



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO

COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA

CORRETIVA DA ESCOIOSE

REALIZADO POR:

Carla Raposo



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE**

Carla Sofia Santos Leal Raposo

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2024

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

AGRADECIMENTOS:

Grata a todos, os que se cruzaram e que me acompanharam neste caminho!

Desde o extraordinário corpo docente, aos colegas de sala de aula, aos profissionais que nos acolheram no seu contexto profissional e a todas as pessoas que partilharam a sua vida, a sua vulnerabilidade.

Grata por todas as partilhas pessoais e profissionais e por me proporcionarem uma aprendizagem tão gratificante!

Sinto-me enriquecida!

RESUMO

Enquadramento: Este Relatório pretende expor as aprendizagens teórico-práticas adquiridas e desenvolvidas ao longo do Estágio Profissionalizante inserido no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, com foco na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. Pretende enquadrar e indicar o desenvolvimento e aquisição das competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de grau de Mestre.

Objetivo: Fundamentar e desenvolver o Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose e justificar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências na aquisição do grau de Mestre.

Metodologia: Efetuada revisão narrativa para a fundamentação da temática da pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose e metodologia de análise-reflexiva para o desenvolvimento e aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Resultados: Foi possível consolidar os conhecimentos teórico-práticos e desenvolvê-los na prática clínica, culminando na construção de um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose e a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre. Demonstrados os ganhos em saúde na autonomia, empoderamento, funcionalidade e capacitação, principalmente da pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose.

Conclusão: A análise critico-reflexiva fomenta o desenvolvimento e aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e do grau de Mestre, alcançando os objetivos inerentes ao Estágio Profissionalizante, desenvolvimento profissional de elevada importância para a disciplina e ciência de Enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem de Reabilitação; Escoliose; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Ensino; Empoderamento.

ABSTRACT:

Background: This Report intends to expose the theoretical-practical learning acquired and developed throughout the Professional Internship included in the Master's Degree in Rehabilitation Nursing, focusing on capacitating people undergoing corrective surgery for scoliosis. It aims to frame and indicate the development and acquisition of the skills of the Specialist Nurse, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and of the Master's degree.

Objective: To substantiate and develop the Rehabilitation Nursing Care Plan in capacitating the person undergoing corrective surgery for scoliosis and justify the development and acquisition of the common skills of a Specialist Nurse, of the specific skills of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the skills in acquisition of a Master's degree.

Methodology: A narrative review was carried out to substantiate the theme of the person undergoing corrective surgery for scoliosis and reflective analysis methodology for the development and acquisition of Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and Master's skills.

Results: It was possible to consolidate theoretical-practical knowledge and develop it in clinical practice, culminating in the construction of a Rehabilitation Nursing Care Plan in capacitating the person undergoing corrective surgery for scoliosis and the acquisition of Specialist Nurse skills in Rehabilitation and Master's Nursing. Health gains in autonomy, empowerment, functionality and capacitation have been demonstrated, especially for people undergoing corrective surgery for scoliosis.

Conclusion: Critical-reflective analysis encourages the development and acquisition of Specialist Nurse skills in Rehabilitation Nursing and the Master's degree, achieving the objectives inherent to the Professional Internship, professional development of high importance for the discipline and science of Nursing.

KEYWORDS: Rehabilitation Nursing; Scoliosis; Elective Surgical Procedures; Teaching; Empowerment

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Autocuidado

ACeS – Agrupamento de Centros de saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

ARS – Administração Regional de Saúde

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVD – Atividades de Vida Diárias

CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenação Local

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

EEEP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pediátrica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMER – Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

EP – Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – *Medical Research Council scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIC – Plano Individualizado de Cuidados

PNLSCC - Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

PNPAF – Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNS – Programa Nacional de Saúde

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPPCV – Sociedade Portuguesa da Patologia da Coluna Vertebral

SRS – *Scoliosis Research Society*

TDAE - Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidades Locais de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

VIAJA – Via Integrada da Artroplastia do Joelho e Anca

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO | 12 |
| 2.1 Contexto Comunitário | 12 |
| 2.2 Contexto Hospitalar..... | 16 |
| 3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 21 |
| 3.1 Modelos Conceptuais de Enfermagem | 21 |
| 3.1.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem | 27 |
| 3.1.2 Teoria das Transições | 30 |
| 3.2 Literacia, Autonomia e Capacitação | 33 |
| 3.3 A Pessoa com Escoliose | 37 |
| 3.3.1 Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia Corretiva da Escoliose | 46 |
| 3.3.2 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Capacitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia Corretiva da Escoliose | 53 |
| 4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS | 56 |
| 4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista | 60 |
| 4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista | 71 |
| 4.3 Competências de Mestre | 80 |
| 5. ANÁLISE SWOT | 85 |
| 6. CONCLUSÃO | 87 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 91 |
| 8. ANEXOS | 103 |
| 8.1 ANEXO I: Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Capacitação com a Pessoa submetida a Cirurgia Corretiva da Escoliose, em Contexto Hospitalar | 104 |
| 8.2 ANEXO II: Caso Clínico: Reabilitação à Pessoa submetida a Cirurgia Corretiva para a Escoliose, em Contexto Hospitalar | 112 |
| 8.3 ANEXO III: Estudo de Caso: Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral | 137 |

1. INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio Profissionalizante encontra-se inserido na unidade curricular Estágio Profissionalizante (EP) do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Saúde da Atlântica. Tem como objetivo descrever o percurso individual enquanto Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação (EMER), demonstrando as aprendizagens teóricas, teórico-práticas e práticas em estágio com o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiros especialista, de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre.

No desenvolvimento deste relatório pretende-se explicar as aquisições realizadas neste MER, o processo evolutivo profissional e académico, otimizado pela componente prática no EP, desenvolvido em contexto comunitário e hospitalar, com foco na capacitação da pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. O início desse percurso, começa nas unidades curriculares do MER, posteriormente, estes conhecimentos e conteúdos foram mobilizados ao longo do EP, subsequentemente a realização deste relatório potencia a consciencialização, análise e reflexão de todo este processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Este relatório contém a apresentação dos contextos da prática clínica do EP, o enquadramento teórico desenvolvido para a temática em questão e a análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) e de Mestre. Assim, pretendo descrever a realidade que contactei ao longo do EP, a nível comunitário e hospitalar, de modo a contextualizar as aprendizagens e competências desenvolvida neste percurso. De seguida, e de extrema importância, os modelos conceptuais de maior relevo para a prática da Enfermagem de Reabilitação (ER) e os respetivos conceitos. Abordados também os conceitos de literacia, autonomia e capacitação, essenciais para o desenvolvimento da temática deste relatório, a enfermagem de reabilitação na capacitação com a pessoa submetida à cirurgia corretiva da escoliose. Tendo em conta a temática, é realizada e desenvolvida uma fundamentação teórica sobre a pessoa com escoliose, as suas alterações e limitações funcionais e de autocuidado (AC). Essa justificação teórica, promoveu o desenvolvimento de um plano de cuidados de ER na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose, a implementar no contexto da prática clínica do EP. Promovendo uma melhoria nos cuidados de ER prestados, com ganhos em saúde sensíveis à

intervenção do EEER. Por último, descrevo a análise crítico-reflexiva das competências inerentes ao enfermeiro especialista, ao EEER e às de mestre.

Este relatório tem como objetivo a descrição e reflexão das experiências e atividades realizadas enquanto EMER ao longo do EP. Culminando no desenvolvimento da análise crítico-reflexiva das competências inerentes ao MER.

Tendo em conta o desenvolvimento académico e as necessidades de cuidados de ER no contexto do EP, ao nível hospitalar, delineei como temática central, a Enfermagem de Reabilitação na Capacitação com a Pessoa submetida a Cirurgia corretiva da Escoliose. Temática de interesse pessoal e profissional, potenciada pela necessidade de melhoria de cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia da coluna, sentidas pela equipa de EEER no contexto hospitalar, do EP. De modo a concretizar este objetivo, alicersei o meu raciocínio clínico de ER em modelos conceptuais de enfermagem, essenciais para a sistematização e construção do plano de cuidados de ER. Dos quais selecionei a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem e a Teoria das Transições.

Aprofundar os conhecimentos técnico-científicos inerentes à pessoa com escoliose e os cuidados de ER necessários. Assim, este relatório pretende evidenciar a essência do cuidar de enfermagem, iniciada pela comunicação e relação terapêutica estabelecida com a pessoa e sua família. A importância da literacia em saúde, da autonomia de decisão e da capacitação da pessoa e sua família. O processo de enfermagem desenvolvido com a pessoa, correspondendo ao seu projeto de saúde, traduz-se nos ganhos em saúde alcançados através do plano de cuidados e da intervenção do EEER.

Mais uma vez, evidenciando a importância do EEER no cuidado à pessoa e sua família, nos processos de transição saúde-doença, promovendo a sua saúde, maximizando a sua funcionalidade e capacitação nos AC, aumentando a sua satisfação, bem-estar e qualidade de vida, prevenindo complicações, desenvolvendo uma prática de eficiência na saúde de extrema importância para as pessoas, instituições e organizações.

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

2. APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO

A prática clínica desenvolvida ao longo MER inclui o Estágio de Reabilitação na Comunidade e o EP desenvolvido em contexto hospitalar, estes pretendem promover o processo ensino-aprendizagem e um contínuo desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do EEER e de competências de mestre, inserido numa prática clínica de 1000 horas totais.

A prática clínica decorreu ao longo do ano de 2023, dividido em 2 momentos: em contexto comunitário inserida numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e em contexto hospitalar, em dois Centros Hospitalares Universitários, nomeadamente em serviço de internamento de ortopedia, que posteriormente também agregou um serviço de internamento de medicina interna e, por um período mais breve, numa Unidade de Reabilitação Respiratória. Todas as instituições localizavam-se na área metropolitana de Lisboa. A realização desta prática clínica em várias instituições de saúde, promoveram uma maior vivência de experiências e favoreceram o meu enriquecimento teórico-prático.

2.1 Contexto Comunitário

A prática clínica realizada em contexto comunitário foi desenvolvida numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente à Equipa de Coordenação Local (ECL) e Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), referentes à Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo, atualmente integrada numa Unidade de Saúde Local (ULS) da região metropolitana de Lisboa. Esta tem como horário de funcionamento: das 8h às 18h de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados e dias comemorativos.

A área de abrangência da UCC incluía várias Uniões de Freguesias, sendo uma das áreas geográficas mais extensas da ARS Lisboa e Vale do Tejo. Nesta área geográfica, existem algumas freguesias com nível socioeconómico baixo, agrega também o Centro de Acolhimento para os Refugiados, pertencente ao Conselho Português para os refugiados, sendo uma população em situação complexa, carenciada e com dificuldade na comunicação. Segundo o Relatório de Atividades da UCC 2022-2023 a população inscrita era superior à população residente na área geográfica, rondando os 165 mil utentes, destes, cerca de 18% são utentes sem médico de família. Dificultando a acessibilidade aos cuidados de saúde, numa população já carenciada e vulnerável.

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde da sua população. É uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito exclusivo domiciliário e comunitário, às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, dependência física funcional ou de doença, que requeiram acompanhamento próximo e ainda, educação para a saúde. Tem como visão responder às necessidades da população, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados e pretende ser uma referência na área dos cuidados de proximidade (Serviço Nacional de Saúde, 2017a).

Deste modo a equipa da UCC pretende desempenhar de forma coesa, competente e proativa, procurando alcançar a excelência dos cuidados através do trabalho em equipa, tendo em atenção a satisfação da comunidade e dos profissionais de saúde. A UCC é constituída por uma equipa multiprofissional, composta por 3 Enfermeiros Generalistas, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), 3 EEER, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC), 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pediátrica (EEEP), 1 médico da especialidade de Medicina Geral e Familiar, 1 administrativa, 1 Assistente Operacional e 1 motorista. Com articulação direta com os profissionais da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que inclui: assistente social, psicóloga, nutricionista e estomatologista. A URAP também se encontra integrada no respetivo ACeS, pretende fornecer cuidados assistenciais aos utentes residentes na área geográfica da UCC, integrando nos seus programas e projetos de trabalho.

A UCC tem como valores fundamentais a preservar e a promover na prestação de cuidados, referidos em Serviço Nacional de Saúde (2017a):

- o respeito pela individualidade do utente;
- os direitos da pessoa e a promoção da sua autonomia;
- cooperação entre todos os profissionais da equipa para a concretização dos objetivos;
- solidariedade e trabalho em equipa;
- autonomia assente na organização funcional, visando o cumprimento do plano de ação;
- a organização dos serviços em função das necessidades dos utentes, assegurando a continuidade dos cuidados e orientando os utentes para outros profissionais de saúde sempre que se justifique;

- cooperar e articular com as outras unidades funcionais do ACeS;
- incentivar parcerias com instituições da comunidade local;
- gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os profissionais, promotora de ganhos de motivação e satisfação profissional.

Os programas e projetos da equipa de enfermagem da UCC são:

- Saúde Escolar (responsável EEFP);
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (responsável EEFP);
- Equipa de Prevenção de Violência ao Longo do Ciclo de Vida (responsável EEEMC);
- Intervenção da Saúde em Requerentes de Asilo e Refugiados (responsável EEFC);
- Acompanhamento de Utentes com Doença Respiratória Crónica (responsável EEER);
- Capacitar para Cuidar (responsável EEER);
- Academia Sénior (responsável EEER);
- ECCI (responsável EEER e EEEMC, com capacidade para 20 vagas).

Os projetos integram-se no plano de ação do ACeS, em estreita articulação com as Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Pública e com a ECL, fora do âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A referenciação para a UCC pode ser realizada pelas unidades funcionais do ACeS, pela RNCCI, hospitais ou outras entidades comunitárias. A referenciação para a ECCI é realizada através da RNCCI, avaliada e transmitida à equipa pela ECL.

A RNCCI considera-se um dos pilares atuais do serviço nacional de saúde, pois este constitui um suporte social e de saúde para a população cada vez mais idosa, este modelo baseia-se nos conceitos de: funcionalidade e dependência. Assim, o EEER, tem um papel essencial na reabilitação, readaptação e reintegração como objetivos principais da sua intervenção (Petronilho et al., 2021).

Após referenciação é precedida à avaliação da situação e dos dados transmitidos, agendada uma primeira avaliação domiciliária, recorrendo aos instrumentos de avaliação necessários e confirmando o Consentimento Informado da pessoa ou cuidador principal. Com a pessoa e o cuidado principal, elabora-se o plano de intervenção personalizado com os objetivos a alcançar, a periodicidade, os recursos a utilizar e os momentos de reavaliação.

Na avaliação inicial é realizada uma colheita de dados que contém: história clínica, regime terapêutico, estrutura familiar e cuidador principal, estrutura habitacional e a existência de barreiras arquitetónicas, situação socioeconómica, avaliação de sinais vitais, avaliação da função respiratória, avaliação funcional, avaliação da força muscular (escala MRC – *Medical Research Council scale*) e equilíbrio corporal, avaliação do estado nutricional (escala *Mini Nutritional Assessment*), avaliação do estado psicológico/emocional, adesão ao regime terapêutico e capacidade para o autocuidado.

O plano de cuidados de ER inclui o plano de educação para a saúde da pessoa e cuidador principal, pois só através da capacitação de ambos se consegue assegurar a continuidade de cuidados necessária a cada pessoa, inserido no projeto “Capacitar para Cuidar” da UCC.

A equipa de enfermagem tem como metodologia de trabalho o método por responsável. A atividade é previamente programada, de preferência, através do agendamento das visitas domiciliárias. Realizam diariamente uma breve reunião, prévia às visitas domiciliárias, para organização e planeamento das mesmas. Após as visitas domiciliárias existe a partilha e discussão de situações na equipa multiprofissional (sempre que necessário), de modo a partilhar informação importante dos utentes acompanhados. Para além destes momentos, efetua-se reunião quinzenal, em equipa multiprofissional, dos utentes acompanhados em ECCI.

Os EEER prestam cuidados aos utentes no âmbito das suas competências específicas, mas também ao nível das suas competências gerais, principalmente quando é necessário assegurar a continuidade de cuidados de utentes com planos de cuidados personalizados fora do âmbito da ER.

Os registos são realizados em *SClinic*, com utilização de linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), no entanto, como ferramenta de trabalho e de continuidade, mantém-se a existência do plano de intervenção da pessoa em processo material. Em associação com vários instrumentos de avaliação, como a Tabela Nacional de Funcionalidade, Índice de *Barthel*, Escala de *Morse*, MRC, entre outras, consoante as necessidades de cuidados de ER que a pessoa detém e o projeto em que se integra.

2.2 Contexto Hospitalar

O EP em contexto hospitalar foi realizado num serviço de internamento de contexto cirúrgico, em um dos hospitais, inserido no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC), que tem como missão a prestação de cuidados diferenciados à pessoa, de acordo com as suas necessidades, implementando a melhor prática clínica, em articulação com outras unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

O CHULC, é um hospital central com empenho no desenvolvimento científico, técnico e tecnológico, na área da investigação e de ensino, com formação universitária e pós-graduada. Pretende ser reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como instituição de referência, nomeadamente na área cirúrgica orto-traumatológica e na área cirúrgica da coluna (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Os valores institucionais são coincidentes com os valores profissionais: ética e deontologia, competência técnica, cuidado centrado na pessoa, atividade orientada para os resultados, melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, trabalho em equipa pluriprofissional com rigor, responsabilidade e avaliação sistemática (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

O serviço hospitalar, tem capacidade de internamento de 28 camas, predomínio de patologia orto-traumatológica e músculo-esquelética do foro do joelho, anca e coluna. A pessoa pode ser internada por cirurgia programada, serviço de urgência e pelo Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) – Orto-Traumatológica e Coluna.

O CRI-Coluna, pretende responder às necessidades da pessoa com patologia da coluna vertebral. Este CRI-Coluna tem como objetivo intervir e investir nas áreas de diferenciação técnico-científicas da cirurgia à coluna ao nível das deformidades, patologia traumática, degenerativa, infecciosa ou tumoral (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Esta diferenciação técnico-científica permite otimizar os recursos, aumentar a acessibilidade, melhorar a eficácia, eficiência, a qualidade e segurança à pessoa. Pretende ser um centro de referência nacional e internacional da patologia da coluna, onde se inclui uma diferenciação extremamente importante da ER. De modo a alcançar essa diferenciação e a tratar de forma integrada a pessoa com patologia da coluna, o CRI-Coluna, integra uma equipa com especialistas de ortopedia, neurocirurgia, medicina física e de reabilitação, associada a uma

equipa multidisciplinar de diversas especialidades como a medicina interna, fisioterapia, nutrição, psicologia, farmácia, apoio social, assistentes operacionais, assistentes técnicos, enfermagem e ER (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Este serviço de internamento e restante equipa, com objetivo central de prestar cuidados de enfermagem à pessoa com necessidades do foro orto-traumatológico, em novembro, foi designada como serviço de internamento de medicina interna (20 camas), mantendo a assistência a pessoas com necessidades do foro da patologia da coluna (8 camas). Mudança que correspondeu a vários desafios de reestruturação e organização de toda a equipa, principalmente a de enfermagem, mantendo o rigor, qualidade dos cuidados e respostas às necessidades das pessoas com patologias respiratórias, cardíacas, cardiovascular, neurológicas, entre outras. Esta alteração de especialidade de serviço de internamento, mudou as características das pessoas internadas e das suas necessidades de cuidados de enfermagem e de ER, passou a ser uma população mais envelhecida, com existência de várias comorbilidades, polimedicada e com várias limitações funcionais e de AC, indo ao encontro da demografia atual de Portugal (Direção-Geral da Saúde, 2020a).

O serviço dispõe de várias áreas de trabalho, como a sala polivalente de enfermagem, sala de pensos/gessos, sala de terapêutica, sala de material, banho assistido e zona de sujos. Como descrito anteriormente, tem lotação máxima para internamento de 28 pessoas, estas encontram-se distribuídas por 6 quartos de 4 camas e 4 quartos individuais, a maioria dos quartos possui zona de duche e casa de banho integrada.

Existem diversos serviços de apoio necessários ao funcionamento do CHULC, como o serviço de roupa, alimentação (responsável pela distribuição e recolha das refeições no serviço), farmácia (com dispensa de unidose de cada doente), serviço de sangue, radiologia e patologia clínica, serviço de Medicina Física e de Reabilitação com ginásio em pavilhão próprio e serviço social.

O serviço de Medicina Física e de Reabilitação também intervém nos utentes internados, é realizada referenciação pelo médico assistente, avaliada situação do utente pela fisiatra e implementado plano de reabilitação pelo fisioterapeuta. Este acompanhamento é realizado apenas no período da manhã em dias úteis.

O serviço é chefiado por Enfermeira Gestora, EEER, a restante equipa é composta por 21 enfermeiros, dos quais 4 são EEER, 14 assistentes operacionais, 1 assistente técnica e 1 assistente de técnica de limpeza. Organizam o seu trabalho de enfermagem por método responsável, dividido em turno de manhã, tarde e noite, existindo sempre 1 EEER no turno de manhã (incluindo feriados e fim de semana). O EEER pelas suas competências acrescidas também realiza o papel de responsável de turno, colabora na prestação de cuidados com a restante equipa, sempre que solicitado, nomeadamente, na presença de situações complexas, a todos os utentes do serviço de internamento.

A equipa de enfermagem aplica e desenvolve os projetos institucionais delineados como padrões de qualidade em saúde, tais como na área da: dor, quedas, úlceras de pressão, controlo de infeção, segurança do doente, formação em serviço. Os projetos delineados como essenciais para a qualidade dos cuidados de enfermagem, também valorizados pela OMS (Organização Mundial da Saúde), nomeadamente o de prevenção das quedas, evidente pelo envelhecimento da população (Reis & Bule, 2023; Sousa et al., 2023a).

Perante as necessidades das pessoas internadas no serviço de ortopedia, e baseada na análise e prática de cuidados de enfermagem e de ER dessa população, foi desenvolvido o projeto VIAJA (Via Integrada da Artroplastia do Joelho e Anca). Este assenta no acompanhamento da pessoa, com indicação para artroplastia total do joelho (ATJ) ou artroplastia total da anca (ATA), desde a consulta pré-operatória aos cuidados pós-operatórios, incluindo no seu domicílio. O projeto pretende uniformizar o ensino e os cuidados de ER realizados à pessoa ao longo do seu processo de transição saúde-doença e alteração do seu nível de dependência na realização dos AC. Permite aumentar a literacia em saúde, segurança da pessoa, relação de confiança com os profissionais de saúde e capacitação dos cuidados e exercícios a realizar após cirurgia.

O EEER fomenta o desenvolvimento de uma prática informada na evidência e promove a construção de evidência com base na prática realizada, colabora no crescimento e evolução da restante equipa de enfermagem, na partilha de conhecimentos e na exigência de boas práticas e padrões de qualidade em enfermagem (Martins et al., 2021).

O projeto de atividades da equipa de EEER do serviço (contruído e implementado para 2023-2024) pressupõe a conceção, implementação e monitorização dos planos individuais de cuidados (PIC) de ER, dos problemas reais e potenciais da pessoa com patologia do foro orto-

-traumatológico. Pretende a capacitação e autonomia da pessoa com limitação funcional, evidenciando os vários ganhos, como o aumento da força muscular, a amplitude do movimento articular, melhoria no equilíbrio corporal, aumento na funcionalidade e capacidade de desempenho nas AVD (atividades de vida diárias) e AIVD (atividades instrumentais de vida diárias) e, sucessivamente, aumento na qualidade de vida e satisfação da pessoa, reduzindo o risco de complicações associadas à patologia e à imobilidade. Os registos são realizados com base em linguagem CIPE elaborados em sistema *SClinic*, com a realização da avaliação das necessidades de cuidados da pessoa, elaboração de diagnósticos de enfermagem, respetivas intervenções e reavaliações.

A OMS e a DGS demonstram a importância da atividade física na redução da mortalidade da população idosa, por melhoria das doenças cardiovasculares, melhoria da saúde mental e cognitiva e melhoria no sono. A atividade física nesta população ajuda a prevenir as quedas e as lesões relacionadas, assim como o declínio da saúde óssea e da sua capacidade funcional (Direção-Geral da Saúde, 2020b).

Nos últimos anos, a equipa de EEER concretizou a elaboração de diversos pósteres com participação em eventos de ER, dos quais, conseguiram demonstrar, um decréscimo dos dias de internamento à pessoa submetida a ATJ e ATA. Evidenciando que, para além dos benefícios individuais na saúde e qualidade de vida da pessoa, os ganhos financeiros e institucionais, com a redução do tempo de internamento hospitalar e dos seus custos associados.

Este EP foi realizado em dois contextos hospitalares, embora por um período mais breve, na Unidade de Reabilitação Respiratória de outro Centro Hospitalar Universitário, na área metropolitana de Lisboa. Esta instituição tem como missão prestar cuidados de saúde à pessoa, mantendo critérios de elevada qualidade, eficiência, eficácia e equidade, com objetivo de prevenir a doença e promover a saúde, fomentando o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas e suas comunidades (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Esta instituição hospitalar pretende como visão, um crescimento e desenvolvimento sustentável na prática de cuidados inerentes às necessidades da sua população, mas também no desenvolvimento da formação profissional, inovação, investigação e transformação dos cuidados de saúde, com elevados critérios de segurança e de qualidade, possibilitando parcerias com outras instituições de cuidados de saúde, instituições académicas e de

investigação. Promove grande responsabilidade nas áreas do ensino e da formação profissional, com uma cultura de desenvolvimento contínuo e de investimento em projetos e áreas de investigação (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Este centro hospitalar prima pela acessibilidade a todos as pessoas, que necessitem de cuidados específicos, diferenciados, globais, adequados e efetivos perante as suas necessidades, ao longo do seu ciclo de vida. Cuidados prestados por equipas multiprofissionais qualificadas e motivadas, de modo a garantir os melhores resultados em ganhos para a saúde. Esta instituição denota como valores a confiança, integridade, respeito, colaboração, equidade, compromisso com os cidadãos e a responsabilidade social perante os mesmos. Pretende também alcançar a inovação e a sustentabilidade (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Esta Unidade de Reabilitação Respiratória inclui o Centro de Referência de Fibrose Cística de Portugal, Unidade de Asma Grave, Unidade de Ventilação Não Invasiva e Unidade de Reabilitação Respiratória. Todas as valências funcionam em regime de ambulatório, como hospital de dia, possibilitando a realização de consultas e tratamentos, exceto a Unidade de Reabilitação Respiratória que atende as pessoas com patologia respiratória vindas do domicílio ou internadas em serviços deste centro hospitalar, após procedimento de referenciação.

A equipa é composta na totalidade por 6 EEER, inserida numa equipa pluridisciplinar, com médico pneumologista, infeciologista, radiologista, microbiologista, entre outras especialidades médicas, em associação com outros profissionais de saúde, como nutricionista, psicóloga, assistente operacional e assistente técnica.

Esta equipa pretende prestar cuidados de saúde de elevada qualidade à pessoa com doença respiratória grave e complexa. A equipa de EEER desenvolve projetos específicos na área da pessoa com asma grave e de outras doenças respiratórias graves, mas também, na área da pessoa com fibrose quística, em modo presencial ou em telereabilitação, promovendo a acessibilidade e equidade das pessoas que necessitam de reabilitação respiratória.

Todos os contextos da prática clínica permitiram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, EEER e de mestre. Tendo em conta a individualidade e a dignidade de cada pessoa e seu familiar, independentemente da fase do ciclo de vida, dos seus processos de transição saúde-doença ou défices de autocuidado na área sensorial, cognitiva, motora, cardiorrespiratória, de alimentação, de eliminação ou de sexualidade.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

3.1 Modelos Conceptuais de Enfermagem

O desenvolvimento sociocultural e técnico-científico, decorrido ao longo da evolução da humanidade, influenciou também a própria filosofia e a ciência de enfermagem, este progresso é visível na transformação dos paradigmas em saúde, inicialmente considerado o paradigma da categorização, posteriormente o de integração e sucessivamente o de transformação.

O paradigma da categorização é descrito por valorizar apenas o fenómeno de doença isolado. A intervenção de enfermagem é dirigida à doença e orientada por uma perspetiva médica do doente. A própria saúde era encarada como a ausência de doença (José & Sousa, 2021; Ribeiro et al., 2018; Silva, 2002).

No paradigma de integração, o cuidar de enfermagem encontra-se orientado para estar com a pessoa nos seus fenómenos multidimensionais e no seu ambiente, inclui uma visão holística da pessoa (José & Sousa, 2021; Ribeiro et al., 2018; Silva, 2002).

Progressivamente, os cuidados de enfermagem foram evoluindo em simultâneo com os paradigmas. Atualmente, designa-se de paradigma da transformação, a construção da prestação de cuidados é feita com a pessoa, tornou-se explícito o direito da pessoa na decisão sobre a sua situação de saúde, mas também o dever de participar no planeamento e na intervenção da sua situação em parceria com os profissionais de saúde (Ribeiro et al., 2018; Silva, 2002). Denotando uma maior importância na relação enfermeiro-pessoa, é elaborado um plano de cuidados onde ambos são corresponsáveis.

Os paradigmas, por sua vez, estão presentes nas diversas teorias de enfermagem ou modelos conceptuais, desenvolvidos e comprovados ao longo dos tempos, estruturando e organizando o conhecimento de enfermagem (José & Sousa, 2021; Ribeiro et al., 2018).

É consensual, que os contributos das teorias de enfermagem têm proporcionado o desenvolvimento de uma base sólida de conhecimento da disciplina e ciência de enfermagem, este possui 4 conceitos centrais: a pessoa, saúde, ambiente e enfermagem (Ribeiro et al., 2018).

Este início e desenvolvimento reporta a Nightingale, com a descrição da atuação de enfermagem, a pessoa alvo de cuidados e do ambiente envolvente (Alligood & Tomey, 2004a).

Desde então que a enfermagem é enriquecida com os paradigmas/modelos conceptuais ou meta paradigmas e teorias de médio alcance. As teorias de enfermagem pretendem mostrar a relação organizada entre conceitos, pressupostos e os fenómenos, nos quais são descritas, explicadas, prescritas ou previstas as intervenções ou cuidados de enfermagem. Logo, o processo de enfermagem realizado no cuidado com a pessoa deverá ser baseado num modelo conceptual de modo a orientar e fundamentar os dados recolhidos e avaliados, a construção de diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, para uma implementação com a pessoa e a sua reavaliação, dos resultados de enfermagem obtidos e os respetivos ganhos para a pessoa (José & Sousa, 2021).

Os modelos conceptuais descrevem e definem a enfermagem, permitem-nos demonstrar na prática o conhecimento da enfermagem, a autonomia na decisão e a implementação com a pessoa. Por isso, primordial na distinção da mera execução de tarefas prescritas por outros profissionais. Estes estão presentes no processo de enfermagem ao realizar uma colheita de dados sistematizada, delinear e planear os respetivos diagnósticos de enfermagem, ao implementar as intervenções de enfermagem de modo a obter os resultados de enfermagem (Ribeiro et al., 2018), permite obter os resultados de uma forma sistematizada e intencional, favorece a sua implementação a situações ou fenómenos semelhantes, mas também a processos de investigação, demonstrando a evidência científica dos mesmos ou até mesmo favorecendo uma evolução e construção de novos conhecimentos e de novas práticas (José & Sousa, 2021).

Na ciência de enfermagem temos os modelos conceptuais e as grandes teorias que explicam os fenómenos mais abstratos, por sua vez, desenvolvidas com base em modelos conceptuais existem as teorias de médio alcance, tornando-se mais próximas da realidade com uma explicação de pequenos fenómenos, torna-se de maior utilidade para conceitos mais concretos. Assim, as teorias de médio alcance estão mais próximas da realidade concreta, desenvolve os dilemas práticos, criando orientações de trabalho, promove a construção e o conhecimento da enfermagem (Smith, 2018).

A evolução da ciência e disciplina de enfermagem, em Portugal, é demarcada pela construção do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) em decreto-lei de 1996, salvaguardando os direitos e normas deontológicas da profissão de enfermagem e a respetiva

qualidade de cuidados prestados à pessoa, família e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Posteriormente, indicando a importância da disciplina e da profissão de enfermagem, foi concretizada a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), regulando o exercício da prática profissional e assegurando e promovendo cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa, família e comunidade (Silva, 2002).

Assim, o enfermeiro na sua prática profissional deverá respeitar uma conduta ética e deontológica, responsabilizando-se pelos atos que pratica. O enfermeiro realiza intervenções autónomas e/ou interdependentes, no entanto, com aptidão total de autonomia na tomada de decisão das suas intervenções. O enfermeiro também deverá prestar cuidados em cooperação ou articulação com outros profissionais de saúde, de modo a proporcionar os melhores cuidados de saúde à pessoa (Regulamento n.º 613/2022).

A enfermagem necessita de uma base de conhecimento para a prática profissional, o próximo desafio depreende-se em traduzir essa mesma base de conhecimento, criada e desenvolvida no mundo académico, para a prática de enfermagem. Estas bases teóricas não só promovem o desenvolvimento profissional, como a melhoria na prestação dos cuidados. No entanto, terá de ser uma prática em constante movimento, pois a aplicação das teorias de enfermagem nos cuidados diretos a pessoa, leva à validação da própria teoria, que associada à investigação, promove novos conhecimentos e o desenvolvimento de uma prática de enfermagem de qualidade (Alligood & Tomey, 2004a).

Neste processo de aprendizagem, torna-se evidente essa importância, pois ao aplicar as teorias na prática, estas evidenciam a importância da estrutura e da sistematização para orientar a prática de enfermagem (Hickman, 2000), da teoria à prática na construção do processo de enfermagem que fazemos diariamente e por sua vez, no raciocínio e decisão clínica que temos de realizar. Assim, pomos em prática as bases teóricas, testamos a sua aplicabilidade nas mais variadas situações e fomentamos o conhecimento em enfermagem.

O desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem tem de se alicerçar numa base teórica que promova cuidados de enfermagem sistematizados e de qualidade, explicando e antevendo os fenómenos, com utilidade clínica de gerar hipóteses na intervenção de enfermagem à pessoa (Alligood, 2004; Alligood & Tomey, 2004b, Taylor, 2004).

São vários os autores que consideram as teorias como um conjunto de conceitos e de proposições, que se inter-relacionam na tentativa de sistematização dos eventos, a relação entre as variáveis pretende explicar ou prever os eventos ou fenómenos (Hickman, 2000). Smith (2018), designa como teoria o paradigma da ciência, que pretende descrever, explicar ou observar, através de uma construção criativa de ideias, as experiências/fenómenos. Esta construção conceptual demonstra uma organização da teoria. Por sua vez, Barnum (Hickman, 2000), refere que uma teoria de enfermagem deverá conter o contexto (ambiente), o conteúdo (tema da teoria) e o processo (método de utilização da teoria pela enfermagem).

Se a própria ciência é o processo de sistematização de procura e compreensão de um determinado fenómeno, construindo uma organização sobre a explicação do mesmo, este também se aplica às teorias de enfermagem que se traduzem na ciência de enfermagem. Uma teoria não nos dá apenas respostas aos fenómenos, por vezes também nos inquieta com novas questões perante os mesmos (Smith, 2018). Por sua vez, no contexto do EP, na construção do processo de enfermagem e nas várias metodologias de investigação utilizadas, recorreremos às teorias de enfermagem provando a sua aplicabilidade.

