cuidados é uma preocupação crescente na saúde, e sendo o enfermeiro especialista, um profissional detentor de conhecimentos científicos e técnicos avançados, está ciente que a qualidade na prestação de cuidados exige reflexão, atualização empírica e humanização, no planeamento e implementação de estratégias e protocolos que garantam a melhoria contínua da qualidade (Gomes et al, 2012). O Plano Nacional de Saúde (2015), define que a qualidade em saúde envolve a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis, a adesão e satisfação da pessoa, assim como a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas da pessoa e o melhor desempenho possível.

A investigação e a procura de conhecimento, sustentaram a minha prática clínica enquanto enfermeira em ensino clínico, procurando a melhor evidência científica no planeamento de

estratégias de atuação, com vista à melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem. No decorrer do ensino clínico, na área cardiorrespiratória, foi crucial aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, recorrendo à mais recente evidência científica, no que respeita à inaloterapia e técnica de administração terapêutica, porque me permitiram educar e instruir a pessoa cuidada com segurança e destreza. Considero que foi crucial aprofundar conhecimentos recorrendo à melhor evidência científica, pois permitiram privilegiar a qualidade na prestação de cuidados na prática clínica, ao mesmo tempo que contribuíram para a melhoria contínua desses cuidados. Embora não tenha participado diretamente em projetos institucionais na área da qualidade, considero que assumi a responsabilidade de desempenhar uma prestação de cuidados que de alguma forma tenha contribuído para o crescimento e reconhecimento da profissão, na área da especialidade de reabilitação, assim como a satisfação das pessoas a quem prestei cuidados.

Competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

A competência descrita assume que o enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas clínica em função dos resultados obtidos e a necessidade de implementação de programas de melhoria contínua, no sentido de rever essas práticas (OE, 2019).

A evolução do conhecimento das diferentes áreas do saber, acresce ao enfermeiro especialista atributos no desenvolvimento de competências que enfatizam a conceção, implementação, avaliação, promoção da reflexão e elaboração de projetos (Silva, Lima e Sousa, 2016). Neste seguimento o enfermeiro especialista é o profissional com competências para identificar as oportunidades de melhoria e apresentar estratégias de resolução através do desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, privilegiando intervenções sustentadas na evidência científica (OE, 2019).

Ao longo de todo o ensino clínico, não tive oportunidade de participar ativamente num projeto de melhoria contínua que estivesse em implementação no serviço. Contudo, tive oportunidade de refletir em conjunto com a enfermeira tutora do serviço de Ortopedia/Traumatologia sobre um projeto de melhoria contínua relacionado com a crioterapia, que estava a ser desenvolvido. A necessidade de uniformizar a prática clínica, agilizou a elaboração de guias orientadoras com base na evidência científica e fomentou a necessidade de implementação do programa. A reflexão sobre o programa de melhoria contínua, permitiu-me reconhecer a importância dos instrumentos de avaliação da qualidade na prática clínica, no sentido de analisar os resultados obtidos, identificar as oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades e selecionar estratégias com vista à elaboração de guias orientadoras e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade. Desenvolver competências de reflexão sobre os programas de melhoria contínua e todo o processo envolvente, permitiu-me crescer enquanto futura

enfermeira especialista. Considero que para além do conhecimento fundamentado na evidência científica que envolve a área do saber, consegui desenvolver competências na área do saber fazer crítico-reflexivo no âmbito dos programas de melhoria contínua da qualidade. Neste seguimento, gostaria de ressalvar que sendo a qualidade avaliada pela pessoa, pelo profissional e pelas próprias instituições, é essencial a implementação de protocolos que avaliem o desempenho profissional, as auditorias e a autoavaliação, numa perspetiva construtiva da qualidade. O enfermeiro especialista é detentor de conhecimentos e competências que visam a sua participação na elaboração de protocolos, monitorização e avaliação das atividades implementadas e o seu impacto.

Tal significa que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados engloba um aperfeiçoamento, mudanças e melhorias, com recurso a auditorias, processos de avaliação e metodologias rigorosas, que incrementam normas e soluções eficazes e eficientes, com vista ao progresso e satisfação do cuidado à pessoa (Silva, Lima e Sousa, 2016).

Competência B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro

A competência acima enunciada descreve que o enfermeiro especialista promove a gestão do ambiente centrado na pessoa para a efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, fomentando a adesão à saúde e gestão do risco (OE, 2019).

O ambiente na prática de cuidados em enfermagem envolve a pessoa, elementos físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam o conceito de saúde de cada pessoa, individualmente (OE, 2011). Perante o descrito torna-se evidente que o enfermeiro especialista foque a sua intervenção na interdependência da pessoa com o ambiente, como condição imprescindível geradora de segurança e gestora do risco (DR, 2019). A procura de estratégias de promoção de um ambiente adequado a cada situação individual na prestação de cuidados, o respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais, favorece a relação de proximidade e de confiança entre o profissional e a pessoa/família cuidada, garantindo assim a promoção de um ambiente terapêutica seguro. No decorrer de todo o ensino clínico manifestei uma constante preocupação em desenvolver estratégias de intervenção no intuito de promover o bem-estar da pessoa, garantindo uma prática segura e indo ao encontro da satisfação das suas necessidades culturais e espirituais. Os dias de ensino clínico na área da pediatria foram bastante exigentes, no que respeita à gestão do ambiente seguro centrado na pessoa/família e na envolvência adequada que fomenta a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade do outro. Embora seja a criança que se encontre a experienciar uma situação de alteração da sua condição de saúde, os pais também vivenciam um processo de transição situacional à condição de saúde do filho. A prestação de cuidados de higiene, conforto e limpeza das vias aéreas a uma criança de dez anos, com uma patologia degenerativa e traqueostomizada, internada em contexto de agudização de infeção respiratória, exigiu de mim uma adaptação de capacidades na promoção de uma relação terapêutica, de confiança e

empatia com a criança e a família. Esta situação particular foi alvo de reflexão com a enfermeira tutora, pela forma como consegui gerar segurança e proteção da criança/família, assegurar a satisfação das necessidades identificadas e implementar medidas de prevenção e controlo de infeção, em particular no manuseamento da traqueostomia. A segurança do ambiente terapêutico, também envolve os dados e registos a pessoa/família cuidada, neste sentido a presente reflexão sobre o caso clínico garante o respeito pela identidade e privacidade das pessoas envolvidas. A gestão do risco é crucial na enfermagem, tanto para a instituição como na individualidade, exigindo uma intervenção exímia no que respeita à manutenção de medidas preventivas e controlo na infeção, até pela necessidade de recorrer corretamente a medidas de proteção individual garantido cuidados seguros para todos os envolventes.

De modo global, considero que desenvolvi competências e mobilizei conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, assente na evidência científica e normas, que requer avaliação, planeamento e atualização eficaz e eficiente. Também desenvolvi e refleti sobre a capacidade de promover uma relação terapêutica, de confiança e empática com a pessoa/família, promovendo a segurança da pessoa, prevenção do erro e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

Domínio: gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados, visa a otimização de respostas no âmbito da enfermagem e da equipa de saúde, numa garantia entre a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, e a identificação do estilo de liderança e gestão dos recursos em conformidade com as situações e contextos, com foco na qualidade os cuidados (OE, 2019). Tal significa, que o enfermeiro especialista no desenvolvimento desta competência atua na dimensão da gestão e da assistência, ou seja, desenvolve o seu papel enquanto assessor da equipa de enfermagem colaborando nas decisões de equipa, na delegação de tarefas e otimização do trabalho da equipa, utilizando os recursos adequados de forma eficiente na satisfação das necessidades da pessoa e promoção da qualidade dos cuidados (Mororó et al, 2017).

Neste domínio o enfermeiro especialista deverá demonstrar desenvolvimento de capacidades e habilidades em duas competências, que serão enunciadas e descritas separadamente.

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

A competência descrita anteriormente assenta no descritivo que o enfermeiro especialista gere cuidados de enfermagem, melhora a informação para otimizar o processo de tomada de decisão e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

O desenvolvimento de ações voltadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, com o propósito de viabilizar o processo de tomada de decisão, relaciona-se com a capacidade de gestão do enfermeiro especialista. Dito isto, é fundamental compreender a existência de

uma relação entre o cuidar e o gerir, e entre as áreas do saber, envolvem conhecimentos científicos, habilidades técnicas e competências de gestão e cuidado (Mororó et al.,2017). O desenvolvimento desta competência foi transversal a todos os locais de estágio, contudo gostaria de expor a minha vivência no internamento de Ortopedia/Traumatologia. Após a passagem de turno, partilhei com a enfermeira tutora o plano de intervenções que pretendia implementar numa pessoa submetida a revisão de artroplastia total do joelho, pelo que me dirijo à enfermaria para explicar à pessoa envolvida o plano que era pretendido alcançar nesse dia. Contudo, momentos depois aproxima-se o enfermeiro que pretendia prestar cuidados à senhora, nomeadamente realizar levante e assistir nos autocuidados higiene e uso sanitário. Perante esta situação, expôs os cuidados que e as intervenções que pretendia implementar, nomeadamente o treino de exercícios no leito e tentei otimizar a gestão de cuidados com a restante equipa, participar e demonstrar os cuidados que podiam ser executados por outros elementos da equipa, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Os elementos da equipa compreenderam e respeitaram a minha planificação de cuidados, assente numa gestão de cuidados em articulação com a equipa de saúde. Senti que esse momento foi importante e me permitiu desenvolver competências de tomada decisão no processo de cuidados, em articulação com a equipa, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Participar ativamente no processo de gestão a nível da tomada de decisão enquanto enfermeira em ensino clínico, na área da especialidade contribuiu para reconhecer a complexidade e responsabilidade do processo, no que respeita à assessoria na equipa, na colaboração das decisões em equipa, no esclarecimento de informação que contribui para o processo de tomada de decisão no processo do cuidar, no reconhecimento da necessidade ou não de referenciar a outros profissionais da equipa multidisciplinar ou articular entre e intra instituições de saúde. A otimização de resposta da equipa, perante o processo de tomada de decisão engloba a supervisão das tarefas delegadas, e considero que a demonstração prática dessas tarefas é uma mais valia no sucesso da sua execução e na segurança e qualidade dos cuidados.

Nesta perspetiva, a gestão de cuidados de enfermagem é sustentada por uma prática organizacional, que avalia a pessoa de forma holística e planeia intervenções que contribuem para a continuidade dos cuidados, delegando tarefas oportunas seguras e personalizadas a cada contexto de saúde (Mororó et al, 2017).

