



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na  
Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do  
joelho**

**Ana Mafalda de Bettencourt Mantas**



**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na  
Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do  
joelho**

**Ana Mafalda de Bettencourt Mantas**

---

Orientador: Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

---

**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes...*

**Fernando Pessoa**

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as pessoas que ao longo deste tempo prestei cuidados, confiando em mim e que contribuíram de forma ativa neste processo de evolução pessoal e profissional. Bem haja a todos!

À Professora Doutora Cristina Baixinho pela sua orientação, rigor e incentivo ao longo deste caminho, pela compreensão, profissionalismo e disponibilidade indispensáveis na conclusão deste desafio, merecedora de todo o meu respeito. Uma estrela que guiou o meu caminho! Um Grande obrigada!

A todos os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação o contributo e conhecimentos partilhados! Que transformam o seu trabalho em magia! Um muito Obrigada.

À minha equipa do Hospital de Dia Cirúrgico por me terem apoiado! Pela compreensão demonstrada nos momentos de maior exaustão, tendo sido crucial para a contínua motivação. Obrigada por estarem sempre ao meu lado!

À minha mãe, ao meu pai pelos valores transmitidos e motivação no percurso desta aventura. Adoro-vos de coração.

Aos meus eternos amigos de sempre pela compreensão das minhas ausências.

À minha família, que acreditou em mim e me fez crer que conseguia chegar ao fim deste desafio.

Ao Filipe pelo amor, força, compreensão em todos os dias e pelo seu apoio incondicional, repleto de calma e dedicação. Obrigada por acreditares em mim.

Aos meus pilares Frederico e Gabriel pelos abraços e beijos no final do dia, os vossos sorrisos foram a minha maior motivação.

A todos, o meu sentido e profundo Obrigada.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diárias

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CH- Centro Hospitalar

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

LCA- Ligamento Cruzado Anterior

OE- Ordem dos Enfermeiros

RCCI- Rede de Cuidados Continuados Integrados

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCPA- Unidade de Cuidados pós Anestésicos

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF- Unidade de saúde Familiar

## RESUMO

A decisão de realizar uma cirurgia é vivenciada pelas pessoas com sentimentos de ansiedade, podendo ocorrer degradação das suas capacidades funcionais, alterações da mobilidade e conseqüentemente na sua independência para a realização de atividades de vida diárias.

Creemos no enfoque da capacitação da pessoa proposta a artroscopia do joelho durante o pré-operatório baseado no programa de Prehabilitation, de modo a diminuir as complicações pós-operatórias e promover a capacidade funcional.

O presente relatório pretende demonstrar a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do joelho”, caracterizando as intervenções autónomas desenvolvidas pelo enfermeiro especialista, assim como anunciar as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, dando resposta ao desenvolvimento e aquisição das competências expostas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino e na obtenção das competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A Enfermagem de Reabilitação assume-se como um pilar no cuidar, em capacitar estas pessoas e maximizar as suas funcionalidades, com o intuito de proporcionar a máxima independência e o desempenho seguro das atividades de autocuidado.

Sendo certo que, a capacidade de autocuidado se correlaciona com a capacidade funcional, nomeamos como teoria orientadora das intervenções realizadas, a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Orem.

A abordagem a estas pessoas no peri-operatório baseada no conceito da Prehabilitation permite a preparação e manutenção da sua capacidade funcional, o apoio psicológico e nutricional, assim como a redução de potenciais fatores de risco, promovendo uma maior autonomia na realização das suas necessidades e atividades, tendo como consequência uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Peri-operatório; Pré-operatório; Artroscopia do joelho; Prehabilitation.

## **ABSTRACT**

The decision to undergo surgery is experienced by people with feelings of anxiety, which may lead to degradation of their functional capacities, changes in mobility and consequently in their independence to perform activities of daily living.

We believe in the approach of training the person proposed to knee arthroscopy during the preoperative period based on the Prehabilitation program, in order to reduce postoperative complications and promote functional capacity.

The present report intends to demonstrate the “Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the Prehabilitation of the Person Proposed to Knee Arthroscopy” characterizing the autonomous interventions developed by the specialist nurse, as well as announcing the activities developed throughout the clinical teaching, responding to the development and acquisition of the competences exposed in the Dublin descriptors for the 2nd cycle of education, and in obtaining the common competences of a specialist nurse and specific competences of a specialist nurse in rehabilitation nursing.

Rehabilitation Nursing assumes itself as a pillar in caring, empowering these people and maximizing their functionalities, to provide maximum independence and the safe performance of self-care activities. Being certain that the self-care capacity is correlated with the functional capacity, we named Orem's Theory of Self-Care Deficit in Nursing as the guiding theory of the interventions performed.

The perioperative approach to these people based on the Prehabilitation concept allows for the preparation and maintenance of their functional capacity, psychological and nutritional support, as well as the reduction of potential risk factors, promoting greater autonomy in fulfilling their needs and activities, resulting in a better quality of life.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Perioperative; Preoperative; Knee arthroscopy; prehabilitation.

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

1- COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....	15
1.1- Fundamentação da Área Temática.....	15
1.2- Prehabilitation .....	18
1.3- Consulta de Enfermagem.....	20
1.4- Quadro de Referência em Enfermagem.....	21
2- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	24
2.1- A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	26
2.2- B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	29
2.3- C- Domínio da Gestão dos Cuidados.....	33
2.4- D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	34
3- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	36
3.1- J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....	36
3.2- J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	42
3.3- J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	46
4- AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	49
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS E ESPECTATIVAS FUTURAS.....	51

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto de Estágio

APÊNDICE II - Estudo de Caso da Sr.<sup>a</sup> M.I.R.S

APÊNDICE III- Estudo de caso do Sr.<sup>o</sup> D.F.M.M.

APÊNDICE IV- Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Comunitário

APÊNDICE V- Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Hospitalar

APÊNDICE VI- Certificado de participação Webinar "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação.



## INTRODUÇÃO

O presente relatório emerge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A sua elaboração objetiva descrever as atividades e competências desenvolvidas ao longo dos estágios presenciados, de modo a corroborar a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), como descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). Tal como, atestar competências para o grau de Mestre, através dos Descritores de Dublin (DGES, 2011).

Tendo como pilar principal o Projeto de Estágio subordinado ao tema “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do joelho” (Apêndice 1), sendo provido em dois contextos de estágio, primeiramente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na qual se integra uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e o segundo num centro hospitalar (CH) da região de Lisboa e Vale do Tejo, no serviço de ortopedia. Anunciando a integração dos conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas nas unidades curriculares, concedendo a inclusão teórico-prática dos saberes, assegurando o desenvolvimento de competências na esfera da reabilitação motora, incorporando e implementando intervenções que procuram otimizar e ou reeducar tanto as funções ao nível motor como a nível sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade, sendo este do domínio de intervenção do EEER à pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital (OE, 2019).

A eleição da temática advém de uma reflexão sustentada da prática, na medida em que, enquanto enfermeira do Hospital de Dia Cirúrgico de um hospital, constato diariamente que as pessoas propostas a artroscopia do joelho aguardam em média 3,1 meses pelo procedimento cirúrgico, num total de 120 cirurgias anuais (ACSS, 2019). Inquirindo as necessidades de autocuidado e capacitação da pessoa, que assistência é efetua durante o tempo de espera cirúrgico e qual o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação durante esse tempo, na capacitação da pessoa no pré-operatório.

Conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros, as áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de Reabilitação (2015-2025), incluem

a área motora. A necessidade de cirurgia ortopédica tem-se destacado pela sua ascensão progressiva, resultado do aumento da esperança média de vida, tornando-se perentório indagar qual o papel do EEER neste contexto (OE 2015a).

Oliveira et al. (2012) consideram a consulta de enfermagem no momento pré-operatório uma medida efetiva de constatação precoce de possíveis desvios de saúde e de acompanhamento das decisões instituídas, tendo em conta o bem estar da pessoa. Assumindo os cuidados de reabilitação como primordiais neste período, contribuindo para uma recuperação em tempo útil das funções da articulação afetada, bem como, a aquisição da independência para a realização das atividades de vida diária (Parente et al., 2009), Incumbe-se então, à enfermagem de reabilitação o objetivo de prevenir, habilitar e recuperar, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa (OE, 2015b).

O EEER ao realizar diagnósticos antecipados, delineando planos de ação preventivos e de manutenção de capacidades funcionais, evitando complicações e incapacidades, melhorando as funções residuais, mantendo e recuperando a independência das atividades de vida diária (AVD), minimiza o impacto das incapacidades funcionais (OE, 2015b).

Na revisão da literatura emerge o conceito de Prehabilitation como um programa inovador e preventivo, que se centra na pessoa, atuando no estado nutricional, psicológico e funcional. Minimizando as comorbilidades existentes, aumentando a capacidade funcional e diminuindo o tempo de internamento hospitalar (Carli, 2020).

Segundo Ubre e Martínez-Pallí (2022) num artigo em que descrevem a sua experiência na implementação de um programa de Prehabilitation num hospital, referem que na ação de implementação do programa está associado um custo, contudo estes são largamente compensados pela diminuição de complicações pós-operatórias e menor tempo de internamento hospitalar. Assumindo o pré-operatório como uma janela de oportunidade de ação direta, com vantagens para a pessoa e diminuição dos custos em saúde.

Impera enaltecer e compreender o contributo da Prehabilitation no processo pré-operatório, não só com o intuito de aumentar o estado funcional da pessoa, mas também de reduzir as complicações inerentes às comorbilidades presentes e decorrentes da condição prévia de saúde da mesma, do processo de envelhecimento e/ou estilos de vida.

O programa de Prehabilitation incorpora os componentes de apoio emocional, otimização médica, suporte nutricional e exercício físico, sendo um processo que visa aumentar a capacidade funcional da pessoa, para capacitá-la a suportar a inatividade associada a um procedimento ortopédico (Banugo & Amoako, 2017). A participação em programas de Prehabilitation conduz a ganhos em saúde, na medida em que, esta visa uma manutenção do nível normal de funcionalidade e uma recuperação mais rápida do estado funcional, durante a inatividade do pós-operatório (Cabilan et al., 2016).

Os programas devem ter enfoque no autocuidado, dado que a presença de ortótese e a necessidade de imobilidade temporária da articulação, podem afetar a independência para o autocuidado e sendo esta uma situação inesperada na vida da pessoa, é necessário educação e apoio na prestação de cuidados, diminuindo a incapacidade inerente à própria condição no pré-operatório, de modo a prevenir possíveis complicações e aumentar a funcionalidade da mesma, assim como a sua atividade. Intervindo na recuperação, readaptação e reinserção da pessoa, promovendo a máxima autonomia possível nas suas AVD, reduzindo a morbidade (OE, 2010).

A necessidade de intervenção cirúrgica tendo em conta a condição atual da pessoa pode invariavelmente condicionar o seu estado funcional e a manutenção do autocuidado. Na medida em que, o processo de Prehabilitation aumenta ou mantém o estado funcional da pessoa proposta para cirurgia, assumimos que sendo este baseado nos requisitos universais do autocuidado, atingirá o objetivo definido.

Anunciar a teoria do défice de auto cuidado de Orem, é evidenciar a parceria com a pessoa na capacitação e desenvolvimento da habilidade de decidir ou agir de maneira a assegurar respostas necessárias, protegendo os autocuidados (Orem, 2001).

Face ao exposto foram objetivos para este relatório:

Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na consulta pré-operatória à pessoa proposta a artroscopia do joelho;

Aprofundar conhecimento especializado de reabilitação no peri-operatório da pessoa submetida a artroscopia do joelho;

Maximizar a funcionalidade da pessoa submetida a artroscopia do joelho;

Elaborar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados que permitam assegurar a manutenção das capacidades funcionais, na prevenção de complicações

associadas e na prevenção de incapacidades, às pessoas com necessidades de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação;

Colaborar em programas de melhoria da qualidade de prestação de cuidados a serem desenvolvidos nos locais de ensino;

Adquirir conhecimentos que fundamentem as intervenções especializada da prática de enfermagem de reabilitação e na tomada da sua decisão;

Desenvolver competências Especializadas de Enfermagem de Reabilitação (comuns e específicas).

Estruturamos o presente relatório em três partes, uma primeira que engloba a componente científica e formativa, na qual consta o enquadramento conceptual. Uma segunda, correspondente à análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem, assim como a avaliação global do trabalho desenvolvido. Concluindo-se com um conjunto de considerações finais, nas quais se destacam objetivos futuros.

# 1- COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

## 1.1- Fundamentação da Área Temática

Face ao aumento da esperança média de vida indagada ao longo do tempo e às afeções do sistema músculo esquelético, torna-se inevitável que se direcione o olhar para esta temática. Muitas das vezes, estas alterações não são assumidas com o devido valor, na medida em que são consideradas como um processo normal de envelhecimento.

A artroscopia assume um papel muito relevante no diagnóstico e tratamento de lesões articulares. A palavra artroscopia deriva de duas palavras gregas, *artro* (articulação) e *escopia* (olhar), e juntos significam literalmente "olhar dentro da articulação". Em 1918, o Professor Kenji Takagi iniciou em Tóquio este procedimento cirúrgico, usando para o efeito um cistoscópio na observação do joelho. Como a maioria das lesões músculo-esqueléticas, as lesões nos joelhos podem ser dolorosas e debilitantes e geralmente ocorrem durante as atividades de vida diária ou durante a prática de desporto (Koëter et al., 2021).

Enquanto promotor de intervenções preventivas o EEER assegura as capacidades funcionais da pessoa e evita a diminuição de incapacidades, capacitando-as de modo a serem independentes e autónomas, emergindo a questão de qual a intervenção do EEER na Prehabilitation à pessoa proposta a artroscopia do joelho.

No serviço onde exerço funções no ano de 2019 foram submetidos a artroscopia do joelho 120 pessoas, existindo um predomínio do sexo masculino (masculino: 66,6%; feminino: 33,4%), sendo que estes têm maioritariamente idades compreendidas entre os 20 e os 32 anos (68,75%). Relativamente à lateralidade verifica-se uma incidência do joelho esquerdo no sexo feminino (65%) e do joelho direito no sexo masculino (68,75%). No que respeita às mulheres evidencia-se a prevalência de meniscectomia (65%) e nos homens de Ligamentoplastia do ligamento cruzado anterior (LCA) (72,5%) (Hospital Beatriz Ângelo, 2019).

Os meniscos do joelho têm um papel importante na carga e absorção de choque dentro da articulação. Estes funcionam como estabilizadores secundários, têm um papel proprioceptivo e ajudam na lubrificação e nutrição da cartilagem articular.

A meniscectomia é o tratamento da rutura meniscal, que consiste em toda a rutura que interrompa a continuidade das fibras meniscais. O seu diagnóstico requer

a informação da história clínica da pessoa, exame físico, testes específicos e ressonância magnética, que direcionem o ortopedista para a um diagnóstico diferenciado, de modo a avaliar a necessidade de realização de cirurgia. As ruturas podem ser assintomáticas, contudo muitas das vezes causam incapacidade funcional e dor considerável (Niu et al., 2011).

A meniscectomia condiciona transformações na distribuição da carga, aumentando o stress de contacto, deteriora a nutrição da cartilagem e cria instabilidade dinâmica. O risco de desenvolver gonartrose secundária é elevado e o prognóstico depende da topografia lesional e da quantidade de menisco removido (Pinheiro & Costa, 2015).

O processo de reabilitação da pessoa submetida a meniscectomia, têm em conta a pessoa como um ser individual, devendo-se planear intervenções adaptadas e adequadas à mesma, de modo a alcançar resultados seguros e definidos. Sendo necessário uma educação personalizada e direcionada, sobre a sua importância em todo o processo de reabilitação, devendo a adesão aos exercícios terapêuticos e sua motivação ser enfatizados (Cavanaugh et al., 2012).

Após a artroscopia do menisco, o início de exercícios terapêuticos de reabilitação tornam-se essenciais, na medida em que, atenuam os sintomas como a dor, edema e inflamação. Previnem lesões futuras e promovem o retorno às atividades de vida diária (Barroso & Silva Soares, 2020).

Segundo Pereira et al. (2016) citado por Mendes (2017) são componentes do processo de reabilitação: amplitude dos movimentos de flexão, sendo que nas primeiras duas semanas a mobilidade é limitada aos 90°; o treino de marcha; o fortalecimento muscular desde o primeiro dia do pós-operatório, em que a pessoa inicia o exercício muscular isométrico dos diferentes grupos musculares, como o quadríceps crural e os glúteos; os alongamentos a serem iniciados 6 semanas após a cirurgia; o treino proprioceptivo, sendo este de extrema importância após qualquer cirurgia, especialmente nas direcionadas às extremidades inferiores.

A intervenção do EEER está patente em todo este processo, dado que se destina à identificação de défices e prescrição de intervenções que promovam uma condição de saúde e funcionalidade capaz de diminuir a incidência e/ou gravidade de défices decorrentes da cirurgia, na procura da otimização do estado funcional da pessoa, com o objetivo de manter um bom estado de saúde no restante tempo peri-operatório (Carli et al., 2017). Objetivam igualmente a promoção de ações precoces e preventivas, de modo a garantir a manutenção das capacidades funcionais da pessoa,

prevenir complicações e evitar incapacidades através da melhoria ou manutenção do seu estado funcional, permitindo a independência nas atividades de vida diária (OE, 2019).

O ligamento cruzado anterior (LCA) contribui para a manutenção da estabilidade do complexo articular do joelho, a reabilitação pré-operatória é fundamental, na medida em que a função do joelho antes da cirurgia influencia os resultados esperados e pós cirúrgicos à sua reconstrução. O LCA é comumente acometido por lesão, com predomínio em jovens e pessoas fisicamente ativas, sendo esta decorrente de trauma sem ou com golpe direto na articulação do joelho (Santos, 2021).

Importa então evocar a reabilitação pré-operatória nomeada por Prehabilitation, que se inicia com a avaliação da pessoa proposta para cirurgia. Identificando as necessidades, avaliando a condição física e psicológica da pessoa, planejando um perfil de referência do seu estado funcional, onde existe a identificação de défices a serem resolvidos ou amenizados, prevenindo complicações futuras (Carli et al., 2017).

Oliveira et al. (2021) assumem a reabilitação do pós-operatório do LCA como fundamental, visto que tem impacto na retoma das atividades de via diárias, no menor tempo possível e com maior segurança, atuando no fortalecimento, alívio da dor, no ganho da amplitude de movimento, equilíbrio e propriocepção. Assente no princípio de treino de força progressiva, sendo eficiente para a recuperação do quadríceps e isquiotibiais, que são indispensáveis para o controle do movimento do joelho. Assim como, os exercícios de resistência excêntricos e concêntricos, que auxiliam no fortalecimento e na ativação neuromuscular. Visando restaurar a funcionalidade da articulação, a amplitude de movimento, a força muscular, o equilíbrio estático e dinâmico, de modo a integrar o mais precocemente possível, a pessoa na sua vida cotidiana (Oliveira et al., 2021)

A reabilitação pós-operatória primazia a proteção do ligamento reconstruído, sendo a sua libertação da carga precoce nas primeiras semanas, realizada de forma parcial, com uso de duas canadianas e com um imobilizador longo bloqueado em extensão. As mobilizações passivas de modo a melhorar a amplitude de movimento devem ser realizadas de forma prévia e cautelosa, embora a demora no ganho de movimento possa trazer consequências como a restrição de amplitude articular e perda funcional (Cury et al., 2012).

O EEER desempenha um papel fundamental na recuperação da funcionalidade do joelho após lesão do LCA, na medida em que ajuda a maximizar a sua função e

consequentemente o retorno da pessoa à sua vida ativa, minimizando as suas incapacidades funcionais. Correlacionado com as competências específicas do EEER, capacita a pessoa com deficiência, com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de práticas de cuidados, maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2019).

## **1.2 - Prehabilitation**

A Prehabilitation não é um conceito novo, tendo a sua definição evoluído ao longo dos tempos, passando de uma vertente unimodal, em que se inseria o exercício ou nutrição de forma isolada. Hoje em dia assume uma abordagem multimodal, incluindo a combinação de exercício, nutrição, estratégias de diminuição de ansiedade, e cessação do tabágica.

O momento peri-operatório é propício à promoção de programas de prehabilitation, dado que aborda a capacidade funcional, desnutrição e ansiedade com o intuito de mitigar as complicações pós-operatórias, promover o processo de reabilitação e reestruturação das funções ativas nas AVD (Carli, 2020).

A orientação para um programa de Prehabilitation deve ocorrer no início da avaliação clínica inicial da pessoa que será submetida a cirurgia, contudo a maior barreira encontrada é o incumprimento das recomendações estabelecidas. A não adesão, pode surgir pela falta de compreensão do programa, da desmotivação, o incorreto comprimento ou desvalorização do mesmo (Carli, 2020).

Desde a decisão de uma intervenção cirúrgica até ao momento da sua realização, a pessoa vivencia sentimentos de ansiedade e receio, podendo ocorrer degradação do seu estado funcional, alterações da sua mobilidade e ou independência. Neste espaço temporal, é primordial a ação baseada na capacitação da pessoa proposta a intervenção cirúrgica, visto que um programa de Prehabilitation aumenta a capacidade funcional da pessoa antes da cirurgia e consequentemente tem resultados no pós-operatório.

Banugo e Amoako (2017) definem quatro componentes modificáveis no programa: a otimização médica; o exercício físico; o suporte nutricional e o apoio psicológico.

A componente de otimização médica, refere-se à cessão tabágica durante o período pré-operatório, à redução de ingestão de álcool e à otimização do peso, fatores que beneficiam a pessoa no pós-operatório. A combinação de exercícios físicos aeróbicos e de força muscular são importantes, uma vez que tanto a força muscular como a aptidão cardiorrespiratória diminuem no pós-operatório (Banugo & Amoako 2017).

O suporte nutricional durante este período torna-se essencial, visto que um mau estado nutricional está francamente associado a complicações no pós-operatório, ao aumento do tempo de internamento e a infeções. O diagnóstico subjacente à cirurgia, por si só, é motivador de ansiedade, assim como a dor, a anestesia e a recuperação.

O objetivo do apoio psicológico é duplo, em primeiro lugar ajuda a reduzir a ansiedade associada ao processo cirúrgico, em segundo maximiza a motivação da pessoa e capacita-a no cumprimento de aspetos inerentes ao programa, como o exercício e alimentação adequada. Segundo os autores o programa de Prehabilitation apresenta como benefícios, a redução do tempo de internamento, diminuição da dor e de complicações pós-operatórias (Banugo & Amoako 2017).

Kawaguchi e Naito (2017) defendem que a janela temporal entre a decisão cirúrgica e a data da cirurgia, é o momento certo para a otimização da condição da pessoa, potenciando a atividade física aumentando as suas reservas, de modo a enfrentar o stress cirúrgico e a função no pré-operatório, de modo a reduzir a morbidade, o tempo de internamento e capacitando-a nas atividades de vida no peri-operatório. Denominando-a de Prehabilitation, sendo uma estratégia de apoio à pessoa proposta a cirurgia, tendo em vista o aumento da capacidade funcional e a capacitação para suportar o stress cirúrgico e inatividade associada.

Ubre e Martínez-Pallí (2022) ao relatarem a sua experiência de implementação de um programa de Prehabilitation multimodal entre 2013 e 2016 num hospital, ressalvam a eficácia e o potencial da diminuição de custos em saúde. Sendo que, o programa foi adaptado às necessidades, recursos e feedback dos profissionais e pessoas, com necessidade de ampliação. Sugerindo que, com a padronização em plataformas digitais e dispositivos portáteis, o acesso à pessoa e sua capacitação seria mais eficiente.

Wang et al. (2021) desenvolveram um protótipo do aplicativo usando "Appy Pie", uma plataforma de desenvolvimento de aplicativos sem codificação. Tendo como objetivo um programa de Prehabilitation que incentiva a adesão e a capacitação da intervenção, assim como a pesquisa de avaliação dos efeitos do programa na pessoa

que aguarda intervenção cirúrgica, tendo em consideração o seu estado de fragilidade, ansiedade e qualidade de vida. Assumindo a sua utilidade no futuro como uma mais-valia para melhorar e avaliar a eficácia da intervenção no programa de Prehabilitation, com o uso de tecnologias de informação e comunicação.

### **1.3 - Consulta de Enfermagem**

Segundo a Portaria n.º 06-A/2011, de 20 de dezembro, do Ministério da Saúde e das Finanças, no artigo 2º alínea g), a Consulta de Enfermagem é definida como sendo “uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (p. 5348-(2)).

Sendo o núcleo da enfermagem a pessoa e sua família, esta baseia-se no processo de cuidar direcionada para a melhoria constante de cuidados, centrada na dimensão biológica e social no processo de saúde e de doença. A consulta de enfermagem é tida como uma estratégia de cuidado, com inúmeras vantagens na prestação de cuidados, na promoção da saúde, no diagnóstico e tratamento assim como na prevenção de complicações (Oliveira et al., 2012).

Segundo o Parecer do Conselho de Enfermagem nº 53/2021 (OE, 2021), é da responsabilidade do enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, valendo-se de uma metodologia científica e do processo de enfermagem, do qual compõem a colheita de dados, a elaboração de diagnósticos, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem e a avaliação de resultados. Esta consulta assenta na avaliação efetuada e nos diagnósticos elaborados, que contribuem para a realização ou atualização dos planos de intervenção de enfermagem. Sendo o seu pilar, a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de incapacidades ou complicações, como meio facilitador no processo de adaptação ou recuperação da pessoa, na sua capacitação e gestão no processo de saúde, maximizando o seu bem estar.

O ato cirúrgico condiciona alterações na vida da pessoa, podendo constituir um processo de transição de saúde-doença, associada a mudanças inerentes à sua condição de saúde. Os enfermeiros detentores de conhecimentos, devem identificar aspetos relevantes dessa experiência e colaborar nesta fase de transição, de modo que a pessoa integre de forma adequada a sua nova condição, promovendo capacidades na realização de atividades de vida e na aquisição de estratégias de

coping (Gonçalves et al., 2019). Segundo os mesmos autores, o enfermeiro tem o dever de proporcionar toda e qualquer informação à pessoa sobre os cuidados peri-operatórios, contribuindo assim para a segurança e diminuição da ansiedade associada a este período de transição (Gonçalves et al., 2019).

Pina e Baixinho (2020) referem que a associação da consulta pré-operatória a programas de reabilitação, sendo estes estruturados e multiprofissionais, estabelecidos no pré-operatório, apresentam vantagens no que concerne à gestão da dor e ansiedade, permitem a aquisição de conhecimentos sobre a cirurgia e consequentes alterações no autocuidado, diminuindo o tempo médio de internamento, com ganhos económicos e melhor aceitação e adesão ao programa de reabilitação individualizado pré-estabelecido. Sendo que a inexistência dos mesmos, leva a dificuldades desde a admissão até à falta do planeamento da alta, com impacto negativo no autocuidado e na dependência/independência no momento do regresso a casa.

#### **1.4 - Quadro de Referência em Enfermagem**

A Enfermagem é baseada num quadro conceptual, alicerce representativo no nosso trabalho, do qual surgem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Os conceitos de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem explanam os metaparadigmas da Enfermagem.

O referencial teórico que sustenta o presente trabalho, é a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem (Orem, 2001).

A proposta deve-se ao facto, de o ato cirúrgico apresentar-se como uma realidade nova que comporta profundas alterações na vida da pessoa e da sua família, uma vez que influencia gravemente o seu bem-estar, saúde e padrões da satisfação do seu autocuidado (Gonçalves et al., 2017).

O Autocuidado presume a capacidade das pessoas para a concretização de atividades diárias, dirigidas à manutenção da própria vida, saúde e bem-estar (Orem 2001). Indubitavelmente existe uma conexão diretamente proporcional entre o défice no autocuidado e o declínio funcional, dado que ambos tendem a aumentar durante o processo de intervenção cirurgia (Cordeiro et al., 2015).