As competências da enfermeira são potencializadas com o conhecimento teórico, pois estes orientam não só os cuidados prestados com a pessoa, como o pensamento crítico e o juízo na tomada de decisão na prática profissional. Assim, torna-se possível demonstrar as bases científicas da disciplina de enfermagem, as intervenções autónomas e os resultados obtidos. Esta autonomia profissional promove a prática, o ensino e a investigação (Allgood & Tomey, 2004b).

Por isso, depreende-se que as teorias orientam a prática de enfermagem ao longo do seu processo, desde a avaliação inicial, ao planeamento e à intervenção com a pessoa, nos eventos tendo em conta o ambiente. Estas promovem um raciocínio ordenado do pensamento de enfermagem, sendo possível testar as teorias nas hipóteses e realidades existentes na prática de enfermagem, assim, teoria e prática, colaboram num desenvolvimento mútuo, neste processo de investigação podem ser realizadas pesquisas qualitativas e quantitativas (Allgood & Tomey, 2004b; Hickman, 2000). Este raciocínio sistematizado vai de encontro ao processo de enfermagem, independentemente do modelo conceptual de enfermagem em que baseamos a nossa prática.

Em simultâneo, com o estudo e aplicação das teorias de enfermagem, torna-se essencial descrever os vários conceitos que pretendemos abordar, depreende-se como conceito, as palavras que descrevem a realidade e que nos permitem comunicar sobre ela, estes podem ser considerados de empíricos ou abstratos. Maioritariamente a enfermagem aborda 4 conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem (Hickman, 2000). A estes conceitos, considero essencial para este relatório, a descrição de enfermagem de reabilitação, literacia em saúde, autocuidado e capacitação.

É consensual que consideramos a pessoa, o indivíduo, família, grupo ou comunidade, aquele que recebe os cuidados de enfermagem (Hickman, 2000). Ao longo deste relatório consoante for abordada a pessoa, pressupõe-se a pessoa alvo de cuidados, mas também, o seu familiar ou pessoa significativa e outros cuidadores informais (Ferreira et al., 2021a; Ferreira et al., 2022).

A enfermagem é a ciência e a disciplina humana de cuidar da pessoa, as ações realizadas de modo auxiliar a pessoa alcançar ou manter o seu estado de saúde (Hickman, 2000). Estabelecido no REPE (OE, 1996), enfermagem é a profissão de saúde, que presta cuidados de enfermagem à pessoa, ao longo do ciclo da vida, saudável ou doente, de modo a manter, melhorar ou recuperar o seu estado de saúde ou a atingir a sua máxima capacidade funcional. Por sua vez, o enfermeiro é o profissional habilitado e com competências científicas, técnicas e humanas, para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família, grupos ou comunidade, nos 3 níveis de prevenção: primária, secundária ou terciária (Ordem dos Enfermeiros, 1996; Regulamento n.º 613/2022).

Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas e interdependentes, realizadas pelo enfermeiro no âmbito das suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 1996). Para o exercício profissional, é necessária uma tomada de decisão do enfermeiro, tendo em conta a abordagem sistémica e sistematizada da pessoa e da sua situação. As intervenções do enfermeiro podem ser do foro da prestação de cuidados, da gestão, do ensino, da formação, assessoria ou investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Os cuidados de enfermagem pressupõem uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, ambos com valores individuais decorrentes das suas experiências de vida. O enfermeiro deverá respeitar a dignidade da pessoa, compreendê-la e respeitá-la, promovendo

e desenvolvendo uma relação terapêutica de parceria com a pessoa. Neste processo dinâmico, pressupõe-se que a pessoa seja um agente ativo no seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Os cuidados de ER, são os cuidados prestados pelos enfermeiros com especialização técnico-científica na área da reabilitação, com o foco de manter, promover ou recuperar a independência funcional da pessoa e maximizar a sua capacitação, para a realização do autocuidado, nos processos de reeducação e readaptação funcional, na reintegração da sua participação social, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Designa-se de saúde o bem-estar físico, mental, emocional, espiritual e cultural da pessoa. Perceção complexa, subjetiva e individual de cada pessoa. É o resultado de um processo dinâmico e contínuo na procura individual do equilíbrio da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A pessoa é um ser social, com comportamentos intencionais que demonstram os seus valores, crenças e desejos individuais, traduzindo-se em individualidade. A pessoa interage e é influenciada pelo ambiente em que se encontra, na procura de manter o equilíbrio (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O ambiente, considerado o meio em que a pessoa vive e se desenvolve, este influencia e é influenciado numa relação dinâmica com a pessoa, pode ser composto por fatores humanos, físicos, socioeconómicos, culturais e organizacionais, influenciando o equilíbrio de saúde em cada indivíduo (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A disciplina e a prática de enfermagem pertencem a uma ciência humana, pois estão inerentes uma natureza de relação interpessoal e uma visão holística da pessoa, relacionamento desenvolvido ao longo do processo de enfermagem, influenciando também os resultados obtidos. Vários autores descrevem o processo de enfermagem, essencialmente definido por 5 fases: a avaliação inicial, realização do diagnóstico de enfermagem e do planeamento das intervenções, a implementação do plano e a avaliação do mesmo. Este processo é contínuo e dinâmico na prática dos cuidados de enfermagem com necessidade de reorganização nas fases, podendo ser necessário mudanças no diagnóstico ou nas intervenções após as reavaliações. Considerado um projeto vivo e de continuidade, estabelecido e construído entre

o enfermeiro e a pessoa. Este processo necessita de uma correta avaliação, para permitir a identificação de diagnósticos e de intervenções indicadas para a situação da pessoa. A implementação do plano de enfermagem pressupõe pelo próprio profissional as suas capacidades intelectuais, interpessoais e técnicas (Paul & Reeves, 2000), desenvolvidas ao longo da sua experiência profissional.

Como descrito anteriormente, as teorias providenciam a descrição, explicação ou interpretação de um determinado fenómeno, tanto na sua prática como na investigação (Smith, 2018). Logo, no âmbito da pessoa com necessidades de cuidados de ER torna-se premente abordar a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, consideradas estruturantes para a qualidade dos cuidados de ER (OE, 2018).

3.1.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

Dorothea Orem desenvolveu uma Teoria Geral de Enfermagem, a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), composta por três teorias que se inter-relacionam: A Teoria do AC; A Teoria do Défice do AC e A Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Petronilho & Machado, 2023; Taylor, 2004).

Orem define o AC como o conhecimento e ação deliberada/intencional (para controlar ou gerir), de colmatar uma necessidade humana, portanto, a enfermagem é um serviço humano realizado à pessoa, com necessidades de AC para manter a vida, saúde e bem-estar, em recuperação de doenças ou lesões a regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Alligood & Tomey, 2004b; Petronilho & Machado, 2023; Taylor, 2004). Definição similar aceite pelo *International Council of Nurses* (Petronilho et al., 2021), que descreve AC como a atividade realizada pela pessoa de modo a manter-se operacional e realizar as suas atividades diárias. Considerada a capacidade para realizar as atividades promotoras da saúde da pessoa (Hickman, 2000).

Constata-se que o AC é um fenómeno complexo e multidimensional, encontrando-se associado à autonomia, independência e responsabilização da pessoa (Petronilho et al., 2021). Reis & Bule (2023), descrevem o AC como uma capacidade humana de auto-regulação, seja a nível universal, de desenvolvimento ou no desvio da saúde.

Na Teoria do AC, Orem pressupõe que a pessoa tem a capacidade para realizar o seu AC, possui os conhecimentos e habilidades essenciais para o concretizar, desenvolvendo-as através das experiências, ao longo da vida. Então, a ação do AC corresponde à capacidade cognitiva, ao conhecimento da sua situação de saúde, à sua situação física para realizar as ações necessárias de AC, à sua situação emocional ou psicossocial (como a motivação, as crenças, os valores) e ao seu comportamento (Petronilho & Machado, 2023).

Os requisitos universais do AC, preconizados por Orem são: a ingestão de ar água e comida, a eliminação de excrementos, a conservação do equilíbrio entre atividade e descanso, o equilíbrio entre solidão e a interação social, a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento, o bem-estar da pessoa e o funcionamento e desenvolvimento da pessoa nos grupos sociais (Taylor, 2004).

Em relação à saúde, os requisitos de AC, estão relacionados com a existência de condições de doença ou lesão, nos quais Orem faz referência à modificação do autoconceito e da autoimagem da pessoa, remetendo para a consciencialização da sua situação e da aprendizagem a viver com as alterações inerentes da sua situação de saúde. Este processo de consciencialização e integração promove um desenvolvimento pessoal de adaptação a situações irreversíveis ou crónicas (Petronilho & Machado, 2023).

O défice de AC existe quando as necessidades de AC excedem a capacidade da própria pessoa em realizá-lo (Petronilho & Machado, 2023; Ribeiro et al., 2021; Taylor, 2004). Nesta diferença, constata-se o desvio de saúde existente na pessoa, necessitando assim, do apoio do enfermeiro, como agente terapêutico, para prestar assistência especializada a pessoas com incapacidade (Ribeiro et al., 2021a).

Orem também designa como intervenção de enfermagem, o conhecimento e a capacidade para intervir/executar intervenções terapêuticas pelas enfermeiras à pessoa, satisfazendo as suas necessidades de AC (Petronilho & Machado, 2023; Taylor, 2004). Essa intervenção só é possível pelo estabelecimento de uma relação interpessoal e terapêutica (Taylor, 2004). Nesta interação, é essencial a comunicação, a criação de uma relação terapêutica entre a enfermeira e a pessoa e a existência de empatia. Estes fatores incrementam os resultados obtidos pelos cuidados de enfermagem (Alligood & Tomey, 2004b; Petronilho & Machado, 2023). O processo de enfermagem iniciado, baseia-se numa relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa,

no entanto, é fundamental o envolvimento e a motivação da própria pessoa, é essencial uma corresponsabilização no processo de cuidados, em todo o seu plano de reabilitação (Ribeiro et al., 2021a), sendo possível a construção de um plano de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa.

É extremamente importante que a pessoa tenha capacidade para a satisfação das suas necessidades e AC, tenha o máximo de potencial para adquirir a sua independência nos AC, para tal, pressupõe-se que o enfermeiro promova uma intencionalidade terapêutica sistematizada centradas na promoção do AC, na reconstrução da autonomia, independência e bem-estar (Ribeiro et al., 2021a).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, Orem delineou 3 tipos de sistemas básicos de enfermagem: sistema totalmente compensatório, em que a enfermeira compensa totalmente as necessidades do doente (faz por ele); sistema de enfermagem parcialmente compensatório, em que a enfermeira realiza parcialmente as necessidades do doente (apoiar na execução do mesmo) e o sistema de apoio-educação, em que o doente executa o AC e a ação da enfermeira regula o exercício e desenvolvimento de apoio-educação (enfermeira ensina ao doente a fazer por si) (Alligood & Tomey, 2004b; Petronilho & Machado, 2023; Ribeiro et al., 2021a; Taylor, 2004).

Na teoria de sistemas de enfermagem é destacada a importância que o conhecimento tem no AC da pessoa, pretende-se melhorar a informação, educação e conhecimento das pessoas e suas famílias para conseguirem lidar com os desvios em saúde (Petronilho et al., 2021).

É visível a necessidade de uma relação terapêutica com a pessoa, a construção de um plano individualizado das necessidades de cada pessoa, a intencionalidade terapêutica nas intervenções do enfermeiro, assim como, a importância da informação, do ensino, do conhecimento, do empoderamento da pessoa, culminando, na sua autonomia e capacitação, perante os seus défices de AC e a sua situação de doença. Para o EEER, os conceitos de funcionalidade e independência são essenciais na sua intervenção diferenciada, logo, serão importantes a avaliação dos requisitos universais da pessoa (atividades de vida diárias) e os requisitos no desvio da saúde, relacionado com a autogestão da doença e sintomas (Petronilho et al., 2021).

3.1.2 Teoria das Transições

As teorias de médio alcance, são teorias mais restritas dos fenómenos de enfermagem, em comparação com as grandes teorias, pretendem demonstrar uma perspetiva prática dos fenómenos complexos. Sendo a enfermagem uma disciplina prática, as teorias de médio alcance tornaram-se úteis na sua aplicabilidade real e, ao mesmo tempo, na evolução da disciplina (Smith, 2018).

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, aborda os fenómenos de enfermagem que acompanham as transições na vida da pessoa, podendo ser cuidados agudos ou crónicos, em contexto hospitalar ou comunitário. O objetivo passa por conseguir realizar uma transição suave e de sucesso para a pessoa, pois as mudanças existentes, geralmente desencadeiam desequilíbrios ou problemas na vida das pessoas. Nesta situação, o papel central da enfermagem nos cuidados à pessoa, pretende facilitar essa transição e o sucesso da mesma, promovendo informação, suporte ou cuidados diretos, com objetivo de prevenir, reduzir o risco, aumentar o estado de saúde e o bem-estar, favorecendo uma reabilitação (Im, 2018).

Esta teoria é uma estrutura orientadora que correlaciona os vários conceitos essenciais à ciência de enfermagem, permitindo a sua aplicação ao nível académico e ao nível da prática profissional (Im, 2018).

O objetivo da teoria de transições pretende integrar o fenómeno e as experiências de transição dos vários tipos de mudança na vida da pessoa, com o direcionamento das intervenções terapêuticas de enfermagem culminando numa transição saudável (Im, 2018). Este modelo teórico centraliza-se no conceito de transição, descrito como uma passagem ou movimento numa fase do ciclo da vida, a mudança de uma condição ou estado, sendo estas desencadeadas por uma alteração no estado da pessoa (Ribeiro et al., 2021a).

Torna-se um dos grandes desafios para os enfermeiros, compreender o processo de transição da pessoa e desenvolver um plano de cuidados e intervenções terapêuticas adequadas, de modo a promover a sua recuperação e estabilidade, integrando a sua nova identidade ou adquirindo competências de mestria (Ribeiro et al., 2021a). Este modelo teórico demonstra que o enfermeiro acompanha a pessoa em fenómenos de transição, realiza intervenções com intuito terapêutico de modo que a pessoa consiga alcançar um novo equilíbrio e bem-estar, como resultado de uma transição saudável (Ribeiro et al., 2018; Ribeiro et al., 2021a).

Esta teoria contém outros conceitos interrelacionados, como o tipo ou padrões de transição, as propriedades da experiência de transição, as condições facilitadoras ou inibidoras de transição, os padrões/processos de resposta e os indicadores de resultado, e as intervenções terapêuticas de enfermagem (Im, 2018; Ribeiro et al., 2021a).

A Teoria das Transições descreve, explica e prevê experiências humanas de vários tipos de transição, estes são designados de: saúde doença (evento doença, recuperação), situacional (situação, local), desenvolvimento (ao longo da idade/ciclo de vida), ou organizacional (ambiente) (Im, 2018; Ribeiro et al., 2021a). O conhecimento é essencial para o compromisso ou envolvimento da pessoa no seu processo de transição (Im, 2018), demonstrando a importância da literacia em saúde.

O padrão de transição é complexo e múltiplo, ocorre frequentemente em simultâneo ou sequencial. As propriedades das experiências de transição incluem: o conhecimento, o compromisso, a mudança, a diferença, o intervalo de tempo ou pontos críticos. Estas propriedades inter-relacionam-se num processo dinâmico e complexo (Im, 2018; Ribeiro et al., 2021a).

O intervalo de tempo é considerado desde a fase inicial da mudança até ao início do período de estabilidade. Algumas transições podem não ter marcos específicos, mas a maioria tem momentos e tempos críticos, no processo da mudança, na gestão do processo de transição (Im, 2018).

As condições pessoais, sociais e comunitárias facilitam ou inibem o processo de transição. Como condições pessoais são descritas: as crenças, a cultura, o nível socioeconómico, as atitudes, o conhecimento e a preparação, denotando, mais uma vez, a importância do conhecimento e a expectativa associada à situação, podendo existir ou não uma preparação prévia da transição (Im, 2018; Ribeiro et al., 2021a).

Dos padrões de resposta, podemos obter os indicadores de processo ou indicadores de resultado. Depreende-se como indicadores de processo o sentir-se conectado, a interação, a confiança, o coping, o caminho realizado no seu processo de saúde. Como indicadores de resultado, a existência ou não de uma transição saudável. Considera-se transição saudável, a alteração de comportamentos e a aquisição de competências de modo a gerir as alterações na sua situação. As intervenções terapêuticas de enfermagem passam por 3 dimensões, avaliar a

situação ou condição de transição, a preparação dessa mesma transição (educação) e a necessidade de suplementação de papel (Im, 2018).

As transições são complexas e multidimensionais, são caracterizadas pelo seu movimento ao longo do tempo, estas podem ser mudanças de identidade, de papéis, de relações, de padrões ou comportamentos. Podem existir vários processos de transição em simultâneo ou em contínuo, sendo influenciadas também pelo ambiente e pelas interações da pessoa. O nível de conhecimento influencia a capacidade de gestão neste processo de transição, sem aquisição de conhecimento pode não ser possível a capacidade de gerir a situação de transição. Para além do conhecimento, é de realçar a perceção e os significados que a pessoa tem da sua saúde e doença, estes influenciam diretamente esta condição de transição, por outro lado, o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa promove o sucesso desta transição (Im, 2018; Ribeiro et al., 2021a). Portanto, a relação terapêutica enfermeiro-pessoa, as técnicas de comunicação inerentes e o processo de literacia em saúde são fatores essenciais na promoção de uma transição saudável.

Atualmente, os cuidados de enfermagem pressupõem a construção de uma relação terapêutica e de parceria com a pessoa delineando com ela os seus projetos de saúde, favorecendo a prevenção de complicações, a promoção da saúde, bem-estar e AC, assim como, a readaptação e reeducação funcional (Pestana, 2023). O EEER efetua cuidados de enfermagem especializados, de modo a dar resposta aos processos de transições saúde/doença vividos pela pessoa, respeitando o seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Denota-se, novamente, que as teorias estimulam o desenvolvimento da prática da enfermagem de modo a alcançar a saúde e o bem-estar da pessoa, torna-se uma competência essencial de qualquer estudante, profissional ou investigador a aplicação e o desenvolvimento das teorias de enfermagem (Smith, 2018). Portanto, a Teoria das Transições é elementar na fundamentação e orientação da prática de enfermagem. O plano individualizado de cuidados realizado com a pessoa pretende dar resposta às experiências humanas de transição, pretendendo uma transição saudável, nos processos de doença, de desenvolvimento ou outros (Ribeiro et al., 2018).

O EEER tem um papel essencial ao acompanhar a pessoa a vivenciar este processo de transição saudável, a sua prestação de cuidados vai fomentar o desenvolvimento da máxima capacitação da pessoa, da sua máxima autonomia e funcionalidade, melhorando o seu bem-estar e qualidade de vida (Ribeiro et al., 2021a). Este processo de transição saudável na pessoa é possível através da intervenção do EEER para alcançar a autonomia, potenciar a sua capacitação e maximizar a sua funcionalidade.

3.2 Literacia, Autonomia e Capacitação

O ser humano desde que nasce até morrer está em constante mudança, alterações de desenvolvimento ou processos de doença, estas obrigam a processos de adaptação frequentes até alcançar novo equilíbrio, por muitos, designados de estado de saúde. Ao longo deste percurso individual, podem existir alterações na independência e no AC e, subsequentemente, necessidades de cuidar. A enfermagem, disciplina da ciência humana, intervém profissionalmente no outro, auxiliando no seu cuidar até se restabelecer, reabilitar ou atingir o melhor equilíbrio possível perante a sua nova situação. Como descrito anteriormente, a enfermagem tem de se basear em conceitos e em teorias, promovendo uma sistematização e prática de qualidade (Reis & Bule, 2023).

Segundo a OMS, literacia passa por aceder, compreender e utilizar a informação para manter o seu estado de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2023), assim, o enfermeiro promove a literacia ao longo da sua intervenção, pois este fomenta e disponibiliza o acesso a informação útil e valida a sua compreensão, promove o conhecimento para a realização do seu AC e para a concretização de uma transição saudável. A literacia contribui no processo de empoderamento da pessoa, pois este, inclui a integração do conhecimento decorrente da literacia, a consciencialização da situação atual e posteriormente, a pessoa adquire a autonomia na tomada de decisão, livre e esclarecida para a sua situação de transição saúde-doença (Sousa et al., 2020) ou para o seu projeto de saúde individual.

A consciencialização da sua situação de saúde e das suas necessidades de AC remete-nos para a importância da tomada de decisão em saúde, da pessoa. De acordo com o conceito defendido pela OMS (Direção-Geral da Saúde, 2023), a pessoa deverá ser detentora de toda a informação e conhecimento, compreendê-la, de modo a adquirir autonomia na sua decisão e reconhecer a sua situação atual. Para alcançar a capacitação, a pessoa terá de deter o

conhecimento, a este a autonomia de decisão para passar à ação no seu processo de transição (Sousa et al., 2020).

Portanto, à autonomia de decisão alcançada pelo conhecimento, é desejável associar a consciencialização e responsabilização da pessoa e o seu envolvimento no processo de mestria em competências de AC, bem como na aquisição de comportamentos de saúde e de gestão nos processos de saúde-doença (Petronilho et al., 2021).

Segundo a OMS, a literacia em saúde passa pela aquisição de competências cognitivas e sociais da pessoa. Esta deverá ter a capacidade para aceder à informação, compreendê-la, avaliar a informação mais adequada à sua situação e aplicá-la de modo a promover a sua saúde e bem-estar. A estas competências devem estar associados os fatores de motivação, conhecimento e fatores facilitadores, não esquecendo os fatores intrínsecos importantes neste processo, como as perceções, as crenças, as emoções e os comportamentos da pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2023).

A literacia em saúde é influenciada por múltiplos fatores, internos e externos à pessoa. Destes, o nível de confiança interpessoal com os profissionais de saúde ou com a instituição, é um fator essencial na aquisição de comportamentos de prevenção, proteção ou promoção da saúde. Salienta-se a importância da comunicação, como fator que contribui, de uma forma relevante, para a literacia em saúde e por sua vez, a mudança de comportamentos (Direção-Geral da Saúde, 2023), papel essencial do EEER ao orientar, informar, potenciar a aquisição de conhecimentos à situação individual de cada pessoa. O profissional de saúde deverá garantir uma qualidade da comunicação, uma relação com a pessoa ou grupos, a acessibilidade à informação de saúde necessária e a qualidade da mesma, seja ela em formato manual (por exemplo, folhetos informativos) ou em formato digital, o importante é que o profissional de saúde promova o acesso a fontes de informação credíveis e seguras (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Atualmente, com a evolução sociodemográfica, o estilo de vida sedentária e o aumento de doenças crónicas, torna-se premente intervir na tomada de decisão em saúde, como preconizado no Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC) 2023-2030 (Direção-Geral da Saúde, 2023). Sabe-se que a literacia em saúde tem implicações diretas na saúde individual e coletiva, na igualdade em saúde e na melhoria da gestão de

recursos e ganhos em saúde, assim, a literacia em saúde foi reconhecida como um determinante de promoção em saúde, sendo esta uma intervenção transdisciplinar e multissetorial, usada transversalmente em todos os contextos, nas diferentes fases do ciclo de vida da pessoa, progressivamente em grande desenvolvimento na literacia digital (Direção-Geral da Saúde, 2023).

O PNLSCC aborda não só a literacia em saúde, mas também, as ciências do comportamento, pois estas preconizam que a pessoa adquira as melhores práticas de comportamento na saúde, sejam elas de prevenção da doença, de proteção ou de promoção de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2023), indo ao encontro dos objetivos inerentes à intervenção do EEER; a autonomia e a capacitação da pessoa na promoção da saúde, prevenção de doenças ou de complicações e de cuidados de reabilitação. O EEER implementa as intervenções de enfermagem delineadas mantendo o objetivo de maximizar ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de alimentação, da eliminação e da sexualidade. Para tal o enfermeiro ensina, demonstra, instruí e treina as várias técnicas necessárias à promoção do AC e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos, favorecendo uma reeducação e readaptação funcional à sua situação (Regulamento n.º 392/2019). O principal objetivo é que a pessoa adquira comportamentos de promoção da saúde e de prevenção da doença, resultando num bem-estar físico, psicológico e social ao longo do seu ciclo de vida, independentemente do contexto em que se encontra inserido, alcançando a melhor qualidade de vida possível (Direção-Geral da Saúde, 2023).

O modelo de mudança de comportamento, inserido no PNLSCC (Direção-Geral da Saúde, 2023), é constituído por 3 fatores essenciais: a capacidade física e psicológica da pessoa, a oportunidade física e social da mesma e a sua motivação. Uma das maiores dificuldades na saúde é a mudança de comportamentos da pessoa, para realizar uma intervenção de mudança de comportamento, pressupõe-se o processo realizado com base numa relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, este por sua vez exige conhecimento, autonomia, treino e capacitação para uma transição eficiente e saudável (Reis & Bule, 2023).

O empoderamento pressupõe a mobilização dos recursos cognitivos, através da informação transmitida pelo EEER, a subsequente aquisição de conhecimento leva à mudança de comportamentos benéficos à sua saúde. No entanto, a componente emocional é de extrema importância para a motivação/volição e crenças da pessoa neste processo de transição e na

realização do seu plano individual de cuidados (PIC) de enfermagem (Santos, 2023). O empoderamento e a autonomia vão permitir que a pessoa realize a tomada de decisão em saúde, a adoção de estilos de vida mais saudáveis, uma gestão adequada dos recursos de saúde e a mudança de comportamento para hábitos saudáveis, este processo em saúde é contínuo e dinâmico (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Capacitar é um processo dinâmico que agrega o conhecimento, a decisão e a ação; existente num domínio cognitivo, físico e material. O processo de capacitação é realizado abrangendo as expectativas e motivações da pessoa. Por sua vez, a capacidade funcional pode ser designada como grau de aptidão da pessoa para realizar a sua vida de uma forma autónoma e independente, garantindo os seus AC (Reis & Bule, 2023).

O PNLSCC tem como principais objetivos a adoção de estilos de vida saudável, a capacitação da pessoa para a utilização adequada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) garantindo a acessibilidade a todos, a promoção do conhecimento da pessoa e do seu bem-estar, principalmente na doença crónica (Direção-Geral da Saúde, 2023). Este indica, como grupos mais vulneráveis, as pessoas com mais de 65 anos, pessoas portadoras de doenças crónicas, pessoas com baixa perceção da sua saúde e níveis socioeconómicos baixos (Direção-Geral da Saúde, 2023), concomitantemente, as populações com maiores necessidades de cuidados de enfermagem.

Pretende-se uma participação ativa da pessoa, com o desenvolvimento de competências na tomada de decisão e capacitada para mudança de comportamentos favoráveis à sua situação de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2023). O PNLSCC realça a importância de fatores determinantes na promoção da saúde, como a autonomia da pessoa, a responsabilização da sua situação, uma atitude ativa perante a sua saúde, mas essencial, a pessoa agir como parceiro ativo no seu projeto de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2023), demonstrando a integração do paradigma de transformação nos cuidados de saúde.

A capacitação da pessoa é alcançada através do ensino, instrução e treino das suas AVD e AIVD, maximizando a sua funcionalidade e a qualidade de vida no seu processo de adaptação e de transição saúde-doença, sendo o EEER um elo essencial neste processo (Vigia et al., 2023).

O treino é fundamental no processo de reabilitação da pessoa, pelos seus benefícios físicos e cognitivos, melhora a independência funcional da pessoa e a sua qualidade de vida,

motivando-a a realizar mais atividades e aumentando o seu estímulo cognitivo. Esta promoção de independência funcional e de AC, melhora também, a confiança e a participação da pessoa em atividades, favorecendo a sua reinserção social (Vigia et al., 2023).

Os paradigmas orientam-nos para a perspetiva filosófica da enfermagem, do cuidar e da pessoa, por sua vez, as teorias descrevem os conceitos e a interação dos mesmos relativamente aos fenómenos, sistematizando a nossa prática de enfermagem. Pretende-se como objetivo a alcançar, a mudança da resposta humana, seja esta de AC ou de transição saudável. Essa alteração do comportamento da pessoa, mostra-nos os indicadores de processo e de resultado obtidos, o seu empoderamento/autonomia na sua capacidade de decisão em associação à instrução e ao treino resulta na sua capacitação e mestria. Neste processo de enfermagem em parceria com a pessoa é de realçar que todas as intervenções realizadas pelo enfermeiro têm uma intencionalidade terapêutica, podemos ser avaliadas de um modo qualitativo ou quantitativo.

A perspetiva do EEER passa pela maximização da funcionalidade, pois este avalia a pessoa focando-se no potencial que a mesma tem para melhorar, seja a nível físico, cognitivo, psicológico ou social, podendo existir a necessidade de utilização de recursos (produtos de apoio) (Petronilho et al., 2021).

3.3 A Pessoa com Escoliose

No decorrer da realização do MER e em associação ao conhecimento teórico adquirido, foi realizado o EP, com desenvolvimento de competências teórico-práticas nas várias áreas de ER. No entanto, desenvolvi particular interesse nos cuidados de ER à pessoa com patologia da coluna. Esta seleção da temática corresponde às necessidades de cuidados das pessoas na minha prática clínica. Considero que seria uma mais-valia desenvolver competências nesta área, de modo a melhorar a minha intervenção enquanto enfermeira à pessoa com patologia da coluna, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação da pessoa. Por outro lado, no processo de desenvolvimento e de investigação na disciplina de enfermagem, considero extremamente importante beneficiar os contextos profissionais que nos permitem o desenvolvimento do EP, contribuindo favoravelmente para o meu desempenho enquanto EMER. Em contexto hospitalar, constatava-se como necessidade do serviço de internamento e da respetiva equipa de enfermagem e ER, a realização de um programa de ER à pessoa

submetida a cirurgia da coluna, nomeadamente a pessoa com escoliose (maioritariamente idiopática). Este contexto hospitalar, continha o CRI-Coluna, tendo como objetivos o constante desenvolvimento e implementação de cuidados à pessoa com patologia da coluna de maior qualidade. Logo, considerei e delineei como o processo de investigação e melhoria de cuidados de ER na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose.

As patologias da coluna são a principal causa mundial de anos vividos com incapacidade. Existindo o Dia Mundial da Coluna para demonstrar a sua importância e em Portugal foi construída a Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral (Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral, 2022).

A escoliose é definida como uma alteração tridimensional da coluna, na sua forma e posição. Considera-se idiopática, pois a sua etiopatogénese é desconhecida (cerca de 80%), não se encontra correlacionada a uma causa ou doença efetiva que justifique estas alterações, pressupõe-se que a sua causa seja multifatorial (Negrini et al., 2018; Silva, 2022). Sabe-se, no entanto, que ocorrem maioritariamente na infância e a sua progressão acentua-se nas fases de crescimento (Francisco & Pires, 2022; Negrini et al., 2018). Em fases de maior crescimento (no sexo feminino e masculino), acentua-se a assimetria entre o lado convexo e o côncavo, diminuindo o crescimento do lado côncavo e aumentando o crescimento do lado convexo (Silva, 2022).

Embora de origem desconhecida e multifatorial, Silva (2022) divide os fatores etiológicos da escoliose em: fatores genéticos, biomecânicos, neurológicos e fatores hormonais e metabólicos, por sua vez, a escoliose também se encontra associada a outras doenças degenerativas.

Desde há muito, que especialistas trabalham na construção de métodos de avaliação e classificações de categorização da escoliose, atualmente existem diversas metodologias de avaliação e categorização da escoliose, consoante os autores. Diversidade justificada pela complexidade da doença, pela sua componente multifatorial e a sua associação ao desenvolvimento inerente à faixa etária da pessoa em que se realiza o diagnóstico (Negrini et al., 2018).

O diagnóstico é realizado através de avaliação física, de vários parâmetros antropométricos (como peso e altura), exames de imagem da coluna axial em associação com métodos de classificação (Marques, 2022; Negrini et al., 2018).

A realização de radiografia da coluna extralonga em carga (póstero-anterior e de perfil, desde a base do crânio até às cabeças femorais) continua a ser o exame *gold standard* para avaliação dos desvios da coluna e de várias metodologias de medição. A tomografia computadorizada da coluna vertebral é realizada para avaliar a anatomia óssea e a ressonância magnética é indicada para identificação de patologia intra-espinal ou em pessoas com alterações neurológicas (Boaventura, 2022).

Nas medições realizadas através da radiografia em plano extralongo é possível definir o ângulo de *Cobb*. Este é o ângulo formado pela linha obtida da vértebra superior e inferior mais inclinadas. Avaliação necessária para realizar diagnóstico e tratamento a propor, também é fundamental como fator preditivo, pois, quanto maior o ângulo maior a probabilidade de progressão da Escoliose Idiopática (EI) (Francisco & Pires, 2022).

O sinal de *Risser*, passa pela avaliação do grau de ossificação nas cristas ilíacas, pela visualização na telerradiografia, que traduzem o nível de maturidade esquelética da pessoa (grau de ossificação, de 0 a 4) (Carvalho, 2022; Francisco & Pires, 2022).

As fases de *Mehta* correspondem à localização da cabeça da costela do lado convexo, se esta se sobrepõe (fase II) ou não (fase I) do corpo vertebral, sendo quantificado o ângulo de *Mehta* (diferença do ângulo costovertebral), avaliação também realizada através de radiografia (Carvalho, 2022; Francisco & Pires, 2022).

É comum a utilização destas metodologias de medição e restante avaliação clínica para diagnóstico e tratamento da escoliose (Negrini et al., 2018). O exame físico também passa pela avaliação em posição ortostática, no plano coronal e sagital, da presença de assimetrias e da avaliação do padrão da marcha e apoio dos pés (Boaventura, 2022). Tendencialmente as curvas torácicas (na existência de curvas duplas), tendem a progredir mais rapidamente que as curvas lombares, assim como o aumento das curvas compensatórias (Francisco & Pires, 2022).

Segundo Francisco & Pires (2022), a EI pode ser categorizada pela fase de crescimento e suas características:

- EI Infantil, considerada até aos 3 anos de idade, caso não esteja associada a outras doenças ou malformações, geralmente com ângulo de *Cobb* inferiores a 25° poderá resolver-se espontaneamente em cerca de 90% dos casos;
- EI Juvenil, a que se estabelece entre os 3 e 9 anos de idade, sendo a menos frequente, 10 a 21% dos casos de EI. Mais comum, aproximadamente, aos 5 anos de idade do sexo masculino e após os 7 anos de idade no sexo feminino, esta diferença de idades justifica-se pela maturidade esquelética mais tardia no sexo masculino. Destes, cerca de 70% têm indicação para ortótese e/ou cirurgia, com maior probabilidade de progressão se o ângulo de *Cobb* for superior a 25°.

Segundo Carvalho (2022), pelas características da doença e fase de desenvolvimento da pessoa, outros autores, apenas descrevem como EI de início precoce (até à idade juvenil) e EI de início tardio (a partir da idade da adolescência).

- EI Adolescência, devido à fase de crescimento pubertário, poderá ser uma fase de rápida evolução da EI, respetivo ângulo *Cobb* e fase de *Risser*, quanto mais jovem, menor imaturidade óssea e maior ângulo de *Cobb*, maior o risco de progressão da EI, com indicação cirúrgica a partir de 30 ° de ângulo de *Cobb*.
- EI Adultos, na maior parte das situações surge na adolescência e progride na fase adulta, habitualmente com maior incidência de queixas álgicas e desequilíbrio. Nos adultos idosos torna-se mais difícil distinguir EI das alterações degenerativas decorrentes do processo de envelhecimento. Existindo também a escoliose degenerativa do adulto, mais comum após 50 anos (Carvalho, 2022).