Competência C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

O descrito da competência acima referida assume que o enfermeiro especialista otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, adaptando o estilo de liderança à organização favorecendo uma prática de cuidados de qualidade (OE, 2019). A evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão permitiu incorporar conceitos como autonomia e liderança, contribuindo para o desenvolvimento de uma profissão que assume a sua responsabilidade na liderança e gestão de pessoas, famílias, grupos e comunidade de

acordo com fundamentos históricos, filosóficos, científicos e legislativos (Guerrero-Núñez e Cid-Henríquez, 2015). Assim, a posição de líder na gestão do cuidados, assente nas relações interativas e colaborativas, possibilita uma maior visibilidade da profissão, no âmbito social e alcance de um maior desenvolvimento de trabalho em equipa, comunicação, relação interpessoal e prática especializada (Mororó et al, 2017). A liderança na gestão em enfermagem, assume um papel essencial que visa facilitar as interações das organizações, equipas e pessoa, para alcance de objetivos comuns, tal significa que a liderança como habilidade humana exige o desenvolvimento de um pensamento critico-reflexivo na tomada de decisão clínica, resolução de conflitos e qualidade dos cuidados de saúde, ao mesmo tempo que fortalece o trabalho em equipa e favorece a melhor resposta do grupo e pessoa individualmente (Guerrero-Núñez e Cid-Henríquez, 2015).

Nas várias áreas da especialidade que decorreu o ensino clínico, tive oportunidade de entender a dinâmica dos serviços, a sua organização e gestão, através da observação do desempenho do enfermeiro responsável. Por exemplo na UAVC, a enfermeira tutora para além de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, era também a enfermeira de referência no turno, desempenhando funções de gestão sempre que a situação o exigia, e não se encontrava presente o enfermeiro chefe. Ao longo do ensino clínico, observei diversas situações que contemplaram a elaboração do plano de trabalho, coordenação da equipa, supervisão do trabalho desenvolvido por enfermeiros e assistentes operacionais, para além de manter um conhecimento atual da situação clínica de cada pessoa e assumir a prestação direta de cuidados à pessoa. Por diversos momentos, a equipa manifestou o seu desagrado na forma como o plano de trabalho estava organizado, considerando desadequado o planeamento do número de situações clínicas e a sua complexidade a cada profissional, pelo que foi necessário negociar a adequação dos recursos às situações clínicas, na tentativa de responder com rigor, eficiência e eficácia aos desafios da organização mantendo a promoção da qualidade dos cuidados. De reforçar que o plano de trabalho é igualmente importante na garantia de satisfação dos rácios mínimos de trabalho, indicadores de uma prestação de cuidados atempada, segura e eficaz, sendo competência do enfermeiro especialista coordenar os recursos adequados e garantir a dotação segura, não colocando em risco a segurança dos cuidados prestados (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018).

A construção das relações interpessoais entre os elementos da equipa, deve valorizar o papel de enfermeiro líder e o papel dos liderados, sendo a comunicação de extrema importância na construção de uma relação relação pautada no respeito, confiança e compreensão, contribuindo para a motivação da equipa e resolução de conflitos. (Novato e Nunes, 2019). Neste sentido, é indispensável ser detentor de habilidades de liderança e competências de gestão, de forma a coordenar e organizar a equipa com eficiência, na promoção da qualidade e introdução de estratégias de motivação, para um desempenho diferenciado e introdução de novas práticas.

Com base no descrito, considero que o ensino clínico, nas diversas áreas da especialidade me

permitiu desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados e até valorizar e compreender a importância e complexidade da liderança e gestão dos cuidados de saúde, tendo como foco a garantia da qualidade dos cuidados, e a otimização do trabalho em equipa.

Domínio: desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista centraliza os cuidados de enfermagem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando autoconhecimento e consciência do contexto único, profissional e organizacional na prestação de cuidados. Da mesma forma, que suporta a prática clínica em evidência científica atual e pertinente, corresponsabilizando-se pela formação e desenvolvimento de uma prática especializada em contexto de trabalho (OE, 2019). A excelência do exercício profissional é uma condição complexa que exige a satisfação das necessidades da pessoa assentes na evidência clínica, e a análise do trabalho executado, no intuito de reconhecer eventuais necessidades de mudança na garantia de qualidade na prestação de cuidados ou assegurar a continuidade dos mesmos (OE, 2015).

Neste domínio o enfermeiro especialista deverá demonstrar desenvolvimento de capacidades e habilidades em duas competências, que serão enunciadas e descritas separadamente.

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade

A competência enunciada anteriormente, descreve que o enfermeiro especialista é detentor de consciência de si mesmo enquanto pessoa e profissional de saúde, reconhece os seus recursos e limites, gere os seus sentimentos e emoções e no intuito de otimizar uma resposta individual e organizacional eficiente (OE, 2019).

O autoconhecimento traduz o conhecimento de si próprio, é o resultado da auto análise de si mesmo, da sua vida e da forma como nos comportamos e desejamos comportar, facto de elevada importância na profissão de enfermagem, pois quanto melhor o conhecimento e compreensão de si mesmo, melhor a capacidade de comunicação, de desenvolvimento de relações profissionais satisfatórias e de atuar eficazmente em situações difíceis e geradoras de stress (Carapeto, 2021). Sendo a enfermagem uma profissão humanista, torna-se importante o profissional conhecer-se, reconhecer as suas emoções, aceitar os seus recursos e limites pessoais e profissionais, para assim conseguir estar disponível para cuidar e responder adequadamente às necessidade do outro. Ser enfermeira em contexto de ensino clínico, permitiu-me melhorar a capacidade de autoconhecimento, pela diversidade de experiências que vivenciei e pela necessidade de refletir sobre as mesma. A prestação de cuidados na comunidade, exigiu da minha parte uma maior reflexão de consciencialização na construção do processo de ajuda e no estabelecimento de uma relação terapêutica. Conhecer a pessoa/família no seu ambiente domiciliar, as suas condições de habitação, as suas relações familiares e adaptá-las à sua condição de saúde e processo de reabilitação, é exigente e gera necessidade

de adaptação individual e organizacional. No decorrer da prestação de cuidados a uma pessoa com cerca de 80 anos, com patologia respiratória (DPOC grave), a cumprir terapêutica inalatória e em programa de reabilitação respiratória após episódio de exacerbação. A senhora vivia sozinha num primeiro andar, tinha o apoio das filhas, que embora trabalhassem tinham a preocupação de passar todos os dias de manhã a deixar o pequeno almoço e a medicação e ao fim do dia voltavam a passar. Era uma senhora muito simpática, deambulava com apoio de uma bengala e cumpria o programa de reabilitação respiratório, que era adaptado à sua condição clínica e capacidade física. Num dia em particular, a senhora não estava a conseguir cumprir os exercícios propostos, por se encontrar muito preocupada e ansiosa com a situação de saúde do seu filho. Senti que era necessário tranquilizar a senhora e permitir que verbaliza-se as suas preocupações, o que contribuiu para o estabelecimento de uma relação empática, assente no saber escutar. No momento considerei adequado adaptar a construção do processo de ajuda, tentando manter um equilíbrio em relação aos meus próprios sentimentos e aos da senhora. Senti necessidade de refletir com a enfermeira tutora, a minha conduta neste processo, porque me permitiu tomar consciência da importância de ser empático e conseguir estabelecer uma relação interpessoal de sucesso, na medida que para reconhecer os sentimentos dos outros é indispensável um autoconhecimento dos seus sentimentos e como estes podem interferir na prestação de cuidados. Considero que consegui demonstrar autodomínio, inspirar confiança, ser conscienciosa, gerir a capacidade de adaptabilidade e inovação na construção de uma resposta eficiente do cuidado humano, em situação de reabilitação.

Contudo, é de reforçar que nem sempre conseguimos ser assertivos e demonstrar autoconhecimento, pois existem limites pessoais e profissionais que por vezes impedem essa exposição ou expressão, neste seguimento Carapeto (2021), descreve a assertividade e a comunicação assertiva como uma aprendizagem contínua e que requer um treino sistemático.

Outra situação que decorreu no ensino clínico na comunidade, foi de um senhor também em programa de reabilitação respiratório, que não manifestou muita disponibilidade para a minha intervenção enquanto enfermeira em ensino clínico, no âmbito de enfermagem de reabilitação, o que exigiu da minha parte uma postura assertiva e reconhecimento da situação como potencialmente conflituosa, estando consciente dos limites da minha intervenção enquanto aluna em ensino clínico. Nesta situação em particular, apenas intervi diretamente na prestação de cuidados de reabilitação, quando senti que a pessoa cuidada estava disponível, confortável e segura com a minha intervenção. A relação interpessoal satisfatória, foi sendo construída no decorrer das sessões e exigiu da minha parte uma comunicação e comportamento assertivo, adaptação e competência social, contribuindo para o desenvolvimento de um melhor autoconhecimento e capacidade de adaptação a situações complexas e inesperadas.

A título conclusivo o desenvolvimento desta competência assume o papel ativo da assertividade, como uma atitude positiva, de cuidar e não julgar, comunicar de forma clara e direta, assente num conjunto de ações, atitudes e pensamentos na interação com o outro e em

relação a si próprio (Carapeto, 2021).

Competência D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

O enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão e as intervenções planeadas em evidência científica atual, válida e pertinente, promovendo uma prática clínica de cuidados especializados seguros e competentes, responsabilizando-se pela aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências decorrentes dos programas formativos (OE, 2019). O enfermeiro especialista é dotado de conhecimentos, competências e ferramentas que lhe permitem incorporar responsabilidades acrescidas, tomar decisões em processos mais complexos e assegurar uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz, numa prática avançada (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018). Nesta linha de pensamento, a enfermagem baseada na evidência assenta no uso consciencioso, explícito e criterioso de informação resultante de pesquisas metodologicamente confiáveis e essenciais na tomada de decisão, considerando as necessidades individuais da pessoa e melhorando a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que intensifica o pensamento crítico-reflexivo do profissional (Okuno, Belaco e Barbosa, 2014).

No âmbito do desenvolvimento de competências, atualização de conhecimentos e potencialização de uma prática clínica, foi desenvolvida uma pesquisa sustentada na evidência cientifica, respeitante ao tema " autogestão do regime de exercício: contribuição do enfermeiro especialista", tendo como base os dois estudos de caso clínico, apresentados posteriormente no relatório. A essência da pesquisa realizada permitiu atualizar, aprofundar e consolidar conhecimentos relativos à gonartrose, artroplastia total do joelho, a intervenção e o papel do EEER na artroplastia total do joelho e a autogestão do regime de exercício na artroplastia do joelho. Este processo de pesquisa, foi crucial na aquisição de novos conhecimentos que contribuíram para o desenvolvimento de habilidades que permitiram obter, interpretar e integrar as evidências com a situação clínica da pessoa, contribuindo para uma prática clínica especializada. A aquisição de conhecimento válido, atual e pertinente, contribuiu para o desenvolvimento da minha capacidade crítico-reflexiva, sustentando os processos de tomada de decisão, os planos de intervenção implementados e gerou uma procura contínua da excelência dos cuidados. Devo admitir que exercer funções, como enfermeira generalista no serviço de ortopedia, facilitou a minha adaptação à prestação de cuidados especializados à pessoa com diagnóstico do foro ortopédico, mas de algum modo também aumentou o meu sentido de responsabilidade. O serviço de ortopedia/traumatologia e a Unidade de Cuidados na Comunidade proporcionaram-me diversas experiências que permitiram adaptar o conhecimento assente na evidência cientifica à prática especializada. Embora tenha realizado uma pesquisa mais exaustiva, referente ao tema selecionado, em todas as áreas da especialidade do ensino clínico, senti necessidade de recorrer a pesquisas em bases de dados para colmatar lacunas e consolidar conhecimentos, sustentado a prática clínica especializada e divulgando os resultados da pesquisa no desenvolvimento da enfermagem.