A prestação de cuidados do EEER diminui a incapacidade inerente à própria conjectura da pessoa no pré-operatório, de modo a prevenir possíveis complicações e aumentar a sua funcionalidade e atividade. Intervindo na recuperação, readaptação e

reinserção da pessoa, promovendo a máxima autonomia possível nas AVD, reduzindo a morbidade (OE, 2010).

Anunciar a teoria do déficit de autocuidado de Orem, é evidenciar a parceria com a pessoa, na capacitação e desenvolvimento da habilidade de decidir ou agir de maneira a assegurar respostas necessárias, protegendo os autocuidados (Orem, 2001).

A necessidade de intervenção cirúrgica tendo em conta a condição atual da pessoa, pode invariavelmente condicionar o seu estado funcional e a manutenção do autocuidado. O processo de Prehabilitation aumenta ou mantém o estado funcional da pessoa proposta para cirurgia, assumimos que, sendo este baseado nos requisitos universais do autocuidado, atingirá o objetivo delineado.

Importa então enuncia-los, dado que representam os tipos de ações humanas que produzem as condições internas e externas, capazes de manter a estrutura e a função, que por sua vez apoiam o desenvolvimento e amadurecimento humano: Manutenção de um aporte de ar suficiente; Manutenção de uma ingestão suficiente de água; Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação; Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso; Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar humano; Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano (Orem, 2001).

Cada um destes oito requisitos universais de autocuidado diferenciam-se no indivíduo ou grupos, tendo em conta as diferenças na idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sociocultural e recursos.

Importa neste momento enumerar os objetivos da enfermagem delineados por Orem (2001): Baixar a exigência de autocuidado para um nível a que a pessoa possa dar respostas; Ajudar a pessoa a aumentar as suas capacidades de dar resposta à exigência de autocuidado; Ajudar o cuidador da pessoa a prestar cuidados dependentes, quando o autocuidado não é possível; Satisfazer o autocuidado da pessoa quando nenhum dos anteriores é respondido.

Indubitavelmente estes assumem-se como objetivos do EEER, identificando os problemas que condicionam a mobilidade ou o autocuidado da pessoa, como o vestir e despir, ou seja, é importante avaliar a funcionalidade da pessoa na realização das suas AVD, considerando a forma, periodicidade, ou mesmo o dispositivo de apoio usado quando aplicável, tendo em conta ainda, a perceção da pessoa sobre as suas

capacidades e objetivos. Esta avaliação funcional, do autocuidado e do estado de mobilidade, é tida como o pilar da avaliação de enfermagem de reabilitação, elevando a consideração das intervenções terapêuticas relativas ao autocuidado e mobilidade, como cruciais à enfermagem de reabilitação (Hoeman, 2011).

O impacto que a cirurgia, seja por ligamentoplastia ou meniscectomia, tem no autocuidado, leva os enfermeiros a adotar um sistema de enfermagem, educativo/apoio ou parcialmente compensatório, na medida em que a pessoa com limitações do seu cuidar, age premeditadamente de forma a identificar as suas carências e executa-as, de modo a manter a sua recuperação de funções. Esta atuação é fruto do desenvolvimento e divulgação aos outros, de recursos que levam a especificar as próprias necessidades (Petronilho, 2012).

Neste sentido, as limitações funcionais consequentes do processo cirúrgico referido, nomeadamente associadas à mobilidade, uso de dispositivos e alterações do autocuidado, assumem-se como desafiantes ao EEER, já que visam a promoção e responsabilização da pessoa pelo seu autocuidado. O EEER colabora na sua aquisição e desenvolvimento das potencialidades individuais, que atuam na maximização da independência e autonomia, reputadas como promotoras da qualidade de vida (Hoeman, 2011).

O diagnóstico precoce das possíveis limitações, a prevenção de potenciais complicações, a tomada de decisão, o tratamento e a reabilitação, tendo em conta a promoção da saúde, assumem-se como funções do EEER, que visam maximizar a qualidade de vida, potenciando a sua funcionalidade e independência tanto física como emocional ou social (Pestana, 2017).

## 2- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No momento em que nos encontramos no real contexto da prática de enfermagem, esta surge dando valor à representação da teoria. Para Benner (2001, p. 61) “ a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta mais realidades, do que se pode aprender na teoria”.

A formação e a experiência, contribuem para esse desenvolvimento permitindo ao enfermeiro compreender a essência do cuidar. O contexto de estágio assume-se como fundamental, enquanto impulsionador de aprendizagens de modo a mobilizar conhecimentos e consequentemente espelhar a prática profissional.

O enfermeiro especialista é detentor de competências acrescidas e específicas que permitem intervir a um nível elevado de complexidade. A sua intervenção tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Pestana, 2017, p. 47).

Num primeiro momento, a prática de desenvolvimento de competências ocorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na qual se integra uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e o segundo num centro hospitalar (CH) da região de Lisboa e Vale do Tejo, no serviço de ortopedia.

No que respeita ao primeiro contexto, a equipa é constituída por 9 enfermeiros, 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 1 especialista em enfermagem médico-cirúrgica, 4 especialistas em enfermagem de saúde comunitária.

A pessoa pode ser referenciada pela Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ou pelos hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo, abrangendo 4 uniões de freguesias. Os EEER seguem um total de 20 pessoas na ECCI, assumindo-se como o gestor de caso daquelas pessoas e famílias.

O EEER enquanto gestor de caso tem a responsabilidade pela prestação e excelência dos cuidados de saúde, de manutenção, prevenção, reabilitação e apoio psicossocial. Personalizando os cuidados à atual condição de saúde da pessoa, num contínuo envolvimento com seu meio familiar, social e equipa multidisciplinar. A cada EEER é atribuído uma responsabilidade média de 5 a 6 pessoas, ao qual são realizados planos de intervenção individuais, semanais numa média de 50 a 60 minutos por visita domiciliária. Em toda a equipa há um conhecimento geral de todas

as pessoas cuidadas, sendo realizadas quinzenalmente reuniões de equipa multidisciplinar, que visam conciliar estratégias e recursos adaptativos às necessidades reais da pessoa e família.

Ressalvo a observação dos conhecimentos técnico científicos, de adaptação às condições domiciliares e sócio económicas e a elevada capacidade relacional dos profissionais no referido campo de estágio, proporcionando-me o planeamento, realização de avaliações e intervenções definidas, tendo em conta a necessidade da pessoa e família no domicílio.

Num segundo contexto de estágio, optamos pelo serviço de ortopedia num hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo. Dividido em dois serviços em que a equipa de enfermagem é única, num total de 30 Enfermeiros de cuidados gerais, 7 EEER incluindo a Enfermeira Gestora do serviço. Durante todo o ensino clínico foi realizado no serviço de ortopedia II, com uma lotação de 24 camas, que dá resposta à admissão de utentes do foro ortopédico num vasto leque de diagnósticos, admitidos eletivamente para cirurgia ou internamento conservador, pelo serviço de urgência ou transferidos de outro serviço ou hospital.

Os EEER estão escalados essencialmente no turno da manhã, contudo devido a questões de recursos humanos prestam cuidados de enfermagem gerais. Em cada turno é atribuído a cada enfermeiro um número de pessoas, pelos quais são responsáveis de todos os cuidados a prestar. O EEER quando possível realiza planos de cuidados e incentiva toda a equipa de enfermagem a participar. No serviço está alocado um fisioterapeuta durante a manhã das 9 horas ao meio-dia, que participa com o EEER na partilha de informação, reflexão e intervenções de reabilitação, permitindo um melhor gerenciamento na prestação de cuidados de reabilitação. O presente contexto clínico contribuiu de forma robusta às necessidades identificadas e permitiu implementar os objetivos propostos.

Em ambos os contextos clínicos vivenciámos experiências únicas, prestámos cuidados às pessoas e suas famílias de forma individualizada, tendo em conta os seus arquétipos, valores e crenças, aplicando conhecimentos técnico-científicos adquiridos, baseados no raciocínio, de exercício de juízo clínico, permitindo prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de excelência.

Neste âmbito, em ambos os locais de estágio, foram realizados estudos de caso, análises critico-reflexivas que revigoram evidência científica, sendo que as práticas desenvolvidas ao longo dos mesmos, foram analisadas e discutidas com os orientadores implicados.

No presente capítulo pretende-se descrever, analisando e refletindo as atividades de enfermagem de reabilitação desenvolvidas tendo em conta os objetivos delineados, enquadrando-as nos domínios de competências comuns e específicas do EEER padronizadas pela OE.

No que concerne às competências comuns do enfermeiro especialista, impera defini-las de modo a enquadrar a sua enumeração e justificação do seu desenvolvimento.

“São as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2º série, nº 26, Secção II, Artigo 3º, alínea a) p. 4745, 2019).

Corroboradas por meio de conceção, coordenação e monitorização de cuidados especializados, assentes no exercício profissional na esfera da formação e investigação. Apresentam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimentos das aprendizagens profissionais.

## **2.1- A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Para o desenvolvimento da competência A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, definimos o seguinte objetivo específico:

Desenvolver uma prática profissional, baseada em princípios éticos e deontológicos na área de intervenção da enfermagem de reabilitação.

No que concerne ao referido domínio consideramos atingido, na medida em que, tivemos por base um exercício profissional seguro e ético, assente no código deontológico de enfermagem. Numa prática baseada no respeito pela pessoa, seus valores, crenças e costumes, tendo em conta o sigilo profissional e sua privacidade.

Consideramos este objetivo transversal à prática de enfermagem, patente em todas as intervenções desenvolvidas em ambos os campos de estágios. Assumimos a sua importância, dado que se desenvolve ao longo do percurso profissional. No sentido de enaltecer a prestação de cuidados de enfermagem, aperfeiçoamos e

atualizamos os conhecimentos, baseado na pesquisa de evidência científica, com o intuito de ascender a um nível diferenciado. Ao enfermeiro especialista cabe a incumbência da tomada de decisão em situações complexas, em razão de deter conhecimentos e experiência aprofundada numa área específica OE (2010).

Em ambos os contextos de estágio evidenciámos o papel de consultora enquanto enfermeiros de reabilitação. No contexto da ECCI, colaboramos na decisão da unidade de reabilitação a referenciar a Sr.<sup>a</sup> D. A. após o reconhecimento da necessidade de adequação de cuidados de reabilitação individuais e direcionados às necessidades da mesma. Situação descrita e refletida em Apêndice IV. Em contexto hospitalar assim como na ECCI participámos em reuniões multidisciplinares, que visam a transmissão e discussão de casos complexos, com vista a sua resolução.

Ao longo do presente relatório e anexos é visível o respeito pela identidade da pessoa, omitindo a sua identificação, baseado no princípio exibido no artigo 85º do dever do sigilo, no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), da Ordem dos Enfermeiros (2005, p.117) “O enfermeiro, é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão”.

Além da consideração do sigilo da informação clínica, em ambos os contextos, respeitamos e salvaguardamos a privacidade da pessoa e sua intimidade, cumprindo o artigo 86º do CDE (OE, 2005). Planeamos constantemente o uso de cortinas ou biombo, o uso de pijamas ou roupa pessoal, tendo em conta a privacidade, garantindo a não exposição do corpo da pessoa, durante a prestação de cuidados ou realização de exercícios do plano de reabilitação. As intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas nos dois campos de estágio, foram adaptadas aos valores, crenças religiosas e convicções socioculturais da pessoa cuidada, numa atitude focada na prática de cuidados centrados na pessoa, como definido por Hoeman (2011, p.23), “o modelo centrado na pessoa e família é uma abordagem que adota conscienciosamente a perspetiva dos doentes e famílias, com a consideração cuidadosa do que é importante para cada um”.

Com o intuito de desenvolver a competência A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, foi delineado o objetivo específico: Conhecer a dinâmica do serviço em termos de dinâmica organizacional da equipa multidisciplinar, assim como a prática de prestação de cuidados da equipa de enfermagem de reabilitação.

Integrei-me na equipa multidisciplinar com uma postura proactiva, autónoma e de envolvimento nas decisões inerentes à prestação de cuidados. Em ambos os

contextos de estágio, adquiri conhecimentos sobre as particularidades do serviço em termos físicos, de recursos humanos e materiais, assim como das dinâmicas específicas de trabalho diário, através da observação ativa, recolha de informação e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar.

A consulta de normas, projetos e protocolos em ambos os contextos permitiu obter uma aprendizagem coesa de toda a dinâmica e das principais necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação em cada contexto. Inteirei-me do programa informático usado, sendo o mesmo em ambos os contextos de estágio, do qual não detenho experiência, percebendo dos instrumentos de avaliação do EEER. A integração na prática profissional constitui uma mais-valia na produção do conhecimento do saber, permitindo o processo de reflexão, investigação, teorização e observação (Hamido, 2010).

No contexto da ECCI, a pessoa integrada na rede nacional de cuidados continuados detém um EEER, que é encarregue de avaliar as necessidades e elaborar planos de reabilitação ajustados às reais necessidades da pessoa e sua família. Assume-se como gestor de caso, sendo responsável pela articulação necessária com a equipa multidisciplinar. Durante o estágio assumimo-nos como gestor de caso da Sr.<sup>a</sup> M.I.R.S, responsabilizando-nos pelo programa de reabilitação descrito no estudo de caso em Apêndice II.

No momento da referenciação, efetuámos o contacto telefónico no intuito de agendar a visita domiciliar, de início da prestação de cuidados diferenciados de reabilitação, preparámos todo o processo físico referente à pessoa e comunicámos a data à assistente social. Na primeira visita domiciliar com a pessoa e sua família, realizámos a avaliação de necessidade de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e delineámos um programa adaptado à pessoa e suas necessidades.

Durante a prestação de cuidados, aquando da necessidade de apoio ou avaliação emocional, era passível de solicitar a colaboração e avaliação à psicóloga integrada na equipa da ECCI.

Quinzenalmente ocorriam as reuniões multidisciplinares já anunciadas, que indubitavelmente concederam-nos autonomia de decisão e partilha dos planos individuais de reabilitação elaborados, dotando-nos de um elevado nível de conhecimentos e concomitantemente de melhor qualidade de cuidados, traduzindo-se em ganhos para a saúde. Esta boa prática de trabalho de equipa, de interação e cooperação é de extrema importância, na medida em que, todos os elementos se respeitam não perdendo o foco da satisfação da pessoa (Munari & Bezerra 2004).

Esta dinâmica reflete-se na prestação de cuidados do enfermeiro enquanto gestor de caso.

Em ambiente hospitalar, o EEER assume-se também como promotor da continuidade e qualidade dos cuidados, sendo uma referência dentro da equipa.

Para Hesbeen “ a experiência em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática de cuidados. A prática da reabilitação para além das técnicas, requer pessoas, atores e profissionais de saúde aos quais se pede sobretudo, a qualidade humana que proporciona um clima verdadeiramente humanizado” (2003, p. 135).

O EEER por questões de recursos humanos em contexto hospitalar assume a posição de enfermeiro de cuidados gerais, tendo à sua responsabilidade 5 pessoas, contudo a sua visão e prestação de cuidados evidenciam-se como diferenciadas.

## **2.2- B - Domínio da Melhoria Continua da Qualidade**

No desenvolvimento da Competência B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, foi definido o objetivo: Aprofundar conhecimento especializado de reabilitação no peri-operatório da pessoa submetido a artroscopia do joelho.

Ao longo do estágio clínico tivemos oportunidade de responsabilizarmo-nos, pelos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação às referidas pessoas.

No hospital há um enfoque claro na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo exemplo disso, o programa rapid recovery que visa a redução do stress cirúrgico, diminuindo as comorbilidades peri-operatórias, com ação direta na recuperação funcional da pessoa e conseqüentemente na diminuição do tempo de internamento (Nassar, Fahey & Mitchell, 2020).

No intuito de sobrepor à lacuna da inexistência do programa rapid recovery, suspenso devido à Pandemia pelo SARS-CoV-2 e à reorganização dos serviços e recursos humanos, tenta-se englobar todos os conhecimentos adquiridos, de modo a dar resposta aos objetivos delineados e a prestar os melhores cuidados de enfermagem.

Responsabilizámo-nos pela elaboração e aplicação do plano reabilitativo, de duas pessoas com o diagnóstico de lesão do menisco e de lesão do LCA em três pessoas, sendo que por curiosidade, todos do joelho direito. Todos do sexo masculino com uma média de idade de 38 anos, em que o seu diagnóstico foi realizado após

diminuição da capacidade funcional após esforço físico intenso, quer laboral ou por desporto.

Ao sabermos da admissão era definido que seríamos responsáveis pelos mesmos. Após o acolhimento no seu quarto, iniciámos a explicação dos procedimentos pré-operatórios, identificámos hábitos de vida e condições habitacionais da pessoa, relembro a situação do Sr.º J. que vivia numa pequena vivenda com escadas que estava em obras, em que a sua casa de banho no momento era no primeiro andar e com banheira, sendo necessário realizar ensinamentos adaptativos a essa condição. Instruímos sobre os potenciais riscos de queda, identificando os riscos ambientais no seu domicílio e intervimos no aconselhamento sobre possíveis modificações, como a adaptação do espaço e equipamentos, assessoria na aquisição de produtos de apoio e estratégias cognitivo-comportamentais, que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa (Santos & Baixinho, 2020).

Assumimos a importância da intervenção do EEER incluída neste processo, que se destina à identificação de défices e prescrição de intervenções que promovam uma condição de saúde e funcionalidade, capaz de diminuir a incidência e/ou gravidade de alterações decorrentes da cirurgia, na procura da otimização do estado funcional da pessoa, com o objetivo de manter um bom estado de saúde no restante tempo peri-operatório (Carli et al., 2017).

Descrevíamos e treinávamos a marcha com canadianas, subir e descer escadas e o entrar e sair da banheira ou base de duche, assim como a técnica de entrar e sair do carro. As canadianas foram o dispositivo de eleição destas pessoas, tendo sido confirmado a altura e sua adaptabilidade. Instruímos e treinámos de técnica de sentar e levantar da cadeira; o autocuidado, vestir e despir o membro operado, transferir-se da cama/cadeirão e cadeirão/cama. Exemplificados e treinados os exercícios de flexão e extensão do membro, exercícios isométricos e meia ponte, impera ressaltar a importância, de explicar à pessoa durante o pré-operatório da possibilidade de colocação de dreno e da presença de dor.

A reabilitação deve ser considerada, de modo a ser alcançado o máximo de amplitude de movimento do joelho sem manifestação de dor. O reforço muscular é importante e deve ser realizado cuidadosamente associado a alongamentos dos grupos musculares anteriores e posteriores da coxa e perna (Álvarez Lopes et al., 2011).

Encaminhámos até ao bloco havendo uma transmissão de informação e apresentação da pessoa à equipa. Ressalvo que após os ensinamentos, era exposto um

tempo disponível para questões a serem colocadas. Nas cinco referidas situações além de prestarmos cuidados de reabilitação no período de admissão/pré-operatório, assegurámos o pós-operatório e o momento de alta, visto que permaneceram as 24 horas no hospital.

No dia seguinte prestámos cuidados pós-operatórios gerais e especializados. Sendo um momento importante, de avaliação da capacidade de aprendizagens e de reforço de ensinamentos. Ajudados no autocuidado higiene no leito, estimulado a realização de exercícios ativos assistidos, extensão e flexão tibiotársica, extensão e flexão do joelho e exercícios isométricos.

O programa de reabilitação deve ser individualizado, tendo em conta a patologia, o grau de gravidade, a idade, a capacidade de aprendizagem, os objetivos do programa, os recursos existentes e os processos de motivação da pessoa, entre outros” (Cordeiro & Menoita, 2012).

Assistidos no autocuidado transferir-se para o cadeirão, onde almoçavam e incentivávamos a realização dos exercícios livres de extensão e flexão do membro. Após o almoço realizávamos o levante assistido e treino de marcha no corredor do serviço, assim como o treino de descer e subir escadas.

O planeamento da alta teve início desde a admissão, com a conceção de intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas à situação.

Importa neste momento, invocar a reabilitação pré-operatória nomeada por Prehabilitation, que se inicia no momento da avaliação da pessoa proposta para cirurgia. Identificando as necessidades, avaliando a condição física e psicológica da pessoa, planeando um perfil de referência do estado funcional da mesma, onde existe a identificação de défices a serem resolvidos ou amenizados, prevenindo complicações futuras (Carli et al., 2017).

De modo a atingir o presente objetivo definido, realizámos uma entrevista estruturada e informal, ao médico ortopedista responsável pela cirurgia destas cinco pessoas, submetidas a artroscopia. Segundo o mesmo, o tempo desde a consulta até ao dia da cirurgia pode demorar entre três e seis meses, às vezes mais, tendo por isso optado pela prescrição de fisioterapia pré-operatória. Refere que a maioria dos seus clientes com o diagnóstico de lesão do LCA e lesão do menisco, são homens jovens e que o motivo da lesão é maioritariamente por esforços intensos repetidos.

Em termos de alteração da funcionalidade e autocuidados alterados refere a dificuldade em subir e descer escadas. Destaco uma frase citada pelo mesmo “a

recuperação da flexão e extensão do joelho após a cirurgia, ao mesmo nível que estava antes da lesão, são ganhos para o cliente”

Da participação nas consultas, entrevista ao médico ortopedista e intervenção no internamento a estas pessoas, podemos observar em termos de alteração da funcionalidade e autocuidados, o impacto que a lesão e a cirurgia têm, nomeadamente na dificuldade em subir e descer escadas. Como referem alguns autores a recuperação da flexão e extensão do joelho após a cirurgia, ao mesmo nível que estava antes da lesão, são ganhos para a pessoa (Lombardi & Berend 2006).

Os principais fatores que influenciam a amplitude de flexão pós-operatória, são os movimentos pré-operatórios da articulação do joelho, a técnica cirúrgica e a reabilitação (Sultão et al., 2003).

A intervenção especializada do EEER é decisiva na adequação à condição da pessoa submetida a cirurgia ortopédica, interagem no processo de reinserção social, de recuperação funcional e conseqüentemente de ganhos em saúde.

Refletindo, acreditamos que a existência da consulta pré-operatória realizada pelo EEER é uma mais-valia nos serviços de saúde, na medida em que, aumentam o potencial de funcionalidade, minimizam as complicações e permitem à pessoa adquirir bases sustentáveis adaptadas à sua condição de saúde.

Pina e Baixinho (2020) referem que a ausência de organização e informação, durante o processo de reabilitação da pessoa e sua família, levam a internamentos vivenciados com dúvidas e ausentes de conhecimentos do programa de reabilitação, que condicionam a alta da pessoa, que muitas das vezes, leva a que a mesma esteja em piores condições funcionais, do que antes do ato cirúrgico.

No intuito de desenvolver a Competência B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade, definimos o objetivo de: Colaborar em programas de melhoria da qualidade de prestação de cuidados a serem desenvolvidos nos locais de ensino.

A integração e colaboração com ambas as equipas dos contextos formativos, permitiu alcançar o presente objetivo, na medida em que, ao longo dos dias desenvolvemos competências, adquirimos conhecimentos de funcionamento, normas e protocolos, e fomos parte integrante dos mesmos. Mantendo um pensamento direcionado e centrado na pessoa e suas necessidades, visando cuidados de reabilitação de excelência, com metas reais.

Tendo em vista a melhoria da qualidade de projetos institucionais, participámos na ECCI em reuniões de ação formativa, num projeto com a associação Comunitária

de Reformados, Pensionistas e idosos, em que a equipa demonstra uma ação educativa e ativa à pessoa idosa. Dois EEER dirigem-se ao local e durante uma hora promovem a realização de exercícios de mobilidade e reeducação funcional, e incrementam a interação social. As presentes ações inserem-se no domínio da melhoria da qualidade, assegurando um ambiente seguro e centrado na pessoa, como condição basilar na efetividade terapêutica e na prevenção (OE, 2015b).

### **2.3- C - Domínio da Gestão dos Cuidados**

No sentido de desenvolvermos a Competência C1: Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, delineámos o seguinte objetivo: Desenvolver competências Especializadas de Enfermagem de Reabilitação (comuns e específicas).

Ao longo dos contextos clínicos de estágio procurámos rentabilizar todas as oportunidades de aprendizagem, de formação e desenvolvimento de competências na área da especialização de reabilitação em enfermagem. Estando incorporado na equipa multidisciplinar em ambos os contextos, permitiu-nos desenvolver competências de liderança, impulsionando a equipa ao encontro dos objetivos definidos, para o desenvolvimento do projeto delineado.

Na gestão das organizações a liderança é predominante, tendo um papel cada vez mais sustentável na prática clínica, com vista a melhoria dos cuidados. O EEER assume-o pela sua experiência, diferenciação e conhecimentos, sendo fundamental nos serviços de saúde. A experiência hospitalar permitiu observámos e aprendermos o papel do EEER, como gestor de cuidados e como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar.

Todas as manhãs ocorria uma reunião com a equipa médica em que se discutia o plano de cuidados estipulado de todos os internados, agilizando-se altas, referenciação na rede ou adaptando cuidados às reais necessidades das pessoas. Tais informações eram posteriormente direcionadas aos intervenientes, quer seja para a assistente social, fisioterapeuta ou equipa de enfermagem, ocorrendo um ciclo de comunicação bilateral. Esta dinâmica e integração na equipa multidisciplinar em ambos os contextos, permite o acompanhamento da pessoa e família no seu processo de doença e no estabelecimento de ligações com as várias redes de apoio ou de atendimento disponíveis (Machado et al., 2018).

O EEER detentor de funções de gestão era também responsável pela supervisão e gestão de material logístico, farmácia e supervisão da gestão de recursos humanos. Sendo um serviço de ortopedia, ocorria invariavelmente grande parte das vezes alterações e limitações da mobilidade, por parte das pessoas intervencionadas, o que leva à necessidade de colaboração nos autocuidados, mesmo que num período de transição. Tal identificação de necessidades sociais, muitas das vezes era realizada pelo EEER, que assumia o papel de interligação com o serviço social, assim como a referenciação da pessoa na Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI).

Ao EEER atribui-se um nível elevado de conhecimentos, em que a sua intervenção pretende identificar possíveis problemas, prescrever, implementar, monitorizar intervenções que promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações e evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas em diversas áreas (OE, 2019). A observação e vivência desta relação sinérgica enriqueceu-nos enquanto futuros EEER e cedeu-nos o caminho a percorrer de modo a atingir nossos objetivos.

Nos dois ambientes clínicos elaborámos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, alicerçados aos conhecimentos especializados de enfermagem de reabilitação, baseados na individualidade e especificidades da pessoa, tendo em conta o binómio pessoa/família, na promoção, melhoria e manutenção da qualidade de vida da pessoa. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015, p. 16656): “têm como foco a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação funcional, tanto quanto possível, através da capacitação do autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência/incapacidade, prevenção de complicações e maximização das capacidades, promovendo o projeto de saúde da pessoa”.

#### **2.4- D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No que concerne à Competência D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento, delineamos como objetivo: Aquisição de conhecimentos que fundamentem as intervenções especializada da prática de enfermagem de reabilitação e na tomada da sua decisão.

Ao longo da prática clínica desenvolvemos competências e aprofundamos conhecimentos na esfera pessoal e profissional, a realização de estudos de caso e dos jornais de aprendizagem, assente na prática crítico-reflexiva do Ciclo de Gibbs, insurge-se como essencial e basilar na reflexão da prestação de cuidados e na consciência das nossas próprias necessidades. Ao refletirmos na vivência de ambos os contextos, acreditamos que alcançámos a compreensão e identificação das alterações de autocuidados da pessoa submetida a artroscopia do joelho.