Assim, o sistema de classificação de escoliose do adulto, segundo Aebi (Boaventura, 2022), passa por:

- Escoliose degenerativa primária do adulto (tipo I) – escoliose inicial em idade adulta, geralmente devido a alterações degenerativas na coluna, mais comum a nível lombar ou dorso-lombar;
- EI progressiva do adulto (Tipo II) – considerada a escoliose com progressão de início na infância ou adolescência;

- Escoliose degenerativa secundária (Tipo III) – maioritariamente associada a uma dismetria dos membros inferiores ou alteração lombosagrada.

Carvalho (2022) descreve que para indicação cirúrgica, alguns autores classificam em:

- Escoliose de início precoce;
- EI do adolescente;
- Escoliose do adulto.

No sentido de se obter indicações para realizar o diagnóstico e a melhor prática clínica à pessoa com EI, a *Scoliosis Research Society* (SRS) promoveu a reunião de especialistas, com o objetivo de discutir, refletir e construir consensos sobre a avaliação, classificação e evolução da escoliose e circunscrever o tratamento mais apropriado. Aos vários sistemas de classificação deverão sempre ser associados os fatores clínicos (como o exame físico, a avaliação antropométrica e a sintomatologia, entre outros). O tratamento é individualizado, tendo em conta o tipo de escoliose, a sua progressão, gravidade dos sintomas associados e o impacto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa (Boaventura, 2022).

O tratamento da pessoa com EI passa por: método conservador, com ortóteses e exercícios específicos para EI ou pelo tratamento cirúrgico, consoante a gravidade e progressão da EI. Segundo os métodos descritos, habitualmente considera-se doença em progressão com ângulo *Cobb* superior a 45° (Carvalho, 2022).

Os principais objetivos do método cirúrgico passam por controlar a deformidade existente ao longo da coluna e tórax, promover um normal desenvolvimento da função pulmonar, o controlo de dor (caso exista) e melhoria da autoimagem (Carvalho, 2022).

A classificação mais utilizada, para confirmação de indicação cirúrgica, é a de *Lenke*, identificando a curva primária, as curvas regionais (torácica proximal, major torácica e toracolombar/lombar), identificando se são curvas estruturais ou não estruturais. Após os vários critérios de avaliação, subdivide-se de 1 a 6 tipos de *Lenke* (Carvalho, 2022).

A cirurgia é realizada por via posterior, com fusão óssea feita pela aplicação de material de fixação (parafusos) ao longo de toda a coluna (vértebra a vértebra ou por grupos de vértebras), esta correção pode ser realizada com ou sem descompressão, habitualmente na região torácica, dorsal e lombar ou em várias áreas em simultâneo. Em situações de grande

gibosidade, poderá associar-se a toracoplastia (ressecção de cerca 1 a 2 cm de costela), com maiores repercussões na função pulmonar. No entanto, a fusão óssea pode conduzir a uma diminuição na mobilidade da coluna instrumentalizada e pode originar alterações discais nas zonas de transição da coluna operada com a coluna flexível (Carvalho, 2022).

As complicações mais frequentes do tratamento cirúrgico são: alterações neurológicas, perdas hemorrágicas (sendo comum a utilização do ácido tranexâmico em bloco operatório), íleo paralítico, perda de líquido cefalorraquidiano, seroma e infeção. Na realidade portuguesa, é comum o internamento hospitalar de 1 semana e o regresso a atividade escolar/laboral ao final da 4ª semana, sendo indicado o início de exercício físico (sem impacto) após 2 meses da cirurgia e sem restrições após 6 meses (Carvalho, 2022).

A avaliação do regresso à atividade física depende da situação individual de cada pessoa, da cirurgia de correção da escoliose (a artrodese realizada) e a opinião do clínico, no entanto, é comum a indicação para atividade física após 3 meses (atividade sem impacto), entre 6 a 12 meses desporto com ou sem impacto. Considerando que a consolidação total de uma artrodese pode demorar entre 6 meses a 1-2 anos (Brás da Silva, 2022).

Constata-se que a EI proporciona diferentes manifestações na pessoa, consoante a faixa etária, a fase e características do crescimento e a avaliação da curva (Francisco & Pires, 2022). A aceitação do diagnóstico de EI, de uma doença crónica, passa por várias medidas adaptativas da pessoa e sua família (Cantista, 2022).

Uma vez que o início e desenvolvimento da EI acompanha o crescimento da pessoa, esta promove alterações do foro físico, psicológico e social, interferindo diretamente na sua funcionalidade e qualidade de vida. As alterações mais descritas passam pela alteração da imagem, manifestações psicológicas, quadros de dor, alterações respiratórias e alterações na sua capacidade muscular (nomeadamente na realização de atividades desportivas) (Francisco & Pires, 2022). Alterações que podem desencadear sofrimento, ansiedade, receios, alteração de humor e isolamento, tendo um impacto negativo na qualidade de vida da jovem pessoa. Torna-se de extrema importância a inclusão da pessoa neste processo de doença, a transmissão de informação sobre a patologia, os possíveis tratamentos e os resultados expectáveis, são essenciais na motivação, aceitação e adesão da pessoa ao tratamento sugerido para a sua situação (Marques, 2022; Cantista, 2022).

A informação sobre a situação clínica e possíveis tratamentos torna-se essencial para a pessoa, aumenta a sua sensação de segurança e controlo da situação, a informação deve ser fornecida de um modo sistematizado e por meio a vários recursos, como folhetos informativos, vídeos, imagens, etc. Aos profissionais de saúde é essencial a transmissão de informação cuidada, consoante a necessidade da pessoa e a sua capacidade cognitiva (como sucede nas várias faixas etárias) (Cantista, 2022), demonstrado pela importância da literacia no PNLSCC (Direção-Geral da Saúde, 2023).

O exercício físico, dentro das capacidades individuais de cada pessoa, é extremamente benéfico, reduz os níveis de ansiedade, melhora o humor e sensação de bem-estar, aumenta a capacidade física e ventilatória da pessoa e promove um impacto positivo na imagem corporal da mesma (Cantista, 2022).

A atividade física tem um papel preponderante no controlo de doenças não transmissíveis, a OMS recomenda a prática diária mínima de 60 minutos de atividade física, para jovens 5 aos 17 anos. Deverá incluir predominantemente atividade aeróbica, exercícios de fortalecimento muscular e pelo menos 3 vezes por semana, atividade com impacto, para favorecer a saúde óssea. A atividade física beneficia o sistema cardiorrespiratório, cardiovascular, imunitário, muscular, ósseo e psicológico (como redução de ansiedade ou depressão). Ao realizar atividade física também é fomentada uma consciencialização corporal e espacial, ajudando na melhoria postural e autoimagem. Decorrente desta recomendação, em 2016 foi criado em Portugal, pela DGS o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) (Brás da Silva, 2022; Direção-Geral da Saúde, 2020a).

As recomendações da OMS, existentes no PNPAF, descrevem a forte evidência que a atividade física é um determinante fundamental da saúde da pessoa, desde a prevenção ao tratamento de doenças crónicas não transmissíveis, podendo ser possível o atraso da progressão da doença. Os contributos para a pessoa são múltiplos e sistémicos, desde a melhoria do estado clínico, da saúde mental, à sensação de bem-estar e qualidade de vida. Atualmente, existe evidência sobre a melhoria da pessoa portadora de doença crónica do foro cardiovascular, pulmonar, neurológico, musculoesquelético, metabólico, oncológico e psiquiátrico, considerando a prática de atividade física como uma intervenção terapêutica adjuvante essencial. Nas designadas doenças musculoesqueléticas especificam a dor crónica na região

dorso-lombar entre a osteoporose, a osteoartrite e a artrite reumatoide (Direção-Geral da Saúde, 2020a).

O PNPAF (Direção-Geral da Saúde, 2020a), descreve a diferença entre atividade física informal ou incidental, existente na realização das atividades de vida diárias, atividades recreativas ou na deslocação diária; do exercício físico e desporto propriamente dito, considerando as ações deliberadas e planeadas de exercício físico. Na ausência de atividade física regular (exercício físico planeado), é importante promover e desenvolver hábitos de mobilidade ativa, qualquer atividade física é considerada benéfica, enfatizando, pelo menos caminhada de 10 minutos consecutivos.

Segundo alguns estudos realizados, o adolescente/adulto com EI tem uma participação inferior em atividades desportivas do que a população da mesma faixa etária, o que na população adolescente pode levar à diminuição da densidade óssea (Brás da Silva, 2022), entre outros danos.

Através do Inquérito Nacional de Saúde, de 2019, sabe-se que a prática do exercício físico é inferior nas mulheres relativamente aos homens, e que a atividade física diminui com o aumento da idade (Direção-Geral da Saúde, 2020a). Tendo em conta que a pessoa com escoliose é maioritariamente feminina, é premente a realização de atividade física nesta população.

Adequando à situação individual de cada pessoa, e aos seus fatores de doença, podemos referir que um adolescente deverá realizar, em média, 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, de preferência aeróbia, em associação com atividades de fortalecimento muscular e ósseo, em pelo menos, 3 dias por semana. A atividade física deve ser aumentada gradualmente na sua frequência, intensidade e duração, adequando sempre à situação da pessoa e à sua capacidade. Recomendações fortes, com nível de evidência moderado emitidas pela OMS (Direção-Geral da Saúde, 2020b). A partir dos 18 anos recomendam atividade física regular com pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa ou o dobro da atividade, de intensidade moderada, com atividades de fortalecimento muscular que envolvam os principais grupos musculares, 2 dias por semana, com aumento gradual da frequência, intensidade e duração. Recomendações fortes, com nível de evidência moderado emitidas pela OMS (Direção-Geral da Saúde, 2020b).

Recomendações também validadas para os adultos idosos portadores de doenças crônicas, tendo em conta a existência de contra-indicações e a realização da atividade física segundo as suas capacidades. Nesta população, é extremamente importante a avaliação por um profissional de saúde de modo a ter um plano orientado sobre os exercícios e a progressão apropriada à sua situação individual, avaliando as suas capacidades e as suas limitações funcionais (Direção-Geral da Saúde, 2020b), denotando a importância da intervenção do EEER.

A Direção-Geral da Saúde (2020a), recomenda as atividades físicas de fortalecimento muscular como benéficas à população em geral, principalmente na população adulta ou com mais de 65 anos, pois esta promove o equilíbrio, coordenação e força muscular, essenciais para a melhoria da saúde e prevenção de quedas, corroborando as mesmas necessidades para a pessoa com escoliose. Estas recomendações benéficas passam inicialmente pela comunicação e sensibilização da população, inerentes a um processo de literacia em saúde, é extremamente importante de modo a promover uma consciencialização da pessoa e mudanças de comportamentos mais saudáveis para a sua situação.

No PNPAF (Direção-Geral da Saúde, 2020a), salienta-se a influência do isolamento social como fator de agravamento para hábitos de estilo de vida menos saudáveis, desde a redução de atividade física a hábitos alimentares pouco saudáveis.

Das alterações existentes na pessoa com EI, estão designadas as alterações do equilíbrio, nomeadamente ao nível do sistema vestibular e proprioceptivo (Silva, 2022). As alterações cardiorrespiratórias pelas limitações impostas à deformidade da caixa torácica e diretamente à diminuição da função pulmonar (Francisco & Pires, 2022). Portanto, constata-se alterações multisistémicas na pessoa com escoliose, com impacto na sua saúde motora, respiratória e mental, na sua funcionalidade e subsequentemente na sua qualidade de vida.

Reforça a importância de uma intervenção à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose pela equipa multidisciplinar, onde o EEER tem um papel essencial na melhoria, promoção e maximização da capacidade funcional e de independência da pessoa, otimizando o seu processo de transição saúde-doença e colmatando as suas necessidades de AC. Esta intervenção do EEER pretende a promoção de saúde, a prevenção de complicações, o tratamento e reabilitação da pessoa, quer seja ao nível da sua função respiratória, cardíaca, motora, neurológica ou outras incapacidades (Regulamento n.º 392/2019).

3.3.1 Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia Corretiva da Escoliose

Tendo em conta todas as alterações existentes na pessoa com escoliose, torna-se fundamental, compreender qual a melhor prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose, no período pós-operatório, em contexto hospitalar.

Considerarei necessária e útil a realização de uma revisão narrativa sobre a temática, de modo a deter o conhecimento mais recente e possuir os recursos necessários à construção de um plano de ER para capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. Os vários autores abordam as diversas áreas de intervenção de reabilitação à pessoa submetida à cirurgia corretiva da escoliose, mas, insuficientes relativamente à delimitação do plano de intervenção realizado, exercícios ou técnicas implementadas. Esta pesquisa bibliográfica foi realizada na plataforma *EBSCOhost*, limitando a pesquisa aos artigos dos últimos 5 anos. Teve como população alvo *Scoliosis*; contexto *Postoperative period or Hospitalizacion*; como intervenção *Rehabilitation or Nursing or Functionality* e resultados *Exercise or Physical or Postural or Pulmonary*.

Estes estudos vão de encontro à restante literatura sobre a pessoa com escoliose, demonstrando a importância da informação, ensino e capacitação da pessoa ao longo do seu processo cirúrgico (desde a indicação cirúrgica até ao regresso a casa após a cirurgia). Outros estudos abordam a importância dos exercícios respiratórios, de equilíbrio corporal e da mobilização precoce. Por último, estudos sobre os défices funcionais pós-operatórios e a relação entre a cirurgia corretiva para a escoliose e a qualidade de vida da pessoa.

A pessoa que recebe o diagnóstico de EI, depara-se num processo de adaptação a uma doença crónica e quando existe a indicação para correção cirúrgica, a pessoa terá de encarar os seus medos, receios e ansiedades. Barbosa & Frazão (2020) demonstraram através de um estudo experimental, em que o grupo controlo (GC) recebia orientações do período pós-operatório por escrito e o grupo de intervenção (GI) receberia as mesmas orientações escritas mais sessões demonstrativas com treino num ambiente simulador de uma casa e as várias tarefas a realizar (divisões como sala, quarto, cozinha, casa de banho e lavandaria, são descritas no estudo). Era realizada a avaliação, através de um questionário, no final do internamento hospitalar. Os resultados descrevem a melhoria, na perceção da pessoa, para a preparação e realização das AVD e AIVD e o aumento da sensação de segurança para o regresso a casa,

independentemente do seu nível de funcionalidade. Acentuando-se a importância do processo educacional da pessoa em processo de doença.

Justifica a necessidade de um plano de ER na dimensão do conhecimento. Avaliar o conhecimento que a pessoa possui (incluindo crenças, ideias preconcebidas e receios) sobre a sua situação de doença, contexto cirúrgico, limitações ou cuidados pós-operatórios, processo de reabilitação, realização de AC e plano de regresso a casa. O EEER deverá informar, ensinar e validar a aquisição de novos conhecimentos, pois a sua compreensão, é essencial para que a pessoa possa integrar esses novos conhecimentos à ação e promover as mudanças de comportamento necessárias para uma melhoria no seu estado de saúde, incentivando uma maior adesão ao plano de ER realizado com a pessoa.

Como refere Barbosa & Frazão (2020), o conhecimento melhorava a percepção da pessoa sobre a sua situação, promovendo a sua sensação de segurança, extremamente importante nas várias fases de transição sentidas pela pessoa, principalmente, na fase de transição para o domicílio após alta hospitalar.

São múltiplos os fatores que podem intervir na escolha do destino, da pessoa submetida à cirurgia corretiva da escoliose, após alta hospitalar. Malik et al. (2019), abordou quais os fatores preditivos que interferem para a opção de seleção do destino da pessoa, após a alta hospitalar. Realizaram um estudo retrospectivo da sua população, com acesso a base de dados, esta nomeava se o destino de alta era o domicílio ou não domicílio (como instituições de reabilitação pós-operatória). Os resultados mostraram que os fatores que contribuíam para um destino institucional após a alta, em vez do seu domicílio eram: pessoas com outras comorbilidades, a realização de cirurgia complexa, a extensa fixação da coluna até à pélvis e o aumento do tempo de internamento hospitalar, existindo uma prevalência do sexo feminino. Concluíram que a existência de fatores de risco cirúrgicos aumentava a necessidade de programas de reabilitação pré e pós-operatórios. Indica, novamente, a importância do acompanhamento da pessoa, da realização de exercícios de reabilitação pré e pós-operatória, melhorando a sua performance, prevenindo a existência de complicações e favorecendo uma reabilitação mais rápida e eficaz, após a cirurgia.

O processo de continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade é essencial, favorecendo uma transição segura entre os 2 contextos, sendo este um processo essencial na

intervenção do enfermeiro; informar, ensinar e disponibilizar toda a informação ou recursos necessários para que a pessoa e a sua família adquiriram conhecimento, autonomia e capacitação perante as suas necessidades (Ferreira et al., 2021). Esta intervenção inicia-se desde o momento do acolhimento ao serviço, de modo a aumentar o seu conhecimento e a treinar a sua capacitação até ao máximo de independência funcional e de AC. Para além da fase de adaptação à sua nova situação de saúde é importante esclarecer, ensinar e demonstrar os cuidados a manter no seu domicílio, os recursos e barreiras arquitetónicas que deverá adaptar e até mesmo a necessidade de usar material de apoio. Estas estratégias de educação para a saúde e de capacitação da pessoa e da sua família, pretendem garantir uma transição hospital-casa segura e saudável, promovendo cuidados de saúde seguros e de qualidade, prevenindo riscos ou complicações, realizando uma reeducação e readaptação funcional com a pessoa (Ferreira et al., 2021). Realidade existente no contexto hospitalar, sustentada pela literatura e na importância da qualidade de vida e segurança da pessoa no regresso ao domicílio, assim, este serviço de internamento implementou um programa de acompanhamento após a alta hospitalar, efetuado pelo EEER, com a realização de um *follow up* telefónico cerca de uma semana após o regresso ao domicílio, mantendo a acessibilidade ao serviço pela pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A pessoa com escoliose, maioritariamente, possui alterações anatómicas na região torácica, comprometendo o crescimento da caixa torácica proporcionando várias alterações ventilatórias e respiratórias. Quiu et al. (2022) realizou um estudo transversal randomizado sobre aplicação da espirometria de incentivo no treino da função pulmonar perioperatória na cirurgia à coluna. Estes autores demonstraram a importância da espirometria de incentivo na melhoria e prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias. Apresentaram resultados com melhoria da função pulmonar, na redução do tempo de treino pulmonar, na redução da existência de complicações pulmonares, na diminuição da incidência de atelectasias, acelerando a reabilitação pós-operatória e melhorias significativas na *compliance* pulmonar.

O GC realizava exercícios respiratórios tradicionais e o GI realizava os mesmos exercícios associando os exercícios com espirómetro de incentivo. Descrevem como exercícios de reabilitação a respiração abdominodiafragmática, a abertura grelha costal resistida e expiração forçada e a respiração com os lábios semicerrados. Descrevem como desvantagem, a capacidade das pessoas na compreensão e execução correta dos exercícios. A avaliação

pulmonar prévia à cirurgia não demonstra diferença significativa entre os grupos, no entanto, após a cirurgia o GI apresenta menor incidência de atelectasias e menor tempo de internamento. Neste estudo, é evidente a extrema importância de realizar um programa de reabilitação respiratória ou Reeducação Funcional Respiratória (RFR) prévia à cirurgia que acompanhe o período de recuperação pós-operatória (Quiu et al., 2022). Denotando a importância da intervenção do EEER no foco da ventilação, intervindo com a pessoa na realização de técnicas respiratórias.

Outros estudos, abordam a importância da reabilitação motora ou Reeducação Funcional Motora (RFR), Bazancir et al. (2021), realiza um estudo randomizado sobre a importância dos exercícios de reabilitação e mobilização precoce da pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. Comparou os resultados obtidos no GI e no GC, ao realizar um programa de exercícios de reabilitação intensiva com mobilização precoce e um treino *standard* com mobilização precoce, durante os primeiros 5 dias pós-operatórios. Concluíram que, a realização de um programa intensivo de exercícios de reabilitação reduzia o tempo de internamento, obtinha ganhos físicos e funcionais na pessoa após a cirurgia. As estratégias de mobilização precoce, são reconhecidas como preventivas de complicações pós-operatórias e beneficiam a manutenção da capacidade física. Os autores, reconhecem a necessidade de realização de estudos que comprovem quais os exercícios de reabilitação com maior benefício para esta população.

Comprovando a necessidade de um plano de cuidados de ER com a pessoa para a sua capacitação nas áreas do movimento muscular, levantar-se, andar e nos autocuidados comprometidos.

Uma das áreas com maior predomínio de artigos, nesta revisão narrativa, foi no âmbito do controlo postural e equilíbrio corporal, demonstrando a alteração existente na pessoa com EI e a sua importância no pós-operatório.

Anari et al. (2020) realizou um estudo retrospectivo longitudinal na avaliação de um grupo de pessoas submetidas a artrodese posterior e o seu impacto no equilíbrio corporal. Neste estudo a avaliação era realizada aos 6 meses e aos 2 anos após cirurgia. Descreve a alteração de equilíbrio corporal já existente na pessoa com EI. Posteriormente, associado à evolução das técnicas cirúrgicas realizadas, descrevem os ganhos na realização de exercícios de equilíbrio

corporal no pós-operatório, com maior relevância aos 6 meses, podendo continuar uma evolução favorável até aos 2 anos. No entanto, sugerem a necessidade de estudar um programa de reabilitação com exercícios específicos para o equilíbrio corporal e os seus ganhos para a pessoa submetida a cirurgia corretiva de escoliose.

Li et al. (2019), aborda o mesmo tema realizando um estudo experimental, para avaliar o controlo postural nos indivíduos submetidos a artrodese por EI, avaliando até ao segundo ano pós-operatório. Compararam um GC de características antropométricas idênticas ao GI, mas sem diagnóstico de EI e um GI submetidos a artrodese por EI, sem programa de reabilitação. Descrevem que a pessoa submetida a artrodese tem diminuição no controlo de direção e na estabilidade corporal até aos 90 dias pós-operatório, considerando de extrema importância a existência de um programa de reabilitação focado no treino de controlo postural. Consideraram a artrodese um tratamento satisfatório na recuperação da estabilidade postural.

Por último, Osuka et al. (2022), estuda os efeitos da técnica cirúrgica 4D (técnica de reconstrução da anatomia espinhal em molde 4D) na correção espinhal e fusão vertebral com a estabilidade postural da pessoa. Evidenciam que as deformidades tridimensionais da EI resultam em atividade muscular assimétrica e alterações proprioceptivas, assim como, alterações no equilíbrio corporal. Descrevem que, na pessoa com ângulo de *Cobb* superior a 40° (para além da indicação da cirurgia) esta tem alteração do seu equilíbrio corporal, sendo a correção cirúrgica (artrodese) considerada benéfica no equilíbrio corporal, também concluem, que é alcançada a maior estabilidade corporal aos 6 meses pós-operatório. Apenas descrevem exercícios de apoio unipodal até ao 10º dia pós-operatório. Concluem que a técnica cirúrgica 4D, associada aos exercícios unipodais traduzem-se em ganhos posturais e de equilíbrio corporal para a pessoa submetida à cirurgia.

Aos focos de ER, referidos anteriormente, deverá ser associado ao PIC da pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose, o foco de equilíbrio corporal.

Às alterações físicas existentes na pessoa com EI, com necessidade de realização de exercícios de reabilitação respiratórios e motores, Rafferty et al (2020) investigou os défices funcionais no período pós-operatório (12 meses após) nos adolescentes submetidos a cirurgia corretiva da escoliose. Realizou um estudo de caso retrospectivo, avaliando a força, resistência, flexibilidade e capacidade pulmonar no GC (população geral) e no GI (adolescentes

submetidos a cirurgia). Ambos os grupos apresentavam pessoas com características antropométricas idênticas. Concluiu que, 12 meses após cirurgia, as pessoas com EI apresentavam défices na função pulmonar com diminuição da capacidade ventilatória, recomendando exercícios de treino de músculos inspiratórios. Também apresentavam défices na função músculo-esquelética, com menor força muscular e amplitude articular, maiores diferenças constatadas na flexão e rotação do ombro e na flexão e extensão da coluna, recomendando também a existência programas de reabilitação que contemplem exercícios de força muscular e amplitude articular, para além do regresso ao exercício físico e desporto vigoroso. Indicando a importância da realização de RFR e RFM na pessoa com EI, submetida a cirurgia corretiva.

A pessoa com EI suporta as alterações físicas e da imagem corporal, estas interferem diretamente com a sua funcionalidade e qualidade de vida, Öztürk et al. (2020), apresentou a relação entre a avaliação de força dos músculos do tronco, a amplitude articular do tronco e a qualidade de vida do adolescente submetido a cirurgia corretiva da escoliose. Realizaram um estudo transversal de caso controlo, dividindo a população com EI entre grupo torácico e lombar, consoante o nível cirúrgico, com avaliação ao 1º e 3º ano pós-operatório. Na avaliação da capacidade muscular do grupo torácico e lombar não foi possível detetar diferenças significativas, que os autores atribuem à imaturidade músculo-esquelética da fase de crescimento em que se encontram (população adolescente), por outro lado, não existem dados de uma avaliação física prévia à cirurgia, não sendo possível essa comparação. No entanto, foram constatados vários benefícios após a cirurgia, na avaliação ao 1º e 3º ano, como uma perceção mais positiva da sua autoimagem e maior atividade funcional, aumentando o bem-estar psicológico e a qualidade de vida da pessoa com EI. Através do questionário SRS-22, também foi possível ter a avaliação da satisfação da pessoa perante o tratamento, e era significativamente positivo com o tratamento/intervenção cirúrgica após diagnóstico de EI, melhorando a sua perceção de qualidade de vida.

Concluíram que os músculos do tronco são essenciais para a postura corporal e sucessivamente na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com EI. Sugerindo também a existência de programas de reabilitação pré e pós-operatórios, com foco no movimento muscular, força, resistência, flexibilidade e amplitude articular, de modo a incrementar a qualidade de vida da pessoa com EI (Öztürk et al., 2020).

Tentando associar o conhecimento científico mais recente nesta área, verificam-se vários estudos primários sobre as áreas de reabilitação a trabalhar, a RFR e a RFM, para além da importância do processo educacional. Necessidades que vão de encontro com as competências do EEER, em que a sua intervenção é de extrema importância no acompanhamento da pessoa e sua família no seu processo de transição saúde-doença, melhorando a sua funcionalidade e sua qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

No entanto, é de realçar a importância da relação terapêutica e da transmissão de informação do profissional de saúde à pessoa com escoliose, pois esta favorece maior segurança, diminui ansiedade, conduzindo ao processo de aceitação e adaptação à sua situação de saúde-doença. O cuidado centrado na pessoa, promove o processo de consciencialização e autonomia na sua decisão, aumentando a sua motivação e adesão ao tratamento proposto (Cantista, 2022).

Demonstra a importância do ensino à pessoa ao longo da sua situação e principalmente no período pré-operatório com a descrição do que irá suceder, as possíveis complicações e o que será expectável na sua situação (Cantista, 2022; Marques, 2022; Negrini et al., 2018).

Para além do ensino, o treino e a capacitação na realização das atividades e tarefas num período pós-operatório, favorece o retorno ao seu contexto domiciliário, antevendo dificuldades e processos de adaptação pós-operatórias, como demonstra o estudo de Barbosa & Frazão (2020).

Pela alteração torácica existente na pessoa com EI, vários autores abordam o benefício de exercícios de RFR, idealmente desde o período pré até ao pós-operatório (Quiu et al., 2022). Esta deverá ser acompanhada de exercícios de RFM, com ênfase no fortalecimento muscular, amplitude articular e equilíbrio corporal (Anari et al., 2020; Bazancir et al., 2021; Li et al., 2019).

Petronilho & Machado (2023), refere a importância da preparação da alta hospitalar na satisfação da pessoa e das famílias com aumento do suporte de conhecimento e de capacitação, aumentando adesão aos comportamentos adequados e a sua capacidade de realizar o AC. A prática profissional do EEER passa pela continuidade de cuidados centrados na pessoa, por isso, é de extrema importância uma transição segura para o domicílio (Ferreira et al., 2021; Pedrosa et al., 2022; Petronilho et al., 2021; Sousa et al., 2021b).

A acessibilidade a programas de saúde individualizados promove uma maior autonomia e capacitação na realização do AC, culminando na mestria, por sua vez, uma maior satisfação da pessoa, maior sensação de bem-estar e de qualidade de vida, que promove um crescimento na relação terapêutica e na comunicação entre o enfermeiro e a pessoa (Petronilho & Machado, 2023). Indicando a relevância da construção e realização de um plano de cuidados de ER com a pessoa, para a sua máxima capacitação, após cirurgia corretiva da escoliose.

3.3.2 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Capacitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia Corretiva da Escoliose

A ER tem como conceitos o autocuidado e a autonomia, que passa pelo cuidar valorizando a funcionalidade (Gaspar et al., 2021).

Processo de ER pressupõe uma abordagem sistêmica holística da pessoa, a construção com a pessoa do seu PIC é fundamental para alcançar os objetivos delineados em parceria profissional-pessoa. Os diagnósticos de enfermagem, as intervenções delineadas pretendem como objetivos a melhoria na independência, funcionalidade e capacitação da pessoa, facilitador na integração de uma nova realidade (Santos, 2023).

O EEER avalia a funcionalidade, com recursos a instrumentos de avaliação, de modo a tornar a sua avaliação mensurável e objetiva, deverá realizar a seleção do instrumento mais apropriado à pessoa e à sua situação atual. Embora o EEER avalie a situação da pessoa numa perspectiva holística, este deverá avaliar o impacto que a alteração da funcionalidade tem no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa. Esta avaliação permite realizar diagnósticos de ER que identifiquem as alterações da funcionalidade, nível de dependência na realização de AVD e AIVD e necessidades de AC. Após esta avaliação, deverá ser realizado com a pessoa um plano de intervenção de ER apropriado e que identifique o seu projeto de saúde. Este deverá promover capacidades adaptativas, funcionalidade, independência e AC nos seus processos de transição saúde-doença.

O processo de cuidados de ER é realizado perante problemas reais ou potenciais da pessoa, o EEER consegue implementar e monitorizar o PIC construído com a pessoa, diferenciado, pois, este processo de cuidados de enfermagem tem em vista a máxima reabilitação do potencial da pessoa. Esta resposta às necessidades das pessoas é realizada de uma forma sistemática e

intencional com recurso um modelo conceptual de enfermagem, mas também a uma metodologia científica (Ribeiro et al., 2021b).

Perante a enfermagem de reabilitação os diagnósticos formulados referem-se essencialmente às dimensões da funcionalidade ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, de alimentação, de eliminação e de sexualidade e das respostas humanas aos processos de transição vividos ao longo do ciclo da vida, com a descrição dos fatores facilitadores e barreiras neste processo (Ribeiro et al., 2021b).

Este processo de enfermagem está inerente ao raciocínio clínico e a tomada de decisão do enfermeiro, para o EEER, terá como foco a autonomia e a capacitação da pessoa e a subsequente mudança na sua qualidade de vida, principalmente nos processos de transição vividos pela pessoa ou pelo défice existente no seu AC (Ribeiro et al., 2021b). Este processo de enfermagem, de tomada de decisão, passa pela avaliação inicial da pessoa, a construção dos diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, posteriormente na reavaliação dos resultados obtidos, se necessário a readaptação de todo o plano (Ribeiro et al., 2021b), este plano deverá ser construído em parceria com a pessoa.

Tendo por base o padrão documental dos cuidados de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2015), a pessoa submetida a cirurgia da coluna, nomeadamente artrodese corretiva para a escoliose, terá como principais necessidades de cuidados e diagnósticos de ER o conhecimento e a capacitação dos focos (Anexo I):

- 1) Ventilação;
- 2) Movimento Muscular;
- 3) Posicionar-se;
- 4) Equilíbrio Corporal;
- 5) Pôr-se de pé;
- 6) Andar;
- 7) Autocuidado: ir ao sanitário, higiene, arranjo pessoal e vestuário.

Cada diagnóstico inclui o potencial da pessoa para melhorar o conhecimento e a capacitação em realizar técnicas ou recorrer a dispositivos; a descrição das intervenções de ER, técnicas a executar e escalas/instrumentos de avaliação a recorrer na construção do PIC à pessoa submetida a cirurgia da coluna.

A construção de um PIC tem por base o processo de enfermagem, que permite colher, analisar/avaliar e interpretar os dados necessários para a realização de um juízo clínico/tomada de decisão segura e rigorosa; planejar e implementar as intervenções necessárias pelo EEER, de modo, a potenciar o envolvimento e participação da pessoa na sua capacitação e autonomia, neste processo de transição/adaptação (Ribeiro, 2021b).

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

As experiências decorrentes do EP, em associação com as aprendizagens e desafios acadêmicos, permitiram desenvolver as competências inerentes de enfermeiro especialista, de EEER e de mestre.

O processo de aprendizagem, também considerado formação contínua, apenas tem o seu início, sendo um contínuo ao longo da nossa vida profissional. Para mim, este iniciou-se após a licenciatura de enfermagem, tornando-me uma enfermeira de cuidados gerais. Ao longo de 20 anos de experiência profissional fui adquirindo múltiplos conhecimentos e capacidades decorrentes das experiências profissionais, das vivências realizadas com a pessoa e restante equipa de profissionais de saúde (inserida numa organização), promovendo momentos de reflexão e aprendizagens, como o saber ético, estético e pessoal descrito por Cestari (2003).

Atualmente, com necessidade de acrescentar conhecimentos e capacidades ao meu exercício profissional, pretendia continuar a desenvolver e a melhorar a minha prática de cuidados à pessoa e família. Questionava se realizava a melhor prática de enfermagem, os esperáveis cuidados de excelência à pessoa. Para dar resposta a minha inquietação, desafiei-me, ao ingressar neste MER.

A totalidade da minha experiência profissional, favoreceu o desenvolvimento de competências acrescidas, como enfermeira. Barata (2023), reforça a importância da realização da formação avançada de especialização, mas também, a contribuição da socialização no processo educativo, formativo e clínico. O enfermeiro desde a formação académica passa por experiências construtivas, por partilha nas equipas, pela realidade nos contextos e pela prestação de cuidados, assim, existe uma formação contínua no enfermeiro enquanto pessoa e profissional construindo a sua própria identidade, almejando a qualidade nos cuidados. A socialização e os próprios contextos profissionais são considerados fatores que contribuem para o desenvolvimento do profissional e, por sua vez, no desenvolvimento de competências, possível através de um processo contínuo, com incremento de valores, princípios, conhecimentos, comportamentos e habilidades.

Denota-se a importância da experiência profissional, mas também, a reflexão sobre a mesma, desenvolvendo não só o conhecimento, mas também a prática e a compreensão dos fenómenos humanos e a readaptação da nossa intervenção para os resultados que

pretendemos. Neste sentido, percorremos este processo de desenvolvimento que é individual, intencional e que produz mudanças de comportamentos, de métodos e de atitudes (Barata, 2023). Processo de ensino, aprendizagem e desenvolvimento, referido por Cestari (2003) nos padrões de conhecimento de enfermagem, a sua importância e correlação, entre o empírico, o ético, o estético e o pessoal.

Considera-se como competência, a aquisição de conteúdos teórico-práticos, mas também, a reflexão sobre a própria prática, a melhoria da qualidade do cuidado prestado, a realização de crítica e deteção de potenciais a melhorar em associação à responsabilidade do exercício profissional, para além do desenvolvimento da componente de relações interpessoais e de ação formativa para com as equipas (Pestana, 2023). Competências acrescidas, são uma prática de exercício especializado, desde a prática, ao treino e a reflexão sobre as mesmas, estas visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER, resultando numa melhoria da satisfação da pessoa, do seu bem-estar e da sua qualidade de vida (Barata, 2023).