A pretensão de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, é um desafio pela sua complexidade e necessidade de constante formação, exigindo reflexão e humanização. O desafio tem início na identificação das necessidades e posterior procura de respostas na evidência científica, exigindo um estudo reflexivo que permite inferir diagnósticos de enfermagem, ajustar planos de cuidados, implementar e avaliar as ações implementadas (Danski et al, 2017). A aquisição de conhecimentos atuais é crucial na prática clínica especializada, aumenta o sentido de responsabilidade do enfermeiro especialista como agente facilitador da aprendizagem, e desenvolvimento de competência de outros elementos da equipa, atuando como formador em contexto de trabalho. O primeiro local de estágio, na área cardiorrespiratório, contribuiu para que desenvolvesse o sentido de responsabilidade de agente facilitador do processo de aprendizagem, e numa reflexão com a enfermeira tutora sobre técnica inalatória, identifiquei necessidades formativas não na equipa onde estava a decorrer o ensino clínico, mas transpôs o conhecimento adquirido e a capacidade de reflexão crítica, para a minha realidade profissional. Considero que fui um elemento ativo no meu processo de aprendizagem, procurando oportunidades de aprendizagem e demonstrando iniciativa na análise de situações clínicas. Na unidade de convalescença tive oportunidade de prestar cuidados a uma senhora de cerca de 70 anos, submetida a uma osteossíntese da anca, consegui requisitar os meus conhecimentos da prática clínica de ortopedia, que sustentados na evidência cientifica e na particularidade da especialidade de reabilitação, resultaram numa prestação de cuidados segura e competente. Esta senhora tinha sido intervencionada à cerca de 4semanas e utilizada o andarilho como auxiliar de marcha, contudo ao avaliar o ciclo da marcha considerei a possibilidade de alterar o auxiliar de marcha para as canadianas. Tomei a iniciativa de refletir com a enfermeira tutora essa possibilidade, e após observar a marcha e a capacidade da senhora em alterar o auxiliar de marcha, foi proposto essa alteração. No intuito de manter uma continuidade dos cuidados foi discutida a situação clínica com a equipa de fisioterapia da unidade, que ficou em avaliar a situação. No dia seguinte a senhora já realizava treino de marcha com canadianas, pelo que considero que tive uma intervenção pro-ativa, demonstrando conhecimento e segurança numa prática clínica especializada.

O desenvolvimento da profissão de enfermagem enquanto disciplina, criou a necessidade de desenvolver estudos e pesquisas nos quais o enfermeiro observa, avalia, questiona, comunica e implementa novos conhecimentos na prática clínica. O enfermeiro especialista substitui o conhecimento empírico, por um cuidado baseado na evidência científica, imprescindível numa assistência efetiva, com qualidade, segurança e menor risco para a pessoa e profissional, incorporando novas tecnologias de cuidado (Danski, 2017).

A titulo conclusivo, considero que para além de desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista nas diversas áreas da especialidade, no decorrer do ensino clínico, estou também convicta que este percurso se tornou o ponto de partida para uma prestação de cuidados especializados no âmbito da enfermagem de reabilitação.

De seguida, serão abordadas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e a descrição do seu desenvolvimento em contexto clínico.

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação

O enfermeiro especialista, além de deter competências comuns a todas as especialidades, é detentor de competências específicas por área de especialidade. Entenda-se por competências específicas:

"(...)competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas."

(Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série, nº26, Secção II, Artigo. 3.º, Alínea b, 2019)

O enfermeiro especialista é um profissional detentor de competências acrescidas e específicas, que lhe permitem intervir a um maior nível de complexidade, contemplando a eficácia e a qualidade da prestação de cuidados, da sua área clínica de especialidade (Pestana, 2016). A enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção especializada, apresentando como foco a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida e a recuperação da funcionalidade, promoção do autocuidado, prevenção de complicações e maximização de capacidades. O processo de tomada de decisão, dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, assenta na identificação do problema, conceção, implementação, monitorização e avaliação dos planos de reabilitação estruturados e individualizados, sustentados nas necessidades específicas da pessoa (OE, 2011). As aprendizagens estimulam a integração de saberes e novas construções conceptuais orientam a ação, tal significa que o saber, saber fazer e saber ser, integram o conhecimento científico a ser concretizado com a implementação de ações, gerando condutas, comportamentos e atitudes (Martins, Ribeiro e Ventura da Silva, 2018). Neste sentido, a competência é resultado de múltiplos saberes aplicados na prática a diferentes áreas do conhecimento, sendo que a aquisição de saberes, pois implica a capacidade de questionar a origem do conhecimento, mobilizar, transferir e adequá-lo ao contexto da prática de cuidados. Para tal, é exigido a reflexão sobre complexidade da ação, com o objetivo de obter ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social, através dos programas de redução de risco, otimização da função, reeducação funcional e treino da funcionalidade (Vieira et al., 2016).

Com base no Regulamento nº 392/2019, das competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, os objetivos gerais do EEER, são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autonomia, intervindo ao nível das funções neurológicas, cardiorrespiratória, ortopédica e outras

deficiências e incapacidades. Por outro lado, o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (2011), orienta a prestação de cuidados especializados, com vista á melhoria continua nos diferentes contextos da prática clínica, como unidades de internamento agudos e de reabilitação, cuidados continuados, paliativos e na comunidade, com o objetivo de obter ganhos em saúde em todos os contextos da prática, evidenciados na prevenção de incapacidades e recuperação das capacidades remanescentes, promovendo uma maior autonomia da pessoa.

No que concerne às competências especificas o EEER, estas encontram-se divididas em três níveis de competência, que por sua vez se subdividem em unidades de competência e critérios de avaliação (OE, 2019). Com base no exposto, pretendo descrever, analisar, refletir e fundamentar vivências que decorram em ensino clínico, contribuindo para a aquisição de competências e mestrias, numa prática especializada na área da enfermagem de reabilitação.

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

A competência acima enunciada, assenta no descritivo que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação avalia a funcionalidade e identifica as necessidades de intervenção em pessoas de todas as idades, que apresentam limitações para realizar as AVD´s, de forma independente, resultante da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza temporária ou permanente. Após a avaliação e diagnóstico das alterações, o EEER concebe planos de intervenção, implementa as intervenções planeadas e avalia os resultados, tendo em vista a qualidade de vida, reintegração e participação social (OE, 2019). Em consonância, o EEER é um profissional habilitado a elaborar e implementar um programa de reabilitação, assente num conjunto de intervenções da qual fazem parte um conjunto de exercícios, que devem ser implementados de acordo com as capacidades de cada pessoa, de forma progressiva e individual, no intuito de promover a sua recuperação, a sua máxima autonomia funcional e qualidade de vida (Santos, Campos e Martins, 2020). O ensino clínico, é um contexto privilegiado de prática assistencial, no qual o enfermeiro avalia necessidades, concebe e implementa planos de intervenção e avalia os resultados das intervenções (Campo de Carvalho, Oliveira-Kumakura e Morais, 2017). No âmbito da enfermagem de reabilitação, pretendo reforçar que a avaliação da funcionalidade engloba as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade. Assim, o ensino clínico realizado nas várias aéreas da especialidade, foram determinantes para o desenvolvimento de competências em todos os níveis de função, de acordo com a especificidade de cada serviço.

No decorrer do ensino clínico foram diversas as oportunidades para utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções, tal significa que em contexto de prática clínica consegui aplicar várias escalas e instrumentos para recolha de dados, nomeadamente a escala

Medical Research Council (MRC), a escala de Equilíbrio de Berg, a escala de Barthel, a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Gugging Swallowing Test (GUSS), escala de Borg modificada - avaliação da dispneia, o teste de levantar e sentar da cadeira de 30s (TLS30s), COPD Assessment Test (CAT), escala da ansiedade e depressão (HADS), escala modificada de dispneia - Medical Research Council (mMRC), escala London Chest Activity of daily (LACDL) e avaliação da amplitude articular com recurso a goniómetro. A aplicação das escalas e instrumentos enumerados anteriormente foram transversais a todas as áreas da especialidade, contudo algumas escalas só foram aplicadas numa área da especialidade, por exemplo apenas apliquei a escala COPD Assessment Test (CAT), escala da ansiedade e depressão (HADS), escala London Chest Activity of daily (LACDL) na área cardiorrespiratória. Ao refletir sobre a aplicação das escalas nos diversos contextos da prática clínica, identifico que a sua aplicação é crucial na avaliação da capacidade funcional da pessoa, identificação de fatores facilitadores e inibidores na realização dos autocuidados de forma autónoma, considerando o contexto individual da pessoa. É igualmente importante a avaliação de fatores psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição/saúde doença ou incapacidade, assim como o impacto que a alteração da capacidade funcional apresenta na qualidade de vida e bem estar da pessoa.

Uma das situações em contexto de prática clínica, que a meu ver refletem as quatro unidades de competência, que sustentam a competência J1, enunciada anteriormente, foi o caso clínico do senhor J.D. de 58 anos, internado na UAVC, após AVC isquémico apresentando défices no hemicorpo à esquerda. A avaliação da funcionalidade, com base em escalas como a escala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Medical Research Council (MRC) e Gugging Swallowing Test (GUSS), revelou-se de extrema importância na avaliação de alterações das funções motoras, sensoriais, cognitivas e alimentação que limitavam a realização autónoma dos autocuidados, e consequentemente contribuiu para o diagnóstico das necessidades de intervenção, enquanto enfermeira em ensino clínico da especialidade de reabilitação, no intuito de otimizar e reeducar as funções alteradas. No que respeita à avaliação, o senhor J.D. para além de apresentar um diminuição da força muscular e alteração sensorial no hemicorpo esquerdo, também apresentava alterações de equilíbrio e de deglutição (disfagia para líquidos) e o facto de ser uma pessoa jovem, sem qualquer limitação das suas funções previamente ao episódio de AVC, sensibilizou-me no momento de utilizar toda a informação recolhida para definir e hierarquizar prioridades de saúde, tendo como objetivo a funcionalidade e autonomia da pessoa. Numa pessoa pós AVC, a avaliação clínica e funcional nas primeiras 24 a 48 horas, são fundamentais no elaboração do plano de cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação, permitindo um início precoce da reeducação funcional, promoção das capacidades adaptativas à incapacidade e processo de transição saúde/doença e consequente adequação da continuidade de cuidados, com recurso às instituições existentes na comunidade, visando recuperação da autonomia prévia ao evento (Santos et al, 2021).