No intuito de planejar tendo em conta o binómio pessoa/família, estratégias de reabilitação a promover, metas e resultados a obter de modo a promover a sua autonomia, qualidade de vida e reinserção na sociedade, maximizando os vários recursos da comunidade (OE, 2015b).

Encontramo-nos num estado de privilégio, na medida em que enquanto EEER detemos conhecimentos e capacitamos a pessoa a obter o menor estado de dependência, orientando-a no pré-operatório, esclarecendo o percurso e procedimento cirúrgico, apoiando emocionalmente, dando a conhecer e a estabelecer um plano de reabilitação direcionado, para a recuperação funcional e autonomia.

Indo ao encontro pelo que é designado pela OE, em que a enfermagem de reabilitação é “como a área de intervenção da Enfermagem de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, 2015b).

A nossa prática foi sempre baseada na evidência com o alicerce da experiência profissional, mantendo sempre a atualização da melhor praxis a cada situação. Recorremos à pesquisa em bases de dados científicos, no sentido de dar resposta às nossas necessidades de desenvolvimento e de aquisição de conhecimentos. As mesmas foram partilhadas com os enfermeiros orientadores, como meio de incentivo à discussão e de reflexão da prática de cuidados.

A participação em reuniões em ambos os domínios, permitiu capacitar a comunicação de transmissão de conhecimentos e reflexão crítica das situações em causa, assim como a participação no Webinar "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação" (Apêndice VI ), demonstra a importância da aquisição de conhecimentos, convergindo à evidência científica.

### **3- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

No desígnio de evidenciar a capacidade crítica-reflexiva desenvolvida ao longo da prática clínica, corroborando o desenvolvimento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, emerge o presente capítulo baseado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019).

#### **3.1. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

De modo a alcançar a referida competência foi estipulado o seguinte objetivo específico: Elaborar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados que permitam assegurar a manutenção das capacidades funcionais, na prevenção de complicações associadas e na prevenção de incapacidades.

O desenvolvimento desta competência foi alcançado em ambos os contextos clínicos, contudo no sentido de demonstrar e especificar opta-se por descrever as intervenções desenvolvidas em ambiente hospitalar, dando como referência o trabalho desenvolvido junto do Sr.º D.F.M.M. do qual foi realizado um estudo de caso (Apêndice III).

Considerando as unidades de competência alicerçadas à presente competência, estruturamos o presente capítulo tendo em conta a sua base.

J1.1. – Avalia a funcionalidade e diagnostica as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

A avaliação inicial realizada na admissão, constitui um momento da origem do estabelecimento da relação empática com a pessoa e sua família, sendo transversal e essencial ao início de cuidados de saúde. Permite aglomerar a informação necessária e pertinente de modo a conhecermos as reais necessidades e delinear planos viáveis e sustentáveis de reabilitação. Segundo Hoeman (2011) uma avaliação completa é elementar para um tratamento clínico adequado.

Além do contacto com a pessoa, colhemos informação do processo clínico informático, através do programa S.Clínico (programa também usado na ECCI).

No momento da admissão ao Sr.º D.F.M.M. no seu quarto não foi possível conhecer e comunicar com a sua família ou potencial cuidador devido à restrição de

visitas por questões pandémicas. Além dos dados como: profissão; agregado familiar; antecedentes pessoais; hábitos aditivos; condições de habitabilidade e acessibilidade; diagnóstico médico atual, usamos instrumentos de avaliação como: Escala de Berg; Medical Research Council (MRC); Escala de Morse; Escala Índice de Barthel; Escala de Glasgow; Escala de Borg modificada; Escala Visual Analógica da Dor. A observação de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente radiografia e ressonância, com a colaboração do enfermeiro orientador, ajudaram na sistematização e compreensão da situação.

Na avaliação da funcionalidade salientamos a dificuldade em andar de canadianas por falta de conhecimento, resultando o diagnóstico de andar com auxiliar de marcha comprometido, em que foram delineadas várias intervenções de enfermagem de modo a obter independência no autocuidado. Sendo estas: Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (canadianas); Execução de marcha com sustentação parcial do peso corporal, cumprindo uma carga parcial do membro; Após estar em pé, desloca as canadianas para a frente, dá um passo com o membro operado e efetuando carga parcial segue o passo com o membro são, sem ultrapassar a base do auxiliar de marcha; Adequar a altura das canadianas; Treinar e avaliar andar com auxiliar de marcha; Treinar manobras de alternância de direção; Avaliar e Instruir sobre condições de segurança no treino de marcha, como controlo de equilíbrio corporal, remoção de obstáculos, uso de calçado confortável e bem-adaptado aos pés.

Segundo Tew et al. (2018) a avaliação inicial para o treino físico pré-operatório oferece uma oportunidade para a pessoa compreender, educar e explicar a importância do exercício, baseado nos seus benefícios durante o peri-operatório ou a longo prazo. Dando resposta à unidade de competência J1.2. – Concebe planos de intervenção com o próprio de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

Enquadrando o tema do projeto, a avaliação da pessoa submetida a artroscopia do joelho, damos ênfase à necessidade e importância desta avaliação inicial, de modo a detetarmos possíveis alterações que iram determinar a limitação na atividade, sendo exemplo o andar. Dando ênfase, e segundo Teixeira et al. (2022) a Prehabilitation visa otimizar a pessoa antes da cirurgia, tendo como objetivo melhorar a sua recuperação pós-operatória e funcional, reduzindo ainda o tempo de internamento hospitalar.

A conceção de planos de intervenção após a avaliação, deve ser baseada na ótica da pessoa interveniente e na sua negociação, de modo a serem identificados potenciais problemas e concebidos corretos diagnósticos de enfermagem.

No sentido de cumprir com unidade de competência J1.3. – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, em conjunto com a pessoa (a nível hospitalar) e com a sua família (no contexto ECCI) inferimos as potenciais alterações de modo a definir estratégias, que levem a alcançar resultados esperados e que proporcionem a autonomia e a melhor qualidade de vida possível.

No que concerne à reeducação motora, foi claramente a mais praticada ao longo destes meses. Tendo em consideração Sr.º D.F.M.M. admitido para ser submetido a artroscopia do joelho, realizámos no pré-operatório: fortalecimento muscular dos membros superiores, tendo em vista o uso de canadianas no pós-operatório, estes foram realizados com o uso de pesos e bastão. Ressalvo que em contexto de ECCI nesta dimensão, usamos garrafas de litro de sumo, pacotes de arroz e o pau de vassoura. Nos membros inferiores optamos pela pedaleira, treino de marcha com canadianas, treino de descer e subir escadas. Realizado exercícios de flexão e extensão tibiotársica, do joelho e exercícios isométricos. Instruímos sobre a adaptação da altura das canadianas e a condição das suas borrachas. Relembramos a Sra. D.A. (Apêndice IV) que na adequação do produto de apoio para movimentar-se só se adaptou ao quadripé, em detrimento da canadiana, sendo necessário no seu plano de reabilitação dar ênfase: no comprimento do passo; no treino do uso do dispositivo; na manutenção do equilíbrio e coordenação.

Assim como, a Sra. M.I.R.S (Apêndice II) submetida a redução fechada e osteossíntese com colocação de cavilha longa sem intercorrências, em que a estratégia definida e com melhor resultado foi o uso de andarilho, proporcionando autonomia no autocuidado, tendo sido realizado além do treino de marcha o treino de equilíbrio estático e dinâmico, na qual a sua monitorização ao longo das sessões e visitas domiciliárias são explanadas através da Escala de Equilíbrio de Berg (Apêndice II).

A força muscular em ambos os contextos clínicos, foi monitorizada com uso da escala: Medical Research Council Muscle Scale, sendo evidente no estudo de caso apresentado em Apêndice II, a evolução e a resposta ao plano e estratégias de reabilitação.

No âmbito do desenvolvimento de competências da reabilitação da função respiratória, esta foi executada a nível de prevenção/tratamento e não em situação aguda de cuidados/exacerbação. Recordando o Sr.º F. referenciado para ECCL com diagnóstico de AVC, do qual resultou hemiparesia esquerda, desvio da comissura labial para a direita. Numa das visitas domiciliares, em que desenvolvíamos o programa de reabilitação de reeducação motora e fortalecimento muscular do membro superior esquerdo, observámos a presença de tosse acentuada e pouco produtiva.

Prontamente avaliámos os sinais vitais, nomeadamente a saturação de oxigénio e inspeção, palpação e auscultação pulmonar. Na auscultação pulmonar, o murmúrio vesicular estava mantido em ambos os lobos, com presença de ruídos adventícios na base esquerda: Roncos. Assumimos a presença de secreções e dificuldade em expelir, usámos manobras acessórias como a percussão, vibração e compressão de modo a conseguirmos a mobilização e progressão das secreções. Incentivámos à ingestão hídrica e realizamos o treino de tosse dirigida e assistida e exercícios de ciclo ativo de técnicas respiratórias.

Concomitantemente ao longo dos ensinamentos clínicos, nomeadamente nos ensinamentos pré-operatórios, efetuámos exercícios de relaxamento, de consciencialização dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, incentivando o inspirar pelo nariz e expirar pela boca, dando o exemplo de cheirar uma flor e apagar uma vela. Usámos o bastão em contexto hospitalar e a vassoura em contexto domiciliar na reeducação costal global, relevante na prevenção de complicações pós-operatórias, na medida em que aumenta o tempo expiratório. O período pré-operatório deve ser reconhecido como uma janela de oportunidade para avaliar e estratificar, o possível risco cirúrgico e intervir Carli (2020).

O presente domínio de reeducação funcional respiratória no peri-operatório da pessoa submetida a cirurgia, tem como objetivo prevenir e corrigir alterações posturais e defeitos ventilatórios que possam ocorrer da cirurgia, assim como manter a permeabilidade das vias aéreas e reeducar a pessoa ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

Segundo Sousa e Carvalho (2016), o EEER deve iniciar as suas ações no pré-operatório, através do treino e incentivo de exercícios de mobilização ativa dos membros superiores e inferiores e no período pós-operatório estabelecer exercícios que aperfeiçoem a capacidade aeróbica, que aumentem a força muscular, assim como o treino de marcha e transferências, tendo em consideração a dor, na medida em que são cruciais para a recuperação funcional e social da pessoa.

Destacando a reeducação da função intestinal e vesical, reportamos para o estudo de caso realizado na esfera da ECCI da Sr.<sup>a</sup> M.I.R.S (Apêndice II), na qual a avaliação do impacto no autocuidado segundo os requisitos da Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem, há alterações do autocuidado associados ao processo de eliminação. Optámos por um sistema educativo parcialmente compensatório.

A Sr.<sup>a</sup> M.I.R.S (Apêndice II) apresenta períodos de incontinência vesical tendo por isso, que utilizar fralda, tem um alteador de sanita, intervenção de adaptação necessária à sua cirurgia. O WC fica ao lado do seu quarto, tendo de passar pela sala.

Definimos como diagnóstico de enfermagem: Uso do sanitário comprometido por incontinência urinária. Dando visibilidade da nossa intervenção nos requisitos universais de autocuidado, Orem (2001) na promoção de cuidados de eliminação, em termos da intervenções de enfermagem delineámos: avaliar o padrão, nomeadamente o número de micções diárias, quantidade e horário; adaptar a ingestão hídrica; ensinos de exercícios de kegel. Após os ensinos e treino no autocuidado uso do sanitário, deixou de usar fralda, muito devido à melhor mobilidade, tornou-se mais confiante na sua autonomia, readaptado também a ingestão de líquidos. Dando resposta ao domínio de competência J1.4. – Avalia os resultados das intervenções implementadas.

Na prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas recordamos o Sr.<sup>o</sup> V. internado no serviço de ortopedia, vítima de acidente de viação, tendo ficado paraplégico, a quem realizámos a avaliação neurológica de modo a identificar as suas limitações e elaborámos um programa de reabilitação adaptado.

Executámos mobilizações articulares dos membros e exercícios terapêuticos, treino intestinal, treino de equilíbrio sentado no leito e posicionamentos anti-espáticos, tendo em conta a minimização dos riscos da espasticidade e deformações articulares.

Segundo Faria (2006) o plano de reabilitação tende a avaliar e manter a funcionalidade dos múltiplos órgãos e sistemas, com vista a restaurar funções e minimizar complicações secundárias, com o objetivo primordial de reintegrar a pessoa socialmente. O EEER desempenha um papel fundamental a nível deste processo, na medida em que, a sua ação visa a capacitação da pessoa para o autocuidado, de modo a obter um elevado padrão de funcionalidade (OE, 2019).

No dia 3 de fevereiro somos confrontados com a questão da função sexual por parte do Sr.<sup>o</sup> M. submetido a artroplastia da anca direita, que no momento da alta questiona quando pode retomar a sua atividade sexual com a esposa. O serviço

dispõe de um panfleto ilustrativo com as posições a adotar, realçando as restrições angulares. Sendo a imagem feminina, assumindo que esta, tem mais restrições em termos de posição pós-operatória que o homem. Explicámos as possíveis restrições de movimento de modo a evitar a luxação da prótese ou outras complicações, referindo que poderá retomar a sua atividade sexual dentro de um a três meses (Betteencourt, Afonso & Gonçalves, 2014). Instruímos, indo de encontro às necessidades de capacitação da pessoa, complementando com a entrega do folheto informativo.

Na ótica da reeducação cognitiva, recordamos o Sr.º L. com o diagnóstico de Parkinson vítima de queda, em que no momento o EEER da ECCI desenvolvia um plano reabilitativo direcionado à amplitude articular de movimento e fortalecimento muscular do membro superior esquerdo. Apresentava alteração no domínio cognitivo memória visual e verbal, neste sentido optámos por planear e instruir exercícios em livros, que promovessem o treino de exercícios cognitivos repetidos, como as palavras cruzadas, o sandoku na área numérica, a escrita num diário e um livro que ilustrava um número de palavras a memorizar para posteriormente escrever. O treino de aprendizagem é uma estratégia de compensação de treino de regras mnemônicas, que ajudam na capacidade de aprendizagem e melhoram as funções cognitivas, tendo impacto na qualidade de vida da pessoa (Díez-Cirarda et al., 2018).

A nível da reabilitação cardiovascular no decurso de ambos os estágios não ocorreu oportunidades de desenvolvimento desta competência.

Dando enfoque ao domínio de competência J1.4. – Avalia os resultados das intervenções implementadas. Ressalvamos que durante a sessão de reeducação funcional respiratória ao Sr.º F. obtivemos a expulsão de secreções e realizámos a auscultação pulmonar, com a intenção de avaliar a eficácia das nossas ações, havendo uma diminuição efetiva da presença de roncos.

No decorrer do descritivo da situação do Sr.º D.F.M.M. alcançámos o presente domínio, na medida em que no dia seguinte, ou seja, no pós-operatório realizámos os exercícios e técnicas instruídas durante o pré-operatório. Adotámos estratégias de reavaliação, como a definição de um horário em conjunto com a pessoa, a reduplicação dos exercícios mais estimulantes (na maioria dos casos mostrou ser a marcha) e de reforço positivo na elaboração do plano e no alcance dos objetivos delineados.

Ao EEER compete potencializar capacidades sobejas, elaborando a prescrição de possíveis ajudas técnicas, que visam diminuir as dificuldades e promovam a maior independência com o menor esforço e dor (Cordeiro & Menoita, 2012).

### **3.2. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

Na presente competência específica foi elaborado o objetivo: Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na consulta pré-operatória à pessoa proposta a artroscopia do joelho, tendo em conta a sua autonomia e manutenção do seu exercício de cidadania.

Tendo sido definido como uma das atividades a desenvolver: A Participação nas consultas Rapid Recovery. O presente contexto pandémico condicionou a realização das consultas Rapid Recovery no contexto clínico hospitalar, visto estarem suspensas temporariamente, contudo obteve-se informação e conhecimento da dinâmica das mesmas por parte dos intervenientes.

Estas consultas destinavam-se a pessoas submetidas a cirurgia de substituição total da anca ou joelho, em que a pessoa e seu familiar ou pessoa significativa era envolvida, designando-se de tutor.

Os seus objetivos principais são: melhorar os cuidados prestados a estas pessoas; informar a pessoa e família de todo o processo cirúrgico e de reabilitação; otimizar as capacidades da família no processo de cuidados e diminuir o tempo de internamento.

Destacamos a visão da pessoa como saudável, tendo uma articulação doente. As pessoas intervenientes reuniam-se numa sala própria em que era explicado: a descrição da cirurgia por parte do ortopedista; o anestesista descreve a anestesia mais indicada e vantagens; o EEER inicia o processo de reabilitação da pessoa naquele momento, delineando, planeando e executando-o, sendo que outras pessoas operadas durante esse tempo, dão o seu contributo com o testemunho da sua experiência prática. Entregue ainda os documentos “Passo a Passo”, em que cada um corresponde a um dia do pós-operatório e seus cuidados a realizar.

Era explicado ainda, temas como: os procedimentos a ter no intra e pós operatório; o tratamento a realizar à ferida cirúrgica e o plano de reabilitação adaptado à pessoa. A partilha da experiência com outras pessoas submetidas à mesma cirurgia desempenhava um papel importante no esclarecimento de dúvidas, assim como no reforço e evidência da assimilação da informação dada.

O programa Rapid Recovery permite uma rápida recuperação da pessoa, necessitando de menor reabilitação pós-operatória, com internamentos mais curtos e consequentemente diminuição dos custos em saúde (Nassar & Mitchell, 2020).

Nesta abordagem multimodal apoiada na intervenção multidisciplinar com participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação, permite a mitigação das complicações pós-operatórias, com ajuste direto na melhoria da capacidade funcional da pessoa (Molko & Combalia, 2017). Este programa impõe uma abordagem multidisciplinar que exige coordenação, sendo os enfermeiros basilares na sua implementação e sucesso (Pasero & Belden, 2006).

Ao longo do estágio no serviço de ortopedia percebemos a importância da intervenção do EEER durante o peri-operatório, com vista a recuperação da máxima independência e autonomia da pessoa, na esfera dos autocuidados implicados e capacidade funcional. Indo de encontro ao que enunciamos, os programas de Prehabilitation visam criar capacidades fisiológicas suficientes para a pessoa lidar com o ato cirúrgico, levando a um risco diminuído de complicações peri-operatórias (Tew et al., 2018).

Estes programas de adaptação às AVD exibem a importância do desenvolvimento e promoção de estratégias individuais adaptadas para o autocuidado. Dando retorno à presente competência específica, a pessoa submetida a cirurgia apresenta limitações da mobilidade, impedido por vezes a execução dos seus autocuidados, sendo primordial a elaboração de programas de treino de AVD e sua efetivação.

A promoção da mobilidade como resposta à promoção e participação para a reinserção e exercício da cidadania torna-se essencial, assim como a identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas. Ao EEER incube a promoção de intervenções do foro preventivas, de modo a assegurar a capacidade funcional da pessoa evitando incapacidades e prevenindo possíveis complicações, defendendo o justo direito à qualidade de vida, reinserção social e sua respeitabilidade (Hoeman, 2011).

Reportando ao contexto comunitário, dando espaço às unidades de competência inseridas na presente competência, remetemos ao estudo de caso em apêndice da Sr.<sup>a</sup> M.I.R.S (Apêndice II), em que o seu desejo era conseguir subir as escadas da vivenda onde morava a filha para jantar com ela em família. Realizámos o treino de marcha ao longo das várias visitas domiciliárias, o que levou à maximização do seu desempenho motor e motivação e posteriormente o treino de subir e descer escadas. As adaptações do plano de reabilitação aos objetivos individuais da pessoa

potenciam o seu desempenho. O objetivo fundamental do plano de reabilitação prende-se com a integração da pessoa a nível social, baseado numa metodologia adaptativa e na homeostasia entre reais potencialidades e as alterações das atividades de vida (Sousa & Carvalho, 2016). Segundo os mesmos autores, a intervenção do EEER é sustentada na maximização desses potenciais, por meio de programas de reabilitação funcional e da capacitação para o autocuidado.

Não havendo oportunidade de observar o EEER na consulta pré-operatória, contudo munimo-nos de conhecimentos e tendo em conta as competências desenvolvidas no contexto hospitalar no período peri-operatório elaborámos uma exposição das mesmas.

O EEER identifica as necessidades da pessoa proposta a artroscopia do joelho, tendo em conta as suas necessidades e o binómio pessoa/família, estabelecendo um plano reabilitativo, atendendo a estas, segundo a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Orem por meio de um Sistema de Enfermagem Educativo e Suporte, baseados nos métodos de ajuda definidos, como a orientação, apoio, ensino e promoção de um ambiente de desenvolvimento e de crescimento para a pessoa (Orem, 2001).

Neste sentido enumeramos as intervenções do EEER na consulta pré-operatória à pessoa submetida a artroscopia do joelho: baseada nos pilares da segurança cirúrgica, é necessária confirmação do nome completo da pessoa e seus dados; confirmação da cirurgia a realizar e lateralização; de possíveis alergias; realizar colheita de dados de modo a realizar a história pregressa da pessoa; identificar cuidador ou pessoa significativa; explicar horário das visitas; verificar consentimento informado e meios complementares de diagnóstico necessários à intervenção; explicar a necessidade de jejum; identificar possíveis condicionantes modificáveis que minimizem o risco de infeção.

O EEER explana todos os momentos do peri-operatório, onde se desenvolve intervenções de enfermagem especializada, como na prevenção de complicações, manutenção da funcionalidade e reabilitação, que visam adequar-se às potenciais e reais necessidades motoras, psicossociais e funcionais da pessoa, melhorando a sua qualidade de vida. Consideramos pertinente explicar que após a cirurgia, permanecerá na unidade de cuidados pós anestésicos, uma média de duas horas e posteriormente voltará ao seu quarto, momento em que poderá estar sonolento e com episódios de dor, sendo essencial verbalizá-la.

Relativamente ao pós-operatório: explicámos que no primeiro dia após a cirurgia realiza um RX, precedemos ao levantar para o cadeirão, sendo necessário as suas canadianas, com reforço da necessidade de calçado fechado. Posteriormente e conforme sua tolerância, realizamos treino de marcha com canadianas e treino de subir e descer escadas, ressaltamos que estes exercícios são ensinados e treinados na consulta pré-operatória. No momento da alta será encaminhado para a consulta de ortopedia com a data de retirar os pontos definida, será entregue a nota de alta médica, de enfermagem com os cuidados a ter com o penso e pós cirúrgicos e disponibilizado contacto telefónico em caso de dúvidas. Importante referir que terá de sair acompanhado por familiar ou cuidador.

Durante a consulta, é explicado quando poderá conduzir e qual a técnica de entrar e sair do carro, como entrar e sair da banheira ou base de duche e quando poderá retomar a sua atividade desportiva. O EEER prescreve exercícios a realizar durante o período pré-operatório, sendo estes: exercícios dos membros inferiores, com extensão e flexão da tibiotársica e extensão completa do membro inferior e flexão; exercícios dos membros superiores, tendo em vista o aumento da massa muscular ao nível dos bíceps e tricéptes; exercícios de Kegel; exercícios respiratórios, com ensino da tosse, da dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração e respiração diafragmática. A temática da dieta adequada e saudável, também está presente neste contexto, sendo referido a importância da ingestão hídrica e de uma alimentação adequada. O plano de cuidados do EEER deve ter em conta as próprias limitações individuais da pessoa, sendo necessário explicar as medidas de prevenção de quedas, como a adaptação das barreiras arquitetónicas no domicílio, o uso de calçado adequado e o uso de tapetes.

Em ambos os ensinamentos clínicos, constatámos a importância da intervenção do EEER na capacitação da pessoa, sendo fundamental para a melhoria da acessibilidade, com uma intervenção de empoderamento ativa, como no aumento da literacia da pessoa com incapacidade e sua família, no sentido de promover a sua independência (Silva et al., 2019).

Segundo Hoeman (2011) a enfermagem de reabilitação capacita a pessoa e sua família de modo a fortalecer e alcançar a melhoria das suas funções, alcançando a maior independência e conseqüentemente sua reinserção e participação social.

O EEER na presente competência deve basear a sua ação de capacitação em dois focos fundamentais, no conhecimento, como meio de empoderar a pessoa potencializando a sua autonomia na tomada de decisão e na aprendizagem de

capacidades, tendo em vista a independência da pessoa na realização das suas atividades de vida diária (Sousa, Martins & Novo, 2020).

### **3.3. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

De modo a desenvolver as competências assentes neste domínio delineamos o seguinte objetivo: Maximizar a funcionalidade da pessoa submetido a artroscopia do joelho. No intuito de elaborar e implementar programas de treino motor e cardio respiratório promotores da autonomia e da máxima capacidade funcional.

O estágio hospitalar concedeu-nos a oportunidade de alcançar a presente competência, na medida em que prestamos cuidados a pessoas submetidas a artroscopia do joelho, assinalamos que as mesmas permaneceram 24 horas a 48 horas internadas. Destacamos o programa implementado ao Sr.º L. de 28 anos, informático, desportista, reside com a esposa e sem antecedentes pessoais ou cirúrgicos, sem alergias e fumador, que foi submetido a artroscopia do joelho direito.

O processo cirúrgico leva a níveis de dependência inerentes à intervenção, a limitação da mobilidade imposta, interfere na capacidade funcional e na realização de AVD, como o vestir calças, meias ou andar levando à necessidade de ajuda ou de técnicas de apoio, de modo a alcançar a máxima autonomia.

Segundo Sousa e Carvalho (2016) o plano de reabilitação deve conter a explicação da cirurgia, qual o período de recuperação de modo previsível, as orientações referentes à reabilitação, recuperação e instruções de alta, assim como os exercícios a realizar do lado intervencionado.

O Sr.º L. apresentava alguma ansiedade perante a sua situação atual, com receios inerentes à intervenção cirúrgica e dúvidas sobre a sua condição futura. Na medida em que, o procedimento cirúrgico pode desencadear estes estados de ansiedade na pessoa, correlacionando as competências do EEER, este assume um papel essencial no esclarecimento de questões, na explicação do procedimento e na adaptação do plano de reabilitação com metas exequíveis de alcançar.

Este espaço temporal é primordial na ação e na capacitação da pessoa proposta a intervenção cirúrgica, dado que um programa de Prehabilitation aumenta a capacidade funcional da pessoa antes da cirurgia e conseqüentemente tem resultados no pós-operatório (Banugo & Amoako, 2017).

No programa de Prehabilitation deve contemplar o apoio psicológico, com vista a gestão e diminuição da ansiedade pré-operatória, melhorando os resultados

cirúrgicos (Carli et al., 2017). Gerenciámos a ansiedade da pessoa por meio da escuta ativa, no esclarecimento de questões e na elaboração de um plano com metas atingíveis, comprovando-se como agentes promotores de estados de tranquilidade.

No primeiro dia do pós-operatório, houve por momentos a nossa intervenção de substituição e de ajuda no autocuidado higiene, em que foi realizado na casa de banho, baseado num sistema parcialmente compensatório (Orem, 2001). Sendo necessário ajudar e em momentos substituir, pelo motivo da presença de dreno e alteração da mobilidade. De acordo com o requisito: manutenção de quantidade suficiente de ar, observámos e avaliamos o padrão respiratório, sendo este de predomínio toracoabdominal simétrico e regular, ao nível da auscultação não se auferem alterações bilateralmente, tendo uma saturação de 99% e uma frequência respiratória de 19 ciclos por minuto. No que diz respeito à componente cardíaca, avaliada a tensão arterial, estando normotenso, 120/63 mmHg, a frequência cardíaca apresentava 66 ciclos por minutos, tendo um pulso radial forte, regular e cheio.

Segundo Tew et al. (2018) o treino aeróbico deve ser também resistido, de modo a intervir no aumento da resistência ventilatória, na sua capacidade e força. Ocorrendo então a homeostasia entre a reeducação funcional respiratória e motora.