Operacionalização das respetivas competências têm por base um conhecimento prévio, o saber, saber-fazer e saber-ser, com competências teóricas, práticas, sociais e comportamentais (Barata, 2023). Descrito por Cestari (2003), como o padrão empírico na aquisição do conhecimento abstrato ou na fundamentação teórica da enfermagem; o padrão ético inerente ao código ético e deontológico da enfermagem; o padrão estético, na interpretação, intuição e compreensão das situações do exercício profissional e o padrão pessoal, à individualização da apropriação do conhecimento por cada enfermeira. O saber que, inerente ao conhecimento para a realização de um saber como, associado a uma habilidade, assim, poderá ser refletido um conhecimento pessoal da enfermeira.

Estes componentes melhoram a nossa capacidade para gerir situações complexas, para realizar uma tomada de decisão perante a situação de cada pessoa, sendo este um processo dinâmico e continuado (Barata, 2023).

Barata (2023), menciona competência como, saber aprender a aprender, o profissional faz da sua prática a oportunidade de aquisição e desenvolvimento de competências e por sua vez, de criar saber. Este processo contínuo de desenvolvimento promove a evolução do profissional a perito. Margot Phaneuf (citado por Barata, 2023), descreve 4 elementos necessários à competência: o conhecimento de um modelo conceptual adequado aos cuidados de

enfermagem; os conhecimentos específicos inerentes à especialização de enfermagem; os conhecimentos sobre metodologias científicas úteis à enfermagem; e a capacidade de aplicar estes mesmos conhecimentos nos vários níveis de intervenção (primários, secundários e terciários). Neste sentido, ao longo da prática clínica desenvolvi o processo de enfermagem com a construção e implementação de um PIC com a pessoa, tendo por base a TDAE e a Teoria das Transições, com implementação das intervenções de ER inerentes aos respetivos diagnósticos de ER selecionados após avaliação com a pessoa e seu familiar, desde o contexto comunitário ao contexto hospitalar.

O EEER no desenvolvimento da sua prática e da disciplina de enfermagem, promove e realiza intervenções autónomas em situações de elevada complexidade. Essa autonomia e dignidade do exercício profissional, advém do contínuo conhecimento e aperfeiçoamento das suas capacidades, proporcionando, sucessivamente, uma prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade. Assim, enfermeiro especialista mantém uma relação permanente entre a área de especialização, a complexidade das situações humanas e os fundamentos de enfermeiro generalista (Barata, 2023).

O conhecimento e o desenvolvimento profissional estão em contínuo desenvolvimento, as competências deverão acompanhar essa mesma evolução. Ao refletir sobre o exercício profissional e as competências, alcançamos os padrões de qualidade necessários ao exercício profissional, considerado o referencial para a reflexão da prática especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Pressupõe-se como padrão de qualidade de enfermagem, a reflexão sobre o exercício profissional do enfermeiro, resultando na melhoria constante e contínua dos cuidados de enfermagem à pessoa que deles necessita (Ordem dos Enfermeiros, 2012), torna fundamental a concretização deste trabalho de explanação da experiência profissional, realizada e desenvolvida ao longo do EP.

Os padrões de qualidade orientam-nos para uma prática de cuidados em segurança e de excelência (Ventura et al., 2021). Padrões de qualidade, que nos permitem a produção de indicadores de saúde, sendo possível avaliar a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados, que traduzem os contributos que o EEER tem na saúde da pessoa (Gaspar et al., 2021). Regulamentar o exercício profissional e associar os seus padrões de qualidade é de inabalável

relevância, de modo a promover o crescimento da enfermagem enquanto disciplina e ciência, assegurando a sua autonomia profissional, promovendo o seu reconhecimento (Gaspar et al., 2021).

Os padrões de qualidade de enfermagem também permitem a construção e implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa, quer do próprio profissional ou da instituição em si (Ordem dos Enfermeiros, 2012). No âmbito da qualidade, existem indicações nacionais, organizacionais e institucionais de programas de qualidade (OE, 2012), como o Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 1400-A/2015), considerados prioritários, como por exemplo, a prevenção de quedas, a prevenção de úlceras de pressão, a prevenção e controlo de infeção, a segurança do ambiente interno da instituição, etc.

A qualidade pode ser medida através de indicadores de estrutura, processo e resultado, segundo o modelo de Avedis Donabedian (citado por Martins et al., 2023). Indicadores de estrutura, como por exemplo, folhetos informativos construídos ao longo do estágio, revisão bibliográfica ou outros trabalhos realizados; indicadores de processo, como a percentagem de doentes acompanhados ao longo do estágio e indicadores de resultados, sendo dos mais comuns para o EEER, pois são estes indicadores que demonstram os ganhos em saúde e os ganhos na funcionalidade da pessoa após a intervenção do EEER (Pontes & Santos, 2023).

Preservando a responsabilidade e o dever de deter e desenvolver os meus conhecimentos científicos e técnicos, pretendo contribuir para uma prestação de cuidados de qualidade e de segurança à pessoa, família e comunidade, mas também, contribuir para o prestígio, dignificação e desenvolvimento da profissão de enfermagem, critérios acrescidos quando se pretende o desenvolvimento enquanto enfermeira especialista. Comparativamente, Martins et al. (2023) refere a perceção dos EEER perante os cuidados de enfermagem de qualidade, descrevendo como a sua motivação, satisfação profissional e institucional.

Os conhecimentos e as competências, são essenciais para que o enfermeiro possa efetuar o seu exercício profissional, para que este tenha total autonomia, com a responsabilidade inerente, às suas decisões, aos atos realizados ou delegados. Esta tomada de decisão só é possível através de um raciocínio clínico complexo. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012),

o exercício profissional autónomo só existe quando o enfermeiro realiza a tomada de decisão tendo em conta uma perspetiva global ou holística da pessoa.

A reflexão faz parte integrante do processo de desenvolvimento e aquisição de competências, no entanto, é evidente a necessidade e a importância da intencionalidade de indicar que a nossa prática está sustentada em referenciais teóricos da disciplina (Ribeiro et al., 2021a), em associação com rigor técnico-científico recente.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista é o profissional que tem competências científicas, técnicas e humanas acrescidas, para além das competências já desenvolvidas enquanto enfermeiro generalista, assim, proporciona cuidados de enfermagem especializados à pessoa e sua família (Gaspar et al., 2021). Com atuação nos cuidados de saúde primários, secundários e terciários, a estas associam-se as competências de ensino, pesquisa, gestão, consultoria e de investigação (Pestana, 2023; Santos, 2023).

Segundo o regulamento N.º 140/2019 as **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** são:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A **responsabilidade profissional, ética e legal** é-nos dirigida através do código deontológico (Lei n.º 156/2015) e do REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1996 - Decreto-lei n.º 161/96), sendo evidente a adequação dos conhecimentos científicos e técnicos para um cuidado humanizado à pessoa, um ser único inserido na sua família, comunidade e ambiente. O exercício profissional deverá ser realizado com base em princípios fundamentais pela vida e dignidade humana, de saúde e bem-estar, como a igualdade, a liberdade, a verdade, a justiça, o altruísmo e solidariedade.

Preconiza-se que exista uma parceria entre o enfermeiro e a pessoa, respeitando o seu projeto de saúde, independentemente das nossas crenças ou valores. Neste processo, estão inerentes

todas as intervenções que fomentam a literacia em saúde, a aquisição de conhecimento, o empoderamento da pessoa, para que esta alcance autonomia de decisão no seu projeto de saúde. Ao longo da minha prática profissional, e no desenvolvimento deste EP, sinto necessidade de refletir, se em cada interação com a pessoa, cumpro o rigor ético e deontológico na sua plenitude. Especificamente, não impor as minhas crenças, valores, decisões ou juízos de valor perante a situação e as decisões da pessoa, respeitando e aceitando as suas opções, integrando-a na construção do seu plano de cuidados de enfermagem em simultâneo com a sua vontade e decisão perante o seu projeto de saúde.

A autonomia da pessoa favorece a integração de conhecimentos e uma maior capacitação para participar no seu projeto de saúde, idealmente em parceria com um enfermeiro e restante equipa de saúde, é evidente que a pessoa deverá ser o elemento central na tomada de decisão sobre o seu projeto de saúde e não os profissionais que prestam os cuidados (Vasconcelos, 2021). Situação diferente aquela em que a pessoa não tem capacidade de autonomia, nessas circunstâncias a decisão *major* sobre os cuidados necessários recai sobre os profissionais de saúde, pois estes detêm o conhecimento científico e o rigor ético para agir no melhor interesse da pessoa (Vasconcelos, 2021).

A relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa é a essência do cuidar, deverá manter-se o respeito e a dignidade da pessoa, essa prestação de cuidados com a pessoa, deverá ir ao encontro do seu projeto de saúde. A cooperação entre o enfermeiro, a pessoa e a família reforça a motivação, a relação e a autonomia na tomada de decisão. Toda a informação transmitida deverá ser baseada na verdade, clara e objetiva não esquecendo o respeito pela privacidade da pessoa (Nunes & Amaral, 2022; Vasconcelos, 2021). A pessoa tem o direito de receber as melhores práticas de cuidados de saúde em segurança, para tal, deverá estar integrada no seu plano de saúde, capacitada e empoderada para a suas decisões em saúde. Vieira et al. (2023), refere, que um modelo assistencial de saúde e social, centrado e integrado nas necessidades das pessoas, familiares e contexto ambiental promovem o bem-estar e previnem complicações.

O enfermeiro integra conhecimento, capacidades e atributos pessoais consistentes na sua prática diária de modo a atingir os padrões de desempenho e de qualidade estabelecidos para o seu exercício profissional, tornando-se competente para desempenhar todas as suas

funções. Nestes, deverão estar incluídos os valores éticos e deontológicos, uma prática reflexiva, o conhecimento especializado, a relação terapêutica e técnicas de comunicação (Barata, 2023).

As competências do enfermeiro desenvolvem-se pela reflexão sobre a sua prática, assim como, o seu sentido ético necessita de uma reflexão sobre o ato do enfermeiro. O respeito pela pessoa e os seus valores, a liberdade e a dignidade inerente à vida humana, devem ser mantidos. Poder-se-á considerar que o enfermeiro pretende ter uma compreensão total da pessoa, garantindo os seus direitos e deveres, mantendo os seus princípios éticos, estes são considerados como: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (Nunes & Amaral, 2022; Vasconcelos, 2021).

O rigor ético e deontológico no exercício profissional de enfermagem é essencial perante a situação de fragilidade, vulnerabilidade e complexidade em que a pessoa se depara. Fundamental o dever do enfermeiro, pelo respeito à intimidade da pessoa e pelo sigilo profissional necessário, também evidenciado no regulamento geral de proteção de dados.

Crítérios de ética e deontologia inerentes a todos os momentos de prática clínica e de investigação em enfermagem, como os estudos de casos clínicos realizados em contexto comunitário e hospitalar (Anexo II e III). O estudo de caso clínico, permite associar a prática do enfermeiro com a vertente formativa do mesmo, ao aprofundar e refletir sobre conhecimento e práticas, define e sistematiza os cuidados de enfermagem, a tomada de decisão clínica do EEER, respondendo à questão de investigação (Galdeano et al., 2003). Permite ao EEER fundamentar as suas ações e proporcionar os cuidados individualizados e pessoalizados tendo por base a melhor evidência científica.

Os enfermeiros presenciam, constataam e trabalham com as pessoas em situações de extrema vulnerabilidade, por isso, embora a investigação seja um motor de grande desenvolvimento profissional, resultando em melhoria dos cuidados prestados, estes objetivos jamais serão prioritários em relação aos direitos da pessoa e sua dignidade. Será um princípio essencial, o de não acrescentar dano à pessoa, à situação em que ela se encontra a vivenciar, mantendo transparência em relação ao estudo realizado e o seu direito à liberdade de decisão (inclusão, exclusão e de desistência). Por esse motivo existe a obrigatoriedade do consentimento livre e esclarecido para este caso clínico. Direitos explanados na Convenção sobre os Direitos do

Homem e a Biomedicina. Este consentimento inclui a recolha de dados pessoais gerais e de saúde (de maior vulnerabilidade) e posteriormente o seu tratamento realizado pelo investigador (Deodato, 2022; Nunes, 2020).

A prática de investigação em enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da disciplina e da própria profissão, culminando numa prática de qualidade, de excelência, baseada ou informada na evidência. Torna-se um ciclo essencial, a prática próxima da investigação e a investigação a corresponder a questões práticas, com impacto na melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais, assim, torna-se possível a construção de conhecimento através das várias situações de saúde-doença da pessoa e dos seus processos de transição ao longo da vida. Sabe-se que o desenvolvimento de maior investigação em enfermagem repercute-se em ganhos na saúde e indicadores de bem-estar (Sousa et al., 2022).

A fragilidade inerente à situação de saúde da pessoa, associada às alterações multisistémicas, na sua capacidade fisiológica, assim como, a redução da interação com o meio ambiente, inclui fatores da saúde física, mental, psicológica e de funcionalidade (Faria et al., 2021; Reis & Bule, 2023). Denotando o cuidado à pessoa numa vertente biopsicossocial, cultural e espiritual, valorizando a dignidade da pessoa, o seu bem-estar e a qualidade de vida.

Esta reflexão sobre a prática é inerente ao próprio desenvolvimento profissional, mas corresponde aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, preconizados pela OE. Assim, poderei considerar que as minhas responsabilidades profissionais, éticas e legais, correspondem à satisfação da pessoa, pelo respeito enquanto ser humano, pela construção de parceria no seu projeto de saúde e por fomentar a sua autonomia e capacitação. Na promoção da saúde, pela responsabilidade profissional em promover cuidados de saúde, prevenir riscos ou complicações. Bem-estar e AC por todo o processo de enfermagem delineado em parceria com a pessoa, pela autonomia e capacitação alcançadas, favorecendo a readaptação e reeducação funcional da pessoa. No respeito à pessoa está inerente toda a sua situação de fragilidade e vulnerabilidade, mas também as suas limitações de capacidade ou deficiências. O quadro referencial da profissão de enfermagem deverá estar inerente à organização dos cuidados da enfermagem.

A **melhoria contínua da qualidade**, é intrínseca à excelência do exercício profissional, descrito no REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1996), referindo uma necessidade de atualização contínua dos conhecimentos científicos e técnicos, assim como, na análise e reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados, garantindo a continuidade dos mesmos.

As normas de qualidade implementadas pelas próprias organizações e por sua vez pelas equipas de enfermagem, pretendem corresponder a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, mantendo o rigor técnico e científico, como por exemplo, as indicações emitidas pela comissão de infeção hospitalar, as normas de prevenção e controlo de infeções, a norma do risco de quedas, entre outras. No entanto, a queda é considerada um fator de agravamento de morbilidade e de mortalidade, principalmente na população idosa, com repercussões físicas, psicológicas, sociais e económicas para a pessoa, resultando em decréscimo da sua funcionalidade e qualidade de vida (Santos & Baixinho, 2020). O EEER realiza a avaliação da pessoa, fazendo recurso ao instrumento de medida - Escala de Morse, adequa a sua intervenção consoante a situação da pessoa e o seu nível de risco, com o intuito preventivo, realidade descrita por Fernandes et al. (2020).

Em contexto comunitário, a existência de projetos específicos para populações mais vulneráveis, mantendo uma intervenção e avaliação para os ganhos em saúde da pessoa e da comunidade. Como o projeto “capacitar para cuidar”, dirigido aos cuidadores informais, maioritariamente familiares, o projeto “academia sénior”, com realização de sessões informativas e sessões de atividade motora e cardiorrespiratória em instituições comunitárias e o projeto “a pessoa com doença respiratória crónica”, beneficiando de um plano de ER com objetivo de promoção de saúde e prevenção de agudizações da doença e até mesmo evitar necessidade de hospitalização. Benefícios muito superiores aos indicadores realizados nos projetos. A capacidade da pessoa se manter no seu meio ambiente, o acompanhamento do bem-estar e da saúde dos cuidadores, a reeducação a todo o agregado familiar, a readaptação ao ambiente sociofamiliar, promovendo vários benefícios de saúde e prevenindo riscos e complicações a uma população já com múltiplas comorbilidades, beneficiando a pessoa, a comunidade e contribuindo para uma eficaz organização dos cuidados de saúde, vantagens também descritas em outros estudos (Ferreira et al., 2019; Pedrosa et al., 2022a; Pedrosa et al., 2022b; Pinto et al., 2023; Vieira et al., 2023).

Na procura incessante da melhoria contínua da qualidade e enquanto EMER, divulguei, informei e partilhei com a equipa de EEER, todos os documentos preconizados pela OE e necessários para a concretização de cuidados de ER de qualidade, como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e os Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016), com a seleção, elaboração e construção de um documento com os respetivos instrumentos de recolha de dados e avaliação, mais adequados ao contexto do serviço de internamento e necessidades de cuidados de ER. Fomentando uma prática de qualidade, com rigor técnico-científico, e a possibilidade de medir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do EEER. Favorecendo uma melhoria na organização dos cuidados de enfermagem e por sua vez, uma melhoria na qualidade da intervenção do EEER, com benefícios na promoção da saúde, prevenção de complicações, melhoria funcional e na realização de AC, culminando no aumento da sensação de bem-estar, qualidade de vida e satisfação da pessoa. Prática de ER congruente com os padrões de qualidade da OE, descrita em evidência produzida por enfermeiros de reabilitação portugueses (Martins et al., 2018a; Martins et al., 2023).

Os sistemas de melhoria contínua na qualidade, incluem a formação contínua, como o projeto implementado no serviço em contexto hospitalar, com formação contínua da equipa de enfermagem por áreas de responsabilidade. Exercício de melhoria contínua na qualidade que proporciona cuidados de enfermagem de maior qualidade e segurança para a pessoa, resultando num fator positivo para a sua satisfação, para a promoção da sua saúde, a prevenção de complicações, proporcionando um maior bem-estar. Esta melhoria contínua é evidente não só nas equipas de enfermagem, como a nível institucional, organizacional e até mesmo nacional, como Plano Nacional de Saúde e os vários programas nacionais, como o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (Direção-Geral da Saúde, 2023) e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (Direção-Geral da Saúde, 2020a).

Cabe ao EEER a gestão do risco, a melhoria continua da qualidade e a segurança da pessoa indo ao encontro da estratégia nacional para a qualidade em saúde designada no Plano Nacional de Segurança dos Doentes (2015-2020), explanando a qualidade clínica e organizacional. A qualidade e a segurança passam por uma obrigação ética, pois estas

pressupõem o acesso aos cuidados de saúde, a equidade, o respeito e a dignidade pela pessoa, assim como, a diminuição dos riscos evitáveis (Pontes & Santos, 2023).

O projeto VIAJA pode-se inserir num projeto de melhoria continua da qualidade, fomentado conhecimento sobre a situação de saúde da pessoa, do seu processo de transição e de adaptação à uma nova realidade, processo de capacitação da pessoa proposta para ATJ e ATA. Este projeto inclui ensino pré-operatório, visita às instalações e demonstração dos cuidados e limitações pós-operatórias. Melhorando o conhecimento, empoderamento e tomada de decisão, desmistificando receios, ideias pré-concebidas e promovendo uma adaptação do seu meio ambiente, dos recursos necessários, perante a situação. Aumenta o nível de segurança, da satisfação da pessoa, da promoção da saúde, de prevenção de complicações, readaptação e reeducação funcional, resultados corroborados por outros autores (Pina & Baixinho, 2020; Preto et al., 2019).

Na **gestão dos cuidados** reflito sobre a capacidade de gerir cada situação individual de cuidados e a gestão de todos os fatores inerentes à pessoa, como a gestão dos cuidados individualizados, inseridos num serviço de internamento, com a panóplia de necessidades constantes, a responder pelo enfermeiro especialista.

Ao avaliarmos e delineararmos o plano de cuidados de enfermagem com a pessoa deparamo-nos com a complexidade da situação de doença da pessoa. Como por exemplo, a importância de promover uma reabilitação precoce, nomeadamente, o levante, quando por vezes a estabilidade hemodinâmica não permite a realização do mesmo. Reforça também a importância de uma avaliação criteriosa e readaptação de um PIC.

Nos cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia da coluna, é importante exercícios que reforcem o equilíbrio corporal, deparando-me com a dificuldade em realizar a maior parte das técnicas de exercício de equilíbrio corporal. O EEER, terá de ajustar o plano e o tipo de exercícios mais adequados a esta pessoa, por exemplo, alguns dos exercícios realizados para o movimento muscular, também proporcionam uma melhoria no equilíbrio corporal.

São inúmeras as situações complexas e inesperadas que nos deparamos frequentemente na prestação de cuidados, estas requerem um juízo clínico imediato, articulando os conhecimentos teóricos com a experiência profissional. Pretende-se que a tomada de decisão do enfermeiro seja a melhor para o projeto de saúde da pessoa, tendo em conta toda a sua

complexidade e os múltiplos fatores inerentes. A gestão da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER, está inerente à sua tomada de decisão (Gaspar et al., 2021; Sousa et al., 2021b). A complexidade existente no raciocínio clínico do enfermeiro é extraordinariamente ampla e difícil.

Somos confrontados frequentemente com a necessidade do nosso juízo clínico, essencial para uma prestação de cuidados de qualidade, os quais sem conhecimento científico não são possíveis de realizar. O cuidado à pessoa é muito mais complexo, do que a associação da complexidade do enfermeiro com a complexidade da pessoa, neles estão inerentes os fatores biopsicossociais, culturais, ambientais e motivacionais de cada interveniente nesta relação terapêutica (Sousa et al, 2021b).

Em associação à gestão dos cuidados individuais de ER à pessoa, existem outros desafios na gestão de um serviço, nomeadamente onde o EEER exerce funções de responsável de turno e é visto pelos seus pares como um recurso teórico e prático de resolução de situações complexas, por isso, para além da gestão dos cuidados de ER à pessoa, o EEER, também é confrontado com a necessidade de gerir recursos materiais, recursos humanos, decisões inerentes ao internamento ou altas hospitalares das pessoas, favorecendo o desenvolvimento de várias competências na gestão de cuidados, de recursos materiais e da própria equipa de enfermagem. Parreira et al. (2021), descreve a importância da evolução do cuidado de enfermagem em relação à gestão necessária dos mesmos, das equipas, dos recursos e dos serviços, de modo a promover cuidados de enfermagem eficientes e seguros, mantendo a qualidade e satisfação da pessoa e família. A gestão e organização da metodologia de trabalho nas equipas de enfermagem, só é possível através de estratégias de comunicação, interação, relações interprofissionais, coordenação e capacitação na tomada de decisão dos profissionais. Esta prática do enfermeiro de reabilitação só se torna exequível com o posicionamento numa equipa de saúde multidisciplinar, onde a comunicação e as relações interpessoais são outras das competências necessárias (Cordeiro et al., 2021; Pestana, 2023).

Foi elementar e gratificante a integração real na equipa de enfermagem e na restante equipa dos profissionais de saúde dos serviços inerentes aos contextos do EP, com a oportunidade de intervir, partilhar informações, conhecimentos e juízo clínico de ER em momentos informais ao longo dos turnos, nas passagens de turno e em reuniões multidisciplinares.

O respeito pela individualidade e pela pessoa que existe em cada um de nós é extremamente importante não só na relação com a pessoa (alvo dos nossos cuidados), como no relacionamento em equipa multidisciplinar, este respeito permite ouvir e ser flexível na articulação com a ciência de cada profissional, este desenvolvimento das várias disciplinas da saúde só otimizam a intervenção na pessoa (Santos, 2023).

De realçar, a experiência com o projeto de *follow-up* à pessoa operada, ao manter uma continuidade de cuidados após a alta hospitalar, com a realização de uma consulta telefónica uma semana após o regresso ao domicílio. Este projeto tem como objetivo promover a saúde da pessoa, prevenir possíveis complicações, manter uma continuidade de cuidados, melhorar conhecimentos e esclarecer potenciais de capacitação da pessoa. Cuidados essenciais neste processo de transição e de regresso a casa (Ferreira & Baixinho, 2021; Ferreira et al., 2019; Ferreira et al., 2021; Pedrosa et al., 2021a; Pedrosa et al., 2021b). A continuidade de cuidados realizada, em contexto hospitalar, era através da elaboração da carta de alta de enfermagem. No entanto, aquando da alta, a pessoa estava capacitada para realizar marcha, em algumas situações com auxiliar de marcha, com o máximo de independência funcional e no seu AC.

Segundo a OMS (referida por Ordem dos Enfermeiros, 2021), a teleconsulta é a prestação de um serviço de saúde, realizado por um profissional de saúde à distância, recorrendo a tecnologias de informação e comunicação. A teleconsulta encontra-se inserida no conceito de telessaúde, designada como o desenvolvimento digital sustentável e inovador dos cuidados de saúde aos cidadãos, promovendo a igualdade, equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde com maior eficácia e eficiência. A telenfermagem pretende assim, desenvolver e sistematizar as consultas de enfermagem à distância, mantendo os princípios do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A melhoria contínua da qualidade está intimamente relacionada com a segurança da pessoa, ao refletir na dificuldade sentida na gestão dos cuidados de ER, principalmente na comunidade, no domicílio de cada pessoa, realço a existência de vários fatores facilitadores, como a avaliação global da pessoa, sua família e meio ambiente, no entanto, são várias as barreiras existentes neste contexto. Como barreiras, descrevo a ausência de materiais adequados, a gestão na adaptação correta e segura do próprio domicílio, ou nas limitações impostas pelas barreiras físicas existentes no mesmo. Fatores limitadores existentes no interior do domicílio, no acesso à rua ou em espaços comuns e instituições, privando a pessoa do

direito a acessibilidade, embora legislado, realidade existente em diversos contextos portugueses (Pereira et al., 2018; Silva et al., 2019).

No entanto, existiam inúmeras vantagens, como a adaptação do contexto da pessoa, a integração de um plano de enfermagem realizado com a pessoa e a sua família e todo o seu meio ambiente envolvente, o ensino e a capacitação de todos os intervenientes daquele seio familiar, a proximidade e a construção de uma relação transparente e de confiança da pessoa com o enfermeiro, como demonstrado por Santos et al. (2023), na capacitação do cuidador informal de uma pessoa idosa em contexto domiciliário.

Perante esta realidade, obtenho maior satisfação profissional, pretendendo manter uma prestação de ER de qualidade, para isso, tenho de continuar a prestar uma prática sistematizada e baseada nas teorias de enfermagem, informada na melhor evidência científica, mantendo um processo de formação contínua. Assim, poderei dizer que contribuo para a satisfação do cliente, para a prevenção de complicações, para a reeducação e readaptação funcional, para a melhoria do seu AC, bem-estar e satisfação da pessoa e até mesmo para organização dos cuidados de enfermagem.

A competência de gestão é necessária ao EEER, inerente à prestação de cuidados, à gestão da equipa de enfermagem ou até mesmo na gestão do serviço, independentemente dos contextos, sejam eles primários, hospitalares ou continuados. A exigência de um desenvolvimento contínuo de competências cognitivas, técnicas e relacionais, fomentam um objetivo de orientação e supervisão pelo EEER, este deverá assumir um papel de liderança nas equipas de enfermagem, mas também no relacionamento das equipas multidisciplinares (Parreira et al., 2021; Pontes & Santos, 2023).

Uma boa gestão dos cuidados, individuais à pessoa ou dos contextos de prestação de cuidados, favorecem uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa, indo ao encontro da sua satisfação, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional. Considero uma competência essencial, para alcançar o padrão de qualidade ao nível da organização dos cuidados de enfermagem, assim como na organização dos serviços de enfermagem. Denotado por Vieira et al. (2023), na gestão de transmissão de informação entre equipa multidisciplinar, existindo correlação na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na satisfação da pessoa,

consoante a existência de transmissão de informação mais eficiente, entre a equipa multidisciplinar.

O **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foi um processo de desenvolvimento pessoal e profissional satisfatório, enquadrado no novo programa formativo que integra o ciclo de estudos do MER. A noção da reflexão sobre o desenvolvimento das aprendizagens alcançadas ao longo deste MER, em associação com a experiência clínica no EP (nos vários contextos), a integração teórico-prática das diversas unidades curriculares com a complexidade das situações de prestação de cuidados de ER, também descrito por Padilha et al. (2021). A necessidade de recorrer a modelos conceptuais de enfermagem, o processo de enfermagem, a informação científica recente, metodologias de investigação ou até mesmo na aplicação dos instrumentos de recolha de dados e de avaliação, faz-nos reforçar a nossa capacidade de raciocínio complexo e de tomada de decisão. Considero apenas, mais um ponto de crescimento neste processo de evolução profissional, pois este deverá ser um processo contínuo e dinâmico, mantendo a necessidade de formação contínua e respetiva qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais, permite desenvolver várias competências, agregam o conhecimento teórico à ação prática, permite uma evolução no saber-ser, saber-estar, saber-fazer e o saber-estar com, tornando os nossos cuidados de excelência (Barata, 2023; Cestari, 2003).

Foram vários os exemplos ao longo deste EP, no entanto, considero que todo o investimento e trabalho realizado nos cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose, culminou a agregação dos vários conhecimentos e das experiências realizadas ao longo deste processo. A necessidade de melhorar o conhecimento científico sobre a temática, aperfeiçoando a minha capacidade de compreensão e de resposta perante a pessoa com escoliose. Essa procura e aquisição de conhecimento culminou na realização de uma revisão narrativa sobre a temática, não obstante, ao longo do EP, tive a oportunidade de realizar várias técnicas de exercícios de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. Com a concretização de um estudo de caso clínico (Anexo II), evidenciando o plano de cuidados de ER realizado com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose.

Tendo delineado como objetivo, concomitantemente com as necessidades do serviço de internamento, a realização de um protocolo de atuação de um plano de cuidados de ER na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia da escoliose, plano de cuidados delineado, mas ainda não implementado (Anexo I).

O enfermeiro especialista deverá ter conhecimentos e capacidades que modelam a sua estratégia de intervenção à individualidade da pessoa e na complexidade da sua situação, terá de deter os conhecimentos, integrar os diversos recursos existentes e adaptar todo o seu plano com a pessoa, não esquecendo da importância da reflexão sobre todo o processo de modo a promover melhores resultados (Barata, 2023). Ao realizar esta análise retrospectiva e reflexiva, faz-me visualizar e compreender este processo evolutivo de conhecimentos, de capacidades e de competências. Com especial agrado, em integrar a importância que as metodologias de investigação nos proporcionam, permitem averiguar ou responder às inquietudes da prática de enfermagem, melhorando os cuidados prestados, desenvolvendo a ciência de enfermagem e dignificando a profissão. Descrito por Teixeira & Ferreira (2010), a importância do método de reflexão-ação-reflexão dos cuidados de enfermagem, centralizando os cuidados à pessoa e sua família, mantendo o respeito pela dignidade da pessoa, individualização, crenças e valores.

Desenvolvimento de aprendizagens profissionais que promovem o alcance dos objetivos preconizados nos padrões de qualidade de cuidados especializados em ER, nomeadamente na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e AC, na readaptação e reeducação funcional e na promoção da organização de cuidados e serviços de enfermagem.

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de excelência realizados pelo EEER, traduzem-se em ganhos para a saúde da pessoa, família e comunidade ou grupos, podem ser realizados desde a prevenção de incapacidades, na recuperação de capacidades remanescentes ou até mesmo potenciar a autonomia da pessoa. Esta intervenção tem como foco a pessoa, família ou pessoas significativas, em qualquer fase do seu ciclo vital, com problemas de saúde de doença crónica ou aguda, com limitações permanentes, temporárias ou com necessidades especiais, independentemente do contexto onde se encontra (Gaspar et al., 2021).

Segundo o regulamento n.º 392/2019, as **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** são:

- a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O PIC de ER estabelecido com a pessoa pretende prevenir, recuperar e habilitar a pessoa na realização dos seus AC e maximizar a sua capacitação para a sua independência funcional, independentemente do contexto em que esta se encontre, da sua situação de doença ou do seu défice funcional, seja ele cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, de alimentação, de eliminação ou de sexualidade.

Este plano individualizado de cuidados de ER realizado com a pessoa e de acordo com o seu projeto de saúde, passa pela construção de uma relação terapêutica, uma comunicação eficaz e ao realizar as intervenções de ER com intencionalidade terapêutica, pretende acompanhar e favorecer o processo de transição saúde-doença da pessoa, potenciar e maximizar a sua capacitação na realização do AC. Com este processo, obtém-se o máximo de independência na funcionalidade e no AC, proporcionando maior bem-estar e qualidade de vida à pessoa e sua família.

Na prática clínica, é evidente a importância da comunicação e da relação com a pessoa, sua família e meio envolvente, realidade constatada em todos os cuidados de ER prestados, em particular no contexto comunitário, na prática clínica realizada com a equipa de EEER, da ECCL, no domicílio da pessoa. Após contato com o contexto hospitalar, constato a discrepância das realidades, e neste caso, as limitações inerentes na avaliação feita à pessoa em contexto hospitalar.

Relativamente ao contexto comunitário, a referência à equipa da ECCL era realizada através da plataforma da RNCCI, com a transmissão da informação clínica da pessoa. No entanto, considerada apenas uma pequena parte da informação necessária, era essencial uma avaliação criteriosa e completa em contexto comunitário. Desta avaliação era possível recolher os dados pessoais e de saúde, mas também percecionadas as relações familiares, as próprias

necessidades dos cuidadores, assim como, as condições habitacionais e a existência de barreiras ou fatores facilitadores.

Como referido anteriormente, uma correta avaliação promove a identificação de diagnósticos de enfermagem e das respetivas intervenções, no entanto, só após a perceção dos objetivos, expectativas e o projeto de saúde da pessoa é que se pode realizar e delinear a construção do plano individualizado de cuidados de ER.

Foram várias as experiências realizadas em contexto comunitário, enquanto EMER, constatando o atual contexto sociodemográfico de Portugal. Maioritariamente população envelhecida, portadora de múltiplas patologias, polimedicada, com várias necessidades de AC e limitações e sua funcionalidade, evidente na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (Serviço Nacional de Saúde, 2017b). Descritos em vários estudos portugueses a necessidade de programas de capacitação e de educação para a saúde dos cuidados informais, habitualmente familiares/companheiros da mesma faixa etária, com benefícios para o cuidador informal, a pessoa e organização dos cuidados de saúde com redução do reinternamento hospitalar. No cuidador informal, existe uma melhoria na manutenção física, com prevenção de lesões músculo-esqueléticas e benefícios psicológicos, com redução do nível de ansiedade e aumento da sensação de confiança. Com capacitação do cuidador informal obtém-se melhoria na satisfação, bem-estar, promoção da saúde, prevenção de complicações e qualidade de vida (Ferreira et al., 2021; Pinto et al., 2023; Santos et al., 2023).

Extremamente importantes, as escassas instituições e equipas comunitárias, que proporcionam o apoio domiciliário tão necessário, na maioria, a população apresenta necessidades no apoio da confeção da alimentação, no apoio para higiene pessoal ou na higiene do domicílio.

As necessidades de cuidados de ER, na população comunitária e na pessoa internada em serviço de internamento hospitalar de medicina, eram múltiplas e variadas, pelo processo atual de transição saúde-doença ou pelas sequelas remanescentes das situações anteriores, quer sejam ao nível cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, de alimentação, de eliminação ou de sexualidade.