Tal significa, que avaliar a informação obtida após a aplicação das escalas, foi essencial para

conceber planos de intervenção com vista à otimização e reeducação das funções alteradas, respeitando o projeto de saúde da pessoa. Nesta situação particular, senti necessidade de em conjunto com a enfermeira tutora, hierarquizar as prioridades de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação, no sentido de potenciar as capacidades adaptativas ao processo de transição saúde/doença e incapacidades, uma vez que outros profissionais de saúde, constituintes da equipa multidisciplinar também iriam prestar cuidados na sua área da especialidade. Neste sentido, após o primeiro levante, foi dado enfoque ao treino de equilíbrio sentado e treino de autocuidados. O primeiro levante que consistiu em manter-se na posição sentado na cama, depois a posição estática de pé e posteriormente sentar-se na cadeira de banho, foi um momento de consciencialização das suas limitações. O Senhor J.D. verbalizou "não tinha noção da extensão das minhas limitações, achava que conseguia fazer quase tudo compensando com o lado direito do meu corpo" sic. Este momento, foi essencial para discutir as alterações das funções a nível motor, sensorial e da alimentação, no sentido de adequar as intervenções e a reeducação funcional às limitações da pessoa, no intuito de promover as suas capacidades adaptativas ao autocontrolo e autocuidados do processo de transição saúde/doença. O autocuidado é prática integrante da vida da pessoa adulta, contribuindo assim para a manutenção da sua saúde e bem estar, já a autonomia para o autocuidado refere-se à capacidade da pessoa para realizar as tarefas que lhe são inerentes, tal significa que a conceção do plano de cuidados de reabilitação adaptado ao processo de transição saúde/doença contempla a necessidade de adaptação à nova condição de saúde (Santos et al, 2021). O treino de autocuidados, nomeadamente cuidar da higiene pessoal, vestir/despir, transferir-se, erguer-se, sentar-se, andar e alimentar-se, foi implementado com vista à adaptação de estratégias promotoras da independência do autocuidado, bem como a redução do risco de alterações das função a nível motor, sensorial, cognitivo, alimentação e eliminação. A implementação das intervenções definidas assente na reeducação funcional motora, sensorial e na reeducação da função de alimentação, privilegiou o ensino e treino de técnicas, nomeadamente mobilização ativa/assistida do membro superior e inferior da lado esquerdo, treino de equilíbrio dinâmico, treino propriocetivo e de deglutição, com vista à promoção do autocuidado na transição do processo saúde/doença e incapacidade. A consecução das atividades inerentes ao plano de reabilitação exigiu da minha parte uma seleção e gestão dos recursos disponíveis no serviço, no intuito de implementar as intervenções com sucesso.

Ressalvo, que enquanto aluna da especialidade de enfermagem de reabilitação, demonstrei sempre cuidado e preocupação em garantir a segurança da pessoa cuidada, refletindo e esclarecendo as minhas dúvidas com a enfermeira tutora.

No que respeita à prestação de cuidados ao senhor J.D., o facto de ter tido diversas oportunidades de dar continuidade à implementação do plano de reabilitação definido, permitiu-se enquanto futura EEER, monitorizar a implementação e os resultados obtidos, no sentido de reformular objetivos e estratégias com vista à otimização da função, reeducação funcional,

treino de funcionalidade e redução do risco, assente na avaliação dos ganhos em saúde, nomeadamente a capacitação, autonomia e qualidade de vida.

A excelência da enfermagem de reabilitação pode ser traduzida em ganhos em saúde, em todos os contextos da prática clínica recorrendo às evoluções positivas ou modificações do diagnóstico de enfermagem, após implementação das intervenções e consequente avaliação dos resultados. No âmbito da enfermagem de reabilitação os ganhos respeitantes à independência e aprendizagens de capacidades no autocuidado, refletem ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Santos et al, 2021). No que respeita aos ganhos em saúde, o senhor J.P. adquiriu estratégias adaptativas que contribuíram na melhoria da independência no autocuidado o banho, demonstrou uma melhoria do equilíbrio sentado e de pé, que consequentemente melhorou a capacidade em erguer-se, transferir-se e até na marcha, em relação à deglutição também ocorreram ganhos de saúde, uma vez que houve progressão na consistência da dieta.

Embora tenha descrito apenas uma situação que experienciei na UAVC, no decorrer do ensino clínico esta competência foi desenvolvida e aperfeiçoada em todas as área da especialidade em que prestava cuidados de enfermagem de reabilitação. Por exemplo os estudos de casos apresentados posteriormente neste relatório, descrevem de forma pormenorizada a prestação de cuidados a uma pessoa submetida a artroplastia total do joelho, sendo apresentado todo o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação implementado, desde a conceção até à avaliação dos resultados, que se traduz nos ganhos obtidos. Neste sentido, as intervenções de enfermagem, concebidas pelo EEER influenciam os ganhos em saúde, no que respeita ao estado, comportamento ou perceção da condição de saúde da pessoa (OE, 2015).

Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou reinserção da participação para reinserção e exercício da cidadania

A competência enunciada, descreve que o EEER analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e restrição da participação na sociedade atual, tendo em consideração a elaboração e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares, de acordo com o enquadramento social, político e económico que visa a participação social inclusiva (OE, 2019). A pessoa com deficiência ou limitação da atividade, em programa de reabilitação, é confrontada com diversas questões e conflitos relacionados com a sua condição de saúde, alterações do seu corpo e fatores sociais, que geram incertezas em relação às suas próprias limitações e capacidades de adaptação (Missel, Cinara da Costa e Sanfelice, 2017). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), representa a compreensão da deficiência física, tendo em consideração a função e estrutura corporal, as atividades e participação, e a influência dos fatores ambientais (OMS, 2004). Assim com base na CIF, a funcionalidade e incapacidades da pessoa, não se restringem às patologias e suas sequelas, mas também englobam o contexto ambiental onde vivem (Missel, Cinara da Costa e Sanfelice,

2017). A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com deficiência física ou limitação da sua capacidade de participação na sociedade, exige um programa de treino de AVD´s com o objetivo de adaptar e promover a mobilidade, maximizar a sua autonomia e qualidade de vida, acessibilidade e participação social (OE, 2019).

Ao longo do ensino clínico, tive diversas oportunidades de elaborar planos de treino de autocuidados, recorrendo a produtos de apoio, bem como planos de treino inerentes à atividade e exercício físico. O ensino clínico que decorreu na unidade de internamento da RNCCI/ Unidade de convalescença, representou na minha opinião um local de excelência para o desenvolvimento da competência enunciada anteriormente. Eu tive oportunidade de elaborar um programa de treino de autocuidados, à Sr. R.O. de 74 anos, que tinha sido submetida a uma intervenção cirúrgica, osteossíntese com placa e parafusos do fémur à um mês. Com recurso a escalas e instrumentos de recolha de dados no âmbito da enfermagem de reabilitação, defini diagnósticos de enfermagem e elaborei um plano de treino de autocuidados, assente na premissa da adaptação às limitações de mobilidade, maximização da autonomia e qualidade de vida e promoção da autonomia e participação social. No que respeita ao treino de autocuidados, o programa de treino incidiu na promoção da autonomia no autocuidado cuidar da higiene pessoal, eliminação e andar. A concretização do plano de treino exigiu a utilização de produtos de apoio, nomeadamente banco antiderrapante e barras se apoio na casa de banho, assim como escova e calçadeira de cabo longo, que foi solicitada à família num primeiro contacto via telefone. A implementação das ajudas técnicas no plano de treino, foi muito bem aceite pela Sr. R.O., que facilmente se adaptou à sua utilização e contribui para a maximização da sua independência no domínio do autocuidado. No que respeita à marcha, esta era realizada com auxiliar de marcha, andarilho, contudo após a recolha de dados sugeri a progressão para canadianas, no sentido de maximizar a sua capacidade funcional, mobilidade, acessibilidade e participação social, uma vez que o andarilho é mais limitador. A progressão para canadianas, foi um intervenção que embora bem aceite pela pessoa em programada reabilitação, foi implementada após reflexão com a equipa de fisioterapia, uma vez que a Sra. R.O. se encontrava também a cumprir programa de fisioterapia no ginásio existente no serviço. A articulação entre as equipas multidisciplinares, é fundamental na promoção da independência funcional e participação ativa na sociedade (Pinheiro e Guimarães de Andrade, 2017). O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, também contemplou o treino de exercícios, nomeadamente exercícios isométricos de glúteos, quadricípite e isquiotibiais; exercícios de ponte e elevação do tronco no leito, com recurso a barra de suspensão; exercícios musculo-articulares ativos/resistidos da articulação coxofemoral, joelho e tibiotársica e exercícios ativos resistidos dos membros superiores com recurso a elástico.

A diminuição da força muscular, amplitude de movimento, postura e equilíbrio e as alterações cognitivas, comportamentais e da eliminação urinária, são fatores intrínsecos à pessoa que refletem alterações das funções. Não obstante ao referido, também existem fatores extrínsecos

à pessoa, como o ambiente (iluminação, características do piso e calçado) que podem ser responsáveis por alterações das funções em vários níveis (Fernandes, Sá e Nabais, 2020). Neste seguimento, a implementação dos planos de treino, tiveram em consideração a promoção de ambientes seguros, minimizando os fatores de risco ambientais, potenciadores de alterações nos vários níveis de função.

Para além de prestar cuidados de reabilitação no internamento da unidade de convalescença, tive oportunidade de realizar uma visita domiciliária à habitação de uma utente, no sentido de preparar o regresso ao domicílio. A visita à habitação permitiu identificar as barreiras arquitetónicas existentes e as circunstâncias ambientais potenciadoras de eventos adversos associados à alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório e alimentação. Uma vez identificadas as barreiras, foi realizada uma sugestão de eliminação dessas barreiras, assim como uma adaptação do ambiente habitacional ao contexto de saúde da pessoa. Nesta situação particular, foi sugerido a colocação de corrimão nas escadas da entrada da habitação, aplicação de barras de apoio no chuveiro e na sanita e no intuito de otimizar o espaço útil e circulação, no quarto foi sugerido remover o móvel de apoio da televisão, colocando um suporte de parede. As sugestões foram apresentadas à pessoa, que num primeiro impacto não referiu qualquer objeção, contudo as mesmas sugestões iriam ser apresentadas ao familiar de referência, no sentido de agilizar as mudanças.

O EEER deve realizar uma avaliação multifatorial, envolvendo a pessoa e o ambiente que a rodeia, no intuito de conhecer as características da habitação e as barreiras existentes, que possam dificultar a promoção da autonomia da pessoa (Fernandes, Sá e Nabais, 2020).

A reflexão que expus, permitiu-me concluir que consegui desenvolver competências no âmbito da capacitação da pessoa com limitação da atividade e consequente restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Mas, enquanto enfermeira e futura especialista em enfermagem de reabilitação, tomei consciência que a reinserção social e exercício da cidadania, é uma problemática atual. Pretendo assim dizer, que a capacitação da pessoa é muito mais abrange que as intervenções implementadas na instituição de saúde ou no domicílio, é indiscutível a importância da repercussão da intervenção do EEER na reinserção social e exercício de cidadania da pessoa com limitação da atividade ou deficiência.

Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O descrito da competência acima enunciada, visa a interação com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que contribuam para a maximização das suas capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho cardiorrespiratório e motor, que consequentemente potencia o rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2019). A enfermagem de reabilitação enquanto profissão e disciplina na área da saúde, visa o EEER como detentor de conhecimentos e habilidades técnicas, que permitem a implementação de procedimentos específicos, com o

objetivo de capacitar a pessoa e maximizar o seu potencial funcional e independência (Sousa, Martins, Novo, 2020). A conceção de um plano de reabilitação que visa a implementação de programas de treino, sejam eles da função cardiorrespiratória ou motora, exigem uma sustentação com base na melhor evidência científica, com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e capacitação da pessoa na autogestão da sua reabilitação, potenciando as suas funcionalidades (Missel, Cinara da Costa e Sanfelice, 2017).

O ensino clínico que decorreu na comunidade, contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da conceção de programas de treino na área respiratória e motora. A enfermeira tutora prestava cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC e/ou asma, assente num programa do doente respiratório crónico, que resultou de uma proposta de melhoria de um projeto inicial DPOC e Asma. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, no âmbito do programa supracitado, permitiu-se desenvolver competências de reabilitação respiratória domiciliária a pessoas com limitação funcional associada à DPOC e/ou Asma, que não lhes permitia deslocar-se à unidade de saúde. Neste seguimento, a implementação de atividades à pessoa com alteração da função respiratória, tinha como objetivo a capacitação da pessoa para a autogestão da doença, prevenir exacerbações da doença respiratória, aumentar a tolerância ao esforço, melhorar a gestão do regime terapêutico, melhorar a qualidade de vida e promover a independência (DGS, 2009).

Um diagnóstico que identifiquei na pessoa com DPOC foi a intolerância ao esforço, pelo que o plano de treino para além de contemplar o ensino e treino de exercícios respiratórios, também inclua o treino de exercício físico que era adequado às capacidade da pessoa e supervisionado, visando a segurança e prevenção do risco clínico. No que respeita aos exercício respiratórios, tive oportunidade de ensinar, instruir e treinar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com lábios semicerrados, reeducação diafragmática e treino de força nos membros superiores e inferiores. A capacitação da pessoa para a autogestão do seu programada de reabilitação, contempla o desenvolvimento de habilidades e a capacidade de adaptar o seu comportamento à nova situação de saúde/doença, sendo desta forma um processo que decorre por um período de tempo, que é variável na sua individualidade (Sousa, Martins e Novo, 2020).

Uma situação em contexto da prática clínica, que gostava de explanar ocorreu com o Sr. M.M, com diagnóstico de DPOC em programa de reabilitação respiratória, que para além do treino de exercícios respiratórios também cumpria o treino de exercícios dos membros superiores e inferiores. Este utente mantinha-se em programa de reabilitação, desde o último internamento por exacerbação da sua condição de saúde, que tinha sido à cerca de 6 meses. Nesta situação particular o principal objetivo era manter a motivação da pessoa no cumprimento do treino de exercícios respiratórios e exercícios membros superiores e inferiores, no sentido de promover o bem-estar e prevenir exacerbações da doença. Na última sessão com o Sr. M.M., tive oportunidade de implementar o treino de marcha, que até à data não tinha sido bem sucedido, o que a meu ver reflete ganhos em saúde.

Também tive oportunidade de contactar com equipamentos para exercícios respiratórios, nomeadamente dispositivos de pressão expiratória positiva, como o Flutter PowerBreathe Shaker Classic, o Aerobika oscillating Positive Expiratory Pressure (Aerobika OPEP), o espirómetro de incentivo e a flow ball. A monitorização das intervenções implementadas, para além de traduzir ganhos em saúde relativos aos objetivos definidos para cada pessoa, permite reformular os planos de treino para atingir os resultados esperados.

A reabilitação é transversal a todas a pessoas com alterações da sua funcionalidade ao longo do ciclo da vida e o EEER é detentor de competências que visam a gestão das alterações, promovendo capacidades adaptativas e maximização da funcionalidade, com vista ao bem-estar da pessoa (Sousa, Martins e Novo, 2020).

A análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tornou-se crucial na consciencialização das competências que desenvolvi com sucesso ao longo do ensino clínico, e no seu contributo para o meu crescimento enquanto enfermeira e futura especialista em enfermagem de reabilitação.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A autogestão do regime de exercício: Contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é uma temática atual e em evolução no âmbito da enfermagem de reabilitação, passível de uma intervenção com excelência desde que munida de conhecimentos e competências adequadas.

O domínio da autogestão do regime de exercício, é transversal às diversas áreas da especialidade de reabilitação e a implementação de exercícios com objetivo terapêutico é uma realidade em pessoas com doenças crónicas ou em processo de transição saúde/doença. Considerando qualquer processo de transição experienciado pela pessoa/família, ocorre um confronto com questões, conflitos, mudanças físicas e fatores sociais, que exigem uma resposta sistematizada e intencional para o sucesso da transição. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é detentor de uma posição privilegiada na prestação de cuidados e de um elevado nível de conhecimento, competências e experiência acrescida, que lhe permitem conceber, implementar e monitorizar os planos de intervenção diferenciados, com base em problemas reais e/ou potenciais. É igualmente responsável por desenvolver estratégias de capacitação na pessoa, que contribuem para a participação ativa da gestão dos exercícios, visando a funcionalidade, autonomia, reeducação funcional, participação ativa na comunidade e qualidade de vida.

No decorrer do ensino clínico desenvolvi competências que contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, que permitiram alcançar os objetivos delineados.

A prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, em contexto de prática clínica, nas áreas da especialidade Cardiorrespiratória, Ortopédica, Neurológica, Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de convalescença da RNCCI e área Pediátrica foram cruciais para adquirir e desenvolver competências comuns e específicas da área da especialidade de enfermagem de reabilitação. A redação do presente relatório assente numa prática reflexiva, foi a meu ver essencial na consciencialização do desenvolvimento das competências comuns e especificas. Devo assumir que culmino este percurso académico com um sentido de responsabilidade consciente das competências da área da especialidade. A título de exemplo, gostaria de referir que na minha prática clínica consigo detetar a necessidade de implementação de programas de melhoria, no sentido de melhorar a prática clínica e a qualidade dos cuidados prestados. No que respeita ao desenvolvimento das competências específicas, foram inúmeras as oportunidades em contexto de prática clínica, que permitiram a

aquisição e aperfeiçoamento de saberes teórico-práticos no âmbito da especialidade de reabilitação.

De ressalvar que a prestação de cuidados à pessoa submetida a artroplastia total do joelho em contexto de internamento e de domicílio, foi do meu ponto de vista, um fator crucial e transversal ao desenvolvimento das unidades de competência, que constituem as competências específicas em enfermagem de reabilitação. A prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a artroplastia total do joelho, exigiu o aprofundamento de conhecimento com recurso à evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento do processo de tomada de decisão clínica, em particular na autogestão do regime de exercício. De igual modo, contribuiu para o aprofundamento de conhecimento teórico-prático sobre planos de intervenção, que foram implementados na prática clínica nas várias áreas da especialidade e em particular nos casos clínicos descritos no presente relatório.

A pesquisa assente na evidência científica foi importante na consolidação da capacidade de transpor conhecimentos para a prática clínica, porque suportava a tomada de decisão clínica, transmitindo segurança e confiança em contexto de ensino clínico. A redação dos casos clínicos, permitiu desenvolver competências de diagnóstico, planeamento de cuidados, implementação e avaliação de intervenções especializadas no domínio da autogestão do regime de exercício. Foi particularmente motivador aprofundar a temática da autogestão do regime de exercício, na área musculoesquelética, porque permitiu aprofundar conhecimentos com recurso à pesquisa de evidência científica e contribuiu para o desenvolvimento de competências e habilidades práticas no âmbito da execução do plano de reabilitação.

Ao culminar a minha formação académica na área da especialidade em enfermagem de reabilitação, sinto-me responsável por exercer uma prestação de cuidados mais significativa para a pessoa, porque o desenvolvimento de competências expandiu a minha capacidade de avaliação face às necessidade individuais da pessoa/família e permitiu a consolidação de conhecimentos diferenciados e avançados no contexto da especialidade de reabilitação.

Em determinadas situações da prática clínica, senti responsabilidade acrescida na promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas, e embora a minha prestação de cuidados de enfermagem fosse como enfermeira em ensino clínico na área da especialidade, senti em alguns momentos que as equipas partilhavam experiências e conhecimentos no sentido de consolidar e expandir competências de suporte ao exercício profissional. Por exemplo na área neurológica, a avaliação da pessoa, com recurso à escala NISSH ocorre em todos os turnos, não sendo a sua aplicação da exclusiva responsabilidade do enfermeiro especialista. Em alguns momentos os enfermeiros da equipa sentiam necessidade de esclarecer dúvidas sobre a aplicação da escala, no sentido de desenvolver estratégias para realizar uma avaliação o mais fidedigna possível. Esta situação fez-me refletir sobre a importância da formação contínua e da responsabilidade acrescida, enquanto futura enfermeira especialista em reabilitação e detentora

de competências e responsabilidades na melhoria contínua da prestação de cuidados, no âmbito do exercício profissional avançado.

No meu entender, todos os locais de estágio proporcionaram experiências particularmente enriquecedoras e diferentes no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

No que respeita à reabilitação cardiorrespiratória, tive oportunidade de prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação no âmbito dos programas de reabilitação respiratória, nomeadamente exercícios de reeducação funcional respiratória, reeducação respiratória e treino de força muscular, limpeza das vias aéreas, técnica inalatória e espirómetro de incentivo. A concretização das intervenções referidas contribuiu para o desenvolvimento de competências de reabilitação a pessoas com patologias do foro respiratório. A prestação de cuidados de reabilitação no internamento de ortopedia, a pessoas com patologias do foro musculoesquelético e ortotraumatologia, como por exemplo pessoa submetida a artroplastia total do joelho, artroplastia total da anca, artroplastia parcial da anca e encavilhamento cefalomedular tipo Gamma. A diversidade de diagnósticos contribuiu para consolidar a capacidade de avaliação, conceção de planos de exercícios e intervenção em contexto de prática clínica, adequando as capacidades, expetativas, limitações da pessoa e riscos relativos à intervenção cirúrgica. No decorrer do ensino clínico, tive diversas oportunidades para redigir a carta de alta que sustentava a continuidade da prestação dos cuidados de reabilitação, no âmbito da referenciação para a ECCI ou para a Medicina Física de Reabilitação.