Na avaliação do equilíbrio observa-se na posição sentada e ortostática equilíbrio estático e dinâmico mantido. Procedemos ao treino de mobilização, da cama para o cadeirão, treino de marcha com canadianas e treino de subir e descer escadas.

Em termos de reabilitação motora enumeramos os exercícios: Isométricos, com contração isométrica do quadrícipite bilateralmente e glúteo; Isotónicos, livres e resistidos do membro inferior esquerdo, flexão e extensão do membro inferior direito conforme tolerância à dor; colocação de almofada ou rolo por baixo do joelho direito e realizar extensão do membro levantando o pé da cama e em direção ao teto; exercícios de flexão e extensão do joelho direito sentado; treino de sair da cama pelo lado direito; treino de sentar na cadeira com apoio nos antebraços sem fletir o tronco e com extensão do membro inferior direito; treino do uso da casa de banho, colocando membro inferior direito em extensão antes de se sentar e apoiar nas barras, usando a força dos membros superiores; treino de marcha com canadianas; treino de subir e descer escadas; treino de entrar e sair do carro.

Os exercícios de reeducação funcional respiratória instruídos foram: o ensino e treino da tosse; controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração e exercícios abdomino-diafragmáticos. Instruímos sobre a prevenção de quedas, ressaltando a importância de calçado adequado e a eliminação de barreiras

como os tapetes ou mobílias, o evitar espaços públicos com piso assimétrico ou animais soltos (Sousa & Carvalho, 2016).

Procedemos à avaliação da dor, recorrendo à escala analógica da dor, sendo que após o treino de exercícios pontuava 4, que aliviava com o relaxamento e crioterapia. No momento da sua alta é certificado a existência de receita médica analgésica de modo a prevenir esta alteração. Impera neste momento referir que os planos de reabilitação devem ser avaliados e remodelados sempre que necessário.

## 4- AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A análise SWOT ( Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Oportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças) foi elaborada pelo norte-americano Albert Humphrey, entre as décadas de 1960 e 1970, pretendemos aplica-la de modo a refletir e avaliar a implementação do nosso projeto.

Salientando que, Strengths e Weaknesses são influenciados pelos fatores intrínsecos, o Oportunities e Threats pelos fatores extrínsecos (Costa Júnior et al., 2021)

Análise Externa		
	OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO	AMEAÇAS AO DESENVOLVIMENTO
Análise Interna	<b>PONTOS FORTES</b> -Aquisição de experiência e desenvolvimento de competências de EEER e EE. - Desenvolver a consulta de enfermagem baseada na Prehabilitation à pessoa submetida a artroscopia do joelho. - Resposta aos objetivos delineados para o projeto.	- A escolha do modelo teórico de Enfermagem Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem na sustentação na base do Projeto. - A pesquisa científica baseada na importância da Prehabilitation na pessoa submetida a artroscopia do joelho. - Planos de reabilitação direcionados para a pessoa submetida a artroscopia do joelho
	<b>PONTOS FRACOS</b> - ECCI com uma pessoa admitida do foro ortopédico permitindo a aquisição e desenvolvimento de outras competências de EEER e de EE. - A suspensão do Programa Rapid Recovery, levou-nos a aplicar todas as intervenções nele existentes à pessoa admitida no serviço de ortopedia. - Cuidados na comunidade direcionados a pessoa submetida a artroscopia do joelho	- Reorganização laboral e familiar pela carga horária. - Suspensão temporária do Programa Rapid Recovery. - ECCI sem pessoas admitidas do foro ortopédico no início do estágio. - Falta de apoio organizacional na implementação da consulta de enfermagem baseada na Prehabilitation à pessoa submetida a artroscopia do joelho.

Considerando o percurso realizado, afirmamos que alcançámos com sucesso os objetivos delineados no projeto, estando estes explanados no presente relatório, dando resposta à aquisição de Competências comuns do EE e específicas do EEER.

Contribuindo também, para o desenvolvimento pessoal e profissional, concedendo uma estrutura de suporte essencial, na prática de cuidados de enfermagem de excelência.

Tendo em conta as competências específicas do EEER nomeadamente: J1 - cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de práticas de cuidados, acreditamos que as situações descritas comprovam a diversidade de ações, no planeamento e elaboração dos planos de reabilitação, que permitiram assegurar a manutenção das capacidades funcionais, a prevenção de complicações associadas e de incapacidades.

Relativamente à competência J2 - capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, conseguimos descrever e enaltecer as intervenções do EEER na consulta pré-operatória à pessoa submetida a artroscopia do joelho, tomando consciência do real impacto da nossa intervenção.

No domínio da competência J3 - maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, expomos a elaboração e implementação de programas de treino motor e cardio respiratório promotores da autonomia e da máxima capacidade funcional.

Tendo em consideração as competências comuns do EE, nomeadamente: A- no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, estimamos ter demonstrado a capacidade de desenvolvimento, de uma prática profissional ética e legal nos vários exemplos, em ambos os contextos de estágio

Na competência B- da melhoria continua da qualidade, é visível o conhecimento especializado de reabilitação no peri-operatório da pessoa submetido a artroscopia do joelho, nos cuidados de reabilitação prestados às referidas pessoas.

Referindo a competência C- domínio da gestão de cuidados, evidenciamos a importância da liderança dos serviços de saúde pelo EEER, como pilar na equipa multidisciplinar e na articulação de cuidados.

Na competência D- domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é visível a aquisição de conhecimentos que fundamentam as intervenções especializada da prática de enfermagem de reabilitação e na tomada da sua decisão.

## **5- CONSIDERAÇÕES FINAIS E ESPECTATIVAS FUTURAS**

O estímulo da reflexão por meio da análise crítica articulando a experiência, fortalece a articulação da teoria e prática, este processo de reflexão da ação leva-nos à compreensão da magnitude e do verdadeiro sentido do desenvolvimento pessoal e profissional. Desafiados no pensar fora da zona de conforto encontramos o estímulo a novos pensamentos e caminhos.

O presente projeto decorre do ímpeto de saber agir, refletir e concretizar, à procura do próprio “eu”. Na consciência de que, por vezes o caminho não é fácil e pode ser alterado e adaptado a fatores externos e internos. Permitindo centrar no foco do percurso profissional e de ter a verdadeira noção de onde me encontro e onde quero estar.

A elaboração do presente projeto é o início de um percurso a cumprir enquanto Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação, permitindo munir-me de competências específicas de EEER e comuns de EE que permitirão criar estratégias e anunciar a implementação da consulta de Enfermagem baseada na Prehabilitation à pessoa submetida a artroscopia do joelho, tendo em vista a capacitação da pessoa e seu familiar, promovendo a sua autonomia e aumento da capacidade funcional durante o peri-operatório. Contribuindo para a diminuição do tempo de internamento, complicações, incapacidades funcionais, e custos em saúde.

Ao longo deste trajeto, os locais de estágio e experiência profissional, mostraram-se como fatores facilitadores na aquisição e desenvolvimento de competências. Destacamos o brilhante profissionalismo das equipas envolvidas neste processo formativo, pilares fundamentais no cumprimento dos objetivos definidos.

Creemos ter corroborado na aquisição e desenvolvimento das competências de grau de Mestre segundo os Descritores de Dublin, nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

Destacamos a contribuição na elaboração da nossa intervenção, a sustentação prática no referencial teórico na Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem (Orem, 2001). Concordando com a ação e sua direção na intervenção da capacidade funcional por meio da manutenção dos requisitos universais do autocuidado e com a inclusão no processo de Prehabilitation.

Acreditamos na evidência em ganhos em saúde da Intervenção do EEER na Prehabilitation da pessoa proposta a artroscopia do joelho, baseado nos benefícios

da recuperação da capacidade funcional, psicológicos, nutricionais, reduzindo a ansiedade pré-cirúrgica, assente num plano de reabilitação adaptativo às reais necessidades da pessoa e família, com vista a recuperação da autonomia e independência na realização das suas AVD.

Os principais impasses sentidos ao longo deste percurso, foram referentes à pouca bibliografia sobre o processo de reabilitação da pessoa com lesão do menisco e lesão do LCA e a gestão do tempo laboral versus realização de estágios.

Explanamos a importância do EEER no processo de capacitação, nas várias dimensões e no processo de manutenção e recuperação da autonomia, baseadas no cuidado centrado na pessoa. Desempenhando um papel fundamental na recuperação da funcionalidade, na medida em que ajuda a maximizar a sua função e consequentemente o retorno da pessoa à sua vida ativa, minimizando as incapacidades funcionais da pessoa, conferindo com as competências específicas do EEER, capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de práticas de cuidados; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2019).

De acordo com os objetivos delineados, ao longo do nosso percurso descrevemos as intervenções do EEER na consulta pré-operatória à pessoa proposta a artroscopia do joelho e de maximização da sua funcionalidade. Aprofundámos o conhecimento especializado de reabilitação no peri-operatório da pessoa submetida a artroscopia do joelho, elaborando planos de reabilitação diferenciados que permitiram assegurar a manutenção das capacidades funcionais, na prevenção de complicações associadas e na prevenção de incapacidades, às pessoas com necessidades de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação nesta área assume um papel preponderante na maximização do potencial funcional, na promoção da independência e reintegração social destas pessoas, contribuindo para a sua recuperação.

A enfermagem planeja momentos de distinção profissional e enquanto especialistas em reabilitação, devemos evocar o nosso papel de agentes de mudança e de detentores de competências avançadas no cuidado diferenciado.

A nossa ambição é neste momento, que as competências adquiridas contribuam para a implementação no contexto profissional, da consulta de

enfermagem baseada na Prehabilitation à pessoa submetida a artroscopia do joelho, como melhoria dos cuidados de saúde prestados e mudança efetiva da visão e comportamento das organizações e políticas de saúde, que visam a maximização e capacitação da pessoa na sua autonomia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez López, A., García Lorenzo, Y., Puentes Álvarez, A., & Marrero Pons, R. (2011). Meniscectomia artroscópica: principios básicos. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(1), 1-9.
- Ministério da Saúde (2019). Relatório Anual Acesso a cuidados de Saúde nos estabelecimentos do Sistema nacional de Saúde e entidades convencionadas. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_Anual\\_Acesso\\_2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf).
- Baixinho, C. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur. *Revista Baiana de Enfermagem*, 23(3), 311-319.
- Baixinho, C. L., & Will Dos Santos (2020). Intervenção da enfermagem na prevenção de queda em idoso. *Cogitare Enfermagem*, 25  
Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>
- Banugo, P., & Amoako, D. (2017). Prehabilitation. *Bja Education*. doi: <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkx032>
- Barroso, A.K.S., & da Silva Soares, J. (2020). Benefícios do tratamento fisioterapêutico em um paciente pós-operatório de artroscopia em menisco medial: relato de caso. *Brazilian Journal of Development*, 6(9), 70080-70095  
<https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-453>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bettencourt, M., Afonso, I. C., & Gonçalves, I. L. (2014). Condução Automóvel , Actividade Sexual e Desporto após a Artroplastia Total da Anca – Como e quando iniciar ? *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 26(2), 41-46.
- Cabilan, C. J., Hines, S., & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life: A Systematic Review. *Orthopedic nursing*, 35(4), 224–237.  
<https://doi.org/10.1097/NOR.000000000000264>
- Carli, F. (2020). Prehabilitation for the anesthesiologist. *Anesthesiology*, 133(3), 645-652. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003331>
- Carli, F., Gillis, C., & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 56(2), 128–133. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1266081>

- Cavanaugh, J. T., & Killian, S. E. (2012). Rehabilitation following meniscal repair. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 5(1), 46–58. <https://doi.org/10.1007/s12178-011-9110-y>
- Cordeiro, A., Brito, A., Santana, N., Silva, I., Nogueira, S., Guimarães, A., & Melo, T. (2015). Análise do Grau de Independência Funcional Pré e na Alta da UTI em Pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 5(1), 21-27. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v5i1.574>.
- Cordeiro, M. & Menoita, F. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- Costa Júnior, J. F. da ., Bezerra, D. de M. C. ., Cabral, E. L. dos S. ., Moreno, R. C. P. ., & Pires, A. K. S. (2021). The SWOT Matrix and its Subdimensions: A Conceptual Innovation Proposal. *Research, Society and Development*, 10(2), e25710212580. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12580>
- Cury, R. D. P. L., Kiyomoto, H. D., Rosal, G. F., Bryk, F. F., Oliveira, V. M. D., & Camargo, O. P. A. D. (2012). Protocolo de reabilitação para as reconstruções isoladas do ligamento cruzado posterior. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 47, 421-427. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162012000400003>.
- Díez-Cirarda, M., Ibarretxe-Bilbao, N., Peña, J., & Ojeda, N. (2018). Eficácia da reabilitação cognitiva na doença de Parkinson. *Pesquisa de regeneração neural*, 13(2), 226–227. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.226390>
- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). Descritores Dublin. Disponível em : <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/graus-e-diplomas-portugueses?plid=374>
- Faria F. (2006). Spinal cord lesions - The rehabilitation perspective. Lesões vértebro-medulares - A perspectiva da reabilitação. *Revista portuguesa de pneumologia*, 12(1S1), S45–S53. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30467-0](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30467-0)
- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referências*. 4 (14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Gonçalves, M., Pereira, M. A., & Machado, N. (2019). Construção e implementação de um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada. *Revista ROL de Enfermeira*, 42(11-12), 54. <http://hdl.handle.net/10400.26/35495>.

- Hamido, G. (2010). (Dia) lógicas de formação: Contributo para a conceptualização de práticas supervisivas e de investigação propiciadoras de desenvolvimento profissional. *Interacções*, 6(14). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277211980>.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e resultados esperados*. 4a ed. Loures: Lusodidacta.
- Hospital Beatriz Ângelo. (2019). *Relatório diário de cirurgias do hospital de dia cirúrgico*, Loures (não publicado).
- Kawaguchi, M., Ida, M., & Naito, Y. (2017). The role of Perioperative Surgical Home on health and longevity in society: importance of the surgical prehabilitation program. *Journal of anesthesia*, 31(3), 319–324. <https://doi.org/10.1007/s00540-017-2329-z>
- Koëter, S., Van Tienen, T. G., Rijk, P. C., Vincken, P. W. J., Segers, M. J. M., Van Essen, B., Van Melick, N., Stegeman, B. H., & Van Arkel, E. R. A. (2021). Dutch Guideline on Knee Arthroscopy Part 2: non-meniscus intra-articular knee injury: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthopaedica*, 92(1), 81–84. <https://doi.org/10.1080/17453674.2020.1850081>
- Lombardi, A. V., Jr, Viacava, A. J., & Berend, K. R. (2006). Protocolos de recuperação rápida e cirurgia minimamente invasiva ajudam a alcançar alta flexão do joelho. *Ortopedia clínica e pesquisa relacionada*, 452, 117-122. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000238824.56024.7a>
- Machado, E. E., Ferreira, R. P. C., & Pinto, T. C. (2018). Papel da equipe multidisciplinar em nível de atenção domiciliar. *Cadernos de educação, saúde e fisioterapia*, 5(10).
- Mendes, J. R. D. C. (2017). *Patologia meniscal* (Doctoral dissertation). Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Anual Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do Sistema nacional de saúde e entidades convencionadas*. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_Anual\\_Acesso\\_2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf)
- Ministérios das Finanças e da Saúde. (2011). *Diário da República* n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I de 2011-12-20, p. 5348-(2) Acedido a: 13/3/2022. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/12/20/p/dre/pt/html>.

- Molko, S., & Combalia, A. (2017). Programas de recuperação rápida para artroplastia de quadril e joelho. Uma atualização. La cirugía de recuperación rápida em las artroplastias de rodilla y cadera. Uma atualização. *Revista espanola de cirurgia ortopedica y traumatologia*, 61(2), 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2017.01.002>
- Munari, D. B., & Bezerra, A. L. (2004). Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Revista brasileira de enfermagem*, 57(4), 484-486. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000400020>.
- Nassar, I., Fahey, J., & Mitchell, D. (2020). Rapid recovery following hip and knee arthroplasty using local infiltration analgesia: length of stay, rehabilitation protocol and cost savings. *ANZ journal of surgery*, 90(3), 355–359. <https://doi.org/10.1111/ans.15663>.
- Niu, N. N., Losina, E., Martin, S. D., Wright, J., Solomon, D. H., & Katz, J. N. (2011). Development and preliminary validation of a meniscal symptom index. *Arthritis care & research*, 63(2), 208–215. <https://doi.org/10.1002/acr.20354>
- Oliveira, S. S. ., Barros, L. A. ., Moraes, T. C. R. ., & Silva, . W. F.(2021). Exercícios de fortalecimento para reabilitação da lesão do ligamento cruzado anterior. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(14), e533101422354. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22354>
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília.65(1), 155-161. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022810023>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005) Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a) Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021) Parecer do Concelho de Enfermagem N° 53/2021: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer>
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice. 6a ed. St. Louis: Mosby.
- Parente, C., Ângelo, M., Tinoco, A., Rocha, E., Brandão, D., & Cristina, M. (2009). Artroplastia da Anca. In A.G. Cruz, L.M.N. Oliveira, & V .C. Conceição (Coord.) Enfermagem em Ortoplastologia (2a Ed). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda. 326 p. ISBN: 978- 989-8269-01-0
- Pasero, C., & Belden, J. (2006). Cuidados com a perianestesia baseados em evidências: programas de recuperação pós-operatória acelerada. Journal of perianesthesia nursing: jornal oficial da American Society of PeriAnesthesia Nurses,21(3), 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2006.03.010>.
- Pestana, H. (2017) Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 47-56) Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem (1a ed.). Coimbra: Formasau.
- Pina, B. M. V., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42-48. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>.
- Pinheiro, J.P., & Costa, J.S. (2015). Reabilitação e retoma desportiva após sutura meniscal. *Rev, medicina Desportiva informa*; 6(4),19-21.Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Joao-Pinheiro-4/publication/281460909\\_Reabilitacao\\_e\\_Retoma\\_Desportiva\\_apos\\_Sutura\\_Meniscal/links/55e9902c08aeb6516264877b/Reabilitacao-e-Retoma-Desportiva-apos-Sutura-Meniscal.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joao-Pinheiro-4/publication/281460909_Reabilitacao_e_Retoma_Desportiva_apos_Sutura_Meniscal/links/55e9902c08aeb6516264877b/Reabilitacao-e-Retoma-Desportiva-apos-Sutura-Meniscal.pdf).
- Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>.

- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR 2a Série (Nº26, 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Santos BW dos, & Baixinho CL. (2020). Possibilities for nursing interventions in the prevention of falls in the elderly: a review. *Cogitare enferm.* 25. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>
- Santos, D. T. (2021). Intervenção fisioterapêutica em pacientes com lesão do ligamento cruzado anterior: uma revisão integrativa. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14010>.
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20-26. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561>.
- Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta;
- Sousa, L., 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), 63-68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>.
- Sultão, P. G., Most, E., Schule, S., Li, G., & Rubash, H. E. (2003). Otimizando a flexão após artroplastia total do joelho: avanços no desenho protético. *Ortopedia clínica e pesquisa relacionada*, (416), 167-173. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000081937.75404.ee>.
- Teixeira-Oliveira, F., Silva, G., Santos, F., C. Martins, P., & Moreira-Gonçalves, D. (2022). Pré-habilitação e prognóstico pós-operatório em doentes oncológicos de alto risco: uma revisão sistemática e meta-análise. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (51), 99-114. <https://doi.org/10.34635/rpc.936>.
- Tew, G., Ayyash, R., Durrand, J. & Danjoux, G. (2018) Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*. 1-1. <https://doi.org/10.1111/anae.14177>

- Ubre, M., & Martínez-Pallí, G. (2022). Evolutionary steps in the implementation of a prehabilitation service: from knowledge generation to clinical practice. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (51), 89-98. <https://doi.org/10.34635/rpc.935>.
- Wang, T., Stanforth, P. R., Fleming, R., Wolf, J. S., Jr, Stanforth, D., & Tanaka, H. (2021). Um aplicativo móvel com programas de pré-habilitação multimodal para pacientes que aguardam cirurgia eletiva: estudo de desenvolvimento e usabilidade. *Medicina perioperatória JMIR*, 4(2), e32575. <https://doi.org/10.2196/32575>.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Projeto de Estágio**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular**

**Opção II – Projeto de Formação**

**Projeto de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na**  
**Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do joelho**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**LISBOA**

**2021**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação  
Projeto de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
na Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do joelho**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**Professora Orientadora**

Professora Dr.<sup>a</sup> Cristina Baixinho

**LISBOA, 2021**

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes...*

**Fernando Pessoa**

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AVD - Atividade de Vida Diária

CHO - Centro Hospitalar Oeste

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

LCA- Ligamento Cruzado Anterior

OE - Ordem dos Enfermeiros

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

1-REVISÃO DA LITERATURA.....	8
1.1- Consulta de Enfermagem .....	11
1.2- Prehabilitation .....	12
2-MODELO CONCEPTUAL .....	14
3-LOCAIS DE ESTÁGIO .....	16
3.1- Hospital Torres Vedras Serviço ortopedia .....	16
3.2- Centro Saúde São João da Talha .....	16
4-PLANO DE ACÇÃO .....	17
5-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Quadro 2- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular UC de Opção II inserido no plano de estudos do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, emerge o presente projeto de formação, fruto de desígnio pessoal e profissional tendo em foco o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Enquanto enfermeira do Hospital de Dia Cirúrgico do Hospital Beatriz Ângelo, constato diariamente que as pessoas propostas a artroscopia do joelho aguardam em média 3,1 meses pelo procedimento cirúrgico, num total de 120 cirurgias anuais (ACSS, 2019).

Interrogando-nos quais as necessidades de autocuidado, capacitação da pessoa e que acompanhamento é realizado à pessoa durante o tempo de espera cirúrgico e qual o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação durante este tempo na capacitação da pessoa no peri-operatório.

Sendo a área motora considerada uma das áreas prioritárias para a investigação em Enfermagem de Reabilitação conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2015-2025) e a necessidade de cirurgia ortopédica tem evidenciado um acréscimo progressivo em consequência do aumento da esperança média de vida das populações, torna-se imperativo aprofundar qual o papel do EEER neste contexto.

Oliveira et al. (2012) consideram o momento pré-operatório, nomeadamente a consulta de enfermagem como uma forma eficiente, de constatação precoce de possíveis desvios de saúde e de acompanhamento das decisões instituídas, tendo em conta o bem estar da pessoa. Promovendo a imagem do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro durante o seu atendimento, sendo os cuidados de reabilitação primordiais no período pré-operatório contribuindo para uma recuperação em tempo útil das funções da articulação afetada, bem como para a aquisição da independência para a realização das atividades de vida diária, (Parente et al., 2009) a enfermagem de reabilitação evoca então o objetivo de prevenir, habilitar e recuperar promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa(OE, 2015).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2019) a reabilitação sendo uma especialidade multidisciplinar, sustentada num conjunto de conhecimentos e procedimentos próprios, contribui para melhorar a função, promover a independência, maximizar a satisfação da pessoa e assim deste modo salvaguardar a sua autoestima.

Ao EEER incute-se o papel de fundar diagnósticos antecipados delineando planos de ação preventivos de manutenção de capacidades funcionais, evitando complicações e incapacidades, assim como predispor intervenções terapêuticas, melhorando funções residuais, mantendo e recuperando a independência nas atividades de vida diária (AVD) minimizando o impacto das incapacidades funcionais (OE, 2015).

Assumindo que os resultados da reabilitação não dependem somente de um conjunto de técnicas, mas da sua continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho composto por todos, com o intuito da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita & Cordeiro, 2012) impera enaltecer e compreender o contributo da Prehabilitation no processo peri-operatório não só, com o intuito de aumentar o estado funcional da pessoa, mas também de reduzir as complicações

inerentes às comorbilidades presentes e decorrentes da condição prévia de saúde da pessoa, do processo de envelhecimento e/ou dos seus estilos de vida.

Um programa de Prehabilitation incorpora os componentes de apoio emocional, otimização médica, suporte nutricional e exercício físico, sendo um processo que visa aumentar a capacidade funcional da pessoa para capacitá-lo a suportar a inatividade associado a um procedimento ortopédico (Banugo & Amoako, 2017). A participação em programas de Prehabilitation conduz a ganhos em saúde, na medida em que esta visa uma manutenção do nível normal de funcionalidade e uma recuperação mais rápida do estado funcional durante a inatividade do pós-operatório (Cabilan et al., 2016).

Neste sentido o presente projeto têm como objetivos:

Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na consulta pré-operatória à pessoa proposta a artroscopia do joelho;

Aprofundar conhecimento especializado de reabilitação no peri-operatório da pessoa submetido a artroscopia do joelho;

Maximizar a funcionalidade da pessoa submetida a artroscopia do joelho;

Elaborar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados que permitam assegurar a manutenção das capacidades funcionais, na prevenção de complicações associadas e na prevenção de incapacidades às pessoas com necessidades de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação;

Colaborar em programas de melhoria da qualidade de prestação de cuidados a serem desenvolvidos nos locais de ensino;

Aquisição de conhecimentos que fundamentem as intervenções especializada da prática de enfermagem de reabilitação e na tomada da sua decisão;

Desenvolver competências Especializadas de Enfermagem de Reabilitação (comuns e específicas).

Durante este processo de formação e aquisição de competências pretendo compreender a intervenção do EEER na Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do joelho.

Estruturalmente organiza-se o presente projeto, inicialmente com a revisão da literatura, definição de conceito de prehabilitation e consulta de enfermagem, o quadro de referência teórico em que me baseio, Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem, posteriormente damos a conhecer os locais de estágio e o plano de ação e métodos que tencionamos desenvolver.

## 1-REVISÃO DA LITERATURA

Face ao aumento da esperança média de vida verificada ao longo do tempo e às afeções do sistema musculo esquelético, é imprescindível que se direcione olhar para esta temática. Estas alterações muitas das vezes não são encaradas com o devido valor na medida em que são consideradas como um processo normal de envelhecimento.

A artroscopia assume um papel importante no diagnóstico e tratamento de lesões articulares. A palavra artroscopia deriva de duas palavras gregas, *artro* (articulação) e *escopia* (olhar), e juntos significam literalmente "olhar dentro da articulação". Em 1918, o Professor Kenji Takagi iniciou em Tóquio este procedimento cirúrgico, usando para o efeito um cistoscópio na observação do joelho. Este procedimento é predominantemente usado em ruturas meniscais, lesões da cartilagem e ruturas dos ligamentos cruzados (Beça, 2008).

Como a maioria das lesões músculo-esqueléticas, as lesões nos joelhos podem ser dolorosas e debilitantes, estas geralmente ocorrem durante as atividades da vida diária ou durante a prática de desporto (Koëter et al., 2021).

O EEER enquanto promotor de intervenções preventivas de modo a serem asseguradas as capacidades funcionais da pessoa e de evitar e diminuir incapacidades, capacitando-as de modo a serem independentes e autónomas, emerge a questão de qual a intervenção do EEER na prehabilitation a pessoa proposta a artroscopia do joelho.

Impera referir que no serviço onde exerce funções no ano 2019 foram submetidos a artroscopia do joelho 120 pessoas, existindo um predomínio do sexo masculino (masculino: 66,6%; feminino: 33,4%), sendo que estes têm maioritariamente idades compreendidas entre os 20 e os 32 anos (68,75%). Relativamente à lateralidade verifica-se uma incidência do joelho esquerdo no sexo feminino (65%) e do joelho direito no sexo masculino (68,75%)

No que respeita às mulheres evidencia-se a prevalência de meniscectomia (65%) e nos homens de Ligamentoplastia do ligamento cruzado anterior (LCA) (72,5%) (Hospital Beatriz Ângelo, 2019).