Em contexto comunitário, através da realização de um estudo de caso clínico à pessoa com acidente vascular cerebral (Anexo III), refleti sobre a complexidade inerente à situação humana na presença de doença, sobre o plano de cuidados de ER construído com a pessoa e os resultados obtidos, para além de um maior desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos nessa área. A importância da capacitação da pessoa na marcha e equilíbrio corporal após Acidente Vascular Cerebral, pois o equilíbrio corporal interfere com o movimento corporal, nomeadamente sentar e levantar e marcha, afetando a pessoa na sua funcionalidade (Pinto et al., 2023).

De modo a contextualizar as aprendizagens obtidas, tratava-se de uma pessoa idosa que vivia com a esposa, com múltiplas limitações articulares por um processo degenerativo, atualmente com uma situação de transição após acidente vascular cerebral, aumentando as suas necessidades de AC e limitações funcionais. Situação gerida em consenso familiar, com as filhas, e colocada uma cuidadora permanente ao longo das 24 horas. Alterando a dinâmica familiar e a intimidade daquela família, promovendo mais um processo de adaptação e de transição.

O seu projeto saúde inicial era, possuir e manter a capacidade de subir e descer escadas, mantendo a possibilidade de sair à rua. Era uma pessoa ativa, com interesse e participação em associação recreativa local e na realização de atividade de lazer através de uma horta pessoal que cuidava, atividade essa suspensa.

Foi-me possível desenvolver uma relação terapêutica com a pessoa e os seus cuidadores, delinear e implementar as intervenções de ER com a pessoa e cuidadoras, com a concretização da capacidade para marcha com auxiliar de marcha e a capacidade de subir e descer escadas com apoio de auxiliar de marcha e terceira pessoa.

A satisfação da pessoa está relacionada com os procedimentos de admissão ao serviço, a existência de um PIC centrado na pessoa, na qualidade dos profissionais, na continuidade dos cuidados e na acessibilidade dos mesmos, para além dos resultados do programa de reabilitação (Pestana, 2023). Após a relação com a pessoa e a construção em parceria de um plano individual de cuidados, pretende maximizar as suas capacidades funcionais, melhorando o seu máximo desempenho motor, cardíaco e respiratório (Gaspar et al., 2021).

É importante intervir e desenvolver a capacidade de autonomia de decisão da pessoa, intervenção inerente ao EEER relativamente à literacia em saúde e à melhoria do conhecimento necessário à sua situação. Esta intervenção na educação da pessoa alcança vários objetivos, nomeadamente o seu empoderamento, autonomia e capacitação na continuidade do seu AC, na adaptação ao seu regresso a casa, na adaptação do seu meio ambiente, na readaptação ou reintegração à sua participação social e comunitária e na sua capacidade de gestão da sua situação de saúde e de escolhas de acessibilidade aos cuidados de saúde e sistemas de saúde. Os enfermeiros promovem o conhecimento da pessoa de forma a melhorar o seu repertório e capacidade de respostas às situações de desequilíbrio em saúde, desde os recursos pessoais, familiares e comunitários (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Capacitar ao máximo a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, considero um objetivo essencial na intervenção do EEER, com o trabalho em parceria e a construção de uma relação terapêutica enfermeiro-pessoa. No entanto, no que concerne à reinserção do seu exercício de participação e de cidadania, considero que atualmente ainda existem numerosas barreiras, como défice de recursos, de apoios comunitários, barreiras arquitetónicas, entre outras.

Ao realizar cuidados de enfermagem num ambiente familiar no domicílio da pessoa constatamos todas as dificuldades inerentes ao seu processo de reeducação funcional. Os recursos materiais nem sempre disponíveis, mas principalmente as grandes barreiras arquitetónicas presentes, como por exemplo, a existência de escadas na maioria das habitações, os deficitários acessos de entrada das residências e dos próprios passeios, assim como, o acesso a outras instituições. Constatar e verificar que as barreiras arquitetónicas podem-se sobrepor ao processo de motivação, de capacitação e de adaptação da pessoa, pois esta muitas vezes conseguia alcançar uma independência no seu AC, aumentar a sua funcionalidade nas AVD e AIVD, exceto naquelas em que era necessário realizar fora do seu domicílio, permanecendo dependente da ajuda de terceiros para o realizar, com obstáculos frequentes no seu percurso. Dependência de ajuda de terceiros que nem sempre existiam, a maior parte dos cuidadores são idosos, da mesma faixa etária que a pessoa com necessidade de cuidados. Como descrito anteriormente, a importância do EEER na promoção de ambientes com acessibilidade e eliminação de barreiras arquitetónicas, favorecendo a reintegração da

pessoa na sua vida social, potenciando o bem-estar e a qualidade de vida (Pereira et al., 2018; Silva et al., 2019).

Ao EEER pretende-se que preste cuidados de enfermagem tendo em conta a complexidade, fragilidade e subjetividade da pessoa, para tal, assiste, gere, ensina, mas também investiga e a age na comunidade (Ventura et al., 2021). Ação visível pelos projetos existentes na UCC, desenvolvidos pelos EEER, ao nível individual e familiar, mas também com a intervenção nas instituições locais, como o projeto “academia sénior”, com objetivos análogos aos do Programa Nacional de Promoção de Atividade Física, tentando manter as funções físicas, psicológicas e sociais, promovendo a saúde, prevenindo complicações e retardando o processo de fragilidade inerente ao envelhecimento (Faria et al., 2021).

Para além da capacitação de técnicas de exercícios de reabilitação que a pessoa poderá fazer, o EEER, tem como intervenção avaliar e adequar as técnicas ou tecnologias específicas de reabilitação, nomeadamente os produtos de apoio (ajudas técnicas ou dispositivos de compensação) à situação de cada pessoa inerente ao seu projeto de saúde. Intervenção realizada no contexto domiciliário com adaptação do próprio ambiente, como produtos de apoio para a pessoa. Intervenção mais limitada em contexto hospitalar, uma vez que o EEER apenas pode avaliar a descrição feita pela pessoa do seu contexto domiciliário. Permitindo igualmente, realizar informação, esclarecimentos e potenciar o seu conhecimento sobre os produtos de apoio mais adequados à sua situação.

Por vezes em contexto domiciliário existe a necessidade de adaptação e improvisação de produtos de apoio, sendo necessária a intervenção do EEER de modo a avaliar os critérios de segurança e de eficácia dos dispositivos, evitando possíveis complicações ou acidentes decorrentes da sua utilização (Vigia et al., 2023). A seleção de produtos de apoio deverá ter em conta o tipo de atividade a realizar, as capacidades funcionais, físicas, sensoriais e cognitivas da pessoa, a funcionalidade do produto nos contextos necessários e a informação, instrução e capacitação da pessoa para o mesmo (Pontes & Santos, 2023). Em contexto hospitalar, é de extrema importância a avaliação das características do domicílio com a pessoa, para deteção das barreiras arquitetónicas e necessidade em aumentar a segurança do domicílio perante as limitações funcionais da pessoa. Posteriormente, instruir sobre a minimização desses fatores dificultadores, maximizando a reeducação e readaptação da pessoa perante a sua situação de transição (Vigia et al., 2023).

Este processo individual, retrata muitas outras situações complexas em que o EEER acompanha e intervém, promovendo a saúde da própria pessoa e da sua família, previne as complicações ou riscos acrescidos à sua situação, maximiza a sua readaptação e reeducação funcional, o máximo de independência na realização de AC, melhorando a sua sensação de satisfação, bem-estar e de qualidade de vida, da pessoa e sua família ou cuidadores.

A satisfação da pessoa pode ser evidenciada pelos cuidados que recebe ou pelos resultados que obtém, no entanto, a comunicação e a relação interpessoal no processo desenvolvido ao longo da intervenção do EEER, promovem uma grande satisfação na pessoa (Pestana, 2023; Sousa et al, 2021b). Ao longo deste PIC de ER, mantém-se o respeito pela dignidade da pessoa e dos seus familiares e a promoção da sua reintegração social e comunitária, possível à situação de cada um.

Pretende-se que o EEER sejam um elo facilitador no processo de transição saúde-doença da pessoa, na melhoria da sua capacidade de adaptação à situação real, com o objetivo de promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida e prevenir complicações. Promove à pessoa a sua reeducação e readaptação de modo a potenciar a sua funcionalidade e independência e alcançar um equilíbrio na sua situação atual, ou uma transição saudável (Ordem dos Enfermeiros, 2012; Ribeiro et al., 2021a). Depreendi que o conhecimento do contexto comunitário onde realizamos a nossa atividade, é essencial para articular e promover o apoio necessário à situação de cada pessoa. Assim, como em contexto hospitalar é necessário ter o conhecimento dos vários recursos existentes, dos serviços a articular e da extrema importância da continuidade de cuidados necessários à situação de cada pessoa.

A reabilitação da pessoa é um processo ativo, é uma adaptação continua e global à sua situação atual, a intervenção do EEER, pretende acompanhar em parceria com a pessoa na melhoria, conservação, potencialização da sua funcionalidade, para tal, o respeito pela pessoa e pela sua autonomia devem ser cumpridos. Nesta intervenção, o EEER pretende acompanhar a pessoa a melhorar ou a manter, mas também, a aceitar a sua nova condição de vida, estas podem ser na área funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação ou sexualidade, em doença aguda ou crónica, ao longo da vida (Pestana, 2023).

A objetividade e o rigor da intervenção de enfermagem iniciam-se no processo de enfermagem, desde a avaliação sistemática, tendo por base o pensamento teórico adequado,

com recurso a instrumentos de avaliação, realizando um processo metodológico. Posteriormente deverá orientar as suas intervenções e documentar os respetivos resultados. A repetição e sequenciação são relevantes para alcançar os objetivos propostos no plano construído entre o enfermeiro e a pessoa, aumenta a confiança, o conhecimento e capacidade nas aprendizagens. Estas também são influenciadas pela crença, convicção e motivação da pessoa. Podemos referir que a educação/conhecimento aumenta a habilitação da pessoa para lidar com a sua situação. Também é descrito que o isolamento sócio familiar interfere diretamente com a capacitação da pessoa no seu AC ou numa transição saudável (Reis & Bule, 2023).

As competências do EEER permitem-lhe intervir, recuperar, capacitar e maximizar, com a pessoa ao longo da vida, em contexto da doença crónica ou aguda, nos vários contextos de prática de cuidados, que lhe provoca em défices funcionais do foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico, com objetivo de reeducação e readaptação para que a pessoa possa estar em plena reinserção e exercício da sua cidadania (Pestana, 2023; Regulamento n.º 392/2019). Nesta complexidade entra a necessidade de avaliar adequadamente a situação da pessoa, o seu meio envolvente, os vários contextos que interferem e até mesmo a necessidade de prescrição de produtos de apoio, a existência de barreiras arquitetónicas ou até mesmo elementos facilitadores, mantendo o objetivo de maximizar a funcionalidade da pessoa aumentando o seu bem-estar e qualidade de vida, mantendo a sua dignidade (Pestana, 2023). Para delinear um PIC é extremamente importante cumprir o processo de enfermagem com base nos modelos conceptuais mais indicados e recorrer aos instrumentos de medida ou de avaliação, fomentando uma correta avaliação, tão importante, para delinear os diagnósticos de ER, mas também para realizar a mensuração dos resultados obtidos pela intervenção do EEER com a pessoa. É necessário estar ciente dos vários instrumentos de medição existentes e se estão validados para a população portuguesa, como os descritos no documento da Ordem dos Enfermeiros (2016), instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER, entre outros.

Essencial, estarmos cientes das propriedades clinicométricas dos mesmos, de modo a selecionar o instrumento mais válido, fiável, responsivo e reproduzível. Estes têm a capacidade de avaliar a efetividade da intervenção do EEER e dos seus resultados, influenciados pelas propriedades clinicométricas do instrumento de medição e avaliação (Sousa et al., 2021a;

Sousa et al., 2023b), denotando a importância na sua seleção criteriosa. Situação que considero mais eminente na prática clínica, que instrumento utilizar, a sua aplicação e tempo necessário a mim e à pessoa para o realizar e na avaliação, seleção e construção dos estudos de casos clínicos, a dificuldade da seleção dos mesmos, que estes fossem válidos para a situação individual da pessoa e sensíveis à mudança da sua situação (Anexo II e III).

A seleção do instrumento adequado para medir ou avaliar deve ter em conta a sua utilidade e a sua eficiência, é importante que estes sejam de fácil aplicação e breves, pela situação da pessoa, mas também pela realidade de gestão de cuidados inerentes ao EEER. Estes deverão ser válidos para a sua função, confiáveis para o que pretendem medir e responsivos ou sensíveis às mudanças da situação da pessoa. A sua utilização permite uma análise sistemática e uma avaliação da intervenção do EEER e dos seus benefícios e custos para a saúde. A utilização de instrumentos de medida e de avaliação, facilitam e quantificam a interpretação dos resultados, acrescentam clareza e a responsabilidade na tomada de decisão do EEER, permitindo descrever os indicadores para a prática clínica e para a investigação (Sousa et al., 2021a; Sousa et al., 2023b).

Atualmente, é de extrema importância a justificação económica dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de ER, justificando a relação custo-eficácia e a qualidade em saúde com a prática realizada, indicando a mudança no processo de transição saúde-doença após intervenção do EEER, alcançando um reconhecimento profissional e uma importância nas medidas de saúde política do país (Sousa et al., 2021a).

Os cuidados prestados pelo EEER são contínuos de dependência/independência, realiza os diagnósticos de enfermagem relacionados com os défices de AC ou com os processos de transição da pessoa, é de extrema importância os programas de reeducação funcional, otimizando a funcionalidade, reduzindo o risco de complicações, com melhoria no bem-estar e qualidade de vida (Santos, 2023).

Do exercício profissional à tomada de decisão, são das atividades mais complexas que o enfermeiro tem de realizar, mais uma vez relaciona-se a importância das teorias de enfermagem, a sua fundamentação e organização, de modo com enfermeiro possa realizar uma colheita de dados sistematizada e uma avaliação inicial adequada, fundamentando a elaboração dos seus diagnósticos de enfermagem e as intervenções com a pessoa, assim

poderá ser implementado o PIC com a pessoa, reavaliando os seus resultados e necessidades de reformulação do plano, de preferência recorrer a instrumentos de avaliação e de medida, de modo a constatar os ganhos em saúde e os indicadores sensíveis à prestação de cuidado do EEER. Extremamente importante a autonomia profissional, só existe com conhecimento e competência técnico científicas e relacionais.

Em associação às competências comuns de enfermeiro especialista, é de realçar a capacidade da satisfação do cliente pela relação estabelecida com enfermeiro, pelo projeto de saúde construída em parceria, pela maximização da sua capacitação e funcionalidade. Decorrente deste plano de cuidados de ER individualizados conseguimos alcançar os vários objetivos delineados nos padrões de qualidade, assim como nas competências de EEER, tais como a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, a qualidade de vida e o autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a melhoria na organização dos cuidados e serviços de enfermagem, inerente à procura incessante da excelência do cuidado pelo enfermeiro especialista, pelo seu investimento contínuo na formação e no seu desenvolvimento profissional. São vários os estudos ou programas de capacitação descritos por EEER, que correspondem aos padrões de qualidade de ER, favorecendo a investigação na prática clínica e reconhecimento profissional. Como Pinto et al. (2023), evidenciou os ganhos no equilíbrio corporal, força muscular, mobilidade articular na pessoa e a capacitação e autonomia no seu cuidador informal no domicílio, com a implementação de um programa de ER.

4.3 Competências de Mestre

A associação de competências de mestre, às competências já desenvolvidas e descritas de enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, reforçam a necessidade de um crescimento profissional e académico, favorecendo o desenvolvimento na disciplina e ciência de enfermagem.

Segundo o decreto-lei n.º 65/2018 as Competências necessárias para adquirir o **Grau de Mestre** aos estudantes são:

- a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentado auto-orientado ou autónomo.

As competências desenvolvidas pelo aumento de conhecimento técnico-científico e pela necessidade de recorrer a metodologias de investigação, disseminam uma prática de enfermagem de qualidade e os resultados obtidos, sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista. Este processo permite refletir sobre a prática, questionar sobre a mesma, obter respostas ou resultados favoráveis que possam ser implementados e divulgados em realidades semelhantes. Por vezes, o processo de investigação também promove novas questões e inquietações perante as situações de grande complexidade, existentes na área da saúde. A articulação de todas as competências de enfermeiro especialista com as de grau de mestre, indubitavelmente, promovem um crescimento profissional, de qualidade, de aplicabilidade, de reconhecimento e dignificação da disciplina.

O enfermeiro especialista para além de prestar cuidados gerais de enfermagem presta cuidados específicos devido às suas competências acrescidas para intervir num nível de complexidade mais elevada (Pestana, 2023). A prática informada na evidência permitiu melhores cuidados disponíveis adequados à situação de cada pessoa, como objetivo de promover a qualidade, a equidade e o custo eficaz nos serviços de saúde (Pereira, 2023).

A prática informada na evidência, necessária para apoiar e suportar as tomadas de decisão clínica realizadas pelo EEER através do seu julgamento profissional perante a situação, segundo Thompson e Learmonth (Pereira, 2023), inclui a experiência clínica do profissional, os recursos disponíveis, as preferências da pessoa e a evidência científica existente.

Ao realizar uma prática informada na evidência, é necessário desenvolver capacidades de análise crítica e reflexiva sobre o conhecimento científico disponível, pois nas últimas décadas, aumentou o acesso e a disponibilidade a uma panóplia de informação científica, sendo uma problemática atual, a necessidade de desenvolvimento de competências de análise crítica, para distinguir os estudos que mantêm o rigor e a qualidade científica necessária para a promoção de cuidados de qualidade (Pereira, 2023).

Neste processo de grande aprendizagem, torna-se premente a procura incessante de conhecimento de modo a alcançar a evidência científica mais recente para a nossa prática de EEER, melhorando indubitavelmente a qualidade e segurança dos mesmos. Necessidade, referida por muitos autores, como formação contínua ao longo do nosso desenvolvimento profissional, assegurar uma atualização constante dos conhecimentos científicos necessários à disciplina de enfermagem e a uma prestação de cuidados de qualidade.

Ao longo deste processo profissional e académico, enquanto EMER, constato que a indagação de conhecimento, aumenta a sua necessidade de procura, ao especificar ou aprofundar novas áreas de saber.

Relativamente às competências de grau de mestre considero como exemplo, o investimento técnico-científico realizado nos cuidados necessários à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. Este correspondeu a uma pesquisa autónoma de conhecimento, de modo a adquirir o saber necessário para proporcionar os cuidados de ER necessários à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. De modo a dar resposta a situações novas e inesperadas, constatadas na individualidade de cada situação, por vezes, complexas pelos múltiplos fatores intervenientes, existência de limitações ou complicações pós-cirúrgicas.

Cuidados de ER de interesse pessoal e profissional, no entanto, com existência de lacunas de conhecimentos e de experiência profissional. No entanto, era uma área de cuidados de ER em desenvolvimento pela equipa de EEER, do serviço de internamento. Assim, lançado o desafio

de averiguar e compreender quais os melhores cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose.

O desenvolvimento de novos conhecimentos, efetivamente é um processo, senti a necessidade de perceber qual é a evidência científica mais recente, que corresponde aos cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. Para promover e desenvolver este objetivo foi realizada uma revisão narrativa sobre a temática.

Posteriormente, e já associado a uma prática clínica, realizei o estudo de caso clínico sobre cuidados de ER a uma pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose. Através da construção desde caso clínico, reforcei o meu conhecimento sobre a temática, com a necessidade de sistematizar e refletir sobre o plano de ER realizado com a pessoa e os respetivos resultados e ganhos sensíveis à minha intervenção. Uma avaliação efetiva da situação e da minha intervenção enquanto EMER, possível através dos instrumentos de medida e de avaliação selecionados.

Ao agregar o conhecimento científico desenvolvido com a prática clínica e após a realização do caso clínico, foi possível, estruturar um plano de cuidados de ER na capacitação com a pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose (Anexo I). Esse mesmo plano, pretende dar resposta ao desafio realizado no EP (de contexto hospitalar), sendo necessário ainda, a validação pela equipa do serviço e avaliar a sua implementação. Este processo de partilha de conhecimento e validação da prática realizada, é complexo, mas extremamente necessário na divulgação e comunicação clara dos conhecimentos científicos adquiridos perante a equipa do serviço de internamento, desde enfermeiros generalistas, aos EEER e à equipa médica responsável pelo CRI-Coluna. Como refere, Martins et al. (2021), a investigação é um método sistemático e organizado que promove o aumento de conhecimento.

Considero, que este processo de evolução profissional, foi fortalecido pelo desenvolvimento, em simultâneo, das competências de grau de mestre. Efetivamente, as disciplinas e as ciências evoluem através da investigação realizada na prática e por uma prática baseada na investigação, ciclo constate, continuo e dinâmico.

O desenvolvimento constante do conhecimento científico e em permanente dinâmica com a realidade, torna-se um desafio na prática clínica do EEER, pois este, terá de aprender como pesquisar, avaliar e distinguir a qualidade dos artigos científicos. Formar o seu conhecimento

em bases sólidas que contribuam para a sua decisão clínica. Considero assim, uma necessidade premente de competências de grau de mestre, em associação às competências comuns de enfermeiro especialista e às competências específicas de EEER. Pretendo assim, manter e continuar a desenvolver uma perspetiva crítica e construtiva de modo a promover a qualidade e equidade nos cuidados prestados, alcançando a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o seu bem-estar e autocuidado, reeducação e readaptação funcional, promovendo uma melhoria não só nos cuidados de enfermagem prestados, mas também, na organização de saúde, como por exemplo, a construção de protocolo de atuação de ER à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose.

5. ANÁLISE SWOT

Ao longo deste processo de desenvolvimento e de construção profissional considero que as principais forças foram decorrentes de quase 20 anos experiência de exercício profissional, favorecendo-me com competências na área da comunicação e de relacionamento com a pessoa e sua família, com a restante equipa de enfermagem, assim como, na relação com a equipa interdisciplinar. Considero que o meu desenvolvimento enquanto enfermeira foi moldado pela integração em equipas motivadas e com elevados níveis de exigência na sua prática profissional, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem e a excelência profissional.

Por outro lado, o fator motivação, esteve presente desde a seleção e inscrição no MER. A necessidade de procurar melhorar a minha prática profissional, de corresponder às necessidades de cuidados das pessoas (no meu contexto profissional), tornou este processo de crescimento, desafiante e aliciante. Com o objetivo de aumentar as minhas competências, corresponder às necessidades das pessoas, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Como principais fraquezas ou dificuldades a necessidade de colmatar todos os conhecimentos técnico-científicos inerentes à ER, principalmente, nos cuidados a pessoa submetida a cirurgia, realidade diferente do meu desenvolvimento profissional.

Em contexto de EP, deparei-me com o sistema de registo de enfermagem (*SClinic*), diferente do existente na minha prática profissional, com necessidade de realizar um esforço acrescido para colmatar este défice.

Na realização deste relatório, constatei a dificuldade em abordar todas as experiências vividas em contexto de EP, na realização da sua descrição, dissecando o meu pensamento e complexidade de raciocínio na avaliação das situações e na tomada de decisão sobre as ações ou intervenções realizadas. Considero fruto de todo um processo de desenvolvimento enquanto enfermeira, pois somos dotadas de capacidades para avaliar os múltiplos fatores inerentes a cada situação, complexidade existente no juízo clínico enquanto enfermeira.

Como oportunidades, não posso deixar de reforçar a excelente equipa de docentes que nos acompanharam neste percurso, mas também, a excelência dos contextos de EP que tive a possibilidade de realizar. Equipas de enfermeiros generalistas e de enfermeiros especialistas

que promovem, desenvolvem e dignificam a profissão de enfermagem. Partilharam e fomentaram todas as experiências e conhecimentos que favoreceram o meu desenvolvimento enquanto EMER.

No EP de contexto hospitalar, a mudança para um serviço de internamento hospitalar de medicina, mantendo o CRI-Coluna, embora possa ter gerado alguma instabilidade e receio, transformou-se numa oportunidade de avaliar e intervir enquanto EMER em situações de maior complexidade, de maior necessidade de cuidados de ER, mobilizando um vasto conhecimento científico, sobre técnicas específicas de enfermagem de reabilitação.

O desenvolvimento de capacidade no registo de enfermagem SClinic, inicialmente sentido como uma fraqueza, tornou-se numa oportunidade de aprendizagem, uma vez que vai fazer parte integrante da minha realidade profissional.

Considero-me uma pessoa com uma atitude naturalmente positiva, detenho alguma dificuldade em descrever as ameaças. Na realidade, mais sentidas, na realização em simultâneo do EP, com a minha realidade profissional e com o meu contexto pessoal e familiar. Na dificuldade em gerir o tempo, mantendo os meus critérios de exigência e qualidade em todos os meus papéis enquanto pessoa. Dificuldade acentuada na construção e desenvolvimento de trabalhos científicos e de investigação, com rigor e qualidade.

Por último, a mudança do serviço de internamento hospitalar para a especialidade de medicina, colocou em risco o desenvolvimento dos objetivos do EP, assim, como todo o processo pretendido para desenvolver os cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose, possíveis de alcançar, uma vez, que o serviço manteve o CRI-Coluna e por sua vez, o acompanhamento a essa população.

6. CONCLUSÃO

O enriquecimento pessoal e profissional é superior ao descrito neste relatório, no entanto, para além do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, de EEER e de mestre, o culminar deste desafio denota-se numa prestação de cuidados de ER, de excelência, à pessoa, indo ao encontro dos padrões de qualidade de ER emitidos pela OE.

É de extrema importância mantermos a capacidade reflexiva sobre a nossa prática de cuidados de enfermagem, zelar por uma prática metódica, organizada, sistematizada, baseada no conhecimento de enfermagem. Só uma profissão fundamentada no seu próprio conhecimento, pode manter as decisões autónomas do seu exercício profissional. Deve-se manter esta articulação e proximidade entre academia, prática profissional, ensino e a investigação de modo a fomentar o desenvolvimento e crescimento da enfermagem enquanto ciência e disciplina.

Os modelos conceptuais que fundamentam e orientam a prática de enfermagem, guiam a formação inicial e contínua, promovem o desenvolvimento científico realizado através da investigação. Evidenciam, assim, a autonomia e o juízo clínico do enfermeiro, necessário a uma enfermagem de excelência, a uma prática sistematizada e intencional e a um rigor científico elevado.

O corpo de conhecimento da enfermagem é essencial ao reconhecimento da mesma enquanto disciplina e profissão, a importância que os modelos conceptuais imprimem na disciplina de enfermagem, no ensino, na prática e na investigação, mantendo o rigor ético e deontológico, são aspetos fundamentais para mantermos um crescimento da nossa profissão. Sendo a enfermagem uma disciplina humana prática, esta necessita de contato com a realidade para o desenvolvimento das suas competências, neste caso favorecido pelo EP.

Atualmente, são vários os desafios na prática do EEER, devido à evolução sociodemográfica e ao aumento exponencial de necessidade de cuidados de ER, assim, como na inovação das novas tecnologias, nomeadamente na área da saúde. Esta sociedade em constante mudança e evolução necessita de EEER capacitados para uma adaptação constante a novas realidades, para além da complexidade e da fragilidade inerente à situação da pessoa.

Na prática profissional, o contato com a pessoas e famílias mostram situações de elevada vulnerabilidade, complexidade, imprevisibilidade e desordem, aumentando a dificuldade na

tomada de decisão do enfermeiro, por isso, a necessidade de desenvolver as várias competências para poder intervir na individualidade da situação de cada pessoa.

É decorrente do processo de crescimento, de desenvolvimento profissional e de formação contínua, a aquisição de novas competências, para que deste modo, se possa acompanhar a pessoa e sua família nos vários processos de transição. Por sua vez, esse desenvolvimento será fundamentado num modelo conceptual de enfermagem, permitindo guiar e orientar a construção do PIC realizado com a pessoa.

Esse mesmo conhecimento despoleta uma maior capacidade de análise e reflexão crítica, idealmente, com aumento da capacidade de tomada de decisão, mesmo em situações inesperadas e de extrema complexidade, inerente à individualidade de cada pessoa e situação. Estes cuidados organizados e sistematizados à pessoa com incapacidades decorrentes do seu processo de transição ou défice na realização dos seus AC, pretendem manter, melhorar ou maximizar a sua funcionalidade e capacitação, de modo a atingir a satisfação do cliente, a promover a saúde, a prevenir as complicações, a melhorar o seu bem-estar e a qualidade de vida, alcançando a sua reeducação e readaptação funcional, com maior capacidade na reinserção da sua vida social.

Ser enfermeiro é relacionar-me com outro, é cuidar com a pessoa, manter um cuidado humanizado, cumprindo os deveres éticos e deontológicos da profissão, respeitando acima de tudo a dignidade da pessoa. Após este princípio virão todos os outros necessários, de modo a manter cuidados de enfermagem que respeitem a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

Enquanto enfermeira especialista, desenvolvi e aprofundei as competências inerentes do enfermeiro generalista, mas enquanto EEER, foi necessário o desenvolvimento de novas competências, específicas, a realização de um processo de enfermagem com foco na reeducação e readaptação da pessoa, com intervenção ao nível sensorial, cognitivo, motor, cardiorrespiratório, de alimentação, de eliminação e da sexualidade, independentemente da fase do ciclo de vida ou do contexto em que a pessoa se encontra inserida. Esse PIC pretende a adaptação às limitações da pessoa, mas à maximização da sua autonomia e da sua capacitação. Assim, pretende-se maximizar a funcionalidade e capacidades da pessoa, promovendo uma maior equidade, acessibilidade e participação na vida social. Possível

através de uma intervenção ao nível do conhecimento e literacia em saúde, potenciando a autonomia de decisão da pessoa, o seu empoderamento, de modo que esta passe à ação, a sua capacitação.

Pretende-se que esta readaptação funcional, tenha como objetivo uma transição saudável da situação da pessoa, promovendo uma participação e uma reinserção no seu exercício da cidadania.

Para além do desenvolvimento de competências é essencial nortearmos a nossa prática pelos padrões de qualidade, pois este é um instrumento essencial para a reflexão da nossa prática clínica para promover uma melhoria contínua.

A ação intencional do EEER permite construir com a pessoa o melhor plano de cuidados, que faça sentido à pessoa, que esta se identifique e se sinta motivada a realizá-lo, que seja dotada da máxima autonomia de decisão, empoderamento e capacitação na sua readaptação à sua situação atual, nas suas necessidades de AC e no seu processo de transição saudável, tornando-se o mais independente possível, com maior capacidade de funcionalidade e reintegrada na sua vida familiar e social, culminando numa melhor qualidade de vida.

Relativamente à pessoa com escoliose e às múltiplas alterações inerentes à sua situação decorrentes pela doença e posteriormente, pelo contexto cirúrgico, é premente uma intervenção do EEER e a construção de um plano de cuidados de ER na capacitação com a pessoa, recorrendo aos instrumentos de medida ou de avaliação fiáveis, válidos e responsivos, que promovam uma adequada avaliação. A definição de diagnósticos e intervenções de ER, resultando em ganhos em saúde de acordo com o projeto de saúde delineado pela pessoa. O EEER acompanha e promove o processo de transição saúde-doença da pessoa, verificados ganhos motores, cardiorrespiratórios, de conhecimento e de potencial de capacidade.

Concluo, que a evidência científica refere as reais necessidades da pessoa submetida à cirurgia corretiva da escoliose, sendo necessária a intervenção do EEER nos focos da: ventilação, movimento muscular, equilíbrio corporal, posicionar-se, pôr-se de pé e nos AC: ir ao sanitário, higiene, arranjo pessoal e vestuário.

Pretende-se a construção de um PIC de ER com ênfase na RFR e na RFM. Objetivo possível de alcançar com a construção de uma relação terapêutica e de parceria com a pessoa, um processo de literacia em saúde, aumento de conhecimento, autonomia e capacitação da

mesma. Necessidades que vão de encontro com as competências do EEER, em que a sua intervenção é de extrema importância no acompanhamento da pessoa e sua família no seu processo de transição saúde-doença, melhorando a sua funcionalidade e sua qualidade de vida.

O EEER para além de prestar cuidados especializados em ER, tem de adquirir competências de relação interprofissional, de gestão, de liderança, de formação, investigação e assessoria, tornando-se num exemplo de desenvolvimento profissional.

Às várias competências a desenvolver, enquanto mestre e enquanto EEER, pretende-se que sejam prestados cuidados de qualidade à pessoa, alcançar a sua satisfação, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a melhoria da organização dos cuidados de enfermagem.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004a). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 3-14). 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004b). Significado da Teoria para a Enfermagem, enquanto Disciplina e Profissão. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 15-34). 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Alligood, M. R. (2004). O Estado da Arte e Ciência da Teoria de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 719-725). 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Anari, J. B., Tatad, A., Cahill, P. J., & Flynn, J. M. (2020). The Impact of Posterior Spinal Fusion (PSF) on Coronal Balance in Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS): A New Classification and Trends in the Postoperative Period. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 40(9), e788–e793. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000001622>

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

Barbosa LG, & Frazão CDS. (2020). Impact of demonstration in a realistic simulation environment as a postoperative education in patients' experience. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 18, eAO4831. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4831

Bazancir Z, Talu B, & Korkmaz MF. (2021). Postoperative rehabilitation versus early mobilization following scoliosis surgery: a single-blind randomized clinical trial. *Journal of Orthopaedic Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jos.2021.11.017>

Boaventura, S. S. (2022). Escoliose no Adulto. In L. Marques & P. S. Branco (Coord.), *Escoliose Idiopática: Diagnóstico e Tratamento* (pp. 189-204). Lisboa: Lidel.

Brás da Silva, V. (2022). Atividade Desportiva. In L. Marques & P. S. Branco (Coord.), *Escoliose Idiopática: Diagnóstico e Tratamento* (pp. 173-188). Lisboa: Lidel.

Cantista, M. (2022). Alterações Psicológicas. In L. Marques & P. S. Branco (Coord.), *Escoliose Idiopática: Diagnóstico e Tratamento* (pp. 99-112). Lisboa: Lidel.

Carvalho, N. (2022). Tratamento Cirúrgico. In L. Marques & P. S. Branco (Coord.), *Escoliose Idiopática: Diagnóstico e Tratamento* (pp. 145-172). Lisboa: Lidel.

Cestari, M. E. (2003). Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24 (1), pp. 34-42. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4435/2361>

Cordeiro, R., Arco, H. R. & Carvalho, J. C. (2021). Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal. In Almeida, M.L., Tavares, J. & Ferreira, J.S.S. (Coord.) (2021). *Competências em enfermagem, Gerontogeriatrica: Uma exigência para a Qualidade do Cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. (pp. 133-139). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 97-106). Lisboa: Lidel.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República n.º 28 – II série (pp. 3882-(2) – 3882-(10)).

Direção-Geral da Saúde (2020a). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-318-6

Direção-Geral da Saúde (2020b). Recomendações da OMS para Atividade Física e Comportamento Sedentário. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-65-00-15064-3

Direção-Geral da Saúde (2023). Plano Nacional de Literatura em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano Estratégico. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-343-8

Faria, A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Laredo-Aguilera, J. A., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Faria Fonseca, E., & Martins Flores, J. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>

Fernandes, J. B., Lourenço Sá, M. C., & Campos Nabais, A. S. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 57–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>

Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. *Journal of Personalized Medicine*, 12(1), 61. <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>

Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C. L. & Ferreira, Ó. R. (2021). Transição Segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 963-976). Sintra: Sabooks Editora.

Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V., Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>

Ferreira, O. M. R. & Baixinho, C. L. (2021). Estratégias para implementar a transição segura hospital-comunidade e minorar os reinternamentos hospitalares. *Revista Ciências em Saúde*, 11(1), 2-3. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i1.1120>

Francisco, R. C. & Pires, M. (2022). História Natural. In L. Marques & P. S. Branco (Coord.), *Escoliose Idiopática: Diagnóstico e Tratamento* (pp. 43-64). Lisboa: Lidel.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

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

Hickman, J. S. (2000). Introdução à Teoria de Enfermagem. In J. B. George (Ed.), *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 11-20). 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

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

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

Lei n.º 156/2015 de 16 setembro. Código Deontológico. Diário da República n.º 181 – I série (pp. 8077-8080).

Li, Y., Kakar, R. S., Fu, Y.-C., Walker, M., Brown, C. N., Oswald, T. S., & Simpson, K. J. (2019). Postural control of individuals with spinal fusion for adolescent idiopathic scoliosis. *Clinical Biomechanics*, 61, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2018.11.001>

Malik, A. T., Kim, J., Yu, E., & Khan, S. N. (2019). Predictors of a Non-home Discharge Destination Following Spinal Fusion for Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS). *Spine (03622436)*, 44(8), 558–562. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002886>

Marques, E. (2022). Avaliação Clínica. In L. Marques & P. S. Branco (Coord.), *Escoliose Idiopática: Diagnóstico e Tratamento* (pp. 65-78). Lisboa: Lidel.

Martins, A. R. S., Ribeiro, O. M., Padilha, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Martins Vieira, M. S., & Fernandes, C. S. (2023). Estrutura da qualidade dos cuidados nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação: percepção dos enfermeiros. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e318. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.318>

Martins, M. M., Ribeiro, O. & Schoeller, S. D. (2021). Investigação e Inovação em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 38-46). Lisboa: Lidel.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018a). O contributo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista*

Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 1(1), 22–29.
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018b). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 42–48.
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>

Negrini, S., Donzelli, S., Aulisa, A. G., Czaprowski, D., Schreiber, S., de Mauroy, J. C., Diers, H., Grivas, T. B., Knott, P., Kotwicki, T., Lebel, A., Marti, C., Maruyama, T., O'Brien, J., Price, N., Parent, E., Rigo, M., Romano, M., Stikeleather, L., Wynne, J. & Zaina, F. (2018). 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis and spinal disorders*, 13, 3. <https://doi.org/10.1186/s13013-017-0145-8>

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

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

Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: REPE. Decreto-lei n. 161/96, de 4 setembro.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Revisão e Reimpressão. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Consulta de Enfermagem à distância: Telenfermagem. Coimbra: Ordem dos enfermeiros. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf

Osuka, S., Sudo, H., Yamada, K., Tachi, H., Watanabe, K., Sentoku, F., Chiba, T., Iwasaki, N., Mukaino, M., & Tohyama, H. (2022). Effects of Posterior Spinal Correction and Fusion on Postural Stability in Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/jcm12010270>

ÖZTÜRK, F., GÜNEY DENİZ, H., AYVAZ, M., DEMİRKIRAN, H. G., & KINIKLI, G. İ. (2020). The Relationship between Trunk Assessments and Quality of Life in Adolescent Idiopathic Scoliosis Following Surgery. *Turkish Journal of Physiotherapy Rehabilitation*, 31(2), 36–44. <https://doi.org/10.21653/tjpr.510994>

Padilha, J. M. S.C., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 83 –. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Paul, C. & Reeves, J. S. (2000). Visão Geral do Processo de Enfermagem. In J. B. George (Ed.), *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 21-32). 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Pedrosa, A. R. C., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. S. L. (2022a). Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(5), e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>

Pedrosa, R., Ferreira, Ó. & Baixinho, C.L. (2022b). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4),582. <https://doi.org/10.3390/jpm12040582>

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

Pereira, R. S. da S., Martins, M. M., Gomes, B., Laredo Aguilera, J. A., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 66–72. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>

Pereira, R. S. S., Martins, M. M., Alves Machado, W. C., Pereira, A. I., Pereira, A. M., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 86–95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>

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

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

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

Pina, B. M., & 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>

Pinto, E. D. M., Nascimento Magalhães, S. P., & Martins Ferreira, M. S. (2023). Capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente em contexto domiciliário. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(2), e365. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.365>

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

Preto, L., Pinto, C., Novo, A., Mendes, E., Barreira, I., & Lopez-Espuela, F. (2019). Funcionalidade e qualidade de vida em idosos submetidos a artroplastia total do joelho. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(2), 74–78. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4584>

Qiu, T., Li, Y., Zhang, J., Hou, X., Wu, Y., Xu, Y., Chen, W., Rui, J., Yang, J., & Qian, J. (2022). A Cross-Sectional Study on the Application of IS in Perioperative Pulmonary Function Training in Spine and Orthopedics. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2022, 4546549. <https://doi.org/10.1155/2022/4546549>

Rafferty, A., Donne, B., Kiely, P., & Fleming, N. (2020). Functional deficits in post-operative adolescent idiopathic scoliosis. *Physiotherapy Practice & Research*, 41(2), 133–141. <https://doi.org/10.3233/PPR-190365>

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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/19 – II Série (pp. 4744 – 4750).

Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/19 - II Série (pp. 13565-13568).

Regulamento n.º 613/2022 de 8 julho. Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República n.º 131/22, II série (pp.179-182).

Regulamento n.º 65/2018 de 16 agosto. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/18, I série (pp. 4147-4182).

Reis, G. & Bule, M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Reimpressão 1ª Edição. Sintra: Sabooks Editora.

Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021b). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Classificações e Sistemas de Informação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 58-66). Lisboa: Lidel.

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

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

Santos, A. S. M., Fonseca, M. J., Gomes, J., Soares, S., & Ribeiro, C. (2023). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC: um estudo quase-experimental. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(2), e339. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.339>

Santos, B. W. & Baixinho, C. L. (2020). Intervenção da Enfermagem na Prevenção de Queda em Idoso: Estudo de Revisão. *Cognitare Enfermagem*, 25 (e71326), 1-11. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>

Santos, L. S. (2023). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-23). Reimpressão 1ª Edição. Sintra: Sabooks Editora.

Serviço Nacional de Saúde (2017a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/3113577/Pages/default.aspx>

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

Serviço Nacional de Saúde (2022). Unidade Local de Saúde Santa Maria. <https://www.chln.min-saude.pt/missao-e-valores/>

Serviço Nacional de Saúde (2023). Missão, Visão, Valores e Objetivos. Disponível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

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>

Silva, D. M. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Millenium*, 26 (7), 1647-662X. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%Aancias%20de%20enfermagem.pdf>

Silva, M. A. (2022). Etiopatogenia e Epidemiologia. In L. Marques & P. S. Branco (Coord.), *Escoliose Idiopática: Diagnóstico e Tratamento* (pp. 31-42). Lisboa: Lidel.

Smith M. C. (2018). Evaluation of Middle Range Theories for the Discipline of Nursing. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 33-47). 4ª Edition. New York: Springer Publishing Company.

Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral (2022). Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral. Disponível em <https://sppcv.org/press-releases/milhaes-de-pessoas-tem-dores-nas-costas/>

Sousa, L. M. M., José, H. M. G. & Novo, A. F. M. P. (2022). Investigação em Enfermagem: das Prioridades aos Reptos. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 1-14). Lisboa: Lidel.

Sousa, L., Baixinho, C. L., Diniz, A.M. & Marques, M. (2021b). Segurança, Qualidade e Gestão do Risco no Cuidado Gerontogeriatrico. In Almeida, M.L., Tavares, J. & Ferreira, J.S.S. (Coord.) (2021). *Competências em enfermagem, Gerontogeriatrica: Uma exigência para a Qualidade do Cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. (pp. 115-132). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

Sousa, L., Marques-Vieira, C. & Branco, P.S. (2023a). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2023b). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 113-121). Lusodidacta.

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R. F. & Marques-Vieira, C. (2021a). Avaliar para Gerir a Doença Aguda: Propriedades Clinicométricas dos Instrumentos e Avaliação Económica em Enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 31-40). Sintra: Sabooks Editora.

Taylor, S. G. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 211-235). 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Teixeira, M. L. O., & Ferreira, M. A. (2010). Pesquisa do cuidado de enfermagem: aplicabilidade do referencial de Leininger e Freire. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 93-100. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239960013>

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

Ventura, J., Martins, M. M., Trindade, L. L. & Ribeiro, O. (2021). Processos de Trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 28-33). Lisboa: Lidel.

Vianna, V., da Silva Pereira, R. S., Almeida de Figueiredo, N. M., Coutinho Sento Sé, A., Mascarenhas Fernandes, E., & Alves Machado, W. C. (2021). Barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana para atendimento em centro especializado de reabilitação física. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(1), 5–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.190>

Vieira, M. S. M., Martins, M. M. F. P. da S., Martins, A. R. S., & Fernandes, C. S. (2023). Traçado da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação – organização de cuidados para um envelhecimento saudável e ativo. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e316. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.316>

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

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Capacitação com a Pessoa submetida a Cirurgia Corretiva da Escoliose, em Contexto Hospitalar

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

Período Pré-Operatório

Informar sobre Acolhimento ao serviço de internamento

Providenciar material educativo: Guia de Acolhimento

Avaliar Conhecimento sobre:

Situação atual, crenças ou receios, patologia, contexto cirúrgico, cuidados ou limitações pós-operatórias, processo de reabilitação, autocuidados comprometidos e planeamento para o domicílio.

Potencial para melhorar conhecimento sobre cuidados no pré-operatórios:

Patologia, contexto cirúrgico, cuidados e limitações pós-operatórias, plano de reabilitação (a delinear com a pessoa), necessidades de apoio no autocuidado e planeamento do tempo de internamento e alta hospitalar para o domicílio.

Avaliação Inicial com recolha de dados pessoais e de saúde, baseada no sistema de registo de enfermagem (SClinic)

Avaliar e Monitorizar Sinais Vitais

Avaliar Força Muscular nos membros superiores e inferiores (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Medical Research Council

Avaliar Equilíbrio Corporal (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Presente, Diminuído ou ausente em posição:

Sentado estático, Sentado dinâmico; Ortostático estático; Ortostático dinâmico.

Avaliar Marcha (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Timed up and Go test.

Avaliar Nível de Independência (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Índice de Barthel

Avaliar Nível de Funcionalidade (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Medida de Independência Funcional

Nota: as escalas ou instrumentos de avaliação referidas, são sugestões, perante a realidade do contexto do estágio profissionalizante e o sistema operativo de registos de enfermagem (SClinic), podendo ser suscetíveis de alteração.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

Focos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Foco: **Ventilação**

| | |
|--|--|
| <i>DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias</i> | |
| Intervenções | Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório |
| | Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação |
| | Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório |
| | Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação |
| | Providenciar material educativo (físico ou digital) |
| <i>DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias</i> | |
| Intervenções | Avaliar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório |
| | Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação |
| | Instruir sobre autocontrolo do padrão respiratório |
| | Instruir sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação: <ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; • Inspirações profundas; • Aumento do fluxo expiratório; • Respiração abdominodiafragmática (hemicúpulas, posterior ou global); • Abertura grelha costal seletiva e global. |
| | Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar de ventilação: espirómetro de incentivo |
| | Treinar o autocontrolo do padrão respiratório |
| | Treinar técnica respiratória para otimizar a ventilação |

Foco: **Movimento Muscular**

| | |
|---|---|
| <i>DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</i> | |
| Intervenções | Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular |
| | Avaliar conhecimento sobre movimentos de tronco a evitar |
| | Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular |
| | Ensinar sobre movimentos de tronco a evitar |
| | Providenciar material educativo (físico ou digital) |
| <i>DE: Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular</i> | |
| Intervenções | Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular |
| | Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular: <ul style="list-style-type: none"> • Ativo-assistido de todos os segmentos dos MS e MI (5 repetições, 1 x dia), com progressão para ativo livre e ativo resistido, aumento do número de repetições e frequência; • Exercício isométrico do quadríceps e exercício isotónico de dorsiflexão/flexão plantar da tibiotársica (5 repetições, 2 x dia), aumento do número de repetições e frequência. |
| | Treinar técnicas de exercício muscular e articular, com progressão na resistência, número de repetições, 1 a 2x/dia |

* técnicas de exercícios musculares e articulares realizados em segurança, respeitando a tolerância da pessoa, limiar de dor, amplitude articular, planos e eixos.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

Foco: Posicionar-se

| | |
|---|---|
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se | |
| Intervenções | Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se |
| | Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se |
| | Providenciar material educativo (físico ou digital) |
| DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se | |
| Intervenções | Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se |
| | Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se - técnica de rolamento no leito: fletir MI contralateral, realizar pressão com calcanhar e projetar MS contralateral para o lado oposto, ficando em decúbito lateral (2 repetições, 4 x dia), aumento do número de repetições e frequência. |
| | Treinar técnica de adaptação para posicionar-se |

Foco: Equilíbrio Corporal

| | |
|--|--|
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal | |
| Intervenções | Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal |
| | Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal |
| | Providenciar material educativo (físico ou digital) |
| DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal | |
| Intervenções | Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal |
| | Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural), se possível, recurso a espelho |
| | Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Alternância de carga nos MI; • Apoio unipodal; • Contorno de obstáculos; • Exercícios de coordenação de movimentos. |
| | Treinar técnica de equilíbrio corporal |

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

Foco: Pôr-se de pé

| | |
|--|---|
| <i>DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé</i> | |
| Intervenções | Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé |
| | Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé |
| | Providenciar material educativo (físico ou digital) |
| <i>DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé</i> | |
| Intervenções | Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé |
| | Instruir sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé: técnica de rolamento no leito, posicionar-se em decúbito lateral, colocar MI pendentes no leito e levantar gradual do tronco exercendo força no cotovelo contra o colchão e na mão contralateral contra o colchão, manter posição ereta do tronco apoiando as palmas das mãos no colchão na região bilateral à anca (mínimo 1x/dia) |
| | Treinar técnica de adaptação para pôr-se de pé |
| | |

Foco: Andar

| | |
|---|---|
| <i>DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar</i> | |
| Intervenções | Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar |
| | Ensinar sobre técnica de adaptação para andar, para subir e descer escadas |
| | Providenciar material educativo (físico ou digital) |
| <i>DE: Potencial para melhorar capacidade para andar</i> | |
| Intervenções | Avaliar capacidade para andar |
| | Instruir sobre técnica de adaptação para andar: colocar meias elásticas, calçado adequado e fácil de calçar, olhar em frente, manter alinhamento da cintura escapular com cintura pélvica, fazer rotação em simultâneo tronco e MI, manter movimentos suaves de balanço com MS, deslocar um pé e posteriormente o oposto, realizando passos (mínimo 1x/dia, com aumento gradual da frequência e da distância). |
| | Instruir sobre técnica de adaptação para subir e descer escadas: subir: apoio no corrimão, olhar em frente, apoiar base do pé no degrau e subir com contralateral, para o mesmo degrau ou degrau acima; descer: apoio no corrimão, apoio inicial com o primeiro terço do pé e posteriormente apoiar calcâneo, descer com pé contralateral |
| | Treinar técnica de adaptação para andar, para subir e descer escadas, com progressão na distância percorrida e número de repetições por dia |

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

Foco: Autocuidado: Ir ao sanitário; Higiene; Arranjo Pessoal; Vestuário

DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares para o autocuidado

| | |
|--------------|--|
| Intervenções | Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares para o autocuidado |
| | Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares para o autocuidado |
| | Providenciar material educativo (físico ou digital) |

DE: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivos auxiliares para o autocuidado

| | |
|--------------|---|
| Intervenções | Avaliar capacidade para usar dispositivos auxiliares para o autocuidado |
| | Instruir sobre a capacidade para usar dispositivos auxiliares para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> • Barra fixadora no WC; • Alteador de sanita; • Escova de cabo comprido; • Calçadeira de cabo longo. |
| | Treinar o uso de dispositivos auxiliares para o autocuidado |
| | |

Nos vários diagnósticos de enfermagem de reabilitação, pretende-se uma evolução ao longo do tempo de internamento de: repetições, frequência e intensidade das técnicas de exercícios de reabilitação ensinados e instruídos (com a respetiva orientação e incentivo pelo EEER). Pretende-se um processo evolutivo de independência, inicialmente, a pessoa fará as técnicas de exercícios de reabilitação e os autocuidados com a assistência total ou parcial do EEER, posteriormente, com supervisão e por último, a capacitação da pessoa.

Independentemente do nível de dependência da pessoa, esta deverá realizar as técnicas de exercícios de reabilitação consoante a sua tolerância, em ambiente seguro.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

De salientar, a existência de dispositivos cirúrgicos e necessidade de cuidados de enfermagem pós-operatórios que interferem com o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, como:

- A existência de dispositivo Patient Controlled Analgesie, habitualmente com opioides (morfina) até ao 3º dia pós-operatório, com grandes vantagens no controlo de dor, sendo um fator facilitador a nível psicológico, motor, cardiorrespiratório, de bem-estar e qualidade de vida. Mas pode comportar-se como um fator dificultador, pela existência de efeitos secundários a opioides ou à necessidade de transportar o dispositivo perfusor;
- A necessidade de algaliação, sensivelmente, até ao 2º dia pós-operatório, percecionado como fator facilitador enquanto a pessoa não tem capacidade para ir ao sanitário, embora possa desenvolver complicações decorrentes da algaliação;
- Dreno cirúrgico, usualmente, clampado em bloco operatório, com indicação para desclampar às 24 horas pós-operatórias e retirar às 48 horas pós-operatórias (consoante volume drenado e indicação médica). Importante averiguar perdas hemáticas decorrentes do processo cirúrgico e repercussão hemodinâmica.
- Realização de telerradiografia extralonga em carga, ao 2º/3º dia pós-operatório, consoante a pessoa tolere posição ortostática.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

**Evolução do Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação
ao longo do tempo de internamento**

1º Dia pós-operatório

Técnicas de exercícios respiratórios

Técnicas de exercícios de movimento muscular e articular (no leito)

Técnica de exercício de posicionamento no leito

Técnica de exercício de pôr-se de pé (junto ao leito)

Técnica de exercício de andar (junto ao leito)

** Realização das técnicas de exercícios com ajuda total ou parcial do EEER*

2º Dia pós-operatório

Técnicas de exercícios respiratórios

Técnicas de exercícios de movimento muscular e articular (no leito)

Técnica de exercício de posicionamento no leito

Técnica de exercício de pôr-se de pé

Técnica de exercício de andar (pelo quarto ou corredor)

Treino para ir ao sanitário

** Realização das técnicas de exercícios com ajuda parcial do EEER.*

** Aumento da frequência e número de repetições, consoante tolerância.*

3º Dia pós-operatório

Técnicas de exercícios respiratórios

Técnicas de exercícios de movimento muscular e articular

Técnica de exercício de posicionamento no leito

Técnica de exercício de pôr-se de pé

Técnica de exercício de andar (pelo quarto e corredor)

Treino para ir ao sanitário

Treino para realizar higiene

Treino para arranjo pessoal

Treino para vestir-se

** Realização das técnicas de exercícios com ajuda parcial ou supervisão do EEER.*

** Aumento da frequência e número de repetições, consoante tolerância.*

A partir do **4º dia pós-operatório**, manter plano de enfermagem de reabilitação, com aumento gradual da frequência, número de repetições e treino de atividades até o máximo de independência funcional e capacitação da pessoa.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA DA ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR

Avaliação 1º Dia Pós-Operatório e Avaliação Final

Avaliar Conhecimentos dos Focos (Demonstrados ou Não Demonstrados):

- Ventilação;
- Movimento Muscular;
- Posicionar-se;
- Equilíbrio Corporal;
- Pôr-se de pé;
- Andar (subir e descer escadas);
- Autocuidados: Ir ao Sanitário, Higiene, Arranjo Pessoal, Vestuário.

Avaliar Capacidades dos Focos (Demonstradas ou Não Demonstradas):

- Ventilação;
- Movimento Muscular;
- Posicionar-se;
- Equilíbrio Corporal;
- Pôr-se de pé;
- Andar (subir e descer escadas);
- Autocuidados: Ir ao Sanitário, Higiene, Arranjo Pessoal, Vestuário.

Avaliar Sinais Vitais

Avaliar Força Muscular nos membros superiores e inferiores (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Medical Research Council

Avaliar Equilíbrio Corporal (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Presente, Diminuído ou ausente em posição:

Sentado estático, Sentado dinâmico; Ortostático estático; Ortostático dinâmico.

Avaliar Marcha (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Timed up and Go test.

Avaliar Nível de Independência (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Índice de Barthel

Avaliar Nível de Funcionalidade (recorrer a instrumento/escala de avaliação):

Medida de Independência Funcional

8.2 ANEXO II

Caso Clínico: Reabilitação à Pessoa submetida a Cirurgia Corretiva para a Escoliose, em Contexto Hospitalar



1º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

**REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A
ESCOLIOSE, EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO**

Elaborado por: Carla Raposo n° 202230104

Enfermeira Supervisora: Simone Oliveira

Professor: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, janeiro de 2023

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

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

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

ABREVIATURAS e SIGLAS:

AIVD – Atividades de Vida Instrumentais Diárias
AVD – Atividades de Vida Diárias
CARE – CAse REport
CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem
DGS – Direção Geral da Saúde
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EI – Escoliose Idiopática
ER – Enfermagem de Reabilitação
ERAS – Enhanced Recovery After Surgery
MIF – Medida de Independência Funcional
MRC – Medical Research Council Muscle Scale
Mrm – movimentos respiratórios por minuto
O₂ – Oxigénio
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
ON – Óculos Nasais
PCA – Patient Controlled Analgesie
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RFM – Reeducação Funcional Motora
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
RX – Radiografia
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TUG – Timed Up and Go test

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

INDICE:

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 6 |
| MATERIAIS E MÉTODOS | 8 |
| APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO | 11 |
| RESULTADOS | 18 |
| DISCUSSÃO | 19 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 22 |
| BIBLIOGRAFIA | 24 |

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

RESUMO:

Introdução: A escoliose caracteriza-se pela alteração tridimensional da coluna, maioritariamente na região torácica e/ou lombar, levando a alterações músculo-esqueléticas, pulmonares e em alterações da funcionalidade da pessoa. Consoante a avaliação da pessoa com escoliose, esta pode ter indicação para tratamento conservador ou tratamento cirúrgico. Perante as alterações existentes na pessoa com escoliose e ao contexto cirúrgico, torna-se imperativo estudar quais os cuidados de enfermagem de reabilitação essenciais à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose, em contexto hospitalar, de modo a orientar e otimizar a capacitação e empoderamento da pessoa nesta fase de transição saúde-doença. Processo em que se torna imprescindível as competências do EEER.

Objetivo: Identificar os principais focos, diagnósticos de enfermagem e intervenções do EEER à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose e os respetivos ganhos.

Metodologia: Estudo de caso clínico, respeitando as guidelines descritas no CAsE REport, inerente à situação de uma pessoa submetida a cirurgia corretiva para a escoliose. Realizado o processo de enfermagem, com a colheita de dados, avaliação, levantamento de diagnósticos, intervenções de enfermagem de reabilitação, e a respetiva avaliação de resultados. Foram utilizados como instrumentos de avaliação a escala numérica da dor, a avaliação de equilíbrio corporal, o Índice de Barthel, a Medida de Independência Funcional e o Timed Up and Go test. Tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o padrão documental dos cuidados de EEER.

Resultados: O plano de enfermagem de reabilitação implementado à pessoa submetida a cirurgia corretiva à escoliose contribuiu beneficentemente para a melhoria do padrão ventilatório, força muscular, mobilidade, marcha, independência na realização de autocuidados e no aumento da funcionalidade. Verificou-se um aumento do conhecimento e de capacitação de técnicas de adaptação à sua situação, favorecendo uma transição segura após alta hospitalar para o domicílio.

Conclusão: Perante as alterações músculo-esqueléticas e ventilatórias, é de extrema importância um plano de Reeducação Funcional Motora e de Reeducação Funcional Respiratória, em associação com o plano de ensino e capacitação da pessoa.

DESCRITORES:

Escoliose Idiopática, período pós-operatório, hospitalar, Enfermagem de Reabilitação

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO:

Designa-se de escoliose uma alteração tridimensional da coluna (ao longo do plano sagital, coronal e transversal), considerada idiopática por etiologia desconhecida. Habitualmente associada a múltiplos fatores durante o processo de crescimento, mais comum numa população juvenil, predominantemente no sexo feminino, com períodos de crescimento rápido da coluna vertebral. Apenas 20% das pessoas com diagnóstico de escoliose é secundária a uma patologia, as restantes 80% são consideradas escoliose idiopática (EI) (Negrini et al., 2018).

Considerada por muitos autores uma doença complexa, de predomínio torácico e lombar, com repercussões graves na saúde da pessoa, provocando alterações importantes do foro respiratório, músculo-esquelético e psicológico, manifestadas por alterações ao nível da imagem e autoestima, realização de atividade física ou atividades sociais, funcionalidade e subsequentemente decréscimo de qualidade de vida da pessoa (Negrini et al., 2018).

Esta doença crónica, complexa pelas múltiplas consequências que acarreta para a pessoa, aumenta a sua exacerbação associada ao desenvolvimento e crescimento da coluna vertebral. Foram várias as tentativas de categorizar a escoliose, de modo a proporcionar uma sistematização na avaliação e tratamento da mesma. Atualmente, as designações mais utilizadas são a: avaliação do ângulo de Cobb, sinal de Raiser e a classificação de Lenke. Possíveis de realizar através da avaliação da pessoa e das medições efetuadas da radiografia extralonga efetuada em carga (Negrini et al., 2018).

São vários os autores que categorizam a escoliose, Carvalho (2022) subdivide em:

- Escoliose de início precoce, abrangendo a população infantil e juvenil;
- Escoliose do adolescente;
- Escoliose do adulto, habitualmente associada a fatores do envelhecimento.

Considera-se que pessoas com ângulo de Cobb superior a 30° tenham um maior risco de progressão da doença. O ângulo de Cobb pode ser um fator decisor sobre o tratamento da pessoa, mas também um fator preditor de agravamento da doença e suas consequências físicas, com decréscimo da qualidade de vida (Negrini et al., 2018).

Consoante a avaliação física da pessoa, evolução da escoliose, respetivo ângulo de Cobb e sintomatologia associada pode haver a indicação para tratamento conservador ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico passa pela realização de artrodese na região posterior afetada pela escoliose (Debono et al., 2021; Duperyon et al., 2021; Negrini et al., 2018).

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

Após consenso de vários peritos, referido por Negrini et al. (2018) os objetivos de tratamento da escoliose passam por: redução do ângulo de Cobb e correção da escoliose da coluna vertebral, melhoria na função respiratória, diminuição ou ausência do quadro de dor associado, melhoria da capacidade musculo esquelética e funcionalidade, melhoria na estética/autoimagem da pessoa e subsequentemente melhoria da qualidade de vida da pessoa com prevenção de futuras complicações ou tratamentos pelo agravamento da escoliose.

O projeto ERAS, Enhanced Recovery After Surgery, na área da cirurgia à coluna, instituído em outros países, demonstra a importância do acompanhamento prévio à pessoa desde a indicação cirúrgica, com um programa educacional da sua situação de doença, contexto cirúrgico e reabilitação pós-operatória, demonstrando a importância da literacia em saúde e conhecimento na consciencialização, motivação e integração da pessoa enquanto parceira no seu projeto de saúde. Posteriormente, descrevem os protocolos de atuação e os cuidados inerente ao período operatório. Relativamente ao período pós-operatório primam pela reabilitação precoce e intensiva, motora e respiratória, dentro da tolerância da pessoa e com controlo analgésico (Debono et al., 2021; Dupeyron et al., 2021).

Processo de reabilitação que vai de encontro às competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na realização de um programa de reeducação funcional respiratória e motora promovendo a capacitação e maximização da funcionalidade pessoa, no seu processo de transição saúde-doença ao longo do seu ciclo de vida (Regulamento n.º 392/2019).

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

MATERIAIS E MÉTODOS:

A elaboração de estudos de casos clínicos é um dos métodos de investigação narrativa, rica em dados descritivos, mais utilizada na área da saúde, pois permitem-nos explorar várias variáveis ou questões inerentes à situação complexa (problemas e necessidades) de cada pessoa, permite refletir sobre a prática individual de cada situação, com a possibilidade de novas questões de investigações ou sugestões de práticas em contextos semelhantes (Galdeano et al., 2003).

Este método também permite associar a prática do enfermeiro com a vertente formativa do mesmo, ao aprofundar e refletir sobre conhecimento e práticas, definindo e sistematizando os cuidados de enfermagem, a tomada de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), respondendo à questão de investigação (Galdeano et al., 2003). Permite ao EEER fundamentar as suas ações e proporcionar os cuidados individualizados e pessoalizados tendo por base a melhor evidência científica.

No estudo de caso clínico é exposta a individualidade de uma situação complexa, esta deverá ser realizada com o mesmo rigor e transparência existente nas restantes metodologias de investigação, assim, Gagnier et al. (2013) em consenso sugeriram e construíram as guidelines do CAsE REport (CARE). Estudo de caso clínico estruturado com base nas guidelines CARE, com as devidas adaptações à situação em particular, desse modo, este estudo de caso pretende responder a que cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) deverão ser realizados à pessoa submetida a cirurgia corretiva para a escoliose, no período pós-operatório, em contexto hospitalar. Para dar resposta à questão inicial será descrita a informação de dados pessoais e de saúde da pessoa, os problemas ou necessidades detetadas, os focos principais, os diagnósticos de ER, respetivas intervenções e os resultados alcançados. Posteriormente a discussão dos dados e conclusão do estudo.

No entanto, os enfermeiros presenciam, constataam e trabalham com as pessoas em situações de extrema vulnerabilidade, por isso, embora a investigação seja um motor de grande desenvolvimento profissional, resultando em melhoria dos cuidados prestados, estes objetivos jamais serão prioritários em relação aos direitos da pessoa e sua dignidade (Deodato, 2022). Será um princípio essencial, o de não acrescentar dano à pessoa, à situação em que ela se encontra a vivenciar, mantendo transparência em relação ao estudo realizado e o seu direito à liberdade de decisão (inclusão, exclusão e de desistência). Por esse motivo existe a obrigatoriedade do consentimento livre e esclarecido para este caso clínico. Direitos explanados na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Este consentimento

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

inclui a recolha de dados pessoais gerais e de saúde (de maior vulnerabilidade) e posteriormente o seu tratamento realizado pelo investigador (Deodato, 2022).

A prática de investigação em enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da disciplina e da própria profissão, culminando numa prática de qualidade, de excelência, baseada ou informada na evidência. Torna-se um ciclo essencial, a prática próxima da investigação e a investigação a corresponder a questões práticas, com impacto na melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais, assim, torna-se possível a construção de conhecimento através das várias situações de saúde-doença da pessoa e dos seus processos de transição ao longo da vida. Sabe-se que o desenvolvimento de maior investigação em enfermagem repercute-se em ganhos na saúde e indicadores de bem-estar (Sousa et al., 2022).

Existem várias organizações de enfermagem mundiais e europeias que determinaram os objetivos por áreas de investigação. À semelhança, em Portugal, o próprio Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) contempla que os enfermeiros realizem, participem e promovam trabalhos de investigação na sua prática clínica, melhorando o progresso da enfermagem, dos cuidados prestados e da saúde em geral. Posteriormente a Ordem dos Enfermeiros (OE), também delineou áreas de investigação relacionadas com saúde, doença e bem-estar, a formação dos profissionais e as organizações e políticas em saúde (Sousa et al., 2022).

A nível nacional, também a ordem dos enfermeiros realçou a importância de uma prática baseada na evidência, necessária a alcançar a excelência e segurança nos cuidados de saúde prestados, incluiu no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) a obrigatoriedade de basear a sua prática clínica na investigação e evidência científica atual (Rodrigues e Cardoso, 2022).

Segundo o International Council of Nurses (Rodrigues e Cardoso, 2022), a prática baseada na evidência possui três vertentes, na área da melhor evidência científica existente na atualidade, na experiência do profissional de saúde e no elemento essencial e alvo dos nossos cuidados, o envolvimento da pessoa. Esta prática, para além do benefício direto na saúde das pessoas/populações, traz grandes benefício na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados, favorecendo a diminuição dos custos dos cuidados de saúde (Rodrigues e Cardoso, 2022).

Atualmente, existem vários desafios à prática informada pela evidência, desde os contextos reais da prática, a proximidade ou concretização desta prática e até mesmo a capacidade de realização de investigação. Por outro lado, a panóplia de oferta informativa existente com a globalização, sendo de fácil acesso aos profissionais de saúde, mas também às pessoas que

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

deles necessitam, aumentando ainda mais a atual exigência formativa dos profissionais (Rodrigues e Cardoso, 2022).

Este caso clínico foi desenvolvido em contexto de internamento hospitalar do serviço de ortopedia B do Hospital Curry Cabral, ao longo de 7 dias no mês de novembro. O serviço de Ortopedia B do HCC, encontra-se inserido no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC) que tem como missão a prestação de cuidados diferenciados à pessoa, de acordo com as suas necessidades, implementando a melhor prática clínica, em articulação com outras unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O CHULC, é um hospital central com empenho no desenvolvimento científico, técnico e tecnológico, na área da investigação e de ensino, com formação universitária e pós-graduada. Pretende ser reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como instituição de referência, nomeadamente na área cirúrgica orto-traumatológica e na área cirúrgica da coluna (SNS, 2023), com os Centros de Responsabilidade Integrada em ambas as áreas.

Os valores institucionais são coincidentes com os valores profissionais: ética e deontologia, competência técnica, cuidado centrado na pessoa, atividade orientada para os resultados, melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, trabalho em equipa pluriprofissional com rigor, responsabilidade e avaliação sistemática (SNS, 2023)

A equipa é composta por enfermeiros generalistas e EEER, com aplicação da metodologia individual de trabalho. Os registos são realizados com base em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), elaborados em sistema SCLinic. A construção de um plano individualizado de cuidados tem por base o processo de enfermagem, que permite colher, analisar/avaliar e interpretar os dados necessários para a realização de um juízo clínico/tomada de decisão segura e rigorosa; planear e implementar as intervenções necessárias pelo EEER, de modo, a potenciar o envolvimento e participação da pessoa na sua capacitação e autonomia, neste processo de transição/adaptação (Ribeiro, 2021).

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Por questões éticas, deontológicas e cumprindo o regulamento de proteção de dados, irei designar a pessoa submetida a cirurgia corretiva para a escoliose de Sr.^a M.

Sr.^a M de 32 anos, reside em Faro com marido, filha menor (3 anos) e mãe, em casa térrea própria, sem escadas, não foram identificadas barreiras arquitetónicas. Refere bom suporte sociofamiliar e atividade laboral estável (atualmente de baixa médica para o contexto cirúrgico e recuperação pós-operatória).

Segundo a pessoa, sentia-se completamente adaptada a realizar as suas Atividades de Vida Diárias (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD), descreve que embora existisse alteração na sua imagem, a motivação principal em aceitar a cirurgia corretiva, foi o facto do agravamento da escoliose, principalmente refletindo sobre o seu processo de envelhecimento e respetiva saúde ao longo dos anos. A Sr.^a M refere “fobia” (sic) a hospitais, sendo uma situação que desencadeia ansiedade, com dificuldade no seu controlo.

Acompanhada em consulta externa de neurocirurgia, por escoliose dorsolombar, com lado convexo à direita e côncavo à esquerda. Este estudo de caso não contempla a avaliação prévia da Sr.^a M.