No que respeita à área neurológica a prestação de cuidados de reabilitação é tão distinta, quanto os défices que a pessoa com diagnóstico de AVC possa apresentar. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação na UAVC e no internamento de neurologia, entre as várias intervenções especializadas, destaco a avaliação neurológica com aplicação da escala NISSH, a avaliação da deglutição com a aplicação da escala de GUSS, o treino de autocuidados, o treino de marcha, o treino de equilíbrio, a concretização de exercícios proprioceptivos e exercícios de motricidade fina. A prática clínica de cuidados de enfermagem de reabitação, na área neurológica, contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da capacitação da pessoa com limitações, através do treino dos autocuidados, visando a adaptação às limitações funcionais e maximização da autonomia e qualidade de vida.

O ensino clínico que decorreu na UCC, permitiu prestar cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito da reabilitação respiratória e musculoesquelética. Recorrendo a duas palavras, classifico a prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação à pessoa/família no seu ambiente familiar, como uma experiência gratificante e alarmante. Cuidar da pessoa no seu ambiente é facilitador na avaliação e identificação das necessidades de intervenção à pessoa e família, tornando a prestação de cuidados uma experiência gratificante quando são obtidos ganhos que refletem a maximização da funcionalidade e das capacidades a

nível pessoal, familiar e social. Também classifiquei a experiência como alarmante, porque não tinha consciência do número de pessoas em programa de reabilitação respiratório e de todo o meio envolvente que contribui para controlar o número de exacerbações. Compreender a importância do programada de reabilitação e os seus contributos na manutenção da autonomia e qualidade de vida da pessoa com patologia respiratória, contribuiu para o desenvolvimento de competências na conceção e implementação de programas de treino respiratório.

A componente de estágio realizada num internamento da RNCCI, decorreu numa unidade de convalescença e foi uma experiência muito positiva. Entre as diversas experiências de prestação de cuidados de reabilitação, destaco a possibilidade de conceber e implementar um plano de reabilitação que contemplava o treino de exercícios para aumento de força muscular e amplitude de movimento, assim como o treino de autocuidados com recurso a produtos de apoio, como escova e calçadeira de cabo longo, que tive oportunidade de prescrever e aplicar em contexto de prática clínica, uma vez que a família da pessoa a quem prestei cuidados se prontificou de imediato a adquirir os produtos prescritos. A implementação de atividades que permitiram um melhor desempenho funcional e que potenciaram o desenvolvimento pessoal, permitiram o desenvolvimento de competências que visam a maximização da funcionalidade e da capacidade da pessoa com limitações da atividade. Por último e não menos intensa, foi a experiência de prestação de cuidados de reabilitação no âmbito da pediatria. A prestação de cuidados de reabilitação na área pediátrica contemplou a necessidade de adaptação de técnicas de reabilitação respiratória à criança, recorrendo a bolas de pilates e dispositivos como flow ball e cough assist. No âmbito do internamento de pediatria, tive a oportunidade de desenvolver competências de avaliação, conceção e implementação de planos de reabilitação a nível respiratório e motor em crianças, o que exigiu o aprofundamento de conhecimento relativos à fisiopatologia da criança, que envolve muitas especificidades.

A redação do presente relatório de estágio reflete o sucesso do desenvolvimento das competências comuns e especificas do EEER, em contexto de prática clínica, com recurso ao pensamento crítico-reflexivo. Considero que a elaboração do relatório foi muito positiva, na medida que exigiu a uma consciencialização de todo o percurso académico e contexto de prática clínica, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional como futura enfermeira de reabilitação. A formação académica que precedeu a prática clínica e que culmina com o presente relatório de estágio, constitui a meu ver, os alicerces da enfermagem de reabilitação, e que bem consolidados permitirão o meu crescimento profissional como Enfermeira Especialista em Reabilitação.

A título conclusivo, considero que foi um desafio enorme a concretização do ensino clínico tendo em conta a exigência da carga horária semanal, quando na verdade sou enfermeira de cuidados gerais em pleno exercício das minhas funções. Foi necessário uma extrema organização profissional, familiar e pessoal para concluir com sucesso o ensino clínico.

9. BIBLIOGRAFIA

Ahmad, M. A., et al. (2023). Effects of Self-management Program as Adjunctive to Usual Rehabilitation Exercise on Pain and Functional Outcomes in Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Research in Health Sciences*, 23(1). https://doi.org/10.34172/jrhs.2023.104

Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127-146. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth040218-044008

Alcobia A., Ferreira R., Soares M., Vieira J. (2019). Nursing rehabilitation for elderly people with committed floor. *Journal of Aging & Innovation*, 8(2), 28-44. https://www.researchgate.net/publication/356684343

Araújo, T., Rodrigues, E., Nunes, J.R., Mendes, M., Novo, A., Ribeiro, O.M.P.L. (2022). Validação do Programa de Enfermagem de Reabilitação Tecnológico para pessoas submetidas a artroplastia do joelho. *Texto & Contexto Enfermagem*, 32. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0151pt

Bastos, F. (2015). Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico. *A transição para a doença crónica.* Berlin: Novas Edições Académicas. ISBN: 978-3-639-83554-0

Bastos, C., Santos, C. Martins, M.M., Fernandes, C. Lima, L. (2021). Necessidades dos idosos na autogestão da doença crónica: Perspetivando um programa de intervenção de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 26. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.83048

Bech, M., Moorhen, J., Cho, M., Lavergne, M.R., Stothers, K., & Hoens, A.M. (2015). Device or ice: the effect of consistent cooling using a device compared with intermittent cooling using an ice bag after total knee arthroplasty. *Physiother Can*, 67(1), 48–55.

Bonelli, M. A. et al. (2014). Acidente vascular cerebral: importância do conhecimento para cuidadores após a alta hospitalar. *CuidArte Enfermagem*. 8 (1). 16-23. https://unifipa.edu.br/media/editora/revistas/enfermagem/cuidarte_enfermagem_v8_n1_jan_jun_2014.pdf

Borges, F. V., Sousa, H. F. (2022). A influência do exercício funcional no tratamento de osteoartrose na articulação do joelho. *Altus Ciência*, 15(15), 2318-4817. DOI: 10.5281/zenodo.7032562.

Bosmak, F.S., Gibim, P.T., Guimarães, S., Ammirati, A. L. (2017). Incidence of delirium in postoperative patients treated with total knee and hip arthroplasty. *Revista Associação Medicina Brasileira*, 63(3), 248-251. https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.03.248

Botão, K., et al. (2018). Integrating self-management support for knee injuries into routine clinical practice: TRAK intervention design and delivery. *Musculoskeletal Science and Practice*, 33, 53-60. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.11.002

Budib, M.B. et al. (2020). Influence of physical rehabilitation on functional aspects in individuals submitted to total hip arthroplasty: a systematic review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(2). https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190252

Campos de Carvalho, E., Oliveira-Kumakura, A.R.S., Morais, S.C.R.V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação: Reflexão. Revista Brasileira de enfermagem. Maio-Junho 2017, 70 (3). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509

Caniço, H., et al. (2010). Novos tipos de família: plano de cuidados. ISBN 978-989-26-0055-0. http:https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=ZBkyoxUfE9MC&oi=fnd&pg=PA5&dq=tipos+de+familia+portugal+nuclear,+monoparental&ots=tSOfhyuWBN&sig=ssiESjilZom5zQ9mqYpjfD-YxW8#v=onepage&q&f=false

Carapeto, M.J. (2021) Autoconhecimento: uma breve revisão narrativa. International Journal of Developmental and Educational Psychology. *Revista de Psicologia*, 2(2), 237-244 ISSN: 0214-9877

Cardoso, A., & Gamelas, J. (2021). Rigidez após artroplastia total do joelho. Joelho degenerativo - Da artrose à artroplastia, Lisboa: Lidel, 197-208

Castrodad, I.M.D., Recai, T.M., Abraham, M.M., Etcheson, J.I., Mohamed, N.S., Edalatpour, A., & Delanois, R.E. (2019). Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: a review of study designs and outcome measures. *Journal Translational Medicine*, 7(7). https://atm.amegroups.org/article/view/28298/pdf

Costa, J. A., Silva, M. A., Arcângelo, J., Martins, A. (2015). Rigidez Pós-Artroplastia Total do Joelho. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, Ano 23. 2(27). https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/200/112

Coelho C. (2017). Reeducação da Função. Sensoriomotora. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta, 227-251.

Christensen, J. C., et al. (2019). Benefits of direct patient discharge to outpatient physical therapy after total knee arthroplasty. *Disability and Rehabilitatio*n, 42(5), 660-666. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1505968

Correia, T., Martins, M.M., Barroso, F. (2021). A Presença da Família nos Hospitais em Tempos de Pandemia e o Paradoxo da Segurança do Doente. Revista Portuguesa de Enfermagem, 4 (2). DOI 10.33194/rper.2021.176

Costa, J.A. et al. (2015). Rigidez Pós-Artroplastia Total do Joelho. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 27(2)

Cristina de Oliveira, E. et al (2017). Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral: Planeamento de Alta Hospitalar. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 11(9). https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/78

Danski et al., (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. Artigo de reflexão. *Ciência Cuidado e Saúde*. 2017 Abr-Jun; 16(2) DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304

Dash, S. K., Palo, N., Arora, G., Chandel, S. S., & Kumar, M. (2017). Effects of preoperative walking ability and patient's surgical education on quality of life and functional outcomes after total knee arthroplasty. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 4, 435–441. http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2016.12.011. ISSN 2255-4971

Dasso, M.S.N., (2018). How is exercise different from physical activity? A concept analysis. *WILLEY: Nursing Forum*. August 2018. pp-1-8. DOI: 10.1111/nuf.12296

Mororó, D. D. S., Enders, B.C., Lira, A.L.B.C., Silva, C.M.B., Menezes, R.M.P. (2017). Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Integrative Review Acta Paul Enfermagem*. Maio-Junho 2017, 30(3), 323-32. https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043

Delgado, B., Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., & Gomes, C. (2020). Capacidade Funcional. *Reabilitação Cardíaca*, Lusodidacta, 67-79

Deveza, L.A., Melo, L., Yamato, T.P., Mills, K., Ravi, V., & Hunter, D.J. (2017). Knee osteoarthritis phenotypes and their relevance for outcomes: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*, 25, 1926-1941. https://www.oarsijournal.com/action/showPdf?pii=S1063-4584%2817%2931156-1

Direção-Geral de Saúde. (2013). Hipertensão Arterial: definição e classificação. Norma 020/2011, última atualização a 19/03/2013. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf

Direção Geral de Saúde. (2016). Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf

Direção Geral da Saúde. (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC): Circular informativa n.º40/DSPCD. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2019/08/Orientacao012-2019_reabilitacao_respiratória_CSP.pdf

Egwu, O.R. et al. (2018). Effect of self-management education versus quadriceps strengthening exercises on pain and function in patients with knee osteoarthritis. *Human Movemen*t, 19(3), 64–74. https://doi.org/10.5114/hm.2018.76081

Everink, I., Haastreght, J., Hoof, S., Scols, J., & Kempen, G. (2016). Factores influencing home discharge after inpatient rehabilitation of old patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 16 (5).
http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=06398018-b695-448d-a35abd2ba535d832%40
sessionmgr4008&vid=20&hid=4107

Fernandes, J.B., Sá, M.C., Nabais, A.S.C. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761

Fernandes, et al. (2018). Balance and quality of life after total knee arthroplasty. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 53(6), 747–753. DOI:10.1016/j.rboe.2017.07.013

Ferreira, C.R; Isaac, L; Ximenes, V.S. (2018). Cuidar De Idosos: Um Assunto De Mulher? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. abril 2018, 9(1), 108-125. DOI: 10.5433/2236-6407.2016v9n1p108

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures, Lusociência. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234720p3535-3536-2018.