Os meniscos do joelho têm um papel importante na carga e absorção de choque dentro da articulação. Estes funcionam como estabilizadores secundários, têm um papel proprioceptivo e ajudam na lubrificação e nutrição da cartilagem articular. A perda completa ou parcial de um menisco pode ter efeitos prejudiciais no joelho, levando a sequelas graves a longo prazo (McDermott & Amis, 2006).

A meniscectomia é o tratamento da rutura meniscal, que consiste em toda a rutura que interrompa a continuidade das fibras meniscais. O seu diagnóstico requer a informação da história clínica da pessoa, exame físico, testes específicos e ressonância magnética, que direcionem o cirurgião para a um diagnóstico diferenciado, de modo a avaliar a necessidade de realização de cirurgia. As ruturas podem ser assintomáticas, contudo muitas das vezes causam incapacidade funcional e dor consideráveis. (Niu et al., 2011).

No pós operatório a reabilitação da artroscopia meniscal tem como objetivo atenuar os sintomas, restaurar a função, prevenir lesões futuras e promover o retorno à atividade. Este tipo de reabilitação segue geralmente uma abordagem progressiva faseada (Goodyear-Smith & Arroll, 2001).

Os exercícios de reabilitação no pós operatório favorecem a evolução do processo de reabilitação, sendo que podem ser realizados no domicílio sem necessidade de supervisão, o que invariavelmente reduz os custos de saúde (Rivas Doblado & Mejías, 2004).

De forma geral, a reabilitação deve ser ponderada de modo a alcançar o máximo de amplitude de movimento do joelho sem manifestação de dor. O reforço muscular é importante e deve ser realizado cuidadosamente associado a alongamentos dos grupos musculares anteriores e posteriores da coxa e perna. Os fatores de bom prognóstico estão associados a doentes com idade jovem, ausência de defeitos cartilagíneos no momento da cirurgia e a obtenção de uma parede meniscal intacta (Álvarez et al., 2011).

O programa de reabilitação visa aliviar a dor e edema pós-operatório, na 1ª semana de pós-operatório, o objetivo é aumentar a descarga de peso e a carga conforme tolerado. 2ª a 4ª semana, o objetivo é atingir um padrão normal de marcha e aumentar a amplitude do joelho. A partir da 3ª semana, são iniciados o fortalecimento muscular progressivo, exercícios de equilíbrio e treinamento de propriocepção (Frizziero et al., 2012).

Segundo Pereira et al. (2016) citado por Mendes (2017) são componentes do processo de reabilitação: Amplitude dos movimentos de flexão, sendo que nas primeiras duas semanas a mobilidade é limitada aos 90º de flexão; a Marcha; o Fortalecimento, desde o primeiro dia do pós-operatório o utente inicia o exercício muscular isométrico dos diferentes grupos musculares, como o quadríceps crural e os glúteos; os Alongamentos, a serem iniciados 6 semanas após a cirurgia; o Treino proprioceptivo, este é de extrema importância após qualquer cirurgia, especialmente nas direcionadas às extremidades inferiores.

Neste sentido, a intervenção do EEER inclui-se neste processo, que se destina à identificação de deficits e prescrição de intervenções que promovam uma condição de saúde e funcionalidade capaz de diminuir a incidência e/ou gravidade de défices decorrentes da cirurgia, na procura da otimização do estado funcional da pessoa, com o objetivo de manter um bom estado de saúde no restante tempo peri-operatório (Carli et al., 2017).

As competências específicas do EEER são esplanadas na medida em que objetivam a promoção de ações precoces e preventivas, de modo a garantir a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades através da melhoria ou manutenção do seu estado funcional, permitindo a independência nas atividades de vida diária (OE, 2019).

No que comporta ao tratamento do LCA as duas principais escolhas para enxerto, consideradas as Gold standards da ligamentoplastia do LCA são, o tendão rotuliano para a plastia osso tendão osso, e os tendões dos isquiotibiais, mais especificamente o tendão do semitendinoso e do recto interno (Manske et al., 2012).

A reabilitação pré-cirúrgica é fundamental, na medida em que a função do joelho antes da cirurgia, influência nos resultados esperados e pós cirúrgicos à reconstrução do LCA. O deficit de força

do quadríceps é significativo após lesão do LCA, neste sentido torna-se imperativo, a realização de exercícios isotônicos e isométricos de modo a atingir o fortalecimento do quadríceps, minimizando as diferenças entre os dois membros (Adams et al., 2012). Importa então evocar a reabilitação pré-operatória nomeada por prehabilitation, que se inicia com a avaliação da pessoa proposta para cirurgia. Identificando as necessidades, avaliando a condição física e psicológica da pessoa, planejando um perfil de referência do estado funcional da mesma, onde existe a identificação de deficits a serem resolvidos ou amenizados, prevenindo complicações futuras (Carli et al., 2017).

Após o procedimento cirúrgico torna-se imprescindível o processo de reabilitação, este deve-se basear no ganho de movimento, devendo ser o mais precocemente possível. O fortalecimento de todo o membro inferior lesado, ganho de flexão do joelho, exercícios de equilíbrio, propriocepção e o retorno as atividades sociais e profissionais cotidianas da pessoa (Kerkour & Salgado, 2003).

A reabilitação pós-operatória primazia a proteção do ligamento reconstruído, sendo a sua libertação da carga precoce nas primeiras semanas, realizada de forma parcial com uso de duas muletas e com um imobilizador longo bloqueado em extensão. As mobilizações passivas de modo a melhorar a amplitude de movimento devem ser realizadas de forma prévia e cautelosa, embora a demora no ganho de movimento pode trazer consequências como a restrição de amplitude articular e perda funcional (Cury et al., 2012).

Após intervenção cirúrgica da lesão do LCA, movimentos ativos em sinergias das articulações em uma extremidade lesada são encorajados para melhorar a mobilidade do joelho lesionado. As pessoas são instruídas a não fazer nenhum movimento se isso causar dor para que as estruturas lesadas tenham tempo de cicatrizar. São também encorajados a realizar exercícios diários em casa, para melhorar a mobilidade articular e a estabilidade funcional. A qualidade do desempenho em cada exercício é de extrema importância, de modo a atingir a exigência desejada de atividade postural. Sendo os seus objetivos, restaurar o movimento articular, recuperar a força e a função muscular para o nível pré-lesão ou um nível modificado de atividade (Ageberg, 2002).

A reabilitação funcional do joelho após lesão do LCA visa restaurar a funcionalidade da articulação, a amplitude de movimento, a força muscular, o seu equilíbrio estático e dinâmico, de modo a integrar o mais precocemente possível a pessoa na sua vida quotidiana (Strehl et al., 2007).

O processo de reabilitação após ligamentoplastia do LCA é composto por diferentes fases que, de uma forma geral, respeitam os tempos de ligamentização do enxerto. Neste sentido, para cada fase são delineados objetivos diferentes, e conseqüentemente, podem existir diferentes modalidades e procedimentos terapêuticos, tempos de aplicação dos mesmos, bem como determinados critérios de progressão (Logerstedt et al., 2010).

O EEER desempenha um papel fundamental na recuperação da funcionalidade do joelho após lesão do LCA, na medida em que ajuda a maximizar a sua função e conseqüentemente o retorno da pessoa à sua vida ativa, minimizando as incapacidades funcionais da pessoa, correlacionado com as competências específicas do EEER, capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; cuida de pessoas com necessidades

especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de práticas de cuidados; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2019).

### **1.1- Consulta de Enfermagem**

Segundo a Portaria nº 06-A/2011, de 20 de Dezembro, do Ministério da Saúde e das Finanças, no artigo 2o, alínea g), a Consulta de Enfermagem é definida como sendo “uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o individuo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.”

Sendo o núcleo da enfermagem o utente e sua família, esta baseia-se no processo de cuidar direcionada para a melhoria constante de cuidados, centrada na dimensão biológica e social no processo saúde e doença. A consulta de enfermagem é tida como uma estratégia de cuidado com inúmeras vantagens na prestação de cuidados, na promoção da saúde, no diagnóstico e tratamento assim como na prevenção de complicações (Oliveira et al., 2012).

Segundo o Parecer do Concelho de Enfermagem nº 53/2021, é da responsabilidade do enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, valendo-se de uma metodologia científica, do processo de enfermagem, do qual compõem a colheita de dados, a elaboração de diagnósticos de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem e a avaliação de resultados. Esta consulta assenta na avaliação efetuada e nos diagnósticos de enfermagem que contribuem para a elaboração ou atualização dos planos de intervenção de enfermagem. Sendo o seu pilar a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de incapacidades ou complicações, como meio facilitador no processo de adaptação ou recuperação da pessoa, na sua capacitação e gestão no processo de saúde, maximizando o seu bem estar.

A cirurgia só por si, pode condicionar alterações na vida da pessoa, esta pode constituir um processo de transição de saúde-doença associada a mudanças inerentes à sua condição de saúde. Os enfermeiros detentores de conhecimentos devem identificar aspetos relevantes dessa experiência e colaborar nesta fase de transição, de modo que a pessoa integre de forma adequada à nova condição, promovendo capacidades na realização de atividades e na aquisição de estratégias de coping (Gonçalves et al., 2019). Segundo os mesmos autores é dever do enfermeiro proporcionar toda e qualquer informação à pessoa sobre os cuidados peri-operatórios, contribuindo assim para a segurança e diminuição da ansiedade associada a estes períodos de transição.

Segundo Coudeyre et al. (2007) destaca-se a importância da avaliação, educação e reabilitação pré-operatória, sendo a reabilitação pré-operatória segundo os autores fundamental para a redução do tempo de internamento e para o aumento dos ganhos em saúde, requerendo esta a colaboração de profissionais qualificados no tema em questão e na preparação para a alta.

A pessoa proposta a cirurgia vivencia vários tipos de sentimentos, na medida em que por um lado pretende a resolução da sua doença, por outro emergem sentimentos de dúvidas e receios sobre a mesma. Segundo Cavalcanti (2009) a consulta de enfermagem detém benefícios na comunidade, na medida em que proporciona orientações direcionadas e apropriadas às necessidades reais da pessoa

Para os enfermeiros permite a elaboração de cuidados individualizados e personalizados tendo em conta a visão holística da pessoa/família no seu contexto social, favorecendo a sua independência.

Segundo Nunes (2012) deve-se ter em conta capacitação da pessoa como meio de desenvolver a sua capacidade na resolução de necessidades, mobilizando os recursos necessários à gestão da sua autonomia. Sendo que, segundo o mesmo autor devemos ter em conta: A pessoa tem a principal responsabilidade sobre a sua saúde; tem a capacidade de fazer as suas próprias escolhas; só pode ser capacitado por sua vontade; para ter sucesso, o processo requer uma relação simétrica, baseada no respeito mútuo entre o enfermeiro e a pessoa; a confiança é a base do processo de capacitação. Cada pessoa vivencia o processo cirúrgico de maneira diferente, compete ao enfermeiro direcionar o cuidado de modo personalizado, apoiando-o e contribuindo para a melhoria do cuidar.

Pina e Baixinho (2020) referem que a associação da consulta pré-operatória a programas de reabilitação, sendo estes estruturados e multiprofissionais, estabelecidos no pré-operatório, apresentam vantagens, no que concerne à gestão da dor e ansiedade, permitem a aquisição de conhecimentos sobre a cirurgia e consequentes alterações no autocuidado, diminuindo o tempo médio de internamento com ganhos económicos e melhor aceitação e adesão ao programa de reabilitação individualizado pré-estabelecido. Sendo que a inexistência dos mesmos, leva a dificuldades desde a admissão até à falta do planeamento da alta, com impacto negativo no autocuidado e na dependência/independência no momento do regresso a casa.

Num estudo realizado por Santos e Benedet (2011) com o objetivo de identificar o impacto da orientação/educação no pré-operatório na recuperação do utente cirúrgico, mostra que ambas estão interligadas, na medida em que a pessoa proposta a cirurgia não tem conhecimento do que irá acontecer, sendo motivo de ansiedade. As medidas educacionais individualizadas no pré-operatório, desencadeiam no pós operatório sentimento de tranquilidade e otimismo, além de que são realizados também exercícios respiratórios essenciais à recuperação rápida e com o mínimo de complicações.

## **1.2-Prehabilitation**

Desde o momento da decisão de uma intervenção cirúrgica até ao momento da sua realização, a pessoa vivencia sentimentos ansiedade e receio, podendo ocorrer degradação do seu estado funcional e alterações da sua mobilidade e ou autonomia.

Este espaço temporal é primordial na ação e na capacitação da pessoa proposta a intervenção cirúrgica, na medida em que um programa de Prehabilitation aumenta a capacidade funcional da pessoa antes da cirurgia e consequentemente tem resultados no pós operatório. Banugo e Amoako (2017) definem quatro componentes modificáveis no programa. A otimização médica, o exercício físico, o suporte nutricional e o apoio psicológico

A componente de otimização médica, refere-se à cessão tabágica durante o período pré-operatório, à redução de ingestão de álcool e à otimização do peso, fatores que beneficiam a pessoa no pós operatório.

A combinação de exercícios físicos aeróbicos e de força muscular são importantes, na medida em que tanto a força muscular como a aptidão cardiorrespiratória diminuem no pós-operatório.

O suporte nutricional durante este período, torna-se essencial na medida em que um mau estado nutricional está associado a complicações no pós operatório, ao aumento de tempo de internamento e a infecções. O diagnóstico subjacente á cirurgia, por si só é um motivador de ansiedade, assim como a dor, a anestesia e a recuperação. O objetivo do apoio psicológico é duplo, primeiramente ajuda a reduzir a ansiedade associada ao processo cirúrgico, em segundo lugar maximiza a motivação da pessoa e capacita-os a cumprir aspetos inerentes ao programa, como o exercício e alimentação adequada.

Segundo os autores o programa de prehabilitation apresenta como benefícios, a redução do tempo de internamento, diminuição da dor e de complicações pós operatórias.

Kawaguchi e Naito (2017) defendem que a janela temporal entre a decisão cirúrgica à data da cirurgia é o momento certo para a otimização da condição da pessoa, potenciando a atividade física, aumentando as reservas físicas de modo a enfrentar o stress cirúrgico e a função no pré operatório de modo a reduzir a morbilidade, o tempo de internamento e capacitando-o nas atividades de vida no peri operatório. Denominando-a de Prehabilitation, sendo uma estratégia de apoio à pessoa proposta a cirurgia, tendo em vista o aumento da capacidade funcional e a capacitação para suportar o stress cirúrgico e inatividade associada.

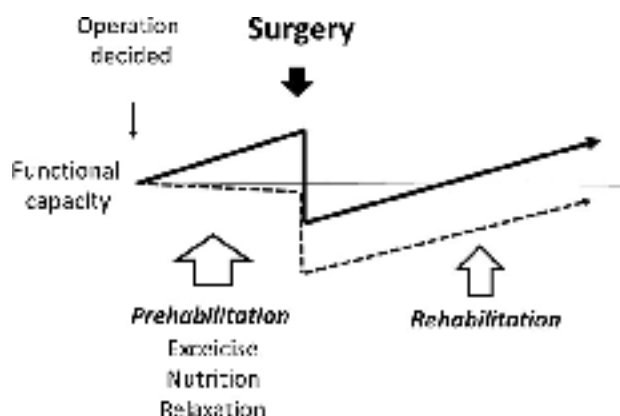


Figura 1 – Prehabilitation e as suas dimensões.  
Fonte: Kawaguchi, Ida, e Naito, (2017).

Mayo et al. (2011) demonstram num estudo randomizado realizado comparando dois programas de Prehabilitation antes da cirurgia colorretal, composto por bicicleta estática e treino com pesos e outro com caminhada e exercícios respiratórios. Sendo os objetivos estimar em que medida a função física pode ser melhorada no programa de Prehabilitation e o impacto da mudança na função pré-operatória na recuperação no pós-operatório. Tendo em conclusão, que é possível mudar a capacidade funcional no pré operatório tendo benefícios no pós operatório, nomeadamente as pessoas com diminuta

capacidade funcional devem incluir um programa de prehabilitation de modo a aumentar a capacidade funcional antes da cirurgia.

## **2-MODELO CONCEPTUAL**

A Enfermagem é baseada num quadro conceptual, alicerce representativo no nosso trabalho, do qual surgem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Os conceitos de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem explanam os metaparadigmas da Enfermagem.

Como refere Barnum (1998), as teorias de enfermagem constituem uma composição alicerçadas de uma prática idealizada, que tendem aperfeiçoar a assistência. O referencial teórico que sustenta o presente projeto é a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem (Orem, 2001).

A proposta deve-se ao facto de o ato cirúrgico apresentar-se como uma realidade nova que comporta profundas alterações na vida da pessoa e da sua família, uma vez que influencia gravemente o seu bem-estar, saúde e padrões na satisfação do seu autocuidado (Gonçalves et al., 2017). Os mesmo autores assumem-na como uma realidade nova que comporta profundas alterações na vida da pessoa e da sua família, uma vez que influencia gravemente o seu bem-estar, saúde e padrões na satisfação do seu autocuidado.

As complicações cirúrgicas por sua vez retardam a recuperação da pessoa e têm implicações na qualidade de vida, e na capacidade de autocuidado (Amorin & Salimena, 2015; Araújo, Silva & Ramos, 2016).

O Autocuidado pressupõe a capacidade das pessoas para a realização de atividades diárias, dirigidas à manutenção da própria vida, saúde e bem-estar (Orem 2001). Sendo este central na vida de qualquer pessoa, a dependência no autocuidado, seja de instalação gradual ou súbita, como acontece numa situação cirúrgica, merece uma particular atenção dos enfermeiros (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014).

Indubitavelmente existe uma relação diretamente proporcional entre o défice no autocuidado e o declínio funcional, dado que ambos tendem a aumentar durante o processo de intervenção cirurgia (Cordeiro et al., 2015).

Neste sentido a prestação de cuidados do EEER diminui a incapacidade inerente à própria condição da pessoa no pré-operatório, de modo a prevenir possíveis complicações e aumentar a funcionalidade da pessoa assim como a sua atividade. Intervindo na recuperação, readaptação e reinserção da pessoa promovendo a máxima autonomia possível nas suas AVD, reduzindo a morbilidade (OE, 2010).

Anunciar a teoria do défice de auto cuidado de Orem, é evidenciar a parceria com a pessoa na capacitação e desenvolvimento da habilidade de decidir ou agir de maneira a assegurar respostas necessárias, protegendo os autocuidados (Orem, 2001).

A necessidade de intervenção cirúrgica tendo em conta a condição atual da pessoa pode invariavelmente condicionar o seu estado funcional e a manutenção de autocuidados.

Na medida em que o processo de prehabilitation aumenta ou mantém o estado funcional da pessoa proposta para cirurgia, assumimos que sendo este baseado nos requisitos universais do autocuidado, atingirá o objetivo definido. Importa então enuncia-los, na medida em que representam os tipos de ações humanas que produzem as condições internas e externas capazes de manter a estrutura e a função humana e que por sua vez apoiam o desenvolvimento e amadurecimento humano: Manutenção de um aporte de ar suficiente; Manutenção de uma ingestão suficiente de água; Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação; Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso; Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar humano; Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano (Orem, 2001).

Cada um destes oito requisitos universais de autocuidado diferenciam-se no indivíduo ou grupos, tendo em conta as diferenças na idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural e recursos.

Para o presente projeto, tendo em conta ainda as duas categorias de requisitos de autocuidado enumeradas por Orem (2001), os de desenvolvimento e por desvios da saúde, cremos que os requisitos de autocuidado por desvios de saúde são os mais alvitados, na medida em que emergem por carência, doença ou incapacidade imposta na mudança no comportamento do autocuidado (Orem, 2001). O deficit surge quando a exigência é maior que a capacidade do indivíduo de a satisfazer, aparecendo o desequilíbrio designado por deficit de autocuidado (Orem, 2001).

Importa neste momento enumerar os objetivos de enfermagem delineados por Orem (2001): Baixar a exigência de autocuidado para um nível a que a pessoa possa dar respostas; Ajudar a pessoa a aumentar as suas capacidades de dar resposta à exigência de autocuidado; Ajudar o cuidador da pessoa a prestar cuidados dependentes, quando o autocuidado não é possível; Satisfazer o autocuidado da pessoa quando nenhum dos anteriores é respondido. Indubitavelmente estes assumem-se como objetivos do EEER.

### **3-LOCAIS DE ESTÁGIO**

#### **3.1- Hospital Torres Vedras Serviço Ortopedia**

O Centro Hospitalar do Oeste (CHO) integra os hospitais de Caldas da Rainha, Torres Vedras e Peniche, detém uma área de influência constituída pelas populações dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral, Torres Vedras, Cadaval e Lourinhã e de parte dos concelhos de Alcobaça (freguesias de Alfeizerão, Benedita e São Martinho do Porto) e de Mafra (com exceção das freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés e Venda do Pinheiro), servindo 292.546 pessoas.

Além de dispor de uma urgência médico-cirúrgica, o hospital de Torres Vedras centraliza a atividade do CHO nas valências de Cirurgia, Medicina Interna, Ortopedia e internamento covid-19.

O hospital de Torres Vedras tem um total de 197 camas de internamento, de um universo de 331 em todo o CHO.

No serviço de ortopedia é frequente o internamento por fratura ou por patologia ortopédica em todos os segmentos, a faixa etária é maioritariamente acima dos 50 anos. Os utentes são admitidos no serviço oriundos do serviço de urgência ou eletivamente baseado no programa cirúrgico.

A equipe multidisciplinar é constituída por Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, assistente social, nutricionista, fisioterapeutas, médicos ortopedistas e assistentes operacionais.

#### **3.2- Centro Saúde São João da Talha**

A sua missão é prestar cuidados de saúde personalizados de excelência técnico-científica aos melhores níveis de eficiência, fazer da aprendizagem uma característica nuclear da Unidade, dando prioridade ao bem estar físico, psíquico e social das pessoas e suas famílias, na procura da satisfação dos cuidados prestados. Priorizar a acessibilidade, qualidade, equidade e continuidade dos cuidados prestados. A população alvo é na sua maioria do sexo feminino, entre os 65 e 74 anos de idade, sendo o índice de dependência de 66,68%, o de idosos 44,94% e o de jovens de 21,84%. Num total de 16537 inscritos. Composta por 9 Enfermeiros, a sua visão é prestar cuidados de saúde de excelência à população inscrita, tendo por base a cooperação e trabalho em equipa multidisciplinar.

## 4-PLANO DE ACÇÃO

### Quadro 1: Competência Específica do Enfermeiro Especialista em 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.

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
1-Elaborar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados que permitam assegurar a manutenção das capacidades funcionais, na prevenção de complicações associadas e na prevenção de incapacidades.	<p>-Realização de exame físico, com avaliação da funcionalidade de modo a identificar limitações ou incapacidades no processo cirúrgico (artroscopia joelho).</p> <p>- Elaboração de Planos de Intervenção de cuidados na vertente de enfermagem de reabilitação no peri operatório.</p> <p>-Monitorização de Planos de Intervenção de cuidados na vertente de enfermagem de reabilitação no peri operatório.</p> <p>-Elaboração plano de intervenção em enfermagem de reabilitação tendo por base a Prehabilitacion no período peri operatório.</p>	<p>-Descreve os planos de cuidados e suas intervenções específicas em enfermagem de reabilitação.</p> <p>-Demonstra as avaliações realizadas ao utente e família.</p> <p>- Explana as avaliações das intervenções realizadas e sua efetividade.</p> <p>-Apresenta pertinência na seleção na escolha de escalas usadas e sua implementação.</p> <p>- Descreve a orgânica da equipa multidisciplinar e sua metodologia organizacional.</p> <p>-Elabora planos de intervenção de enfermagem de reabilitação tendo em conta a pessoa e sua família, sendo estes</p>	<p>-Professor orientador;</p> <p>-Orientador clínico de estágio;</p> <p>-Equipa Multidisciplinar;</p> <p>-Pessoa/família;</p> <p>-Normas e protocolos do serviço;</p> <p>-Legislação e processos clínicos;</p> <p>-Regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;</p>

	<p>- Avaliação da funcionalidade e limitações do utente e família.</p> <p>- Implementação de Plano de Intervenção de reeducação de funcionalidade tendo em conta a avaliação realizada.</p> <p>- Elaboração de planos de reabilitação diferenciados que visam a autonomia do utente no processo cirúrgico.</p> <p>- Identificação das necessidades do utente e família no plano de intervenção especializado em enfermagem de reabilitação, incluindo-os no processo.</p> <p>- Articulação com outros profissionais de saúde quando necessário na implementação dos processos de reabilitação.</p>	<p>atores ativos no processo.</p> <p>- Demonstra conhecimentos especializados em enfermagem de reabilitação baseados na evidência e nas competências conforme definido pelos órgãos reguladores.</p> <p>- Seleciona fontes de informação relevantes para a tomada de decisão.</p>	<p>documentos da OE;</p> <p>- Local e tempo de estágio.</p>
--	--	---	---

**Competência J2** – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>	<b>Recursos</b>
2-Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na consulta pré-operatória à pessoa proposta a artroscopia do joelho, tendo em conta a sua autonomia e manutenção do seu exercício de cidadania	<p>-Elaboração e implementação de treino de AVD tendo em conta as limitações e restrições de modo a promover a autonomia.</p> <p>- Identificação e análise das restrições arquitetónicas, económicas e sociais e possíveis soluções à sua resolução.</p> <p>-Prescrição de produtos de apoio quando passíveis de manter o autocuidado e autonomia da pessoa.</p> <p>-Promoção da inserção da família em todo o processo de capacitação</p> <p>- Identificação das intervenções do EEER na consulta pré operatória</p> <p>-Participação nas consultas Rapid Recovery</p>	<p>- Elabora colheita de dados adequada junto do utente e família, identificando as restrições ao exercício de cidadania e manutenção do autocuidado e autonomia.</p> <p>- Implementa plano de intervenção de adaptação ao meio e produtos de apoio de modo a manter e a promover a autonomia.</p> <p>- Elabora planos individualizados tendo em conta a avaliação realizada e passíveis de serem realizados no processo peri operatório.</p> <p>- Avalia as necessidades no domicílio de readaptação ao processo cirúrgico.</p> <p>- O plano delineado junto do utente e família durante o peri operatório</p>	<p>-Professor orientador;</p> <p>-Tutor de estágio;</p> <p>-Equipa Multidisciplinar Utente/família;</p> <p>-Normas e protocolos do serviço;</p> <p>-Legislação e processos clínicos;</p> <p>-Regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</p> <p>-Local e tempo de estágio.</p>

		<p>permite o utente manter a sua autonomia.</p> <p>- O plano desenvolvido mantém o exercício de cidadania e apresenta soluções as possíveis barreias sociais, económicas e arquitetónicas.</p> <p>- Os produtos de apoio escolhidos satisfazem o utente e família.</p>	
--	--	--	--

**Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>	<b>Recursos</b>
3-Maximizar a funcionalidade da pessoa submetido a artroscopia do joelho.	<p>-Realização de entrevista de modo a obter uma colheita de dados sobre a sua situação e contexto.</p> <p>- Avaliação da funcionalidade e a alteração da mesma decorrente da intervenção cirúrgica.</p> <p>- Identificação das principais necessidades de informação durante o peri operatório à</p>	<p>-Obtém informação pertinente que permite entender o contexto e o modo como a pessoa experiência o momento.</p> <p>-Utiliza escalas e instrumentos de medida de modo a avaliar a funcionalidade da pessoa.</p> <p>-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinem limitações da pessoa.</p> <p>-Elabora diagnósticos de enfermagem e identifica</p>	<p>Professor orientador;</p> <p>Tutor de estágio</p> <p>Equipa;</p> <p>Multidisciplinar</p> <p>Utente/família;</p> <p>Normas e protocolos do serviço;</p> <p>Legislação e processos clínicos;</p> <p>Regulamente do exercício profissional dos enfermeiros,</p>