Internada a 12/11/2023, submetida a instrumentação e artrodese posterior D5-L4 com enxerto autólogo de apófises espinhosas a 13/11/2023, com alta hospitalar a 18/11/2023. A cirurgia decorreu sem intercorrências, sob anestesia geral, com descrição de ausência de défices neurológicos e boa correção da curva da escoliose. Sem necessidade de suporte transfusional (no período intra e pós-operatório), realizado protocolo de antibioterapia e de ácido tranexâmico.

Regressa ao serviço de internamento consciente, sem alterações hemodinâmicas, com dreno cirúrgico clampado, PCA (Patient Controlled Analgesie) endovenosa de fentanilo (iniciada no período intra-operatório por dor intensa de difícil controlo), O₂ 2 L/min por ON (óculos nasais) e algaliada. Cuidados pós cirúrgicos realizados pela equipa de enfermagem do serviço de internamento: dreno passivo nas primeiras 24h, passa a aspiração ativa até às 48h, com indicação para retirar posteriormente. Acompanhamento pela unidade funcional de dor aguda, com PCA de fentanilo endovenoso, permanecendo até ao 2º dia pós-operatório, com rotação para analgesia multimodal pautada e de resgate endovenosos e posteriormente per os. Suspensão de aporte de oxigénio e desalgaliada ao 2º dia. Sr.^a M realizou RX controlo extralongo com carga a 17/11/2023, confirmando o planeamento de alta para o dia seguinte.

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

Ao longo do internamento a Sr.^a M teve cuidados de ER diariamente (essencialmente período matinal), realizada avaliação inicial pela EEER no primeiro dia pós-operatório, delineados diagnósticos e intervenções de ER e a respetiva reavaliação prévia à alta hospitalar. Este plano de cuidados pessoais pretende executar, assistir, orientar, incentivar e supervisionar a realização dos exercícios técnicos, assim como melhorar e aumentar os conhecimentos sobre os exercícios de reabilitação e a sua situação de saúde. O EEER também instrui e treina sobre os exercícios de reabilitação ou técnicas de adaptação, culminando na capacitação da pessoa em contexto hospitalar e na transição segura para o seu domicílio.

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

A avaliação realizada pelo EEER baseou-se na:

- Avaliação de dor pela escala numérica;
- Força muscular pela escala Medical Research Council muscle scale (MRC);
- AVD através do Índice de Barthel;
- Funcionalidade através da Medida de Independência Funcional (MIF);
- Mobilidade e marcha através do Timed Up and Go test (TUG).

Os cuidados prestados pelo EEER foram realizados em simultâneo com os cuidados gerais de enfermagem, realizados pela restante equipa. O plano de ER delineado apenas assenta nos focos considerados principais e nos quais serão avaliados os resultados sensíveis aos cuidados do EEER.

Principais focos de intervenção do EEER à Sr. M submetida a cirurgia corretiva da escoliose, no período pós-operatório em contexto hospitalar:

- Conhecimento;
- Ventilação;
- Movimento Muscular;
- Equilíbrio Corporal;
- Posicionar-se;
- Pôr-se de pé;
- Andar;
- Autocuidados: Arranjo Pessoal, Higiene Corporal; Vestir e Despir; Uso de Sanitário.

Em cada um dos focos serão designados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções do EEER, implementadas ao longo do internamento.

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

Focos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

| Foco: Ventilação | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| DE: Ventilação Comprometida | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar, monitorizar e vigiar respiração e ventilação (tipo de respiração, frequência respiratória e saturação O2), observar tórax | | | | | |
| Executar técnica de respiração abdominodiafragmática (hemicúpulas, posterior ou global); | | | | | |
| Executar abertura grelha costal seletiva e global; | | | | | |
| Incentivar uso de técnicas respiratórias: ⇒ Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ⇒ Inspirações profundas; ⇒ Respiração abdominodiafragmática; ⇒ Abertura grelha costal seletiva e global | | | | | |
| Supervisionar a executar técnicas respiratórias | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório | | | | | |
| Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação | | | | | |
| Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório | | | | | |
| Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório | | | | | |
| Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação | | | | | |
| Instruir sobre autocontrolo do padrão respiratório | | | | | |
| Instruir sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação | | | | | |
| Treinar o autocontrolo do padrão respiratório | | | | | |
| Treinar técnica respiratória para otimizar a ventilação | | | | | |

| Foco: Movimento Muscular | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| DE: Movimento Muscular Diminuído | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar força muscular através da escala MRC | | | | | |
| Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido de todos os segmentos dos MS e MI, 5 repetições, 1 x dia | | | | | |
| Assistir técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido de todos os segmentos dos MS e MI, 5 repetições, 1 x dia; com progressão para ativo livre e ativo resistido, aumento do número de repetições e frequência | | | | | |
| Assistir técnica de exercício isométrico do quadríceps e exercício isotónico de dorsiflexão/flexão plantar da tibiotársica | | | | | |

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

| | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|
| Incentivar a pessoa a executar técnicas de exercícios musculares e articulares: ⇒ auto mobilizações MS e MI, mínimo 5 repetições, 1 a 2x dia; ⇒ exercício isométrico do quadríceps e exercício isotônico de dorsiflexão/flexão plantar da tibiotársica (manter exercício 5 segundos, 5 repetições 1 a 2xdia) | | | | | |
| Supervisionar a pessoa a executar técnicas de exercícios musculares e articulares. | | | | | |
| * técnicas de exercícios musculares e articulares realizados em segurança, respeitando a tolerância da pessoa, limiar de dor, amplitude articular, planos e eixos. | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular | | | | | |
| Avaliar conhecimento sobre movimentos de tronco a evitar | | | | | |
| Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular | | | | | |
| Ensinar sobre movimentos de tronco a evitar | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular | | | | | |
| Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular | | | | | |
| Treinar técnicas de exercício muscular e articular, com progressão na resistência, número de repetições, 1 a 2xdia | | | | | |

| | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|
| Foco: Equilíbrio Corporal | | | | | |
| DE: Equilíbrio Corporal comprometido | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar equilíbrio corporal (equilíbrio estático e dinâmico sentado ou de pé) | | | | | |
| Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural) | | | | | |
| Assistir nas técnicas de treino de equilíbrio: ⇒ Alternância de carga nos MI; ⇒ Apoio unipodal; ⇒ Contorno de obstáculos; ⇒ Exercícios de coordenação de movimentos. | | | | | |
| Orientar e incentivar na realização de técnicas de treino de equilíbrio | | | | | |
| Supervisionar na realização de técnicas de treino de equilíbrio | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal | | | | | |
| Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal | | | | | |
| Providenciar material educativo | | | | | |

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

| DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal | | | | | |
| Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal | | | | | |
| Treinar técnica de equilíbrio corporal | | | | | |

| Foco: Posicionar-se | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|
| DE: Posicionar-se comprometido | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Executar técnica de rolamento no leito (fletir MI contralateral, realizar pressão com calcanhar e projetar MS contralateral para o lado oposto, ficando em decúbito lateral) | | | | | |
| Assistir técnica de rolamento no leito | | | | | |
| Incentivar técnica de rolamento no leito | | | | | |
| Supervisionar técnica de rolamento no leito | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se (Demonstrado/Não Demonstrado) | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se | | | | | |
| Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se | | | | | |
| Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se | | | | | |
| Treinar técnica de adaptação para posicionar-se | | | | | |

| Foco: Pôr-se de pé | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|
| DE: Pôr-se de pé comprometido | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar a pessoa a pôr-se de pé | | | | | |
| Executar técnica de adaptação para pôr-se de pé (técnica de rolamento no leito, posicionar-se em decúbito lateral, colocar MI pendentes no leito e levantar gradual do tronco exercendo força no cotovelo contra o colchão e na mão contralateral contra o colchão, manter posição ereta do tronco apoiando as palmas das mãos no colchão na região bilateral à anca) | | | | | |
| Incentivar-se a pôr-se de pé | | | | | |
| Assistir a pessoa a pôr-se de pé | | | | | |
| Orientar a pessoa para pôr-se de pé | | | | | |
| Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé | | | | | |
| Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé | | | | | |

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

| DE: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé | | | | | |
| Instruir sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé | | | | | |
| Treinar técnica de adaptação para pôr-se de pé | | | | | |

| Foco: Andar | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|
| DE: Andar comprometido | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar a marcha (categorias funcionais da marcha e TUGT) | | | | | |
| Orientar e incentivar técnica de adaptação para andar (colocar meias elásticas, calçado adequado e fácil de calçar, olhar em frente, manter alinhamento da cintura escapular com cintura pélvica, fazer rotação em simultâneo tronco e MI, manter movimentos suaves de balanço com MS) | | | | | |
| Supervisionar técnica de adaptação para andar | | | | | |
| Orientar e incentivar técnica de subir e descer escadas (subir: apoio no corrimão, olhar em frente, apoiar base do pé no degrau e subir com contralateral, para o mesmo degrau ou degrau acima; descer: apoio no corrimão, apoio inicial com o primeiro terço do pé e posteriormente apoiar calcanhar, descer com pé contralateral) | | | | | |
| Supervisionar técnica de subir e descer escadas | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar | | | | | |
| Ensinar sobre técnica de adaptação para andar, para subir e descer escadas | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar capacidade para andar | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar capacidade para andar | | | | | |
| Instruir sobre técnica de adaptação para andar, para subir e descer escadas | | | | | |
| Treinar técnica de adaptação para andar, para subir e descer escadas, com progressão na distância percorrida e número de repetições por dia | | | | | |

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

| Foco: Autocuidados: Higiene; Arranjo Pessoal; Vestuário; Ir ao sanitário | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| DE: Autocuidados comprometidos | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar autocuidados através do índice de barthel e da MIF | | | | | |
| Executar autocuidados | | | | | |
| Orientar e incentivar autocuidados, com dispositivos auxiliares, como: | | | | | |
| ⇒ Barra fixadora no WC; | | | | | |
| ⇒ Alteador de sanita; | | | | | |
| ⇒ Escova de cabo comprido; | | | | | |
| ⇒ Calçadeira de cabo longo. | | | | | |
| Supervisionar autocuidados | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares de autocuidados | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares de autocuidados | | | | | |
| Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares de autocuidados | | | | | |
| Providenciar material educativo (folheto risco quedas) | | | | | |
| DE: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidados | | | | | |
| Intervenções ER | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| Avaliar capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidados | | | | | |
| Instruir sobre a capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidados | | | | | |
| Treinar o uso de dispositivos auxiliares para autocuidados | | | | | |

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

RESULTADOS:

| Instrumentos de Avaliação | | Avaliação Inicial: | Avaliação Final: |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Escala Numérica: | Dor em repouso | 1 a 3/10 | 0/10 |
| | Dor em movimento | 3 a 5/10 | 2/10 |
| | Frequência Respiratória | 16 mrm | 14 mrm |
| | Avaliação de Saturação O ₂ | 99% com O ₂ a 2L/min ON | 99% sem aporte de O ₂ |
| Medical Research Council Muscle Scale (MRC) | | MSD - 5 MSE - 5 MID - 4 MIE - 4 | MSD - 5 MSE - 5 MID - 5 MIE - 5 |
| Equilíbrio corporal: | Sentado estático | Presente | Presente |
| | Sentado dinâmico | Diminuído | Presente |
| | Ortostático estático | Presente | Presente |
| | Ortostático dinâmico | Diminuído | Presente |
| Índice de Barthel | | 40/100 | 90/100 |
| | Autocuidado | 11 | 33 |
| | Controlo de esfíncteres | 2 | 14 |
| | Mobilidade/transferências | 4 | 24 |
| | Locomoção | 4 | 14 |
| | Comunicação | 14 | 14 |
| | MIF (total) | 56/126 | 116/126 |
| Timed up and Go (TUG) | | 20.15 segundos* | 10.10 segundos |

* Avaliação inicial do TUG realizada ao 3º dia pós-operatório

| Conhecimentos: | Avaliação Inicial | Avaliação Final |
|---|-------------------|-----------------|
| Conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório | ND | D |
| Conhecimento sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação | ND | D |
| Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular | ND | D |
| Conhecimento sobre movimentos de tronco a evitar | ND | D |
| Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal | ND | D |
| Conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se | ND | D |
| Conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé | ND | D |
| Conhecimento sobre técnica de adaptação para andar, para subir e descer escadas | ND | D |
| Conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivos auxiliares de autocuidados | ND | D |
| Capacidades: | Avaliação Inicial | Avaliação Final |
| Capacidade para autocontrolo do padrão respiratório | ND | D |
| Capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação | ND | D |
| Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular | ND | D |
| Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal | ND | D |
| Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se | ND | D |
| Capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé | ND | D |
| Capacidade para andar, para subir e descer escadas | ND | D |
| Capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidados | ND | D |

* **Legenda:** D – Demonstrado; ND – Não Demonstrado

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

DISCUSSÃO:

Embora exista apenas a descrição da avaliação inicial e final, a intervenção do EEER foi diária e continuada à Sr.^a M, observando-se o aumento da sua confiança nos profissionais de saúde e no seu processo de reabilitação e capacitação. O aumento do conhecimento da sua situação, as atividades ou técnicas que deveria realizar, a recuperação expectável após a sua cirurgia, foram fatores primordiais nesta situação. Promoveram o seu processo de consciencialização, integração e de transição.

Este caso clínico vai de encontro à restante literatura, demonstrando a importância da informação, ensino e capacitação da pessoa ao longo do seu processo cirúrgico (desde a indicação cirúrgica até ao regresso a casa após a cirurgia). Acentua-se a importância do processo educacional da pessoa em situação de doença, o aumento de conhecimento, o ajuste de expectativas realistas, a preparação e realização das AVD e AIVD, e o aumento da sensação de segurança para o regresso a casa, independentemente do seu nível de funcionalidade (Barbosa e Frazão, 2020).

A Sr.^a M demonstrou sempre interesse em adquirir conhecimento sobre o seu processo de reabilitação, com uma atitude pró-ativa na procura de conhecimento científico sobre a escoliose e os seus tratamentos. Perante a atualidade e a panóplia de informação existente, ao longo do ensino realizado nos diversos focos foram facultadas informações e imagens disponíveis em sites científicos das áreas necessárias. Como limitação, descreveria a ausência de material educativo (tipo folheto) sobre a reabilitação, os exercícios, movimentos a evitar e autocuidados após a cirurgia da escoliose. Foi fornecido o folheto informativo sobre o risco de queda, existente no serviço de internamento hospitalar.

Para além da construção de uma relação terapêutica de confiança, foi necessário intervir no controlo da ansiedade e de dor. A consciencialização, dissociação e o controlo do padrão respiratório favoreceram o relaxamento e melhoraram o controlo de dor. Estes também essenciais para uma melhoria da ventilação, necessária à situação de escoliose prévia e à reabilitação pós-operatória. Estes exercícios permitiram à Sr.^a M uma consciencialização e o controlo do padrão respiratório em momentos de maior ansiedade, de maior intensidade de dor e na dificuldade em adormecer.

Através da respiração abdominodiafragmática, dos exercícios de abertura costal e respiração profunda, melhorou gradualmente a sua capacidade ventilatória. Perante os estudos torna-se evidente a necessidade de intervir e melhorar o hemitórax do lado côncavo.

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

A pessoa com escoliose apresenta várias alterações ventilatórias e respiratórias devido as alterações anatómicas na região torácica. Estudos demonstram a importância da espirometria de incentivo na melhoria e prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias. Com melhoria da função pulmonar, na redução do tempo de treino pulmonar, na redução da existência de complicações pulmonares, na diminuição da incidência de atelectasias, acelerando a reabilitação pós-operatória e melhorias significativas na compliance pulmonar (Quiu et al., 2022). Assim, sugere-se a utilização de espirómetro de incentivo, principalmente no período pós-operatório.

Como descrito a pessoa com escoliose apresenta défices na função musculo esquelética com menor força muscular e amplitude articular, consoante as alterações anatómicas. Recomendando a existência programas de reabilitação que contemplem exercícios de força muscular e amplitude articular (Rafferty et al., 2020). Reforçando a importância de programas de RFM pré e pós-operatórios, com foco no movimento muscular, força, resistência, flexibilidade e amplitude articular (Öztürk et al., 2020). A Sr. M apresentava diminuição da força muscular nos MI, relacionada com o contexto cirúrgico, apresentou uma rápida capacidade em atingir a força muscular prévia.

Para além da força muscular, as intervenções realizadas para o equilíbrio e postura corporal foram mais significativas, pela alteração abrupta sentida pela pessoa no período pós-operatório. A descrição de que se encontrava “torta” (sic) era frequente, após realização de levante, marcha, exercícios de equilíbrio corporal e observação da sua imagem ao espelho. Essa sensação foi diminuindo, melhorando o seu equilíbrio dinâmico sentada e em posição ortostática no final do internamento.

Vários autores descrevem a assimetria na atividade muscular, a alteração da propriocepção e no equilíbrio corporal. Referem que o maior ganho na estabilidade corporal é alcançado aos 6 meses pós-operatório (Anari et al., 2020; Osuka et al., 2022). Li et al. (2019) descreve que a pessoa submetida a artrodese tem diminuição no controlo de direção e na estabilidade corporal até aos 90 dias pós-operatório, considerando de extrema importância a existência de um programa de reabilitação focado no treino de controlo postural. Consideram a artrodese um tratamento satisfatório na recuperação da estabilidade postural.

Nos 2 primeiros dias pós-operatórios, o controlo da ansiedade e a sensação de segurança na realização dos exercícios musculares e articulares, rolamento do leito, levante gradual e até mesmo na realização da marcha, foi influenciada pela existência de dor moderada ao movimento. Esta foi controlada com analgesia de resgate (PCA), mantendo exequível o plano de reabilitação. Após retirados dispositivos médicos e gradualmente com aumento do

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

conhecimento e do treino na sua capacitação, a Sr.^a M melhorou o seu nível funcional e de independência nas AVD. Ganhos evidentes no resultado do índice de Barthel, assim como na MIF, com independência completa na avaliação final.

A pessoa com escoliose suporta as alterações físicas e da imagem corporal, estas interferem diretamente com a sua funcionalidade e qualidade de vida. Após correção cirúrgica a pessoa tem uma perceção mais positiva da sua autoimagem e maior atividade funcional, aumentando o bem-estar psicológico e a qualidade de vida da pessoa (Öztürk et al., 2020).

A nível internacional será de realçar os vários estudos sobre a implementação do projeto ERAS – Enhanced Recovery After Surgery em contexto cirúrgico, com a construção de guidelines baseadas em evidência científica e grau de recomendação nos vários cuidados à pessoa submetida a cirurgia à coluna. É um projeto desenvolvido e aplicado em equipa multidisciplinar, com cuidados centrados na pessoa desde o período pré-operatório, intra-operatório, até à sua reabilitação pós-operatória. Projeto com fundamentos científicos úteis, para desenvolver uma melhor prática. Designam a importância da consulta e ensino pré-operatório, informação, literacia e adaptação da pessoa a este processo de transição de saúde-doença; seguindo-se de cuidados intraoperatórios e, essencialmente, demonstram a importância de um programa de reabilitação precoce (abrangendo o levantar, a marcha, a alimentação e o aumento de funcionalidade), com os devidos ganhos em saúde (Debono et al., 2021). A realização de um programa intensivo de exercícios de reabilitação reduz o tempo de internamento, obtém ganhos físicos e funcionais na pessoa após a cirurgia à coluna. As estratégias de mobilização precoce, são reconhecidas como preventivas de complicações pós-operatórias e benéficas para a manutenção da capacidade física (Bazancir et al., 2021).

A maior parte dos estudos realizados em contexto de cirurgia à coluna, descrevem como principal indicador de saúde a redução do tempo de internamento hospitalar, assim como o benefício de redução de complicações pós-operatórias, célere independência funcional, redução e controlo de dor pós-operatória e satisfação da pessoa, com redução dos custos de saúde (Elsarrag et al., 2019; Ding et al., 2022; Angus et al., 2019).

As várias descrições dos projetos ERAS demonstram a importância nas áreas de intervenção à pessoa submetida à cirurgia corretiva da escoliose, justificando também os focos de intervenção do EEER.

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O EEER fomenta o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência e promove a construção de evidência com base na prática realizada, colabora no crescimento e evolução da restante equipa de enfermagem, na partilha de conhecimentos e na exigência de boas práticas e padrões de qualidade em enfermagem (Martins, 2021).

A gestão dos cuidados, a melhoria continua da qualidade dos mesmos e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, vai de encontro com a exigência necessária ao enfermeiro especialista, manter o rigor, competência científica e técnica nos cuidados de enfermagem que realiza, mantendo a humanização dos mesmos à pessoa e/ou cuidador. Tem responsabilidade acrescida de educação em saúde ou literacia em saúde, de reflexão sobre a prática e juízo clínico em situações complexas, favorecendo e motivando os seus pares numa melhor prática de enfermagem e fomentando a formação e investigação da mesma, para que a prática de enfermagem seja baseada na melhor evidência científica, construída pela prática de excelência (Martins, 2021).

O EEER ensina, demonstra, instrui, treina e capacita a pessoa e/ou cuidador com alteração/limitação da sua funcionalidade, reabilitando e maximizando ao máximo a sua capacidade funcional e o seu nível de independência, seja em contexto de doença aguda, crónica ou sequelares. Recorre a técnicas e tecnologias na área da reabilitação fomentando a educação, capacitação e reintegração da pessoa e/ou cuidador numa participação ativa da sua sociedade, mantendo o direito à dignidade humana e à qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019; Gaspar, 2021). Assim, torna-se essencial a intervenção do EEER para a satisfação da pessoa e/ou cuidador, para a promoção de saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação e reeducação funcional e a sua promoção na inclusão social à pessoa submetida a cirurgia corretiva da escoliose (OE, 2018).

É de realçar a importância da relação terapêutica e da transmissão de informação do profissional de saúde na pessoa com EI, pois esta favorece maior segurança, diminui ansiedade, conduzindo ao processo de aceitação e adaptação à sua situação de saúde-doença. O cuidado centrado na pessoa, promove o processo de consciencialização e autonomia na sua decisão, aumentando a sua motivação e adesão ao tratamento proposto (Cantista, 2022). Demonstra a importância do ensino à pessoa ao longo da sua situação e principalmente no período pré-operatório com a descrição do que irá suceder, as possíveis complicações e o que será expectável na sua situação (Cantista, 2022; Negrini, 2018; Marques, 2022). Para além do ensino, o treino e a capacitação na realização das atividades

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

e tarefas num período pós-operatório, favorece o retorno ao seu contexto domiciliário, antevendo dificuldades e processos de adaptação pós-operatórias, como demonstra o estudo de Barbosa e Frazão (2020), justificando o papel primordial do EEER.

Associando o conhecimento científico existente nesta área, com a situação individual deste caso clínico, conclui-se que a RFR e a RFM, são essenciais, para além da importância do processo educacional. Necessidades que vão de encontro com as competências do EEER, em que a sua intervenção é de extrema importância no acompanhamento da pessoa e sua família no seu processo de transição saúde-doença, melhorando a sua funcionalidade e sua QV (Regulamento n.º 392/2019).

Quiu et al. (2022) demonstra a importância de realizar um programa de reabilitação respiratória ou Reeducação Funcional Respiratória (RFR) prévia à cirurgia que acompanhe o período de recuperação pós-operatória. Esta deverá ser acompanhada de exercícios de RFM, com ênfase no fortalecimento muscular, amplitude articular e equilíbrio corporal (Anari et al., 2020; Bazancir et al., 2021; Li et al., 2019).

O protocolo ERAS também traz benefícios na comunicação, informação e ajuste nas expectativas das pessoas, melhora a informação transmitida, favorece uma reflexão sobre a situação individual da pessoa, a sua compreensão e consciencialização, tomando a pessoa mais participativa em todo o seu processo de cuidados, culmina no empoderamento da mesma, com uma planificação segura na transição hospital-comunidade. Possível através de uma relação de confiança, estratégias de comunicação na informação transmitida do que irá ser realizado e o que é expectável acontecer, com intervenção e avaliação diária realizadas pela equipa de enfermagem. A pessoa descreve como maior perceção de satisfação em todo o processo e maior confiança na cirurgia e recuperação (Angus et al., 2019).

À semelhança de outros autores, sugiro a construção de um protocolo de atuação de ER à pessoa proposta para cirurgia corretiva à escoliose, desde a preparação pré-operatória, com ensino estruturado, gestão de expectativas, redução de ansiedade, estabelecendo uma relação terapêutica com a pessoa, esta favorece a adesão a todo o plano delineado, nomeadamente aos exercícios de reabilitação pós-operatórios, promovendo o seu processo de adaptação e capacitação, colmatando numa transição segura hospital-casa.

Seria necessário elaborar e implementar um programa de RFR e RFM às pessoas submetidas a cirurgias corretivas à escoliose e avaliar os ganhos alcançados com o mesmo.

REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORRETIVA PARA A ESCOLIOSE,
EM CONTEXTO HOSPITALAR: CASO CLÍNICO

BIBLIOGRAFIA:



8.3 ANEXO III

Estudo de Caso:

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral



1º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade

**CAPACITAÇÃO DA PESSOA NA MARCHA E EQUILIBRIO CORPORAL APÓS
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO DE CASO**

Elaborado por: Carla Raposo nº 202230104

Enfermeira Supervisora: Ana Rita Vilhena

Professora: Mestre Helena Pestana

Barcarena, 24 junho de 2023

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.”

Carla Raposo

2

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMER – Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade Cuidados Continuados

UMDR – Unidade de Média Duração de Reabilitação

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Índice

| | |
|--|----|
| RESUMO..... | 5 |
| INTRODUÇÃO..... | 5 |
| MATERIAIS E MÉTODOS..... | 10 |
| Anamnese..... | 11 |
| Avaliação de Enfermagem de Reabilitação..... | 14 |
| RESULTADOS:..... | 21 |
| DISCUSSÃO..... | 22 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 24 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 26 |
| ANEXOS..... | 27 |
| Anexo I – Folheto de Exercícios de Fortalecimento Muscular..... | 28 |
| Anexo II – Folheto Apoio à pessoa e cuidador de familiar com paralisia facial na realização de exercícios da face..... | 29 |

ÍNDICE DE TABELAS:

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Diagnóstico de Equilíbrio Corporal Comprometido e Intervenções | 16 |
| Tabela 2: Diagnóstico de Movimento Muscular Diminuído no Corpo Esquerdo e Intervenções | 17 |
| Tabela 3: Diagnóstico de Andar com Auxiliar de Marcha Comprometido e Intervenções | 17 |
| Tabela 4: Plano de Exercícios | 18 |
| Tabela 5: Instrumentos de Avaliação | 19 |
| Tabela 6: Avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem | 20 |

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

RESUMO

O envelhecimento favorece a existência de várias doenças agudas e crônicas, sendo o AVC uma das principais e mais incapacitantes em Portugal. Desta decorrem vários défices neurológicos e motores.

Com este estudo de caso pretendo demonstrar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e apresentar a importância da capacitação da pessoa em relação ao equilíbrio corporal, força muscular, andar com auxiliar de marcha e a sua relação com o nível de independência e funcionalidade da pessoa.

Utilizada metodologia de investigação qualitativa, tipo estudo de caso, da pessoa com comprometimento do equilíbrio corporal, da força muscular e do andar com auxiliar de marcha após acidente vascular cerebral.

Realizada avaliação inicial e delineado plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, com demonstração dos ganhos alcançados na avaliação final. Após intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, em contexto comunitário, com melhoria no equilíbrio corporal, força muscular e no andar com auxiliar de marcha, denotando-se um aumento do nível de independência e funcionalidade da pessoa.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, Marcha, Equilíbrio Corporal e Capacitação.

INTRODUÇÃO

Atualmente a esperança média de vida em Portugal é de 81 anos (Pordata, 2021), com um índice de envelhecimento de 183.5% (número de idosos por cada 100 jovens), 48.7% idosos com mais de 75 anos e 37.6% o índice de idosos dependentes (Pordata, 2022).

O próprio envelhecimento favorece um aumento das situações de dependência e perda de capacidade funcional, colmatando na diminuição da autonomia da pessoa para realizar as suas atividades de vida diárias (AVD's) de uma forma autónoma no seu contexto domiciliário, neste sentido, existem vários esforços da Direção-Geral da Saúde (DGS) de forma a manter a pessoa no seu domicílio, o mais tempo possível, de forma autónoma e com qualidade de vida. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas pressupõe a manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa, essencialmente no seu domicílio (Oliveira et al., 2021).

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Com o envelhecimento da população e alteração dos hábitos de vida, desde a atividade física à alimentação, demarca-se um aumento na existência de doenças agudas e crónicas que colmatam em aumento de morbidade, dependência funcional e mortalidade (Raposo et al., 2020).

Nestas, as doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) é das principais causas de morte e incapacidade em Portugal, estas englobam as doenças cerebrovasculares e as doenças cardiovasculares. Neste estudo de caso iremos apenas abordar sumariamente o AVC, atualmente, são múltiplas as estratégias preventivas e de tratamento com a introdução de novas práticas clínicas, através de fármacos e/ou técnicas, para reduzir a prevalência destas doenças (Rocha et al., 2020; Raposo et al., 2020).

O AVC é definido por um síndrome clínico de início abrupto e insidioso com alterações vasculares focais ou globais, resultando em défices neurológicos e eu motores. Este pode ser classificado em AVC isquémico, caracterizado pela obstrução vascular que gera isquemia numa área encefálica ou hemorrágico, existindo uma hemorragia em determinado tecido cerebral (Mateus et al., 2017).

A maior prevalência desta patologia é em pessoas com mais de 65 anos, associados aos principais fatores de risco (Rocha et al., 2020, Raposo et al., 2020), estes podem ser classificados em não modificáveis, como género, a raça, história familiar ou idade e modificáveis, como hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidémia, fibrilação auricular, obesidade, sedentarismo, entre outras (Mateus et al., 2017).

Segundo o relatório da DGS, em 2019 existiram 28789 casos de AVC em Portugal, sendo 83% do foro isquémico. Do total dos casos a taxa de mortalidade foi de 36%, no entanto, as pessoas sobreviventes por esta doença apresentam défices neurológicos, incapacidade funcional e dependência na realização das suas AVD's e atividades de vida instrumentais diárias (AIVD's), tornando-se numa doença crónica. Assim, torna-se indispensável a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) seja em situação aguda, crónica, em contexto hospitalar ou domiciliário. (Rocha et al., 2020).

Assim, o AVC, assume grande relevância na saúde pública, sendo das principais causas de morte e de incapacidades permanentes em Portugal (DGS, 2011a), estas incapacidades podem ser do foro neurológico ou motor. Rocha et al. (2020), evidencia que o equilíbrio corporal, controlo postural e marcha são as atividades mais afetadas, sendo estas, as principais para manter um mínimo de independência funcional e nas AVD's, interferindo no levantar, sentar, transferir, aumentando o risco de quedas.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

A hemiparesia é uma das sequelas mais comuns do AVC, pois esta interfere com a capacidade do equilíbrio corporal, o controlo postural e a capacidade de marcha, afetando a independência AVD's e AIVD's e o grau de funcional. Na conceção do plano de cuidado do ER, qualquer alteração no corpo da pessoa afeta o todo (Araújo et al., 2021)

As complicações relacionadas com a imobilidade após o AVC são frequentes, nestas pessoas a mobilidade e a capacidade para andar ou mover-se é de extrema importância, pois interfere com a sua capacidade de realizar todas as outras atividades e o autocuidado, podendo agravar o síndrome de imobilidade, a fragilidade da pessoa, aumentando o risco de complicações (Mateus et al., 2017).

A imobilidade prejudica gravemente a qualidade de vida e de saúde da pessoa, tornando-se imprescindível a intervenção do enfermeiro de reabilitação (ER), para recuperação da sua independência funcional (Lima et al., 2019).

A imobilidade assume maior importância quando se trata de população idosa, devido à existência de degradação fisiológica normal dos processos corporais e a existência de comorbilidades, assim, a imobilidade pode desencadear efeitos nefastos à pessoa, sendo necessário um plano de enfermagem de reabilitação. O processo de envelhecimento desencadeia uma lentificação dos movimentos, uma perda de força muscular e por isso uma maior fadiga muscular ou intolerância à atividade, colmatando no descondicionamento físico e no desuso (Lima et al., 2019). A imobilidade ou o repouso prolongado promove a degradação de todos os sistemas corporais, com sérios prejuízos para a pessoa, sendo responsável pelo agravamento das patologias já existentes ou o aparecimento de novos sintomas (Lima et al., 2019).

A este aumento e alterações na dependência funcional estão inerentes inúmeros processos de transição da pessoa, é premente a avaliação e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), pois as competências específicas baseiam-se num “corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e Independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a Independência e a Máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.” (Regulamento n.º 392/2019, pp. 13565).

Assim, é essencial que a ER tenha como objetivo a funcionalidade e máxima independência da pessoa capacitando-a no seu autocuidado, como preconizado na teoria de enfermagem do défice

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

do autocuidado de Dorothea Orem (Trindade et al., 2020), pretende-se assistir e capacitar a pessoa, permitindo o retorno ao seu autocuidado e adaptando-a a uma nova e diferente fase de transição, sendo a consciencialização da pessoa e do cuidador perante a nova situação de saúde essencial a esse processo, preconizado por Meleis (Ribeiro et al., 2021).

O EEER tem como objetivo prevenir as complicações, evitando incapacidades, mas também proporcionar intervenção que melhor as funções residuais, mantenha ou recupere a independência da pessoa na realização das AVD's e AIVD's, minimizando assim o impacto da incapacidade funcional instalada pela doença (Regulamento n.º 392/2019). Preconizado inicialmente pelo REPE (1996), o enfermeiro possui um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que possibilita a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade, nos vários níveis de prevenção.

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, pp. 13565). Tornando-se essencial acompanhar a pessoa e o seu cuidador neste processo de transição e adaptação a sua situação de doença e dependência funcional para a realização das suas atividades.

O EEER acompanha a pessoa no seu plano de reabilitação, assim como a sua família/cuidador, alvo de cuidados, facilitando transições saudáveis, principalmente em contexto domiciliário. São fundamentais as estratégias de adaptação à nova realidade, fomentando o máximo de independência e autonomia da pessoa e capacitando o seu cuidador para que mantenha os cuidados necessários. Os familiares ou cuidadores na maioria, não estão capacitados para prestar cuidados de saúde ou complementar a dependência nas AVD's e AIVD's, sendo a maioria da mesma faixa etária da pessoa – idosos. Assim, o EEER, deverá aumentar o conhecimento, treinar e capacitar, de modo a garantir a segurança e cuidados prestados (Raposo et al., 2020).

A ER deve ser dinâmica, contínua, progressiva, com o objetivo de atingir a maior capacidade funcional, capacitar a pessoa e cuidador, de modo a reintegrar a pessoa no seu seio familiar e comunidade. Neste processo de reabilitação existem vários intervenientes, desde o ER, outros

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

profissionais de saúde, pessoa, família, cuidadores informais e/ou formais. (Trindade et al., 2020).

A intervenção do EEER contribui para melhorar a situação atual, manter ou evitar complicações das mesmas, com os recursos/barreiras existentes no domicílio da pessoa, atuando em ambos os alvos de cuidados a pessoa e a família/cuidador, sendo este alvo de cuidados e plano do EEER e parceiro dos cuidados (Raposo et al., 2020).

É reconhecido que a ER é fundamental no processo de saúde-doença e no cuidado social das pessoas, este profissional atua com a finalidade de alcançar níveis de excelência no processo de reabilitação à pessoa, na promoção das ações orientadas para a prevenção e tratamento da doença, assim como para a promoção dos processos de readaptação/reintegração da pessoa, favorecendo a socialização, mantendo a dignidade e unicidade inerente a cada um de nós (Lima et al., 2019).