Freitas, M.A., Costa, N.P., & Alvarez, A.M. (2022). O Enfermeiro No Cuidado À Pessoa Idosa: Construção do vínculo na atenção primária à saúde. *Ciência, Cuidar e Saúde*, 21. http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v21/1677-3861-ccs-21-e59911.pdf

Ganito, C. (2017). Efetividade clínica do protocolo de intervenção de enfermagem de reabilitação, ao doente submetido a Artroplastia Total do Joelho. (Dissertação de tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Universidade de Évora

Gonçalves, I., Venezianos, L. (2023). Atuação da fisioterapia no tratamento de osteoartrose de joelho em pacientes idosos. *Revista Saúde dos Vales*, (4). https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/
1592/1473

Godinho de Matos, M.F., Simões, J.A.G., (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). https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770

Goff, A. J., & Elkins, M. R. (2021). Knee osteoarthritis. *Journal of Physiotherapy*, setembro 2021. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.08.009

Gomes, J.A.P., Martins, M.MF.P.S., Gonçalves, M.N.C., Fernandes,C.S.N.N.(2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*. (8), 29-38. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33430/1/artigo%20afiliado-mm74

Grandia, L. (2017). Healthcare Information Systems: A Look at the Past, Present, and Future. *Health Catalyst*. https://www.healthcatalyst.com/wp-content/uploads/2014/11/Healthcare-Information-Systems-A-Look-at-the-Past-Present-and-Future.pdf

Guimarães, A.C.P., Sousa, R.J.G. (2018). Prótese total do joelho dolorosa - Abordagem diagnóstica. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 26(4), Lisboa, dezembro. ISSN 1646-2939

Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P.(2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. Chia, Colombia. Março 2015; ano 15 (1). 129-140. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.12

Han, A.S.Y., et al. (2015). Early Rehabilitation After Total Knee Replacement Surgery: A Multicenter, Noninferiority, Randomized Clinical Trial Comparing a Home Exercise Program With Usual Outpatient Care. *Arthritis Care & Research*, 67(2), 196–202. DOI: 10.1002/acr.22457

Hiraga, Y., et al. (2022). Rehabilitation interventions incorporating self management improve psychological factors: A non-randomized controlled trial of patients after total knee arthroplasty. *Cogent Psychology*, 9. https://doi.org/10.1080/23311908.2022.2033468

Hishikawa, N., et al. (2018). Quantitative assessment of knee extensor thrust, flexed-knee gait, insufficient knee flexion during the swing phase, and medial whip in hemiplegia using three-dimensional treadmill gait analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 25(8), 548-553. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30209977/

Instituto Nacional de estatística. (2019). Inquérito Nacional de Saúde 2019. https:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20INE_SPES_INS-21Out2020%20(3).pdf

Ioshitake, F.A.C.B., Mendes, D.E., Rossi, M.F., Rodrigues, C.D.A. (2016) . Reabilitação de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho: revisão de literatura. *Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba*, 18(1), 11-14. DOI: 10.5327/Z1984-4840201623374

Jensen, C. B. et al. (2023). Short-term surgical complications following fast-track medial unicompartmental knee arthroplasty. Bone & Joint Open, 4 (6), 457–462. doi: 10.1302/2633-1462.46.BJO2023-0054.R1

Jette, D. U., Hunter, S. J., Burkett, L., Langham, B., Logerstedt, D. S., Piuzzi, N. S. & American Physical Therapy Association. (2020). Physical therapist management of total knee arthroplasty. Physical therapy, 100(9), 1603- 1631

Joshi, R.N., White, P.B., Murray-Weir, M., Alexiades, M.M., Sculco, T.P., Ranawat, A.S. (2015). Prospective Randomized Trial of the Efficacy of Continuous Passive Motion Post Total Knee Arthroplasty: Experience of the Hospital for Special Surgery. *The Journal of Arthroplasty*, 30(12), 2364–2369

Júnior, L. H. C., Teixeira, B. P., Bernardes, C. O. S., Soares, L. F. M., Gonçalves, M. B. J., & Temponi, E. F. (2017). Previsibilidade da amplitude de movimento após artroplastia total do joelho com prótese medial pivot. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 52(2), 197-202

Kim, Y. H., Park, J. W., Kim, J. S., & Kang, J. S. (2020). Long-term clinical outcomes and survivorship of unicompartmental knee arthroplasty and total knee arthroplasty: Results from a Korean multicenter retrospective comparative study. *Knee Surgery & Related Research*, 27(2), 484-491. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853168/

Kloppenburg,M., Berenbaum, F. (2020). Osteoarthritis year in review 2019: epidemiology and therapy. *Osteoarthritis and Cartilage*, 28 (3), 242-248. https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.01.002

Kolasinski, S.L. et al. (2020). American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care & Research*, 72(2), 149–162. https://doi.org/10.1002/acr.24131

Kornuijt A., Kort G.J.L., Das D., Lenssen A.F., Weegen W. (2019). Recovery of knee range of motion after total knee arthroplasty in the first postoperative weeks: poor recovery can be detected early. *Musculoskeletal Surgery,* 103(3), 289-297. https://doi.org/10.1007/s12306-019-00588-0

Leao, M.G.S. et al. (2016). A espessura do dreno suctor importa? Análise do sangramento após artroplastia total do joelho comparando drenos suctores de diferentes calibres. *Revista Brasileira Ortopédica*, 51(5), 547–554

Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. DOI: 10.33194/rper.2022.188

Lima, F. (2021). Effects of total knee arthroplasty for primary knee osteoarthritis on postural

balance: A systematic review. *Gait & Posture*, 89, 139-160

Nogueira de Lima et al. (2022). Terapia manual aplicada em pacientes submetidos a artroplastia total de joelho: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, Outubro. 8 (10), 67761-67776. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/53245/39595

Lopes, M. L.,Gomes, S. C., Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC 2018.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018

Luthi, F., Pereira, L. C., & Jolles, B. M. (2015). Os 12 pontos-chave da reabilitação após artroplastia total do joelho. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 13(4), 303-309. http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/174/170

Machado, J.K.S., Rodrigues, B.G., Dezinho da Silva, L.(2023). Análise comparativa da migração do componente tibial da artroplastia total do joelho cimentada versus não cimentada versus não cimentada com revestimento de hidroxapatita por dois, cinco e dez anos: uma metanálise. *Revista Brasileira Ortopedia*. 58(4). 544-550. https://www.scielo.br/j/rbort/a/k4NMSdw7cF9y3Vc4SMVgdVn/?format=pdf&lang=pt

Mainine, S., et al. (2021). Estudo radiográfico em pacientes submetidos à artroplastia total de joelho não cimentada: Seguimento mínimo de 2 anos. *Revista Brasileira Ortopédica*, 56(5), 628–633

Malta, J. C., Gonçalves, S. B., Souto, A. P., & Silva, A. F. (2017). Canadiana: Qual o estado atual deste dispositivo? Apresentado no 7º Congresso Nacional de Biomecânica, Portugal. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46707/3/Cong_Biomec_2017_Malta.pdf

Matos, L.R.R.S. et al. (2020).Fisioterapia no pós-operatório de artroplastia de quadril: uma revisão sistemática. *Fisioterapia Brasil*, 21(6), 609-618. https://doi.org/10.33233/fb.v21i6.4162

Martins, M.M., Ribeiro, O., Ventura da Silva, J. (2018). Orientações Conceptuais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação*, 1(2). https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/96/51

Marques de Assis, K. C. et al. (2021). Recursos fisioterapêuticos utilizados na recuperação de pacientes submetidos a artroplastia total de joelho: uma revisão de literatura. *Revista Referências em Saúde da Faculdade de Sá de Goiás*, janeiro/julho. 4 (1). 80-87. https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rrsfesgo/article/view/151/139

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta – Sociedade portuguesa de material didático, Lda

Matehuala, G.J, Pérez, A.J.M., Villarreal, B.F.J., Ramos, G.M.Q. (2021). Abordaje subvasto versus parapatelar medial en la artroplastia total de rodilla, resultados funcionales. *Orthotips*, 17(4), 206-210. DOI: 10.35366/102218

McConaghy, K., Derr, T., Molloy, R.M., Klika, A.K., Kurtz, S., & Piuzzi, N.S. (2021). Patellar management during total knee arthroplasty: a review. *EFORT Open Reviews,* 6, October 2021. DOI: 10.1302/2058-5241.6.200156

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). Genogramas: Avaliação e Intervenção Familiar. Porto Alegre, 3ª edição, Artmed. ISBN 9788536326443

Meleis, A. (2012). Theoretical nursing development and progress. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins.

Meleis, A., Sawyer, L., Hilfinger Messias, D., Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 52-65.

Melo, B., Borin, J.C. (2018). Uso de ácido tranexâmico (AT) em prótese total primária de joelho (PTJ) e sua repercussão na perda sanguínea pós-operatória. *Revista UNINGÁ*, 55(2), 46-53. ISSN 2318-05

Mendes, A. P. S., Gardenghi, G., Santos, A. A., Barboza, D., Marcondes, K. C. B. S., Ribeiro, R. F. (2017). Impacto da saída precoce do leito na Artroplastia total de joelho. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 7(4), 504-510. https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i4

Missel, A., Cinara da Costa, C., Sanfelice, G.R. (2017). Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trabalho, educação e saúde*. 15 (2) 575-597. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00055

Mistry, J.B. et al. (2016). Rehabilitative Guidelines after Total Knee Arthroplasty: *A Review. Journal of Knee Surgiry*, 29, 201-217. DOI: 10.1055/s-0036-1579670

Moreira, B. (2014). Artroplastia Total de joelho e a Reabilitação Física. *Corpus et Scientia*, 10(1), 64-77. http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/316

Moreira, J., Flamínio, J., Grilo, E. (2020). Patients undergoing total knee arthroplasty: Impact of a Rehabilitation Nursing program. *Journal of Aging & Innovation*, 9(1), 151-173. https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i1-11

Moura, D. L., Fonseca, F.P. (2018). Sports activity and hip, knee, shoulder and intervertebral disc arthroplasties. *Acta Ortopedia Brasileira*, 26(5), 350-355. http://dx.doi.org/10.1590/1413-785220182605182508

Mota de Sousa, L.M., Martins, M.M., Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no

empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3 (1). 64-69. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Morete-Pinto, M.C., Sousa-Correa, A.F. (2021). Estratégias para o manejo da dor pós-operatória em artroplastia total de joelho: revisão integrativa. *Brazilian Journal Pain*, 4 (3).https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210044

Moutzouri, M., Gleeson, N., Billis, E., Tsepis, E., Panoutsopoulou, I., Gliatis, J. (2017). The effect of total knee arthroplasty on patients' balance and incidence of falls: a systematic review. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy,* 25(11), 3439-3451.