	<p>pessoa submetida a artroscopia do joelho.</p> <p>- Elaboração e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, promotores da autonomia.</p> <p>- Elaboração de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação que promovam a máxima capacidade funcional.</p>	<p>intervenções a serem realizadas.</p> <p>- As intervenções planeadas permitem um aumento/manutenção da capacidade funcional da pessoa.</p>	<p>regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE</p> <p>Local e tempo de estágio.</p>
--	---	--	--

## Quadro 2- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

### “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”

**Competência A1** :Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

**Competência A2:** Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
4-Desenvolver uma prática profissional, baseada em princípios éticos e deontológicos na área de intervenção da enfermagem de reabilitação.	<p>-Integração na equipe multidisciplinar e conhecimento da dinâmica de cuidados de enfermagem dos contextos de ensino clínico.</p> <p>-Promoção da prática de enfermagem</p>	<p>- Demonstra cuidados de enfermagem especializados, tendo em conta a individualidade da pessoa.</p> <p>-Participa na identificação das necessidades</p>	<p>Professor orientador;</p> <p>Tutor de estágio;</p> <p>Equipa Multidisciplinar;</p> <p>Utente/família;</p>

<p>5- Conhecer a dinâmica do serviço em termos de dinâmica organizacional da equipa multidisciplinar, assim como a prática de prestação de cuidados da equipa de enfermagem</p>	<p>baseada no código deontológico de enfermagem.</p> <p>-Elaboração de jornais de aprendizagem, como recurso à mobilização de conhecimentos e intervenções.</p> <p>-Fundamentação baseada em princípios éticos e conhecimento científico.</p> <p>-Observação da dinâmica do serviço e a intervenção e articulação dos diferentes profissionais.</p> <p>-Conhecimento dos protocolos, normas e procedimentos do serviço.</p> <p>-Conhecimento dos procedimentos de prestação de cuidados de reabilitação.</p> <p>-Realização de reuniões com enfermeira orientadora de modo a analisar práticas que invistam na aprendizagem.</p>	<p>planeamento das intervenções.</p> <p>- A sua prática de cuidados é baseada em competências relacionais e técnicas, conforme o padronizado pelos órgãos reguladores da profissão.</p> <p>-Descreve a estrutura orgânica, funcional e relacional da equipa multidisciplinar dos locais de ensino.</p> <p>- Descreve a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem dos locais de ensino.</p> <p>-Demonstra conhecimento dos protocolos e normas do serviço e age em conformidade.</p> <p>- Evidência os princípios e valores éticos e deontológicos de enfermagem na participação da discussão e tomada de decisão na prestação de cuidados.</p>	<p>Normas e protocolos do serviço;</p> <p>Legislação e processos clínicos;</p> <p>Regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</p> <p>Local e tempo de estágio.</p>
---	--	--	---

## “Domínio da melhoria continua da qualidade”

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

**Competência B2:** Concede, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>	<b>Recursos</b>
6-Aprofundar conhecimento especializado de reabilitação no peri-operatório da pessoa submetido a artroscopia do joelho.  7- Colaborar em programas de melhoria da qualidade de prestação de cuidados a serem desenvolvidos nos locais de ensino	-Participação na construção e tomada de decisão em equipa.  -Participação em projetos de melhoria da qualidade dos cuidados.  -Identificação das necessidades especializadas da pessoa submetida a artroscopia do joelho.  - Desenvolvimento de competências técnicas de EEER  - Conhecimento dos princípios de segurança para a prestação de cuidados à pessoa/família	-Presta cuidados tendo em conta a individualidade e contexto da pessoa.  - Desenvolve competências profissionais na prestação de cuidados especializados, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.  - Presta cuidados de enfermagem de reabilitação com a equipa multidisciplinar  -Promove a segurança da pessoa/família durante a prestação de cuidados.	Professor orientador;  Tutor de estágio;  Equipa Multidisciplinar;  Utente/família;  Normas e protocolos do serviço;  Legislação e processos clínicos;  Regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;  Local e tempo de estágio;

## “Domínio da gestão dos cuidados”

**Competência C1:** Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>	<b>Recursos</b>
8-Desenvolver competências Especializadas de Enfermagem de Reabilitação (comuns e específicas).	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prestação de cuidados baseados na evidência científica promovendo a qualidade e a segurança da pessoa/família.</li><li>- Análise crítica nas situações clínicas, tendo em conta a articulação de conhecimentos teóricos, com a prestação de cuidados especializados.</li><li>- Utilização de evidência científica que sustente a prática clínica na área da enfermagem de reabilitação.</li><li>- Participação em reuniões da equipa multidisciplinar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolve cuidados de enfermagem de reabilitação em colaboração com a equipa multidisciplinar.</li><li>- Participa na tomada de decisões, reconhecendo os limites da sua área de intervenção e a necessidade de intervenção de outros profissionais.</li><li>- Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e formação na área da especialidade.</li><li>- Participa nas reuniões da equipa multidisciplinar.</li><li>- Esclarece questões com o professor orientador e enfermeiro tutor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Professor orientador;</li><li>Tutor de estágio;</li><li>Equipa Multidisciplinar;</li><li>Utente/família;</li><li>Normas e protocolos do serviço;</li><li>Legislação e processos clínicos;</li><li>Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li><li>Local e tempo de estágio.</li></ul>

## “Domínio das aprendizagens profissionais”

**Competência D2:** Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Recursos</b>
9-Aquisição de conhecimentos que fundamentem as intervenções especializada da prática de enfermagem de reabilitação e na tomada da sua decisão.	<ul style="list-style-type: none"><li>-Realização de pesquisa bibliográfica</li><li>- Definição de estratégias de informação no peri operatório.</li><li>- Realização de análise critica das situações clínicas, assegurando o conhecimento adquirido e identificando as intervenções mais adequadas a implementar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expressa a evidência científica de modo a sustentar a prática clínica na área da enfermagem de reabilitação.</li><li>-Realiza pesquisa bibliográfica</li><li>-Demonstra iniciativa e procura rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e de formação.</li></ul>	<p>Professor orientador; Tutor de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família; Normas e protocolos do serviço; Legislação e processos clínicos; Regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</p> <p>Local e tempo de estágio.</p>

## **5-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do presente projeto explana a direção que pretendemos seguir, com alguns rumos programados de modo a promover o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista de reabilitação. Havendo consciência que se trata de um fio condutor, norteador da nossa prática clínica, passível de ser adaptado à experiência vivida.

Considerando as Competências Gerais e Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, as atividades serão encaminhadas para estas, de modo a alcançá-las. Pretende-se ainda, ir ao encontro dos quatro domínios do Enfermeiro Especialista: domínio da responsabilidade profissional; ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados; domínio das aprendizagens profissionais.

Creemos que a consulta de prehabilitation pode mudar o rumo da reabilitação peri-operatória, na medida em que interage com estado funcional da pessoa no pré-operatório com resultados no processo cirúrgico e invariavelmente na capacidade funcional no pós operatório. O benefício da consulta pré-operatória incluindo o apoio psicológico, nutricional, exercício físico e otimização médica, é aumentar a capacidade funcional de modo a capacitar a pessoa no pós operatório. Assim sendo, enquanto enfermeira gestora do Hospital de Dia Cirúrgico onde se insere a Cirurgia de Ambulatório, planejo o incremento da consulta de enfermagem, que indubitavelmente terá impacto no acompanhamento e capacitação destas pessoas. Elevando a enfermagem à excelência e dando oportunidade ao pré-operatório de assumir a sua importância, sendo uma área de ação do EEER.

Pretendemos assim com o presente projeto de estágio, planificar e organizar a aquisição e desenvolvimento de competências do EEER que darão futuramente alicerces na construção da consulta de prehabilitation em contexto laboral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, D., Logerstedt, D. S., Hunter-Giordano, A., Axe, M. J., & Snyder-Mackler, L. (2012). Conceitos atuais para reconstrução do ligamento cruzado anterior: uma progressão de reabilitação baseada em critérios. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 42(7), 601–614.
- Ageberg E. (2002). Consequences of a ligament injury on neuromuscular function and relevance to rehabilitation - using the anterior cruciate ligament-injured knee as model. *Journal of electromyography and kinesiology: official journal of the International Society of Electrophysiological Kinesiology*, 12(3), 205–212. [https://doi.org/10.1016/s1050-6411\(02\)00022-6](https://doi.org/10.1016/s1050-6411(02)00022-6).
- Álvarez López, A., García Lorenzo, Y., Puentes Álvarez, A., & Marrero Pons, R. (2011). Meniscectomía artroscópica: principios básicos. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(1), 1-9.
- Amorim, T. V., & de Oliveira Salimena, A. M. (2015). Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: reflexão. *HU Revista*, 41(3 e 4).
- Araújo, R. A. D., Silva, T. M. D., & Ramos, V. P. (2016). Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0232-0238
- Banugo, P., & Amoako, D. (2017). Prehabilitation. *Bja Education*.
- Barnum, B. (1998). *Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation*. (5a edição) Nova Iorque: Lippincott.
- Beça, J. M. (2008). Artroscopia. *Acedido em Mai, 27, 2021*. [www.clinicamariobeca.com/pagina/uploads/fckeditor/file/artroscopia.pdf](http://www.clinicamariobeca.com/pagina/uploads/fckeditor/file/artroscopia.pdf).
- Cabilan, C., Hines, S. & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life. *Orthopaedic Nursing*. 35 (4), 224-237.
- Carli, F., Gillis, C. & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 128-133.
- Cavalcanti A. C. D., Correia D. M. S, & Queluci G. C. (2009) A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. *Rev Eletrônica Enferm*. 11(1), p. 194-9.
- Cordeiro, A., Brito, A., Santana, N., Silva, I., Nogueira, S., Guimarães, A., & Melo, T. (2015) Análise do Grau de Independência Funcional Pré e na Alta da UTI em Pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 5(1), 21-27.
- Coudeyre, E., Jardin, C., Givron, P., Ribinik, P., Revel, M., & Rannou, F. (2007). Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. *Annales de readaptation et de médecine physique: revue scientifique de la Société française de rééducation fonctionnelle de readaptation et de médecine physique*, 50(3), 189–197. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.02.002>.

- Cury, R. D. P. L., Kiyomoto, H. D., Rosal, G. F., Bryk, F. F., Oliveira, V. M. D., & Camargo, O. P. A. D. (2012). Protocolo de reabilitação para as reconstruções isoladas do ligamento cruzado posterior. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 47, 421-427.
- Frizziero, A., Ferrari, R., Giannotti, E., Ferroni, C., Poli, P., & Masiero, S. (2012). The meniscus tear: state of the art of rehabilitation protocols related to surgical procedures. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal*, 2(4), 295.
- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referências*. 4 (14), 17-26.
- Gonçalves, M., Pereira, M. A., & Machado, N. (2019). Construção e implementação de um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada. *Revista ROL de Enfermeira*, 42(11-12), 54.
- Goodyear-Smith, F., & Arroll, B. (2001). Reabilitação após meniscectomia artroscópica: uma revisão crítica dos ensaios clínicos. *Ortopedia Internacional*, 24(6), 350–353. <https://doi.org/10.1007/s002640000204>.
- Hospital Beatriz Ângelo (2019) Relatório diário de cirurgias do hospital de dia cirúrgico, Loures (não publicado)
- Kawaguchi, M., Ida, M., & Naito, Y. (2017). The role of Perioperative Surgical Home on health and longevity in society: importance of the surgical prehabilitation program. *Journal of Anesthesia*, 31(3), 319–324. <https://doi.org/10.1007/s00540-017-2329-z>.
- Kerkour, K., & Salgado, A. S. (2003). Reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA). *Terapia Manual, Londrina*, 1(3).
- Koëter, S., Van Tienen, T. G., Rijk, P. C., Vincken, P. W. J., Segers, M. J. M., Van Essen, B., Van Melick, N., Stegeman, B. H., & Van Arkel, E. R. A. (2021). Dutch Guideline on Knee Arthroscopy Part 2: non-meniscus intra-articular knee injury: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthopaedica*, 92(1), 81–84. <https://doi.org/10.1080/17453674.2020.1850081>
- Logerstedt, D. S., Snyder-Mackler, L., Ritter, R. C., Axe, M. J., & Godges, J. J. (2010). Knee stability and movement coordination impairments: knee ligament sprain: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 40(4), A1-A37.
- Manske, R. C., Prohaska, D., & Lucas, B. (2012). Avanços recentes após a reconstrução do ligamento cruzado anterior: perspectivas de reabilitação: revisões críticas em medicina de reabilitação. *Revisões atuais em medicina musculoesquelética*, 5(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s12178-011-9109-4>.
- Mayo, N. E., Feldman, L., Scott, S., Zavorsky, G., Kim, D. J., Charlebois, P., Stein, B., & Carli, F. (2011). Impacto da alteração pré-operatória na função física na recuperação pós-operatória:

- argumento de apoio à pré-habilitação para cirurgia colorretal. *Cirurgia*, 150(3), 505–514. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2011.07.045>.
- McDermott, D., & Amis, A. A. (2006). As consequências da meniscectomia. O Diário de cirurgia óssea e articular. Volume britânico, 88(12), 1549–1556. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.88B12.18140>.
- Mendes, J. R. D. C. (2017). Patologia meniscal (Doctoral dissertation).
- Menoita, E., Cordeiro, M., (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. 1a ed, Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2019). Relatório Anual Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do Sistema nacional de saúde e entidades convencionadas. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_Anual\\_Acesso\\_2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf)
- Niu, N. N., Losina, E., Martin, S. D., Wright, J., Solomon, D. H. & Katz, J. N. (2011). Development and Preliminary Validation of a Meniscal Symptom Index *Arthritis Care & Research* Vol. 63, No 2, (2011): 208–215.
- Nunes, L. (2012). Enfermagem Perioperatória: Desafios para a viagem. *Revista AESOP*. Vol XIII, no 37, Abril.
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Jan-fev, Pp.65(1), 155-161.
- Ordem dos Enfermeiros (2015) Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021) Parecer do Conselho de Enfermagem Nº 53/2021.
- Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of Practice. (6a ed.). Missouri: Mosby
- Parente, C., Ângelo, M., Tinoco, A., Rocha, E., Brandão, D., & Cristina, M. (2009). Artroplastia da Anca. In A.G. Cruz, L.M.N. Oliveira, & V.C. Conceição (Coord.) *Enfermagem em Ortopneumatologia* (2a Ed). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda. 326 p. ISBN: 978-989-8269-01-0.
- Pina, B. M. V., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroscopia da anca: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42-48.
- Ribeiro, O., Pinto, C. & Regadas (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, (1), 25-36. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>.

- Rivas Doblado, J. S., Soriano Vilanova, F. J., & Mejías Montaña, F. M. (2004). Artroscópica da meniscectomia. Rehabilitación en el postoperatorio inmediato [meniscectomia artroscópica]. *Revista de Enfermeria* (Barcelona, Espanha), 27(6), 6–8.
- Santos, J. D., Henckmeier, L., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enferm. Foco (Brasília)*, 184-187.
- Strehl A, Eggl S. (2007). The value of conservative treatment in ruptures of the anterior cruciate ligament (ACL). *J Trauma*. 2007; 62(5):1159-

**APÊNDICE II - Estudo de Caso da Sr.<sup>a</sup> M.I.R.S**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**ESTUDO DE CASO**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**LISBOA**

**Novembro 2021**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**ESTUDO DE CASO**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**Professora Orientadora**

Professora Dr.<sup>a</sup> Cristina Baixinho

**LISBOA**

**Novembro 2021**

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

COM- Ciclos por Minuto

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA- Equipa Gestão de Altas

MFR- Medicina Física e Reabilitação

MRC-Medical Research Council

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1- APRESENTAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO.....	6
2-AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	8
3- AVALIAÇÃO DO IMPACTO NO AUTOCUIDADO.....	11
4- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXO I – ESCALA BRADEN	
ANEXO II - ESCALA DE BORG MODIFICADA	
ANEXO III- ESCALA EQUILIBRIO BERG	
ANEXO IV-ESCALA MORSE	
ANEXO V – ESCALA DE BARTHEL	
ANEXO VI- MEDICAL RESEARCH COUNCIL	

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, emerge o presente estudo de caso, demonstrando os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família no enquadramento domiciliário. Corroborando as atividades delineadas face aos objetivos de aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área de intervenção.

O ensino clínico ocorre numa Unidade de Cuidados na Comunidade, integrando na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do ACES Loures-Odivelas.

Evocando o Regulamento das Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019) a reabilitação sendo uma especialidade multidisciplinar, sustentada num conjunto de conhecimentos e procedimentos próprios, contribui para melhorar a função, promover a independência, maximizar a satisfação da pessoa e assim deste modo salvaguardar a sua autoestima. O enfermeiro de reabilitação no contexto comunitário assume uma posição privilegiada, na medida em que, por realizar visitas domiciliárias, sustenta a sua praxis da potencialidade de reabilitação, em reais condições habitacionais, meio envolvente, condições económicas e de apoio, assim como na capacidade e envolvimento do cuidador.

## 1- APRESENTAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO

### Colheita de dados

<b>Nome</b>	M.I.R.S	<b>Idade</b>	83
<b>Género</b>	Feminino	<b>Etnia</b>	Caucasiana
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Profissão/ Ocupação</b>	Ativa Responsável pelo cuidado de uma quinta	<b>Escolaridade</b>	4 classe
		<b>Alergias</b>	Desconhece
<b>Agregado Familiar</b>	Habitação própria, moradia, casal reside num anexo. A moradia está dividida: 1ª andar - pertence à filha; Irá viver em breve, após conclusão de obras. R/C- pertence ao filho, que reside com a esposa e três filhos Núcleo familiar: 2 filhos que dão apoio, em particular a filha.		
<b>Cuidador</b>	Esposo e filha		

<b>Antecedentes pessoais</b>	Hipertensão arterial; Dislipidemia; Hipoacusia; S. Vertiginoso; Perturbação de ansiedade/pânico; Internamento no HBA em Fevereiro 2021 por Litíase da vesícula complicada de coledocolitíase e colangite (colocou prótese na VBP já retirada) e Infecção assintomática por SARS COV2 em fevereiro 2021. Vacinação: vacina para SARS COV 2 com 1 toma em Agosto 2021.
<b>Hábitos aditivos</b>	Sem hábitos aditivos
<b>Condições De habitabilidade e acessibilidade</b>	Moradia com R/C e 1ª andar e um anexo onde o casal reside. Anexo com quarto com uma pequena janela, casa de banho, com alçapão de sanita, e sala onde a D. M.I.R.T. permanece a maioria do tempo.

<b>Diagnóstico médico atual</b>	Fratura Subtrocantérica do fémur direito. Submetida dia 26-10-2021 a Redução Fechada e Osteossíntese com colocação de Cavilha Longa sem intercorrências.
---------------------------------	---

<b>Medicação habitual</b>			
<b>Fármaco</b>	<b>Dose</b>	<b>Via de Administração</b>	<b>Horário</b>
Paracetamol 500 mg	1000 mg	PO	Pequeno-almoço/Almoço/Jantar
Tramadol 50 mg	50 mg	PO	SOS-8/8H
Enoxaparina sódica	40 mg/0.4 ml	SC	19H até dia 23 de novembro 2021
Lactulose 10 g/15 ml	10mg	PO	Pequeno-almoço/Almoço/Jantar
Metamizol magnésico	575 mg	PO	Pequeno-almoço/Almoço/Jantar
Ácido fólico		PO	Pequeno-almoço
Trazodona	50 mg	PO	Jantar
Valsartan	80mg	PO	Pequeno-almoço
Sertralina	50mg	PO	Pequeno-almoço
Quetiapina	25mg	PO	SOS se agitação psicomotora

### **História de Doença Atual**

Utente admitida no HBA a 23/10/21 por fratura subtrocantérica do fémur direito ocorrida na sequência de queda inaugural no café quando foi tomar o pequeno-almoço, atribuindo a queda ao facto

de não ter levado a bengala. Submetida a colocação de cavilha (redução aberta e fixação com parafuso Céfalo-medular longo) a 26.10.21 sem complicações operatórias. Penso cirúrgico na anca direita, com indicação de realização de limpeza com soro fisiológico e penso simples.

De acordo com carta de transferência para ECCI, manteve-se consciente e orientada nas três esferas. Discurso fluido e coerente. Avaliada pela MFR tendo iniciado plano reabilitativo. Realizado transferências com apoio moderado e treino de marcha com apoio lateral e andarilho a curta distância, apresenta grande dificuldade em realizar transferências de peso. Após avaliação pela EGA decide-se referenciar para ECCI para continuidade do plano de reabilitação com vista à recuperação da autonomia funcional e realização de penso cirúrgico.

Utente com necessidade de ajuda na realização dos cuidados de higiene, nomeadamente dos membros inferiores, para vestir, despir e calçar, na alternância de decúbitos, assim como na transferência cama-cadeira. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentada, com desequilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática.

Alta hospitalar: 03-11-2021

## **2- AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

### **Avaliação**

#### Avaliação Inicial e Exame Físico

No dia 05/11/2021 realizámos a primeira visita domiciliária

### **Diagnóstico Social**

A D.<sup>a</sup> M. I. T. é uma Sra. de 83 anos de idade, casada que reside na companhia do seu esposo, o Sr. J. T. de 84 anos e idade. Casal previamente autónomo e ainda com atividade "laboral". Ambos cuidam de animais numa propriedade.

O casal tem dois filhos, a D.<sup>a</sup> M. T. de 56 anos de idade, casada e residente em camarate e o Sr. V. F. de 50 anos de idade, casado e residente na mesma propriedade dos pais. Casal com suporte familiar.

### **Situação Habitacional**

Habitação própria, moradia em que o casal vive num anexo. A moradia está dividida num primeiro andar que pertence à filha, em que esta, irá viver brevemente após conclusão de obras. O r/c pertence ao filho que reside com sua esposa e três filhos.

**Dieta:** Geral, polifracionada, confeccionada pelo esposo.

Sinais vitais avaliados a 05/11/2021

Tensão Arterial	128/73mmhg
Frequência Cardíaca	70
Temperatura	36,2
Frequência Respiratória	19cpm
Saturação Periférica	98%

Avaliação da Dor a 05/11/2021

Localização	Membro inferior direito
Fatores de agravamento	Mobilizações, marcha e transferências
Fatores de Alívio	Repouso e analgesia
Score: escala Numérica da Dor	4 passa a score 7 após mobiliações

### **Consciência**

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Comunicativa e bem disposta. Glasgow score nível 15 (Abertura ocular – Espontânea (4) Resposta Verbal – Orientada (5) Resposta Motora – Obedece a Ordens (6)).

### **Pele e mucosas**

Ligeiramente pálidas sem sinais de desidratação. Sem lesões cutâneas. Apresenta agrafes cirúrgicos no membro inferior direito. Score de 15 na escala de Braden (Baixo risco) (Anexo I).

### **Linguagem**

Sem alteração da compreensão, do discurso verbal, da nomeação.

### **Ventilação**

Eupneica em repouso, com dispneia funcional. Score de 3 na escala de Borg modificada: na marcha (Anexo II).

Auscultação pulmonar : Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares;

Inspeção Estática: Não se observam alterações ao nível da morfologia torácica;

Inspeção Dinâmica: Respiração de predomínio toracoabdominal de média amplitude, simétrico e regular, frequência respiratória de 19 ciclos por minuto e Saturação periférica de oxigénio de 95%, em ar ambiente, sem recurso a músculos acessórios;

Palpação do tórax: Sem alteração da expansão do tórax;

Percussão: Som normal à percussão em todo tórax;

Tosse: eficaz;

Características secreções: não apresenta.

### **Coordenação dos Movimentos**

Membros superiores: Executa a oponência do polegar; alternância palmar; prova de index-nariz sem alterações.

Membros inferiores: Prova calcanhar Joelho sem alterações do membro inferior esquerdo.

### **Equilíbrio**

Avaliação do equilíbrio ortostático estático e dinâmico, com score de 37/56 na escala de equilíbrio de Berg. (37 – Locomoção segura com assistência ou auxiliar de marcha)

(Anexo III)

Dificuldade em rolar no leito; Realiza meia ponte.

### **Marcha**

Marcha lenta, com apoio de andarilho. A largura do passo do pé esquerdo ultrapassa o pé direito em apoio e eleva-se totalmente do solo; a largura do pé direito não ultrapassa o pé esquerdo em apoio, eleva-se com alguma dificuldade do solo;

Score 75/125 escala de Morse (elevado risco de queda) (Anexo IV).

### **Avaliação Funcional**

Refere que o seu estado de saúde impõe limitação no Autocuidado, nomeadamente na marcha, vestir/despir, cuidar da higiene pessoal.

Score 55/100 no Índice de Barthel - dependência moderada (Anexo V).

### **Força Muscular**

Avaliado pela escala : Medical Research Council (Anexo VI).

Avaliados os 3 movimentos de membros superiores: (extensão do punho, flexão do cotovelo e abdução do ombro) e 3 de membros inferiores, (dorsiflexão do pé, extensão do joelho, flexão da anca).

Apresenta Score 4: Movimento articular completo contra a gravidade e alguma resistência em todos os segmentos, contudo evidencia-se limitações articulares nos seguintes segmentos: devido a dor aquando da aplicação de resistência ao movimento:

- **Anca direita** (Score de 3 – MRC)
- **Joelho Direito** (Score de 3 – MRC)
- **Pé direito** (Score de 3 – MRC)

### 3- AVALIAÇÃO DO IMPACTO NO AUTOCUIDADO

(Requisitos segundo Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem)

Requisitos Universais	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
<b>Manutenção de quantidade suficiente de ar</b>	<p>(05/11/2021) Componente respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiração de predomínio toracoabdominal, de média amplitude, simétrico, regular e com frequência respiratória de 19cpm e SaO2 95%, em ar ambiente, sem recurso a músculos acessórios. Eupneica em repouso (Escala de Borg modificada – 0 pontos - nenhuma).</li> </ul> <p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Com alguma dispneia aquando na marcha- Score 4 na Escala de Borg modificada (moderada):Cansaço fácil e dificuldade no controlo na inspiração pelo nariz e na expiração prolongada. Realizados ensinios de controlo respiratório.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório Sistema apoio-educativo
<b>Manutenção de quantidade suficiente de água</b>	<p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo o esposo e a filha a Sra. D. M.I.R.S ingere água, contudo não sabe quantificar. Alguma resistência à ingestão hídrica devido à sua urgência urinária. Realizados ensinios sobre a sua importância e estratégias para o realizar.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório Sistema apoio-educativo
<b>Manutenção de ingestão suficiente de alimentos</b>	<p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O esposo refere que a Sra. D. M.I.R.S. alimenta- se de 4 refeições confeccionadas pelo mesmo. Realizados ensinios da importância da ingestão de alimentos saudáveis como a introdução de verduras e fruta.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório Sistema apoio-educativo

<b>Provisão de cuidados associados com processos de eliminação</b>	<p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Urina no wc, tem alteador de sanita, contudo por ter urgência urinária por vezes usa fralda.</li> <li>Padrão intestinal irregular. Apresenta abdómen volumoso e timpanizado, depressível e indolor à palpação.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório
<b>Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</b>	<p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita da sua medicação para dormir.</li> <li>Apresenta cansaço fácil aquando a marcha, contudo motivada para a realização da mesma.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório
<b>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</b>	<p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Na companhia permanente do esposo e presença ativa da filha.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório
<b>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</b>	<p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuição do equilíbrio ortostático estático e dinâmico;</li> <li>Alto risco de queda</li> <li>Marcha com andarrilho.</li> <li>Score de 15 na escala de Braden (Baixo risco).</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório
<b>Promoção de inserção social</b>	<p>(05/11/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demonstra motivação na realização do programa de reabilitação, participando de forma ativa nos exercícios solicitados. (08/11/2021)</li> <li>Confia na equipa de saúde.</li> </ul>	Sistema apoio-educativo

Desvios Saúde	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
<b>Garantir assistência adequada</b>	(08/11/2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>O esposo e a filha esclarecem questões acerca do programa de reabilitação, assim como dos cuidados à ferida cirúrgica. Confirmado dia de extração de agrafos com HBA.</li> <li>Recorre à consulta externa de ortopedia do hospital para vigilância e tratamento da ferida operatória. (17/11/2021) Retirados agrafos.</li> </ul>	Sistema apoio- educação
<b>Entender a sua condição atual patológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O esposo e a utente apresentam confiança na equipa de cuidados continuados integrados. (08/11/2021) 08/11/2021)</li> <li>Não cozinha, por não conseguir permanecer de pé.</li> <li>Não consegue tomar banho sem a colaboração do esposo ou filha.</li> <li>Não é capaz de vestir ou despir a roupa na metade inferior do corpo.</li> </ul>	Sistema apoio- educativo  Sistema compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação
<b>Realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação</b>	(15/11/2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>Participa ativamente e motivada nos exercícios definidos (15/11/2021)</li> <li>Aguarda se aquisição de pedaleira solicitada.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório Sistema apoio- educação

#### 4- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E AVALIAÇÃO

Visita domiciliar a realizar 3 vezes por semana (2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>)

Duração do plano diário de reabilitação: 60 minutos

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Dor relacionado com mobilização, transferência e marcha</b>	Controlar a dor de modo a promover a marcha, mobilizações e transferências	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar a dor - Escala Visual analógica da dor;</li> <li>Monitorizar a administração da analgesia;</li> <li>Avaliação das características da dor : local, duração, fatores precipitantes e de alívio;</li> <li>Administração de analgesia antes das mobilizações, transferências e treino de marcha com andarilho.</li> </ul>	<p>Utente queixosa, aquando as mobilizações, marcha e transferências (score 7).</p> <p>Colaborante e motivada no plano reabilitativo.</p> <p>Evolução com melhoria da dor- Score 4 nas mobilizações, transferências e treino de marcha.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p><b>Auto Cuidado:</b></p> <p><b>Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha comprometido</b></p>	<p>Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>- Execução de marcha com sustentação parcial do peso corporal, cumprindo carga parcial do membro;</li> <li>- Adequar a altura do andarilho;</li> <li>- Treinar e avaliar andar com auxiliar de marcha;</li> <li>- Treinar manobras de alternância de direção com uso de andarilho;</li> <li>- Avaliar e Instruir sobre condições de segurança no treino de marcha, como controle de equilíbrio corporal, remoção de obstáculos, uso de calçado confortável e bem-adaptado aos pés;</li> <li>- Realizar reforço positivo;</li> <li>- Capacitar o prestador de cuidados para a restituição da autonomia do autocuidado Atividade Física</li> </ul>	<p>Deambula com auxílio de andarilho da sala para o Pátio, necessitando apenas de supervisão.</p> <p>O Esposo adquiriu conhecimentos ao longo da intervenção da ECCI sobre o autocuidado Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha (andarilho).</p> <p>Neste momento está capacitado na supervisão da esposa.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p><b>Auto Cuidado:</b></p> <p><b>Vestuário comprometido</b></p>	<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado:</li> <li>- Instruir e treinar: vestir-se:</li> <li>- início pelo membro afetado e despir-se com início do lado oposto;</li> <li>- Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados (esposo e filha) para a independência do autocuidado vestuário;</li> <li>- Instruir, treinar e avaliar uso de dispositivos auxiliares: tais como calçadeira de cabo longo e calçador de meias.</li> </ul>	<p>Na admissão não detinha conhecimentos na atividade vestir e despir, adquiriu conhecimentos, embora mantenha-se dependente da ajuda do cuidador.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo da intervenção da ECCI sobre o autocuidado vestuário.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Auto Cuidado:</b>  <b>Higiene comprometido.</b>	Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene:</li> <li>- Esponja de cabo comprido, cadeira sanitária, banco para apoio do membro inferior afetado, uso de roupão para secar o corpo após a higiene;</li> <li>- Treinar e avaliar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado higiene.</li> </ul>	<p>Na admissão apresentava dependência elevada no autocuidado higiene, após capacitação da utente, já consegue entrar e sair da base de duche sozinha com supervisão.</p> <p>Coloca banco de apoio do membro inferior.</p> <p>Aguarda se aquisição de esponja de cabo comprido, sendo no momento necessita ainda de ajuda do esposo e filha.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo da intervenção da ECCI sobre o autocuidado higiene.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Auto Cuidado:</b>  <b>Uso do sanitário comprometido</b>	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar, incentivar e treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>- Explicar possíveis dispositivos e Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado ir ao sanitário: como as barras de segurança na casa de banho, banco de duche e alteador de sanita.</li> <li>- Vigiar características da urina;</li> <li>- Incentivar a ingestão de líquidos;</li> <li>- Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a autonomia do autocuidado uso sanitário.</li> </ul>	<p>Na admissão usava fralda devido à sua incontinência ocasional. Referia que sentia- se mais confiante e confortável.</p> <p>Após ensino e treino no autocuidado uso do sanitário:</p> <p>Deixou de usar fralda, devido também à melhor mobilidade.</p> <p>Usa o alteador de sanita</p> <p>Mais confiança na autonomia do autocuidado e aumento da ingestão de líquidos.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos sobre o autocuidado uso sanitário.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Auto Cuidado: Atividade Física – Transferir-se comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica</b>	Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se (Trapézio e grades da cama);</li> <li>- Avaliar e treinar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;</li> <li>- Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para transferir-se;</li> <li>- Instruir, avaliar e treinar sobre técnica de adaptação para transferir-se respeitando a sequência de ações: Validar conhecimentos e realizar reforço positivo;</li> <li>- Capacitar o prestador de cuidados para a autonomia do autocuidado Atividade Física – Transferir-se.</li> </ul>	<p>Na admissão não apresentava conhecimentos e não executava transferências de modo adequado, sendo que apresentava-se muito queixosa nessa atividade. Score 7 (escala visual analógica da dor).</p> <p>Após ensinamentos e treino de técnicas de transferências, cumprindo adequadamente a técnica, realiza transferências de modo adequado e com diminuição da dor durante as mesmas.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado Atividade Física – Transferir-se.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Ferida cirúrgica na coxa direita</b>	Promover a cicatrização da ferida cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a ferida cirúrgica. (temperatura, cor, sensibilidade, rubor, edema e hematoma);</li> <li>- Realizar penso cirúrgico (com técnica asséptica, limpeza com soro fisiológico e colocado penso impermeável);</li> <li>- Reforçar o penso da ferida em SOS;</li> <li>- Aplicar gelo.</li> <li>- Confirmação com HBA do dia para retirar agafos</li> </ul>	<p>Ferida cirúrgica de agafos, sem sinais inflamatórios</p> <p>Retirados agafos a 17 de Novembro, sem alterações</p> <p>Ferida cirúrgica cicatrizada.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Equilíbrio Corporal comprometido</b>	<p>Promover o equilíbrio corporal</p> <p>Recuperação do equilíbrio corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg;</li> <li>- Avaliar equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático;</li> <li>- Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural;</li> <li>- Executar técnica de treino de equilíbrio: alternância de carga dos membros inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos e exercícios de coordenação de movimentos;</li> <li>- Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente.</li> </ul>	<p>Realizada a avaliação do equilíbrio segundo a escala de BERG, consegue ter equilíbrio sentada, estático e dinâmico. Diminuição do equilíbrio em ortostatismo.</p> <p>Evolução favorável. Adquiriu equilíbrio em pé, estático e com melhoria ainda não total no dinâmico.</p> <p>Prestador de cuidados capacitado para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p><b>Risco de queda</b></p> <p><b>relacionado com a dor, diminuição da força muscular, equilíbrio e insegurança</b></p>	<p>Prevenir possíveis quedas</p> <p>Promoção do Ambiente seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força muscular: membros superiores - exercícios isotônicos. Membros inferiores: exercícios isotônicos e isométricos</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de treino de equilíbrio: Alternância de carga nos membros inferiores apoiada no andarilho; Flexão, extensão, adução e abdução dos MI com carga unipodal;</li> <li>- Trabalhar a auto confiança;</li> <li>- Otimizar ambiente físico seguro: Disponibilizar objetos de maior necessidade por perto, de modo a que, quando sejam necessários, estejam facilmente acessíveis;</li> <li>- Ensinar acerca da importância do ambiente seguro e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de acidentes, como sendo o tapete existente no quarto;</li> <li>- Sensibilizar o cuidador para fatores causadores de possíveis quedas (barreiras arquitetônicas no domicílio, interior e exterior) e estratégias para minimizar o risco.</li> <li>- Administrada analgesia antes dos exercícios.</li> </ul>	<p>Apresenta força muscular (MRC) de grau 4 a nível de todos os membros exceto do MIDto – score 3</p> <p>Participativa e motivada nas mobilizações musculares articulares ativas-assistidas.</p> <p>Apresenta elevado risco de quedas da escala de Morse score 75.</p> <p>Adaptação do ambiente físico e barreiras: retirado tapete do quarto, caixas na sala e vasos no Páteo.</p> <p>Força muscular: 5/5 (MRC) dos membros superiores e inferiores. Risco de queda na escala de Morse, score 55</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos sobre as barreiras arquitetônicas promotoras de quedas.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p><b>Ventilação comprometida relacionada com esforço</b></p>	<p>Reeducar no esforço</p> <p>Promover a melhoria da performance dos músculos respiratórios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultar o tórax - Executar técnicas respiratórias: dissociação de tempos respiratórios, respiração abdómino-diafragmática, reeducação costal global e tosse dirigida</li> <li>- Executar técnica de posicionamento: posição de descanso e relaxamento e correção postural</li> <li>- Repouso com dissociação dos tempos respiratório (ênfase na expiração com lábios semicerrados e inspiração pelo nariz);</li> <li>- Monitorizar ventilação e monitorização da saturação periférica de oxigénio</li> <li>- Instruir e treinar o prestador de cuidados para assistir na ventilação</li> <li>- Otimizar ingestão de líquidos</li> <li>- Capacitar e realizar reforço positivo ao prestador de cuidados na assistência à ventilação</li> </ul>	<p>Na admissão, escala de Borg modificada score 4. Após ensinamentos e treino passa a score 1</p> <p>Aumento da ingestão de líquidos</p>

## Avaliação Global

Escala	Data de Avaliação			
	05 -11 - 2021	10- 11- 2021	22 – 11 - 2021	
<b>Escala de Glasgow</b>	15	15	15	score
<b>Escala de Borg modificada</b>	4	2	1	
<b>Escala Visual Analógica da Dor</b>	4(rep.) 7 (mob.)	4(rep.) 7(mob.)	2(rep.) 4(mob.)	
<b>Escala Índice de Barthel</b>	55/100	60/100	60/100	
<b>Escala de Morse (Risco Quedas)</b>	75	65	55	
<b>Escala de Braden (Risco UPP)</b>	15/24	15/24	15/24	
<b>Medical Research Council (MRC)</b>	MSE + MSD + MIE 4/5; MID 3/5	MSE + MSD + MIE 4/5 ; MID 4/5	MSE + MSD + MIE 5/5 ; MID 5/5	
<b>Escala de Berg</b>	37/56	37/56	42/56	

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.).
- Direção Geral de Saúde, 2003. Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa.
- Queirós, P. J. P., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164.

## **ANEXO I – ESCALA BRADEN**

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Nome do avaliador: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

<p><b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
<p><b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
<p><b>Actividade</b> Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>				
<p><b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
<p><b>Nutrição</b> Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>					<b>Pontuação total</b>			

## **ANEXO II - ESCALA DE BORG MODIFICADA**

---

**Escala de Borg Modificada**

---

<b>0</b>	Nenhuma
<b>0.5</b>	Muito, muito, leve
<b>1</b>	Muito leve
<b>2</b>	Leve
<b>3</b>	Moderada
<b>4</b>	Um pouco forte
<b>5</b>	Forte
<b>6</b>	
<b>7</b>	Muito forte
<b>8</b>	
<b>9</b>	Muito, muito, forte
<b>10</b>	Máxima

---

## **ANEXO III- ESCALA EQUILIBRIO BERG**

## Escala do Equilíbrio de Berg

1) Posição sentada para posição em pé Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente (3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos (2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas (1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se (0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se
2) Permanecer em pé sem apoio Instrução: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar. <b>Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos o item Nº 3. Continue com o item Nº 4.</b>	(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos (3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão (2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho Instrução: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.	(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos (3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão (2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos (1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos (0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos
4) Posição em pé para posição sentada Instrução: Por favor, sente-se.	(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) controla a descida utilizando as mãos (2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida (1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle (0) necessita de ajuda para sentar-se
5) Transferências Instrução: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa.	(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos (2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão (1) necessita de uma pessoa para ajudar (0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados Instrução: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança (3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos (1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé (0) necessita de ajuda para não cair
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos Instrução: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.	(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança (3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão (2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos (1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé Instrução: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.	(4) pode avançar a frente >25 cm com segurança (3) pode avançar a frente >12,5 cm com segurança (2) pode avançar a frente >5 cm com segurança (1) pode avançar a frente, mas necessita de supervisão (0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé Instrução: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.	(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso (3) olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (1) necessita de supervisão para virar (0) necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
11) Girar 360 graus Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.	(4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos (3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos (2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais (0) necessita de ajuda enquanto gira
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio Instrução: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.	(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos (3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20 segundos (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda (1) capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente Instrução: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos (2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé
14) Permanecer em pé sobre uma perna Instrução: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.	(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 segundos (3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos (2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por $\geq$ 3 segundos (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
<b>Score Total</b>	<b>_____ /56</b>

## **ANEXO IV-ESCALA MORSE**

*Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse*

<b>Item</b>	<b>Pontuação</b>
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

**ANEXO V – ESCALA DE BARTHEL**

### Escala de Barthel

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

TOTAL	
-------	--

**ANEXO VI- MEDICAL RESEARCH COUNCIL**  
**Escala Força Muscular**

Escala de Avaliação da Força Muscular  
(MRC-Medical Research Council)

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

**APÊNDICE III- Estudo de caso do Sr.º D.F.M.M.**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

**ESTUDO DE CASO**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**LISBOA**  
**Fevereiro 2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**ESTUDO DE CASO**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**Professora Orientadora**

Professora Dr.<sup>a</sup> Cristina Baixinho

**LISBOA**

**Fevereiro 2022**

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

CH - Centro Hospitalar

CPM- Ciclos por Minuto

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA - Equipa Gestão de Altas

LCA - Ligamento Cruzado Anterior

MFR - Medicina Física e Reabilitação

MRC - Medical Research Council

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

1- APRESENTAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO.....	6
2-AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	7
3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	10

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, emerge o presente estudo de caso, expondo os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família no contexto hospitalar. Corroborando as atividades delineadas face aos objetivos de aquisição de competências especializadas de enfermagem de reabilitação nesta área de intervenção.

O ensino clínico ocorre num centro hospitalar (CH) da região de Lisboa e Vale do Tejo, no serviço de ortopedia.

No intuito de desenvolver intervenções de EEER, maximizando os potenciais da pessoa submetida a cirurgia ortopédica, por meio da aplicação de programas de reabilitação funcional e da capacitação para o autocuidado, baseado no ensino e treino das mesmas.

Como evidencia o Regulamento das Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019) a reabilitação sendo uma especialidade multidisciplinar, sustentada num conjunto de conhecimentos e procedimentos próprios, contribui para melhorar a função, promover a independência, maximizar a satisfação da pessoa e assim deste modo salvaguardar a sua autoestima, o enfermeiro de reabilitação no contexto hospitalar assume uma posição privilegiada, na medida em que, atua de forma aguda e considera as potenciais dificuldades da pessoa no imediato, podendo promover e antever a potencialidade de reabilitação.

## 1- APRESENTAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO

<b>Nome</b>	D.F.M.M.	<b>Idade</b>	36
<b>Género</b>	Masculino	<b>Etnia</b>	Caucasiana
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	<b>Estado Civil</b>	Casado
<b>Profissão/ Ocupação</b>	Técnico de Segurança	<b>Escolaridade</b>	11º ano
		<b>Alergias</b>	Desconhece
<b>Agregado Familiar</b>	Habitação própria, apartamento num 2º andar em prédio. Núcleo familiar: vive com esposa e dois filhos.		
<b>Cuidador</b>	Esposa		

<b>Antecedentes pessoais</b>	Hérnia do hiato; Refluxo gastro esofágico Vacinação: vacina para SARS COV 2 com 2 tomas.
<b>Hábitos aditivos</b>	Fuma 20 unidades/dia Álcool ocasionalmente
<b>Condições De habitabilidade e acessibilidade</b>	Apartamento num segundo andar, prédio com elevador.
<b>Diagnóstico médico atual</b>	Lesão do ligamento cruzado anterior e lesão do menisco interno do joelho direito. Submetido a Ligamentoplastia e meniscectomia a 13 de janeiro 2022.

**Medicação habitual** – não faz medicação

**História de Doença Atual**

Admitido num Hospital no serviço de ortopedia 2, com o diagnóstico de lesão do LCA e menisco interno. Desportista ativo, associa o seu diagnóstico a esforço maciço ao longo dos anos e a acidente de mota há 2 anos. Submetido a Ligamentoplastia e meniscectomia do joelho direito a 13 de janeiro 2022 sob anestesia geral com máscara laríngea, sem complicações operatórias. Penso cirúrgico íntegro e limpo, dreno com vestígios. Após 24 h de internamento retirado dreno e realizado penso. Alta a 14 de Janeiro de 2022 para o domicílio.

## **2- AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

### Avaliação Inicial e Exame Físico

No dia 13 janeiro 2022 pelas 9h é admitido no serviço de ortopedia, realizado acolhimento à pessoa, tendo sido submetido a Ligamentoplastia e meniscectomia no mesmo dia às 12h.

### Diagnóstico Social

O D.F.M.M. tem 36 anos, reside com a esposa e dois filhos menores.  
Pessoa com suporte familiar.

### Situação Habitacional

Habitação própria, andar em prédio com elevador.

### Dieta:

Geral, polifracionada

### Sinais vitais

No momento da admissão a 13 janeiro 2022:

Tensão Arterial: 132/63mmhg

Frequência Cardíaca: 60

Temperatura: 36,3

Frequência Respiratória: 14cpm

Saturação Periférica: 100%

### Avaliação da Dor : 13 janeiro 2022

*No momento da admissão:*

Localização: Membro inferior direito.

Fatores de agravamento: Mobilizações, marcha e transferências.

Fatores de Alívio: Repouso e analgesia.

Score: Escala Numérica da Dor: 3 durante a marcha.

*No Pós operatório:*

Localização: Membro inferior direito.

Fatores de agravamento: Mobilizações, na tentativa de extensão e flexão do joelho.

Fatores de Alívio: Repouso, analgesia e gelo.

Score: Escala Numérica da Dor: 6 durante a mobilização assistida.

#### Consciência:

Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.

Comunicativo e bem disposto.

Glasgow score nível 15

(Abertura ocular – Espontânea (4) Resposta Verbal – Orientada (5) Resposta Motora – Obedece a Ordens (6).

#### Pele e mucosas:

Corada e hidratada. Sem sinais de desidratação. Sem lesões cutâneas.

No pós operatório apresenta ligadura do membro inferior direito com dreno aspirativo com vestígios de sangue, sutura com agrafes cirúrgicos.

Score de 15 na escala de Braden (Baixo risco) (Anexo I).

#### Linguagem:

Sem alteração da compreensão, do discurso verbal, da nomeação.

#### Ventilação

Eupneico em repouso, Score de 0,5 na escala de Borg modificada: na marcha (Anexo II);

Auscultação pulmonar : Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares;

Inspeção Estática: Não se observam alterações ao nível da morfologia torácica;

Inspeção Dinâmica: Respiração de predomínio toracoabdominal de média amplitude, simétrico e regular, frequência respiratória de 14 cpm e Saturação periférica de oxigénio 100 %, em ar ambiente, sem recurso a músculos acessórios;

Palpação do tórax: Sem alteração da expansão do tórax;

Percussão: Som normal à percussão em todo tórax;

Tosse: eficaz;

Características secreções: não apresenta.

### Coordenação dos Movimentos

#### *No pós operatório*

Membros superiores: Executa a oposição do polegar; alternância palmar; prova de index-nariz sem alterações.

Membros inferiores: Prova calcanhar Joelho sem alterações do membro inferior esquerdo. Não consegue realizar do membro inferior direito.

### Equilíbrio:

Avaliação do equilíbrio ortostático estático e dinâmico, com score de 49/56 na escala de equilíbrio de Berg (Anexo III).

Apresenta alguma dificuldade em rolar no leito; Realiza meia ponte.

### Marcha

Marcha com canadianas. A largura do passo do pé esquerdo ultrapassa o pé direito em apoio e eleva-se totalmente do solo; a largura do pé direito ultrapassa o pé esquerdo em apoio, eleva-se com alguma dificuldade do solo.

Score 35/125 escala de Morse (Anexo IV).

### Avaliação Funcional

Refere que o seu estado de saúde impõe limitação no autocuidado, nomeadamente na marcha, vestir/despir os membros inferiores.

Score 80/100 no Índice de Barthel (Anexo V).

### Força Muscular

Avaliado pela escala : Medical Research Council (Anexo VI).

Avaliados os 3 movimentos do membro inferior direito (dorsiflexão do pé, extensão do joelho, flexão da anca).

Apresenta Score 4: Movimento articular completo contra a gravidade e alguma resistência em todos os segmentos, contudo evidencia-se limitações articulares nos seguintes segmentos: devido a dor aquando da aplicação de resistência ao movimento:

- Anca direita (Score de 3 – MRC)
- Joelho Direito (Score de 3 – MRC).

### 3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E AVALIAÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Auto Cuidado:</b> Andar com auxiliar de marcha comprometido devido à dor	Controlar a dor de modo a promover a marcha.	Monitorizar a dor- Escala Visual analógica da dor; Monitorizar a administração da analgesia; Avaliação das características: local, duração, fatores precipitantes e de alívio Administração de analgesia antes da marcha; Treino de marcha com canadianas.	Utente queixoso, aquando das mobilizações e transferências (score 6) – Administração de analgesia antes das mobilizações, transferências e treino de marcha com canadianas, com efeito. Colaborante e motivado no plano reabilitativo. Evolução com melhoria da dor- Score 2 nas mobilizações, transferências e treino de marcha. Realiza marcha com auxílio de canadianas sem dor.
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Auto Cuidado:</b> Vestuário comprometido	Independência no autocuidado vestir e despir	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir e treinar: vestir-se : início pelo membro afetado e despir-se com início do lado oposto.</li> <li>- Instruir sobre uso de dispositivos auxiliares: tais como calçadeira de cabo longo e calçador de meias.</li> </ul>	Na admissão não apresentava conhecimentos na atividade vestir e despir, adquiriu conhecimentos, no momento apresenta-se independente neste auto cuidado.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p><b>Auto Cuidado:</b> – Andar com auxiliar de marcha comprometido</p>	<p>Independência na atividade de marcha</p>	<p>Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (canadianas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Execução de marcha com sustentação parcial do peso corporal, cumprindo uma carga parcial do membro;</li> <li>- Após estar em pé, utente desloca as canadianas para a frente, dá um passo com o membro operado e efetuando carga parcial segue o passo com o membro são, sem ultrapassar a base do auxiliar de marcha; Adequar a altura das canadianas.</li> <li>- Treinar e avaliar andar com auxiliar de marcha;</li> <li>- Treinar manobras de alternância de direção;</li> <li>- Avaliar e Instruir sobre condições de segurança no treino de marcha, como controlo de equilíbrio corporal, remoção de obstáculos, uso de calçado confortável e bem-adaptado aos pés;</li> </ul> <p>-Realizar reforço positivo.</p>	<p>Deambula com auxílio de canadianas Neste momento está capacitado e independente.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Auto Cuidado:</b> Higiene comprometido.	Independência no autocuidado: higiene	Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esponja de cabo comprido, cadeira sanitária, banco para apoio do membro inferior afetado, uso de roupão para secar o corpo após a higiene</li> <li>- Treinar e avaliar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado higiene</li> </ul>	Na admissão apresentava independência no autocuidado higiene, após a cirurgia apresenta limitações pela presença de penso e dreno. No momento da alta com capacitação e independente no autocuidado.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>Auto Cuidado</b> Transferir-se comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica	Independência na capacidade para transferir-se	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se (Trapézio e grades da cama) Avaliar e treinar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para transferir-se</li> <li>- Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se respeitando a sequência de ações: para realizar o levante da cama: chegar o corpo para a beira da cama do lado operado (direito); sentar na cama com apoio dos braços e ao mesmo tempo rodar a bacia e pernas para fora da cama; descer lentamente até colocar os pés no chão, sendo primeiro a perna não operada (esquerda)</li> </ul>	Após ensinamentos e treino de técnicas de transferências, cumprindo adequadamente a técnica, realiza transferências de modo adequado e com diminuição da dor durante as mesmas. No momento da alta com capacitação e independente no autocuidado.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Risco de queda relacionado com a dor, diminuição da força muscular, equilíbrio e insegurança	Prevenir possíveis quedas Promoção do Ambiente seguro	<p>Avaliar a força muscular (MRC); Avaliar risco de Quedas (escala de Morse)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a força muscular: membros superiores - exercícios isotônicos. Membros inferiores: exercícios isotônicos e isométricos</li> <li>- Controlar a dor.</li> <li>- Trabalhar a auto confiança</li> <li>- Otimizar ambiente físico seguro: Disponibilizar objetos de maior necessidade por perto, de modo que, quando sejam necessários, estejam facilmente acessíveis;</li> <li>- Ensinar acerca da importância do ambiente seguro no domicílio e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de acidentes.</li> </ul>	<p>Apresenta força muscular (MRC) de grau 5 a nível de todos os membros exceto do membro inferior direito - score 3</p> <p>Participativo e motivado nas mobilizações musculo articulares ativas-assistidas. Escala de Morse score 35. Administrada analgesia antes dos exercícios Adaptação do ambiente físico e barreiras arquitetónicas.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Ferida cirúrgica no joelho direito	Promover a cicatrização da ferida cirúrgica.	<p>Avaliar a ferida cirúrgica. (temperatura, cor, sensibilidade, rubor, edema e hematoma); Realizar penso cirúrgico (com técnica asséptica, limpeza com soro fisiológico e colocado penso impermeável); Retirar dreno 24h após com contabilização do conteúdo drenado. Confirmação que retira agrafes na 1º consulta pós operatória; Aplicar gelo.</p>	<p>Ferida cirúrgica de agrafos, sem sinais inflamatórios Retirado dreno a 14 de janeiro às 10h tendo drenado 50cc Retira agrafos na consulta de ortopedia.</p>

No momento da alta foi considerado os seguintes aspetos:

O Sr.º D.F.M.M. têm de estar capacitado nos autocuidados comprometidos.

- Capacitado para caminhar em segurança e de modo adequado com canadianas, assim como no subir e descer escadas.
- Aquisição e compreensão de medidas de prevenção de quedas e adaptação apropriada do seu domicílio dando resposta à sua nova condição de mobilidade.
- Conhecimento do plano terapêutico prescrito.
- Alerta de sinais e sintomas de infeção e procura de cuidados de saúde .
- Conhecimento da técnica de levantar da cama ou do sofá.
- Consulta médica agendada assim como a fisioterapia prescrita pelo médico.
- Consciência de uma alimentação saudável.
- Capacidade de gerir a tolerância à atividade física.
- Conhecimento de exercícios a realizar deitado, sentado e em pé, assim como entrar no carro.
- Entrega de folheto informativo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.).
- Direção Geral de Saúde, 2003. Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa.
- Queirós, P. J. P., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164.