Nagamine, B. P., et al (2021). A Importância do Exercício de Fortalecimento em Cadeia Cinética Fechada na Condromalácia Patelar. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(4). http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13931

Neto ,E.P.S., Usandizaga, G. (2020). Comparação entre duas doses de ácido tranexâmico intra-articular no sangramento pós-operatório de artroplastia total do joelho: estudo clínico randomizado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 318-324. https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.03.015

Ni, S.H., Jiang, W.T., Guo, L., Jin, Y.-H., & Jiang, T.L. (2015). Cryotherapy on postoperative rehabilitation of joint arthroplasty. Novembro 2015, 23 (11), 3354-3361. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24928371/

Oliveira, C. (2015). Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso. Uma Revisão Integrativa da Literatura Contributo para o Desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. https://hdl.handle.net/10400.26/10771

Oliveira, E.C., Baptistella, A.R., Taglietti, M. (2019). Relação terapêutica paciente e dimensões da humanização em reabilitação ortopédica. Saúde e Pesquisa, 12(2), 309-315. DOI: 10.17765/2176-9206.2019v12n2p309-315

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. Lisboa, Portugal: Diário da República 2.ª série, 6 de fevereiro de 2019, 4744 – 4750. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. 13565-13568. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/

PQCEEReabilitacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) - Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa

Okuno, M.F.P., Belasco, A., Barbosa, D. (2014). Evolução da Pesquisa em Enfermagem até a Prática Baseada em Evidências. https://site.livrariacultura.com.br/imagem/capitulo/15056076.pdf

Padilla-Góngora, D., Catalan-Matamoros, D., Rocamora-Pérez, P., Pérez-de la Cruz, S., & Fernández-Sánchez, M. (2015). Home-Based versus Hospital-Based Rehabilitation Program after Total Knee Replacement. *BioMed Research International*. https://doi.org/10.1155/2015/450421.

Pedroso, J., Casaleiro, P., Branco, P. (2011). A odisseia da transformação do Direito da Família (1974-2010): um contributo da Sociologia Política do Direito. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXII, 2011, 219-238. http://aleph.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/1443/1233

Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento in Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. ISBN: 978-989-8075-73-4

Pinheiro, C.S., Guimarães de Andrade, L. (2022). Equipe multidisciplinar na atenção primária na saúde pública. *Ciências da saúde*. Edição 115. Outubro 2022. DOI:10.5281/zenodo.7158654

Pinto, D.R.M., Ribeiro, O.M.P., Martins, M.M., Schoeller, S.D. (2022). Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: Referencial de Axel Honneth. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Janeiro 2022. 3(2). https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.3.5774

Primorac, D., et al. (2020). Knee Osteoarthritis: A Review of Pathogenesis and State-Of-The-Art Non-Operative Therapeutic Considerations. *Genes*, 11(8), 854. https://doi.org/10.3390/genes11080854

Rocha, K. N. S. et al. (2022). O manejo cirúrgico da artroplasia total de joelho. *Brazilian Journal of Health Review*. Curitiba, janeiro/fevereiro, 5 (1), 343-359. DOI:10.34119/bjhrv5n1-030

Rocha, E.F., Duarte, G.F., Cruz, M.M.A., & Magnus, G. (2014). Artigo de Revisão: Anticoagulantes e bloqueios do neuroeixo. *Revista Medicina de Minas Gerais*, 24(3), 30-36. DOI: 10.5935/2238-3182.2014S014

Rocha, T. C., Ramos, P. S., Dias, A. G., Martins, E. A. (2022). Os efeitos do exercício físico sobre o manejo da dor em pacientes com osteoartrose de joelho: Uma revisão sistemática com meta-análise. *Revista Brasileira Ortopédica*, 55(5), 509–517

Rodrigues, F. G. et al. (2020). Cinesioterapia aplicada ao paciente idoso após protetização total do joelho: um estudo de qualidade metodológica. *Revista Kairós Gerontologia*, 23(2), 145-159. http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p145-159

Rezende, R.C. et al. (2015). Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(3), 490-496. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680316i

Santos, A., Silva, B., Oliveira, C., & Pereira, D. (2023). Artroplastia Total de Quadril e Joelho: Uma revisão das técnicas cirúrgicas, materiais utilizados e resultados a longo prazo das artroplastias total de quadril e joelho. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5, 485-497

Santos, C.G.D. et al. (2020). Fisioterapia e qualidade de vida na osteoartrose de joelho. *Fisioterapia Brasil*, 21(1), 86-92. https://doi.org/10.33233/fb.v21i1.2748

Santos, D.A.T., & Amaral, A.F. (2020). Correlação entre flexibilidade de cadeia muscular posterior com qualidade de vida na osteoartrose de joelho. Monografia (Graduação em Fisioterapia). Centro Universitário UniGuairacá.

Santos, J.T., Campos, C.M.S., Martins, M.M. (2020). A Pessoa com AVC em processo de Reabilitação: ganhos com a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (2). https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62/22

Santos, J.M., Prata A.P., Cunha I.C., Santos MR. (2021). Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. Enfermagem Foco, Março 2021, 12(2), 346-353. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4180

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I.(2015). Cuidado humano transacional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE, 153-171

Santos, E.O, Pamplona, Y.A.P, Martins, L.C., Bernard, L.M. (2021). A Prática do Enfermeiro na reorganização do ambiente residencial para a mobilidade e segurança do idoso. *Leopoldianum*,

47(132). https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/1172/1162

Santos, P.M.C., (2021). Exercício Isométrico na Osteoartrose do Joelho – Revisão Sistemática. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico do Porto

Santos, J., Silva, R., Pereira, M., & Oliveira, A. (2023). Artroplastia Total de Quadril e Joelho: Uma revisão das técnicas cirúrgicas, materiais utilizados e resultados a longo prazo das artroplastias total de quadril e joelho. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5, 485-497

Saraiva, D. (2019). O cuidar da família da pessoa em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar (Doctoral dissertation). Escola Superior de Saúde de Lisboa, Portugal.

Sousa, J.R. et al. (2019). Assistência ao paciente no pós-operatório de trauma ortopédico: Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 28(3), 73-76

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127

Schwartsmann C.R. et al, (2017). Do patients lose weight after total knee replacement? *Revista Brasileira de Ortopedia*. Janeiro 2017. 52(2), 159–163. https://www.scielo.br/j/rbort/a/HqjW38ZHRN7QzLvXcsBNCJP/? format=pdf&lang=en

Sjoveian, A.K.H., & Leegaard, M. (2017). Hip and knee arthroplasty - patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 27, 28-35. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.07.001

Silva, C.A., et al. (2019). Conceito de família sob as novas perspetivas sociais. *Revista Científica UNAR*, 19(2), 126-141. DOI: 10.18762/1982-4920.20190019

Silva, D.V., Silva, I.F.C., & Silva, T.E.A. (2023). Os cuidados de enfermagem ao paciente em recuperação pós cirurgia ortopédica. *Brazilian Journal of Development*, 9(7), 21939-21952. DOI: 10.34117/bjdv9n7-052

Silva, S.M.A., Pereira, J.M. (2017). Análise da influência do apoio podálico em radiografias de face dos joelhos em carga. *Saúde & Tecnologia*, Maio, 25-32. ISSN: 1646-9704

Silva, R., et al. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro 2019, 35-44. https://www.researchgate.net/publication/337313131

Silva, K.R., Lima, M.D.O., Sousa, M.A. (2016). Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. *Revista Gestão & Saúde*, Brasil 2016. 7 (2). 793-810. ISSN: 1982-4785

Novato, S. M. A., & Araújo Nunes, E. (2019). As relações interpessoais na enfermagem: influência da liderança na motivação da equipe técnica. *Revista Saúde*, 13(1-2), 1-5. https://doi.org/10.33947/1982-3282-V13N1-2-3686.

Simões, A., Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), abril/junho. DOI: 10.1590/1983-80422019272306

Stewart, K. (2016). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. University of Tenessee at Chattanooga. https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=honors-theses

Sjoveian, A.K.H., & Leegaard, M. (2017). Hip and knee arthroplasty - patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 27, 28-35. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.07.001

Tavares, M. R., Alencar, S. D. R., Frazão, S. P., Azi, M. L., Sadgursk, D. Alencar. (2022). Factors Associated with the Development of Early Complications after Total Knee Arthroplasty. *Revista Brasileira Ortopedia*, 57(4), 661–66

Tibbo, M. E. (2019). Acquired Idiopathic Stiffness After Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of bone and joint surgery*, 101(14), 1320–1330. https://doi.org/10.2106/JBJS.18.01217

Thomaz, L.D.G.R. et al. (2022). Radiographic Evaluation of Postoperative Alignment in Total Knee Arthroplasty. *Revista Brasileira Ortopédica*, 57(4), 656–660. ISSN 0102-3616

Uriarte, L. F. et al. (2013). Abordaje parapatelar interno versus abordagem subvasto na artroplastia total de rodilla: estudo prospectivo, aleatorizado, randomizado e simples ciego. *Revista Médica del Uruguay*, 29(3), 147-157

Vale, M., & Varatojo, R. (2021). Otimização da mobilidade. Joelho degenerativo: Da artrose à artroplastia, Lisboa: Lidel, 143-149

Van der Wilk et al. (2023). Physical activity after revision knee arthroplasty including return to sport and work: a systematic review and meta-analysis including GRADE. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24. https://doi.org/10.1186/s12891-023-06458-y

Vasconcelos, J. W., Leite, L. M. S., Sousa, J. C. A., Mendes de Sousa, J. O., Santos e Santos, M. F. (2013). Avaliação em médio prazo da artroplastia total de joelho sem substituição da patela. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 48(3), 251-256

Vieira, M.A. et al. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. Artigo de revisão. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*. 1 (5), 105-121.

http://www.renome.unimontes.br/antigo/index.php/renome/article/view/102/148

Wang, Y., et al. (2022). Comparação de diferentes protocolos de analgesia local no manejo da dor pós-operatória após artroplastia total do joelho. Revista Brasileira de Anestesiologia. 72 (2), 267–273. https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.12.020

Yang, J., Zhang, X., & Liang, W. (2020). A retrospective analysis of factors affecting surgical site infection in orthopaedic patients. *Journal of International Medical Research*, 48(4). https://doi.org/10.1177/0300060520907776

Zhao, W., Yang, S., & Luo, X. (2021). Towards Rehabilitation at Home After Total Knee Replacement. *Tsinghua Science and Technology*, Dezembro 2021, 26(6), 791–799. https://doi.org/10.26599/TST.2020.9010034

Zhu, N., et al. (2017). Postoperative Pain Self-Management Behavior in Patients Who Underwent Total Knee or Hip Arthroplasty. *AORN Journal*, 105(4). https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2017.02.001