**APÊNDICE IV- Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Comunitário**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**Jornal de Aprendizagem**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**LISBOA**

**Novembro 2021**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com Relatório**

**Jornal de Aprendizagem**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**Professora Orientadora**

Professora Dr.<sup>a</sup> Cristina Baixinho

**LISBOA**

**Novembro 2021**

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA - Equipa Gestão de Altas

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de vida diária

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

1- Descrição da situação	6
2- Pensamentos e sentimentos	7
3- Avaliação	7
4- Análise	9
5- Conclusão	10
6- Planeamento da ação	11

### BIBLIOGRAFIA

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, é proposto a realização de um jornal de aprendizagem sobre uma situação de cuidados.

O presente trabalho pretende contribuir no desenvolvimento e aquisição de competências especializadas de reabilitação, tendo por base a prestação de cuidados no contexto clínico decorrido na ECCI. Assente numa metodologia reflexiva alicerçado no Ciclo Reflexivo de Gibbs, que permite pensar numa determinada situação ocorrida, permitindo a reflexão da experiência e sentimentos que proveem da mesma.

Permitindo a sua avaliação e análise, direcionando a uma determinada conclusão das opções delineadas e organização de ações. Precede-se à descrição da situação, com menção dos sentimentos e pensamentos que desta advém, assim como à avaliação, análise e sua conclusão.

## 1- Descrição da situação

No decorrer do ensino clínico na comunidade, surge a presente situação merecida de reflexão. Na primeira semana de estágio conheci a D<sup>a</sup>. A., utente de 63 anos moçambicana que reside com a filha mais nova. Esta residia em França, contudo veio para Portugal para tomar conta da mãe. Tem uma filha menor de quem também cuida.

A D<sup>a</sup> A. sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) há três meses tendo estado internada no hospital central e posteriormente encaminhada para uma unidade de reabilitação no entroncamento. Desta situação clínica resultou, hemiparesia direita e afasia grave. Durante um mês manteve-se na unidade de reabilitação, tendo vindo para casa, após referenciação na rede nacional de cuidados continuados (RNCCI) à equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), com melhorias significativas segundo a enfermeira gestora de caso (EEER orientadora de estágio).

No momento da admissão, apresentava afasia grave hemiparesia direita do membro superior e hemiplegia do membro inferior direito. Segundo a orientadora de estágio iniciou-se um plano reabilitativo tendo em conta a sua afasia e de reeducação funcional motora, durante três dias por semana (2<sup>a</sup>.4<sup>a</sup>,6<sup>o</sup>).

Conheci-a na primeira semana de estágio, vive numa pequena casa num 2<sup>o</sup> andar sem elevador. Uma casa com dois quartos, tem uma cama articulada e cadeira de rodas, uma sala com sofá e televisão onde permanece a maioria do tempo, um quarto para a filha e neta e uma cozinha e wc. A filha adquiriu nesse dia o quadripé que a EEER tinha solicitado.

No momento a D<sup>a</sup> A. mantinha a afasia, no plano de reabilitação a EEER gestora de caso, deu-lhe uma língua da sogra e tentava que assobiasse. Executado mobilizações em todos os segmentos articulares e exercícios terapêuticos, auto mobilizações assistidas dos membros superiores, treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e de pé.

A D<sup>a</sup> A. permanecia bastante tempo deitada no sofá da sala, sendo necessário o treino de técnica de transferência do sofá para a cadeira de rodas. Iniciámos o treino de marcha com o quadripé adquirido, com boa adaptação e muitos sorrisos.

## **2- Pensamentos e Sentimentos**

Apraz referir que não tendo qualquer experiência profissional na comunidade, não detinha de todo conhecimento do trabalho desenvolvido pelo EEER nesta área.

O presente estágio desperta em mim grande expectativa, uma tempestade de emoções, na medida em que, desconheço a realidade laboral na comunidade, levando-me a sentir alguns receios e inseguranças, por outro lado a curiosidade e a ânsia de descobrir, interagir e integrar uma equipa de cuidados continuados.

Este desconforto permite o crescimento e o desenvolvimento pessoal e profissional, sendo impulsionador do conhecimento. A integração na equipa foi um processo gradual e sereno, não poderia ter sido mais bem recebida e integrada.

Desta oportunidade de experiência emergiram variadas inquietações nunca antes refletidas, nomeadamente em que medida o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação marca a sua diferença na prestação direta de cuidados na comunidade.

## **3- Avaliação**

As atividades desenvolvidas ao longo deste contexto de estágio permitiram além de integrar na equipa de reabilitação da ECCI constituída por quatro EEER, concederem-me o conhecimento do processo de referenciação e admissão da pessoa na UCC, assim como a visão holística da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Neste sentido as pessoas são referenciadas pela RNCCI no momento da alta hospitalar, por meio da EGA (Equipa de Gestão de Altas) ou pela ECCI.

Num primeiro momento é efetuado a avaliação médica, de enfermagem e social que constam no sistema informático da RNCCI, de acesso a todos os elementos da equipa de saúde. Posteriormente a Equipa Coordenadora Local (ECL) de acordo com a informação e situação da pessoa define a tipologia de internamento em unidade ou acompanhamento pela ECCI no domicílio. Ao ser admitido na ECCI é atribuído a um Enfermeiro Gestor de Caso, sendo a sua capacidade de 20 utentes.

Após a integração da pessoa, é então realizada uma visita domiciliar inicial nas primeiras 24 horas pelo Enfermeiro Gestor de Caso e assistente social, sendo elaborado um plano de cuidados de reabilitação, com a programação dos diagnósticos de enfermagem com as respetivas intervenções no programa informático Sclinico. A

reavaliação do plano de intervenção é mensal podendo ocorrer ajustes ou readaptações das intervenções delineadas.

A D<sup>o</sup> A. ao longo das semanas evidenciou um declínio funcional, não dormia segundo a filha, tendo sido realizado um ajuste terapêutico por parte do médico da equipa da ECCI, com pouco efeito. Não realizava os exercícios delineados e não deixava a filha ajudar no plano reabilitativo definido. Ao longo das semanas de visita domiciliar observa-se uma diminuição da força muscular dos membros inferiores, realizar treino de marcha torna-se cada vez mais difícil e penoso para a D<sup>a</sup> A. sendo evidente que a mesma não executa qualquer tipo de exercício, havendo também uma desistência por parte da cuidadora para tal.

A incapacidade decorrente de um AVC está relacionada com os danos específicos nas estruturas cerebrais e sua função e conseqüentemente o impacto que representa no movimento, nas atividades de vida e na sua participação (Almeida et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003) a recuperação pós AVC passa por quatro momentos. O primeiro define-se como o estadio flácido, em que ocorre persistência da hipotonia com hemiparesia ou hemiplegia e perda sensorial severa; o segundo é o estadio de recuperação com a evolução para o tónus normal, os movimentos iniciam-se nos membros, primeiro mais distalmente, permanecendo na generalidade uma leve incapacidade; a terceira fase é de hipertonia (estadio espástico) na qual a recuperação da função motora com uma evolução para a espasticidade é bastante frequente; e por último a fase da ataxia na qual os movimentos são descontrolados e excessivos, havendo dificuldade na realização e manutenção das posições intermediárias de um movimento.

A mobilização ativa e frequente permite obter ganhos em saúde e na qualidade de vida da pessoa, maximizando a independência, indo de encontro à premissa de que a intervenção do EEER tem entre outros o objetivos de promover a qualidade de vida, maximizar da funcionalidade, prevenir complicações evitando ou minimizando as incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo Raposo et al. (2020) a capacitação familiar assume ganhos em saúde, na medida em que, o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos estratégicos de adaptação permitem melhor adequação à nova condição de saúde da pessoa.

A família é vista como a unidade central e social da pessoa, onde se incluem e assumem responsabilidades. Objetivando a atual situação, a resposta social de apoio

à pessoa no domicílio é insuficiente, perante o seu estado de dependência e necessidades dos cuidadores (Martins et al., 2016).

A intervenção do EEER invoca o seu mérito enquanto as respostas sociais são desajustadas às reais necessidades da pessoa e cuidador.

A reabilitação da pessoa com AVC concentra-se no desempenho das AVD e na recuperação funcional da pessoa, não obstante é necessário evocar a importância das orientações realizadas no domicílio, que ajudam na evolução da recuperação.

Assim sendo, torna-se imprescindível a avaliação da pessoa no seu ambiente domiciliar, sendo as atividades definidas direcionadas para o melhor desempenho nas atividades sociais e de vida diária e para a melhora da capacidade motora, da destreza manual e da deambulação (Garcia et al., 2018).

#### **4- Análise**

Ao longo das semanas de estágio testemunhei a visão do EEER pela pessoa, não existindo uma visão por segmentos, mas sim num todo inseparável.

Manter o equilíbrio físico, emocional implica recorrer a ajuda de modo a readquirir a independência. A pessoa e a família constituem uma unidade e o apoio prestado a estes, assume-se como imprescindível no contexto comunitário. A análise de instrumentos de avaliação após a elaboração e implementação do programa de reabilitação permite entender as alterações.

A avaliação da força muscular assim como as intervenções implementadas no diagnóstico de movimento muscular diminuído, surgem pela relação direta da imobilidade e o aparecimento de complicações como a espasticidade (Silva et al., 2014).

O plano de reabilitação da D<sup>a</sup> A. tinha como objetivo o aumento da autonomia através da aquisição de marcha segura com quadripé, com fortalecimento muscular e aumento da tolerância a esforços e melhoria das amplitudes articulares dos membros inferiores (principalmente ao nível da tibiotársica direita).

Nas variadas visitas foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores deitada, sentada e em pé, efetuado o treino de marcha com quadripé, com adaptação à utente. Numa das primeiras visitas do estágio realizamos treino de subir escadas.

Lamentavelmente este quadro veio a degradar-se e a desaparecer ao longo das semanas seguintes, a D<sup>a</sup> A. apresentava-se renitente em realizar os exercícios, com labilidade emocional e declínio funcional visível.

Perante a incapacidade da cuidadora (filha) conseguir realizar qualquer tipo de exercício reabilitativo e a inércia instalada na D<sup>a</sup> A. a Enfermeira Gestora de Caso numa das reuniões quinzenais da equipa multidisciplinar discute o caso.

É essencial por vezes parámos e termos a capacidade de distinguir reais situações, priorizando as necessidades da pessoa. Neste momento por mais que a D<sup>a</sup> A. necessitasse da nossa intervenção, não estava minimamente motivada, assim como a sua filha capacitada para um plano de reabilitação. Ocorreu uma regressão das competências adquiridas em ambas num curto espaço de tempo, perante várias tentativas de envolver de novo a filha nos cuidados e a D<sup>a</sup> A. sem sucesso, opta-se por apresentar a sugestão de internamento numa unidade de reabilitação novamente.

Segundo Suhonen (2008) o foco devem ser as intervenções educativas, com o objetivo de capacitar a pessoa, de modo a ser capaz de tomar a decisão, sobre os cuidados a receber. Este assenta no conceito de parceria de cuidados, que consiste num processo de negociação sobre prioridades e preferências, em que o papel do enfermeiro é estar presente, oferecer suporte pessoal, habilidade, sabedoria e prática, no processo de capacitação da pessoa.

A presente situação induz a um sentimento de impotência na Enfermeira Gestora de Caso e em mim, contudo nos últimos dias não havia qualquer tipo de intervenção efetiva e completa. A falta de motivação e a incapacidade de motivar leva a decisão de referenciação.

Claramente será o melhor para a D<sup>a</sup> A. na medida em que, terá cuidados de reabilitação permanentes e com condições que o domicílio não o permite. Assim como a sua filha terá menor sobrecarga de cuidador.

## **5- Conclusão**

A prática de cuidados do EEER proporciona ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde, demonstrando a importância e necessidade de existência da Enfermagem de Reabilitação em todos os contextos da prática clínica.

Considero-me privilegiada por ter tido oportunidade de integrar numa equipa tão dinâmica, profissional e empática. Em que desenvolvi competências de enfermagem de reabilitação, que neste contexto comunitário foram de extrema importância, dado que evidenciam a capacidade de adaptação às variadas situações

complexas, tanto no contexto clínico, recursos materiais, humanos e físicos existentes, contribuindo para o meu crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal.

## **6- Planeamento da ação**

A nossa ação indubitavelmente é direcionada para o benefício da pessoa e sua família. Enquanto EEER devemos possuir capacidades de introspeção de modo a termos discernimento nas nossas ações. Esta situação permitiu-me pensar que por vezes não estamos preparados para dizer “basta” preciso de ajuda. Sendo necessário voltar atrás no plano reabilitativo de modo a obtermos ganhos em saúde da pessoa.

Necessitamos ainda de desenvolver estratégias de motivação à pessoa e cuidador, na medida em que o nosso cuidado é centrado na humanização. A pessoa necessita de ser compreendida, esclarecida e motivada no seu processo de reabilitação, afastando-nos do paradigma do modelo biomédico. É necessário conhecer quais os objetivos, pensamentos, questões e desconfortos da pessoa, de modo a direcionar o plano reabilitativo, baseado na flexibilidade, confiança e adaptação. Esta sintonia deve ser tida em conta por toda a equipa multidisciplinar e família.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, P. M. D., Santo, A., Dias, B., Faria, C. F., Gonçalves, D., Silva, M. C. E., & Castro-Caldas, A. (2015). Hands-on physiotherapy interventions and stroke and International Classification of Functionality, Disability and Health outcomes: A systematic review. *European Journal of Physiotherapy*, 17(3), 100-115. <https://doi.org/10.3109/21679169.2015.1044466>
- Garcia, C. C., dos Santos, F. R. P., dos Santos, K. M., & Negri, N. B. (2018). Adesão às orientações prescritas em domicílio para pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *ConScientiae Saúde*, 17(2), 144-154.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6a ed. St. Louis: Mosby;
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral - Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. (M. F. Lopes, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (2020). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Sup 1), 18-28
- Silva, D., Nascimento, C., & Brito, E. (Fevereiro de 2014). Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós- AVC: Revisão da Literatura. *Revista Neurociências*, 21 (4), pp. 620-627.
- Suhonen, R., Valimaki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*. P. 843-60. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x.
- Santos, C. A. D. S. (2019). O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: revisão da literatura (Doctoral dissertation)

Martins, M. M., Martins, A. C., & Martins, A. R. (2016). Reeducação Familiar/Social–Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. Marques-Vieira C, Sousa L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (1ª ed). Loures: Lusodidacta, 3-136.

**APÊNDICE V- Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Hospitalar**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**Jornal de Aprendizagem**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**LISBOA**

**Fevereiro 2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**Jornal de Aprendizagem**

**Autora**

Ana Mafalda de Bettencourt Mantas (nº10539)

**Professora Orientadora**

Professora Dr.<sup>a</sup> Cristina Baixinho

**LISBOA**

**Fevereiro 2022**

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA - Equipa Gestão de Altas

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de vida diária

PTA – Prótese Total da Anca

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

1. Descrição da situação	6
2. Pensamentos e Sentimentos	6
3. Avaliação	7
4. Análise	8
5. Conclusão	9
6. Planeamento da ação	10

### BIBLIOGRAFIA

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, é proposto a realização de um jornal de aprendizagem sobre uma situação de cuidados.

Tendo por base o contexto hospitalar, emerge o presente trabalho no decorrer da prática clínica de desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista em reabilitação. Baseado numa metodologia reflexiva, sustentada no Ciclo Reflexivo de Gibbs, que permite pensar numa determinada situação ocorrida, permitindo a reflexão da experiência e sentimentos que proveem da mesma.

Precedendo à sua avaliação e análise, direcionando a uma determinada conclusão das opções delineadas e organização de ações. Elaborada a descrição da situação, com menção dos sentimentos e pensamentos que desta advém, assim como à avaliação, análise e sua conclusão.

## **1- Descrição da situação**

No decorrer do ensino clínico hospitalar, surge a presente situação merecida de reflexão. Senhora de 78 anos, leucodermica reside em Torres Vedras na companhia do esposo, apresenta como antecedentes diabetes tipo I, obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial. Medicada pelo médico de família, que cumpre. Sem alergias medicamentosas conhecidas e sem antecedentes cirúrgicos. Seguida na consulta de ortopedia de Torres Vedras por coxartrose bilateral, tendo sido proposta para intervenção cirúrgica.

Admitida no serviço de ortopedia pelas 9h, proposta para colocação de prótese total da anca (PTA) esquerda em 3º tempo cirúrgico.

No momento da sua admissão durante o acolhimento e realização da anamnese é perceptível a falta de informação sobre a sua condição atual e proposta cirúrgica. Segundo a mesma, iria ser operada bilateralmente no mesmo tempo cirúrgico.

Ao longo da colheita de dados para a avaliação inicial da pessoa, percebe-se que não tem qualquer apoio no seu regresso a casa, na medida em que o seu esposo apresenta comorbilidades incapacitantes para o fazer. Perante esta situação, procede-se a dupla confirmação com processo clínico e proposta cirúrgica com médico responsável, sendo confirmado a lateralidade, esquerda.

No intuito de agilizar as condições necessárias para a alta contacta-se a assistente social, de modo a iniciar o processo de apoio.

## **2- Pensamentos e Sentimentos**

A escolha do presente contexto clínico detinha como atividade definida conhecer e integrar nas consultas Rapid Recovery, enunciadas no projeto de estágio, dando resposta à competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, em que foi delineado o objetivo específico de: Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na consulta pré-operatória tendo em conta a sua autonomia e manutenção do seu exercício de cidadania.

No entanto, por motivos pandémicos e por gestão de recursos humanos, no momento as mesmas não ocorrem.

Após a referida situação exposta, múltiplos foram os meus pensamentos e sentimentos. Como é possível uma pessoa ser internada, proposta para cirurgia e não deter o conhecimento da sua intervenção ou dos cuidados pós-operatórios necessários à sua nova condição.

A realidade da Sr<sup>a</sup> D. M.R.R.M é a de muitos, a pessoa é proposta para cirurgia na consulta de ortopedia, em que o médico explica a intervenção, mas aliado ao tempo entre a proposta cirúrgica e a sua realização e a literacia da pessoa, condiciona indubitavelmente a sua admissão.

### **3- Avaliação**

Considerando a possibilidade de a pessoa participar no programa Rapid Recovery claramente situações como a exposta eram nulas. O Programa Rapid Recovery permite que a pessoa antes de ser operada, num momento anterior considerável, seja acolhida por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte o EEER, médico, assistente social e em alguns casos anestesistas.

A situação social da pessoa é conhecida e caso não haja condições para a alta, estas são procedidas. O médico explica o procedimento cirúrgico e apresenta os dispositivos médicos a colocar, o EEER inicia o processo de reabilitação da pessoa naquele momento, delineando, planeando e executando-o. A pessoa é acompanhada por um tutor/familiar durante o internamento que ajuda a interiorizar o programa de reabilitação e que em casa, irá lembrar os ensinamentos realizados.

Santos e Benedet (2011) num estudo realizado com o intuito de identificar o efeito da educação no pré-operatório na recuperação do utente cirúrgico, expressa que ambas estão interligadas, na medida em que a pessoa proposta a cirurgia não detém conhecimentos, sendo motivo de ansiedade. Os ensinamentos pré-operatórios individualizados, desencadeiam o sentimento de tranquilidade e otimismo, além de que são realizados, exercícios respiratórios essenciais à recuperação rápida e com o mínimo de complicações.

Pina e Baixinho (2020) referem que a associação da consulta pré-operatória a programas de reabilitação, sendo estes estruturados e multiprofissionais, estabelecidos no pré-operatório, apresentam vantagens, no que concerne à gestão da dor e ansiedade, permitem a aquisição de conhecimentos sobre a cirurgia e conseqüentes alterações no autocuidado, diminuindo o tempo médio de internamento com ganhos económicos e melhor aceitação e adesão ao programa de reabilitação individualizado pré-estabelecido. Sendo que a inexistência dos mesmos, leva a

dificuldades desde a admissão até à falta do planeamento da alta, com impacto negativo no autocuidado e na dependência/independência no momento do regresso a casa.

Neste momento torna-se impreterível expor os objetivos de enfermagem delineados por Orem (2001): Baixar a exigência de autocuidado para um nível a que a pessoa possa dar respostas; Ajudar a pessoa a aumentar as suas capacidades de dar resposta à exigência de autocuidado; Ajudar o cuidador da pessoa a prestar cuidados dependentes, quando o autocuidado não é possível; Satisfazer o autocuidado da pessoa quando nenhum dos anteriores é respondido. Indubitavelmente estes assentam na premissa do programa Rapid Recovery, assim como nas competências do EEER.

A marcha na presente situação, durante o pós operatório torna-se por vezes um grande obstáculo à nova condição de saúde, a sua complexidade conduz a um conhecimento profundo do seu mecanismo, por meio de uma avaliação rigorosa, com o objetivo de a pessoa ser o mais autónoma possível, mesmo que com o auxílio de produtos de apoio, na medida em que, o tempo da capacidade para andar está interrelacionado com o tempo de recuperação da independência e manutenção do seu autocuidado.

O regresso a casa constitui um momento determinante na sua vida, no qual o enfermeiro de reabilitação é responsável pela promoção da autonomia face ao autocuidado e promoção das competências dos agentes informais de autocuidado terapêutico e do seu bem-estar, bem como para as necessidades de cuidados na sociedade atual (Orem, 2011).

#### **4- Análise**

O processo de admissão da Sr<sup>a</sup> D. M.R.R.M no serviço de internamento destacou-se pela ausência de informação e conhecimento da sua condição atual, assim como a falta de apoio social no momento da alta. Esta situação criou ansiedade à pessoa, dado que a mesma pensava que ia ser submetida a cirurgia bilateral e que iria para casa, não questionando a sua dependência e a inexistência de apoio. Durante o internamento a alta foi protelada até serem reunidas as condições necessárias que deram resposta às necessidades da pessoa.

Oliveira et al. (2012) consideram o momento pré-operatório, nomeadamente a consulta de enfermagem como uma forma eficiente, de constatação precoce de

possíveis desvios de saúde e de acompanhamento das decisões instituídas, tendo em conta o bem estar da pessoa. Promovendo a imagem do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro durante o seu atendimento, sendo os cuidados de reabilitação primordiais no período pré-operatório contribuindo para uma recuperação em tempo útil das funções da articulação afetada, bem como para a aquisição da independência para a realização das atividades de vida diária (Parente et al., 2009) a enfermagem de reabilitação evoca então, o objetivo de prevenir, habilitar e recuperar promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa (OE, 2015).

Segundo Violante e Cruz (2014) a aceitação da reabilitação é essencial baseada na estrutura emocional, na medida em que por vezes causa dor e algum sofrimento durante o processo de recuperação reabilitativo da funcionalidade do membro inferior.

Petronilho (2012) refere que o foco é o autocuidado, assim como a promoção da saúde e seu resultado, existindo meios de revogar obstáculos tendo como objetivo a promoção do autocuidado da pessoa. Caracterizado numa base teórica de ações cognitivas e comportamentais, acarretando atividades educacionais planeadas de aquisição de conhecimentos de modo a responder às necessidades consequentes do processo de transição saúde-doença.

O EEER detém conhecimentos e a incumbência de efetivar ensinamentos que minimizam o desconforto e incapacidades da pessoa, promovendo a adaptação à sua nova condição, através de aprendizagens que promovam a sua reintegração no seu meio e consequentemente ocorrer ganhos em saúde.

## **5- Conclusão**

O processo cirúrgico acarreta possíveis alterações temporárias e/ou permanentes para a pessoa, envolvendo a sua imagem corporal, funcionalidade e dependência, assim como a sua família.

É fundamental envolver a pessoa e sua família em todo o processo de cuidados desde a orientação pré-operatória, respeitando sempre as suas crenças valores e cultura. Cabe ao EEER proporcionar à pessoa e sua família conhecimentos de como manter, restaurar ou adaptar a sua saúde tendo em conta a maior independência possível.

Num estudo, Santos e Benedet (2011) revelam que os enfermeiros afirmam que a orientação pré-operatória facilita a recuperação da pessoa, diminuindo a

ansiedade, fortalece o vínculo com o profissional de saúde e aumenta a segurança no procedimento a realizar.

A Sr<sup>a</sup> D. M.R.R.M se tivesse acesso ao programa Rapid Recovery claramente detinha conhecimentos sobre a sua condição de saúde atual, assim como as condições de alta estariam salvaguardadas, havendo uma diminuição do tempo de internamento e conseqüentemente nos custos em saúde.

## **6- Planeamento da ação**

O programa Rapid Recovery é uma mais-valia para todo o processo cirúrgico, com ganhos indiscutíveis para todos. Situações como a exposta eram excluídas no processo de internamento. Havendo um programa estruturado e bem planeado com obtenção de ganhos anteriormente já anunciados, torna-se imprescindível parar e pensar na possível reestruturação e gestão de recursos humanos necessários há nova implementação do programa.

Numa época em que a estrutura hospitalar já se encontra adaptada há nova condição pandémica, associado à diminuição e estabilização, seria interessante que as partes intervenientes do processo, possam reorganizar-se e reimplementar o programa Rapid Recovery.

As tecnologias de informação e comunicação podem possibilitar cuidados de saúde integrados, incentivando os pacientes a envolverem-se com os programas. O “distanciamento social” imposto pela atual pandemia de SARS-CoV-2 desencadeou uma importante resposta adaptativa, como as plataformas de telemedicina, e isso pode em breve incentivar os profissionais de saúde a transferir seus serviços para a comunidade, um passo que pode levar as empresas de tecnologia a passar do design centrado no produto, para o serviço e a criação de modelos de negócios sustentáveis centrado na pessoa.

## BIBLIOGRAFIA

- Baixinho, C. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur. *Revista Baiana de Enfermagem*, 23(3), 311-319.
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Marques-Vieira, C. M. A., Manuel, L., Sousa, M. De, Maria, L., & Sousa, R. De. (2016). O Diagnóstico de Enfermagem “Andar Comprometido” nos Idosos: Revisão Sistemática da Literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(3), 1–10. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003350015>
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Jan- fev, Pp.65(1), 155-161.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6a ed. St. Louis: Mosby;
- Parente, C., Ângelo, M., Tinoco, A., Rocha, E., Brandão, D., & Cristina, M. (2009). Artroplastia da Anca. In A.G. Cruz, L.M.N. Oliveira, & V .C. Conceição (Coord.) *Enfermagem em Ortopneumatologia (2a Ed)*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda. 326 p. ISBN: 978-989- 8269-01-0.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado conceito central da enfermagem. (L. Formasau- Formação e Saúde, Ed.) (p. 105). Coimbra.
- Pina, B. M. V., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroscopia da anca: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42-48.
- Santos, J. D., Henckmeier, L., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enferm. Foco (Brasília)*, 184-187.
- Smeltzer, S. C. (2011). Cuidados de enfermagem pré-operatórios. In Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica (12.a ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Violante, A. P. S. M., & Cruz, A. (2014). Efetividade de ensino pré-operatório em doentes submetidos a artroplastia total da anca. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**APENDICE VI- Certificado de participação Webinar "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação**

# Certificad

ikas+s• \_\_\_\_\_ paroclpounoWebkxar"Projetos, cursos e Dasaflos:  
aEnfermagemdeRea@tiLa\$ao•,reallzadonlinenodla25deoucubrode2071 comadura<So de 7.5h.

Acoo trnadorado:CsaFDP

Carla Nasúmento

Professora Douuira cara:8ast neren