Os padrões de qualidade da ER, baseiam-se na satisfação da pessoa, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, na promoção do bem-estar e o autocuidado, na readaptação e reeducação funcional, na promoção da inclusão social e na melhoria da organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Assim, este estudo de caso, pressupõe um plano de reeducação funcional motora, com os focos comprometidos de equilíbrio corporal, movimento muscular e andar com auxiliar de marcha, as suas respetivas intervenções desenvolvidas, baseadas no padrão documental dos cuidados especializados da especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2015a) e plano delineado com linguagem CIPE. Recorreu-se a instrumentos de avaliação, como Medical Research Council (MRC), Escala de Tinetti (equilíbrio e marcha), Classificação Funcional da Marcha de Holden, Índice de Barthel, Escala de Quedas de Morse, Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF).

Pretende-se como objetivo mostrar a importância da capacitação da pessoa e os ganhos em saúde no equilíbrio corporal, movimento muscular e marcha com auxiliar de marcha, para o aumento da independência funcional da pessoa.

Quais os ganhos na funcionalidade da pessoa com plano de intervenção do EEER na capacitação do equilíbrio corporal, movimento muscular e marcha com auxiliar de marcha?

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste estudo de caso, foi realizada uma breve revisão da literatura sobre a temática, baseada em artigos científicos atuais, com pesquisa nas diversas bases de dados e em livros essenciais na área da ER. A pesquisa bibliográfica foi realizada tendo por base os descritores deste estudo de caso (Enfermagem de Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, marcha, equilíbrio e capacitação) e a pertinência para o mesmo.

Desenvolvida a metodologia de estudo de caso, cumprindo os requisitos éticos e deontológicos inerente à profissão de enfermagem e necessários para a concretização do estudo de caso.

É imperativo o respeito pela dignidade e pela autonomia da pessoa, e a vontade livre e esclarecida de participar neste estudo, assim, a investigação em saúde deve manter um equilíbrio entre a necessidade de desenvolver a ciência e manter o respeito e proteção da pessoa nesta situação de fragilidade, pois, o princípio do direito do interesse e bem-estar da pessoa prevalece sobre o interesse único da sociedade ou ciência (Deodato, 2022).

Incluindo o respeito pelo princípio da beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade para a disciplina de enfermagem e consecutivamente a investigação subsequente (Rocha et al., 2020). O utente deu o seu consentimento livre e esclarecido para a participação deste estudo de caso, desde a recolha dos dados ao tratamento dos mesmos.

O estudo de caso é uma metodologia de investigação qualitativa, longitudinal, aplicada à saúde. Procura o significado relativo aos processos de saúde, permite investigar e compreender a experiência de cada pessoa vivida na doença, fomentando a investigação na disciplina da enfermagem (Sousa e Ferrito, 2022).

Permite uma pesquisa ampla e reflexiva sobre um assunto específico, permitindo desenvolver, aprofundar e explicar fenómenos complexos da vida permitindo aos o estudo pelos investigadores e desenvolvendo conhecimento científico nos vários campos de atuação de enfermagem (Rocha et al., 2020; Andrade et al., 2017).

Esta metodologia promove a utilização de múltiplas fontes de evidência permitindo a um investigador justificar o fenómeno do seu estudo de caso (Andrade et al, 2017).

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

O desenvolvimento de um estudo de caso inclui a definição da temática, a exposição do caso em estudo, a fundamentação teórica, a colheita de dados e a elaboração do estudo de caso, a análise e a interpretação dos resultados com a elaboração do relatório (Andrade et al, 2017).

O presente estudo de caso contempla a justificação da problemática, a anamnese, avaliação inicial, respetivo plano de cuidados de ER, intervenção do EEER e a sua avaliação, com discussão dos resultados da mesma.

O estudo de caso presente, refere-se a uma pessoa com equilíbrio corporal, movimento muscular e andar com auxiliar de marcha comprometido decorrentes de sequelas de AVC isquémico, apresentando hemiparesia esquerda. Delineado o plano de reeducação funcional motora e de capacitação da pessoa e cuidador em contexto domiciliário.

A colheita de dados foi realizada através de anamnese e consulta do processo clínico, após consentimento livre e esclarecido e cumprindo o regime geral de proteção de dados, salvaguardando a confidencialidade e anonimato dos dados, assim a pessoa deste estudo de caso será designada de Sr. C.

Anamnese

Este estudo de caso descreve a situação do Sr. C de 84 anos, natural de Nisa, residia em Santa Iri da Azóia com a esposa de 82 anos, casados à 64 anos, tipógrafo de profissão, atualmente reformado. Têm duas filhas, havendo relação de proximidade e visitas regulares, assim como da cunhada que reside na mesma localidade.

Independentes na realização das AVD's e AID's. Tinham o apoio da filha para a gestão de compras, consultas e terapêutica. O Sr. C e a esposa têm várias doenças crónicas, capacitados na sua autogestão e controlo. A esposa ausenta-se de casa 3x semana para realizar hemodiálise.

O Sr. C tem como antecedentes pessoais: hipertensão arterial (há mais de 20 anos, controlado com terapêutica); fibrilhação auricular (FA) paroxística, sob anticoagulação oral (diagnosticado no internamento por AVC); cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca e disfunção diastólica grau II; diabetes mellitus tipo 2 (sob antidiabéticos orais); doença renal crónica; anemia multifatorial, com défice de ácido fólico e ferro; dislipidemia; insuficiência venosa MI por doença arterial aterosclerótica; gota úrica; hábitos alcoólicos (3 unidades por dia); pneumonia adquirida na comunidade, pneumonia por aspiração e por SARS cov2 (no internamento por AVC). Desconhece alergias.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

A 19 de novembro de 2022, com quadro de dificuldade na marcha, aparente diminuição da força muscular dos membros inferiores e desequilíbrio para a esquerda, com ligeira disartria (que associaram ao consumo de álcool). Recorreu ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria a 20/11/2023 por manter quadro de desequilíbrio e 2 episódios de quedas, com trauma ligeiro.

Internado em serviço de Medicina a 22/11/2022, com o diagnóstico de AVC isquémico da ACM direita de etiologia cardioembólica por FA com alta hospitalar a 12/01/2023.

Apresentava hemiplegia e hemihipostesia esquerda com paresia facial central á esquerda, neglet sensitivo, disartria moderada. NIHSS 11. Ausência de reflexo de ameaça à esquerda, paresia facial esquerda com um desvio da comissura labial para a direita, disartria moderada, disfagia grave e hemiparesia de grau III à esquerda.

Disfagia para líquidos, com necessidade de adicionar espessante para uma consistência de néctar/mel, com entubação nasogástrica (durante um período do internamento em que apresentou alteração do estado de consciência), mantém via oral desde 24/12/2023.

Incontinente de esfíncteres com necessidade de utilização de fralda.

No internamento com diagnóstico secundários de pneumonia adquirida na comunidade hipoximiente (eventual aspiração), submetido a antibioterapia, com agravamento clínico e sépsis a SARS cov2.

Episódio de FA com RVR, no contexto da cardiopatia hipertensiva, dilatação auricular esquerda e disfunção diastólica grau II, iniciando hipocoagulação.

Posteriormente com vestígios hemáticos nas fezes, com realização de colonoscopia sem alterações. Por anemia multifactorial, com défice de ácido fólico e ferro, iniciou suplementação.

Com períodos de confusão de predomínio noturno, medicado com antipsicótico.

Durante o internamento realizou sessões de fisioterapia e terapia da fala.

Estabilização e alta clínica hospitalar a 23/12/2022, com referenciação para RNCCI – UMDR.

À data da alta, apresentava discreta disartria com paresia facial central esquerda com desvio da comissura labial para a direita e hemiparesia esquerda de grau III MS e de grau IV MI, com força muscular grau 4, capaz para marcha com andarrilho e apresenta disfagia para líquidos com necessidade de espessante para consistência néctar/mel; om capacidade de controlo da eliminação vesical e intestinal. Comprometimento cutâneo com fissura intra-nadegueira.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Admitido numa unidade de média duração de reabilitação (UMDR) a 12 de janeiro de 2023 permanecendo até 12 maio de 2023 e referenciado para ECCI para continuidade do plano de reabilitação e gestão do regresso a casa.

Na UMDR permaneceu desperto e orientado, com necessidade de apoio para realização das AVD's, nomeadamente alimentação, com utilização de espessante para líquidos, mantendo consistência tipo néctar/mel.

Ao longo deste internamento são descritas como intercorrências: infeção do trato urinário e episódios de insónia, com necessidade de terapêutica indutora do sono. Fissura intra-nadegueira cicatrizada.

Encontrava-se a maior parte do tempo no leito com necessidade de apoio para mobilizações, levante e transferências. Com acentuado desequilíbrio dinâmico em pé. Sem capacidade para realizar marcha. Deslocava-se de cadeira de rodas.

Os objetivos do internamento da UMDR eram: capacitar o utente a realizar marcha com produto de apoio com supervisão; melhorar força muscular de forma global, aumentar equilíbrio e tolerância na posição de pé e aumentar a autonomia nas atividades funcionais. A intervenção principal consistiu no fortalecimento muscular, reeducação funcional, treino de equilíbrio em pé e treino de marcha.

Apresentada amplitudes de movimentos normais com exceção do ombro direito.

Avaliada em terapia da fala na área da deglutição com um protocolo de intervenção de avaliação de disfagia, alimentava se por dieta pastosa e aporta hídrico com espessante em consistência mel. Melhorada função mastigatória e melhorada função da deglutição de sólidos na fase oral, restantes fases de deglutição sem alterações (correta homogeneização do bolo alimentar, correta a propulsão do bolo alimentar e deglutição na fase orofaríngea eficaz).

Com melhoria da força muscular e equilíbrio corporal na posição de sentado e em pé, apresenta um aumento na sua capacidade de realizar as atividades, nomeadamente mobilizações no leito, permanecer sentado sem apoio, levantar-se autonomamente e realizar marcha com andarilho com supervisão, assim como subir e descer as escadas agarrando a corrimão bilateralmente.

Avaliado em terapia ocupacional com baixa volição, consideraram “sintomatologia depressiva reativa”. Não foi possível avaliar alterações da sensibilidade devido à dificuldade de manter o utente envolvido. Descritas como atividades significativas – pesca, horta, associação recreativa.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Acompanhamento pela animadora sociocultural com realização de atividades como leitura de motricidade fina e estimulação cognitiva.

Pelo acompanhamento psicológico descrito: capacidades cognitivas com maior alteração são as seguintes: atenção simples, programação, sensibilidade à interferência, funções executivas, controle inibitório, orientação espacial e capacidade visual ou espacial. O utente percebe as limitações físicas que apresenta atualmente como condicionante moderada no que consideram a um desempenho satisfatório, com melhoria nos sintomas de depressão reativa, mantendo episódios de tristeza e choro associados à condição clínica atual. Melhoria na capacidade de orientação espacial e temporal com benefício no acompanhamento psicológico para gerir eficazmente as suas emoções e auxiliar emocionalmente a sua readaptação ao domicílio.

Realizou programa de reabilitação e no momento da alta, encontrava-se independente para a alimentação sem necessidade de recurso a espessante para o aporte hídrico, dependente para eliminação vesical e independente para a eliminação intestinal. Realizava os cuidados de higiene na cadeira de banho, dependente no vestir e despir. Deambulava com andarilho, apenas curtas distâncias e supervisão próxima. Sem alterações no padrão de sono.

Com indicação para a continuação de um programa de reabilitação.

Admitido pela equipa da ECCI Sacavém a 15 maio 2023.

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Sr. C encontrava-se desperto, orientado no tempo, espaço e pessoa, comunicativo, com discurso fluente e perceptível, sem alterações na linguagem.

Reside na companhia da esposa e com cuidadora permanente 24h/dia, sendo esta a principal cuidadora a capacitar para o nosso plano de cuidados de ER. Também tem o apoio da filha (que reside na mesma localidade).

Normotenso, normocárdico, apirético, sem dor e normoglicémico (sob antidiabéticos orais), possui máquina de avaliação de glicémia e avalia diariamente em jejum.

Eupneico com respiração mista, amplitude média, simétrica, ritmo regular, FR 17 cpm.

Atualmente com necessidade de ajuda parcial em todas as AVD's.

Apresenta discreta hemiparesia esquerda de predomínio braquial, deambulando com o apoio de andarilho e vigilância de terceira pessoa. Assume a posição de pé com apoio, já realizou treino de subir e descer escadas. Independente nas mobilizações no leito.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Pele e mucosas pálidas e hidratadas, sem alteração da integridade da pele.

Vestir e despir com o apoio da cuidadora. Banho em base de duche com recurso a banco e apoio da cuidadora.

Apresenta ligeiro desvio da comissura labial à direita, sem alterações na capacidade de mastigação e deglutição. Dentição já incompleta, com necessidade de ajustar consistência da dieta, tolerando melhor dieta mole. Necessita de apoio na confeção dos alimentos e na preparação do prato.

Continente vesical e intestinal, usa cueca fralda protetora por acidentes ocasionais.

Sono e repouso sem alterações (medicado).

Cumprir esquema terapêutico com apoio da cuidadora na gestão/supervisão e preparação, embora saiba nomear e identificar os fármacos que realiza.

Terapêutica: Lansoprazol 30 mg 1 cp jejum; Colecalciferol 10 gts P. Alm.; Linagliptina 5 mg P. Alm.; Bisoprolol 2.5mg P.alm.; Apixabano 2.5 mg P. Alm.; Sucralfato 1 saqueta 3xdia; Ácido Fólico 5 mg Alm.; Alopurinol 100 mg 1 cp Jantar; Rosuvastatina 20 mg Jantar; Quetiapina 50 mg Deitar.

Habitação com boas condições de higiene e habitabilidade, sendo um apartamento no primeiro andar sem elevador. Tem como barreiras arquitetónicas as escadas do prédio de acesso à rua.

Embora com melhoria da funcionalidade após reabilitação em UMDR, Sr. C refere desejar poder sair de casa novamente.

Após a avaliação inicial, detetados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções necessárias ao Sr. C, deu-se início ao programa de reabilitação tendo como focos principais o equilíbrio corporal, o movimento muscular e o andar com auxiliar de marcha. No entanto e perante uma Visão holística da pessoa e do seu contexto socio familiar, a intervenção e a abordagem da equipa da ECCI de Sacavém, ultrapassam apenas as competências específicas do EEER, tendo um papel importante e primordial na literacia em saúde da própria pessoa, de todo o agregado familiar e cuidadora, fomentando conhecimento na área da saúde e capacitando-os para a continuidade de cuidados de saúde em segurança e de qualidade.

O contexto comunitário permite-nos alargar a nossa perspetiva sobre a pessoa e o seu “mundo”, intervém se, adapta-se e capacita se in loco, embora existam várias barreiras e limitações associadas às barreiras arquitetónicas e a insuficiência de materiais de reabilitação, também

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

podemos considerar inúmeras vantagens pela relação de confiança, avaliação do contexto de saúde e socio familiar e pela acessibilidade aos cuidados de saúde.

Foram realizadas visitas domiciliárias cerca de 3 vezes por semana, com duração média de 1 hora por cada sessão, durante 6 semanas.

Com base na avaliação inicial de enfermagem de reabilitação e consulta do processo clínico e notas de alta do internamento hospitalar e da UMDR, identificou-se os diagnósticos de enfermagem e as intervenções necessárias à situação do Sr. C e as cuidadoras, recorrendo aos instrumentos de avaliação, da força muscular, equilíbrio, marcha, AVD's e funcionalidade e risco de quedas. Os recursos materiais utilizados foram os existentes no domicílio, como o andarilho, bengala e escadas do prédio, entre outros, cedidos pela equipa da ECCI Sacavém, como a pedaleira.

Tendo em conta a avaliação efetuada, foi elaborado o plano de cuidado de ER individualizado com foco no equilíbrio corporal comprometido, movimento muscular diminuído no corpo esquerdo e andar com auxiliar de marcha comprometido, mantendo todos os cuidados de saúde e intervenções de enfermagem necessárias e inerentes à situação do Sr. C e suas cuidadoras, principalmente na avaliação da situação hemodinâmica, existência de alterações no seu estado geral, gestão e adesão ao esquema terapêutico e restante plano de intervenção.

| Diagnósticos de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem |
|--|---|
| Equilíbrio Corporal Comprometido | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio corporal (sentado estático e dinâmico, ortostático estático e dinâmico). • Estimular a manter equilíbrio corporal, através da correção postural. • Executar e orientar técnica de treino de equilíbrio sentado e em pé. |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (à pessoa e cuidador) | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal. • Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal sentado e em pé. • Providenciar material educativo – folheto. • Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal sentado e em pé. |
| Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal. • Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal. • Treinar sobre técnica de equilíbrio corporal sentado e em pé. |

Tabela 1: Diagnóstico de Equilíbrio Corporal Comprometido e Intervenções

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

| Diagnóstico de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem |
|--|---|
| Movimento muscular diminuído no corpo esquerdo | <ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido nos MS e MI. • Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos e ativos resistidos. • Monitorizar a força muscular através de MRC. • Supervisionar o movimento muscular. |
| Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular. • Providenciar material educativo – folheto. |
| Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. • Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular. • Treinar técnicas de exercício muscular e articular. |

Tabela 2: Diagnóstico de Movimento Muscular Diminuído no corpo esquerdo e Intervenções

| Diagnósticos de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem |
|---|---|
| Andar com auxiliar de marcha comprometido (andarilho) | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar andar (Classificação Funcional da Marcha de Holden). • Executar e orientar sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho e bengala). |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre passar com auxiliar de marcha (andarilho e bengala) | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha. • Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha. • Providenciar material educativo – folheto. |
| Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho e bengala) | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha. • Instruir sobre andar com auxiliar de marcha. • Treinar a andar com auxiliar de marcha. |

Tabela 3: Diagnóstico de Andar com Auxiliar de Marcha Comprometido e Intervenções

O plano de exercícios em cada sessão era adaptado consoante a capacidade da pessoa e gestão de cuidados do ER. Os exercícios realizados têm em consideração a frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão (FITT-VP). Em cada sessão era realizado aumento de conhecimento, treino e capacitação do Sr. C e cuidadora para a realização de todos os exercícios descritos, 1 a 2 x dia, em contexto domiciliário.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

O conhecimento e a capacidade do Sr. C em executar os exercícios foram avaliados continuamente ao longo de cada visita domiciliária, incentivando a manter o plano de exercícios, reforçando a importância e os objetivos a alcançar.

| Plano de Exercícios | Repetições | Material |
|---|-------------------|-------------------|
| Consciencialização, dissociação e controlo dos tempos respiratórios | | |
| Correção postural (na realização dos exercícios) | | |
| Treino do equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé | | |
| Flexão extensão coxofemoral | 3x10 | Andarilho/Cadeira |
| Abdução adução coxofemoral | 3x10 | Andarilho/Cadeira |
| Flexão extensão joelho | 3x10 | Andarilho/Cadeira |
| Flexão extensão tibiotársica | 3x10 | Andarilho/Cadeira |
| Sentar e levantar sem apoio | 3x10 | Cadeira |
| Subir e descer degraus (step em cada MI) | 3x10 | Escadas |
| Alternância de carga MI/Apoio unipodal | | |
| Treino de marcha com andarilho | | Andarilho |
| Treino de marcha com bengala | | Bengala |
| Treino de subir e descer escadas | | Bengala |
| Treino de marcha com o auxiliar de marcha na rua | | Andarilho/Bengala |
| Contorno de obstáculos | | |
| Exercício com pedaleira MS e MI | 15 min | Pedaleira |
| Flexão extensão do glenoumeral | 3x10 | Peso 300 mg |
| Abdução adução do glenoumeral | 3x10 | Peso 300 mg |
| Flexão extensão do úmero-ulnar | 3x10 | Peso 300 mg |
| Flexão extensão do punho | 3x10 | Peso 300 mg |
| Exercícios musculatura facial | 2xdia | |
| Executar massagem dos músculos da face | 2xdia | |
| Exercícios de coordenação de movimentos | | |

Tabela 4: Plano de Exercícios

Desde 2010, que a DGS recomenda a realização de mobilizações na pessoa com alterações da mobilidade por AVC, 2 a 3 vezes por dia com repetições (no mínimo) de 10 vezes (Araújo et al., 2021).

Através das intervenções e técnicas realizadas, o movimento corporal permite melhorar o esquema corporal, estimular a sensibilidade proprioceptiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade e facilitar a mobilidade. O EEER intervém sempre na pessoa como um todo (Araújo et al., 2021).

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Com o treino da marcha, pretende-se readquirir, o mais próximo possível, da marcha existente anteriormente. Esta deve ser eficiente, segura e adaptável. É fundamental o treino e incentivo em andar em superfícies diferentes e a ultrapassar obstáculos (Araújo et al., 2021).

De modo a avaliar a evolução do Sr. C na realização do seu plano de ER e constatar os ganhos em saúde alcançados, foram utilizados vários instrumentos de avaliação, que nos permitam compreender o progresso conseguido no equilíbrio corporal, no movimento muscular, no andar com auxiliar de marcha e no seu grau de independência e de funcionalidade.

| Instrumento de Avaliação | | Avaliação Inicial | Avaliação Final |
|--|--------------------------------|--|---|
| Medical Research Council | MSD | 4 | 4 |
| | MSE | 3 | 4 |
| | MID | 5 | 5 |
| | MIE | 4 | 5 |
| Escala Ashworth Modificada | | 0 | 0 |
| Avaliação do Equilíbrio | Sentado estático | Presente | Presente |
| | Sentado dinâmico | Diminuído | Presente |
| | Ortostático estático | Diminuído | Presente |
| | Ortostático dinâmico | Ausente | Diminuído |
| Índice de Tinetti | Equilíbrio Estático e Dinâmico | 6 | 15 |
| | Escala de Avaliação da Marcha | 4 | 11 |
| Classificação Funcional da Marcha de Holden | | Categoria 2 Marcha Dependente nível I | Categoria 4 Marcha Independente (superfície plana) |
| Escala de Quedas de Morse | | 75 | 50 |
| Índice de Barthel | | 40 | 70 |
| Tabela Nacional de Funcionalidade | | 112 | 53 |

Tabela 5: Instrumentos de Avaliação

Realizando a leitura dos scores dos instrumentos de avaliação utilizados, podemos depreender que houve um ligeiro aumento da força muscular no membro superior e membro inferior esquerdo, com incremento do equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática e na realização da marcha (progredindo para a bengala como auxiliar de marcha), favorecendo assim, um aumento do grau de independência e de funcionalidade, diminuindo o risco de quedas, embora ainda mantenha um alto risco.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Como considerado na literatura, tanto a pessoa como o cuidador são alvos dos nossos cuidados, ensinamentos e capacitação, estes são alcançados pela continuidade de cuidados e relação de confiança/terapêutica estabelecida com ambos. Para a realização dos ensinamentos foi tida em conta a explicação oral, a disponibilização de informação escrita (através dos folhetos), exemplificação e treino dos exercícios, até alcançar a capacitação da pessoa e do cuidador que o auxilia na realização dos mesmos, na ausência do ER. No caso do Sr. C existia uma cuidadora 24h/dia, que prestava cuidados à pessoa e à esposa (também idosa), que prestava cuidados necessários com a alimentação, higiene da casa e roupa e os cuidados de saúde e plano de reabilitação necessários ao Sr. C.

| Diagnóstico de Enfermagem | Avaliação Inicial | Avaliação Final |
|---|--------------------------|------------------------|
| Equilíbrio Corporal | Comprometido | Melhorado |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal | ND | D |
| Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal | ND | D |
| Movimento muscular no corpo esquerdo | Diminuído | Aumentado |
| Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular | ND | D |
| Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular | ND | D |
| Andar com auxiliar de marcha (andarilho) | Comprometido | Melhorado |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre passar com auxiliar de marcha (andarilho e bengala) | ND | D |
| Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho e bengala) | D | D |

Legenda: D – Demonstra; ND – Não Demonstra

Tabela 6: Avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem

Considero que foi possível melhorar o conhecimento e a capacidade para executar as técnicas delineadas para melhorar o equilíbrio corporal e para melhorar o movimento muscular e articular e consecutivamente a sua capacidade para andar com auxiliar de marcha, evoluindo de andarilho para bengala, no domicílio e na rua.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

RESULTADOS:

Os resultados alcançados foram de encontro aos objetivos delineados na realização do plano de ER individualizados. Notou-se uma melhoria gradual nos diagnósticos de enfermagem comprometidos e observados ligeiros ganhos ao longo das sessões, evidenciados na avaliação final.

A relação terapêutica, de confiança e de segurança estabelecida com o Sr. C e a sua cuidadora fomentaram e incentivaram a realização dos mesmos exercícios nos restantes dias, sem a presença do EEER, mostrando a motivação e determinação de poder voltar a sair à rua.

“O estabelecimento da confiança e do bom relacionamento é um pré-requisito para a criação de relações de ajuda entre os enfermeiros de reabilitação, as pessoas com deficiências crónicas, incapacitantes ou de desenvolvimento e suas famílias” (Hoeman, 2000, p.20).

O EEER tem a obrigatoriedade de promover as intervenções de ER, de modo a promover a funcionalidade, de prevenir mais incapacidades ou complicações, essencial, para defender o direito à qualidade de vida a socialização e a dignidade que a pessoa tem (Hoeman, 2000).

Assim, com trabalho diário, o Sr. C pode realizar treino de marcha com andarilho e posteriormente bengala na rua, acompanhado pelo EEER e pela família.

Foi possível melhorar a postura, em simultâneo com o equilíbrio corporal, aumentou a força no corpo esquerdo, culminando numa marcha com auxiliar de marcha mais segura e passada regular. Pessoa e cuidador capacitados para gerir a sua situação de saúde/doença e na gestão do esquema terapêutico. O ganho principal será manter os cuidados de saúde necessários ao Sr. C, com capacidade para manter uma vida social e familiar.

Atualmente o Sr. C ainda se mantém em plano de reabilitação pela ECCI da UCC Sacavém, embora já se encontre capacitado para manter o plano de exercícios autonomamente com o apoio da cuidadora, só mantendo esta realização diária podemos manter os ganhos alcançados: no equilíbrio corporal, na força muscular, no andar com auxiliar de marcha; para além de prevenir futuras complicações de saúde, como as quedas, síndrome de imobilidade e aumento de dependência funcional. Embora não tenha sido o foco deste estudo de caso, podemos associar ao plano de reabilitação a vantagem de prevenir outras complicações cardiovasculares, manter ou aumentar as amplitudes articulares e prevenir a existência de rigidez ou espasticidade no corpo esquerdo.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Constatando os dados apresentados, o equilíbrio corporal comprometido, o movimento muscular diminuído e o andar com auxiliar de marcha comprometido, foram melhorados, assim como o aumento de conhecimento sobre as técnicas e a capacitação sobre as mesmas, demonstrado pelo Sr. C e cuidadora.

Observando os resultados dos instrumentos de avaliação, podemos constatar a melhoria observada com o Sr. C, no aumento da força muscular do corpo esquerdo, mantendo o nível de força no corpo direito. A melhoria do equilíbrio corporal essencialmente na posição ortostática, conseguindo melhorar o equilíbrio dinâmico, o score nas escalas de Tinetti em relação ao equilíbrio e à marcha também demonstram essa melhoria. A evolução no tipo de categoria de marcha segundo a escala de Holden. Em relação ao seu nível de independência e funcionalidade, observa-se um aumento do score no Índice de Barthel, resultando num maior nível de independência e uma diminuição no score da TNF, resultando numa maior funcionalidade. Embora ainda mantenha risco alto de queda, há um decréscimo significativo nessa escala, aproximando-se de risco médio. Culminado no objetivo individual da pessoa, poder voltar a sair de casa e andar na rua.

DISCUSSÃO

Os processos de transição de saúde da pessoa são situações que requerem particular atenção pelo EEER, delineando um plano individualizado de cuidados e assegurando a sua continuidade, de modo que possa permitir à pessoa permanecer no seu domicílio, mantendo os cuidados de saúde necessários, fomentando o maior grau de Independência e de funcionalidade possível. É neste princípio que assenta o objetivo da RNCCI (Oliveira et al., 2021).

Os idosos são a população, mas propensa a desenvolver o processo de mobilidade, sendo as doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, uma das principais causas de imobilidade. A ER potencia a recuperação e reintegração da pessoa diminuindo a sua incapacidade, este sucesso depende da continuidade dos cuidados prestados pelo cuidador Lima et al., 2019). Mostrando ganhos em saúde, menos reinternamentos, maior autonomia na realização das AVD's, maior independência funcional que leva a uma melhor qualidade de vida (Lima et al., 2019).

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Os idosos, maioritariamente com situações de doença crónica, incapacitantes precisam de um acompanhamento holístico que deverá iniciar-se quando surge a doença aguda e no seu contínuo no regresso à comunidade e gestão ao longo da vida (Radwanski e Hoeman, 2000).

Os cuidados prestados pelo EEER preconizam a adaptação às mudanças ocorridas ao longo do ciclo da vida, sendo o domicílio o melhor local para se realizar um diagnóstico das necessidades da pessoa e do cuidador, constatando a realidade, dificuldades e barreiras, que existem a sua situação (Oliveira et al., 2021). Este será o maior desafio do EEER, desenvolver as estratégias necessárias de modo a integrar e capacitar a pessoa e cuidador a recuperar a sua estabilidade na sua situação de saúde, mantendo todos os cuidados necessários a gestão da sua situação ao longo do seu quotidiano (Oliveira et al., 2021).

Para além da avaliação, da realização de um plano de cuidados enfermagem de reabilitação individualizado e implementação das intervenções preconizadas, o contexto domiciliário traz vários desafios para o próprio profissional de saúde, pela intervenção “solitária” ao longo das visitas domiciliárias, desenvolve a necessidade de um juízo clínico efetivo, os poucos recursos existentes podem dificultar a intervenção na existência de intercorrências ou alterações na pessoa. No entanto, permite uma avaliação holística, intrínseca a sua situação de saúde e socio familiar, treinando e capacitando a pessoa e o cuidador, com a mais-valia de poder gerir e adaptar o ambiente físico do domicílio, proporcionando uma melhor adaptação à sua situação. É um contexto privilegiado para realização de cuidados de saúde.

Segundo Oliveira et al. (2021, p. 667) “a adaptação à condição de saúde é um dos aspetos fulcrais da enfermagem de reabilitação, os cuidados de reabilitação terão a sua expressão máxima quando exercidos diretamente no domicílio, na família e na comunidade da pessoa que deles necessita. Será, decerto, a via segura para a maximização dos ganhos em função da otimização do real potencial de recuperação.”

Perante o acompanhamento holístico do Sr. C, no seu contexto domiciliário pode-se constatar os vários ganhos em saúde, aumentando a sua perceção individual de qualidade de vida, indo de encontro as suas expectativas.

Garcia et al. (2021) realça a importância e o impacto que a alteração do equilíbrio corporal tem na realização da sua vida social e realização das AVD's. a perda de equilíbrio é uma das principais causas da diminuição funcional dos idosos.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Assim como Marques-Vieira e Caldas (2016), referem a relevância da mobilidade e do andar como preditor de sobrevivência, determinante para desempenhar as restantes AVD's e AIVD's. Andar significa independência, mas este é possível quando existe força muscular e equilíbrio corporal. Por sua vez os ganhos na independência, promovem a participação na sociedade e aumento na qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar este estudo de caso, consigo compreender a importância na triangulação do equilíbrio corporal e postura corporal, força muscular e a capacidade para andar, sendo das mais significativas para melhorar o nível de independência e aumentar a funcionalidade da pessoa.

Embora seja possível constatar os ganhos alcançados neste estudo de caso, considero que existem mais valias ao longo de todo o processo e acompanhamento à pessoa no seu domicílio, pela relação que se estabelece, a acessibilidade a profissionais e cuidados de saúde, o aumento da vigilância do seu estado de saúde, o ensino e literacia realizada em cada visita domiciliária, incluindo a esposa (também idosa). Nem sempre os instrumentos de avaliação demonstram todos os benefícios da intervenção do EEER.

Em contexto domiciliário, pode-se tornar mais complexo a tomada de decisão do EEER, uma vez que a visita domiciliária é realizada, maioritariamente, sozinha. Articulada e combinada com outros elementos da equipa multidisciplinar da ECCI, quando necessário.

Considero como limitações, a falta de recursos existentes para a equipa de reabilitação da ECCI e por vezes as barreiras arquitetónicas e condições habitacionais das pessoas.

O tempo de acompanhamento em visita domiciliária com a pessoa e seu cuidador também interferem nos ganhos em saúde, nem sempre se conseguia realizar a totalidade dos exercícios planeados, pela limitação temporal e de transporte.

Considero que para a pessoa e cuidador os ganhos foram superiores aos descritos no plano de reabilitação, pelo contato no seu contexto domiciliário, aumento de segurança na continuidade de cuidados, no aumento do conhecimento e capacitação do próprio e cuidador.

Constatei que nem sempre se consegue reverter as alterações existentes pela doença, mas sim maximizar o seu potencial centrando nos na sua capacidade funcional, quebrar o isolamento

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

decorrente de uma maior dependência motivar para que a pessoa volta a adquirir papéis que realizava anteriormente, motivá-la, incentivando-o a novos objetivos.

O desenvolvimento de competências de EEER, obrigam-nos a contactar com situações crónicas incapacitantes ou até irreversíveis, para além do juízo clínico existe uma reflexão em conjunto com o interesse individualidade da pessoa, para em conjunto alcançar-se é melhor forma de ter qualidade de vida o máximo de independência no autocuidado e o máximo de capacidade de funcionalidade, alcançando a fase de adaptação à sua nova situação.

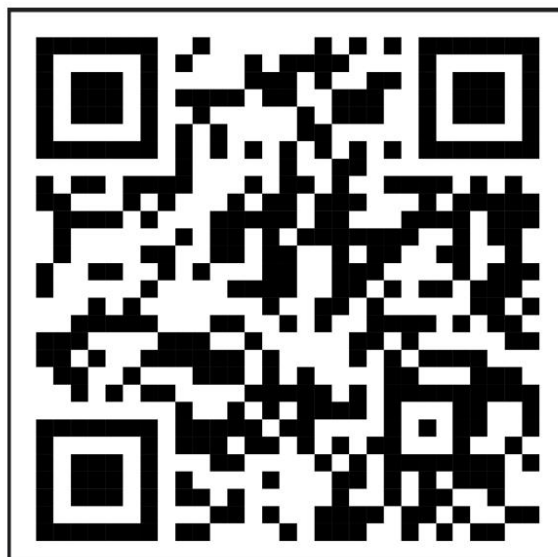
No entanto, a descrição e reflexão sobre este estudo de caso enriquece o meu conhecimento pessoal e profissional, fortalecendo uma prática de enfermagem de reabilitação baseada na evidência.

Espero que este estudo de caso me permita aproximar cada vez mais dos padrões de qualidade, continuando a desenvolver as minhas competências enquanto EEER, e que possa contribuir para um pequeno desenvolvimento científico na disciplina de enfermagem.

Pretendo de futuro alicerçar melhor as limitações deste estudo de caso, justificando através das teorias de enfermagem a implementação da minha intervenção, melhorar a metodologia de investigação e realizar uma revisão sistemática da literatura.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

BIBLIOGRAFIA:




Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

ANEXOS


Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Anexo I – Folheto de Exercícios de Fortalecimento Muscular


EXERCÍCIOS DE FOTALECIMENTO MUSCULAR




- Estique o joelho expirando. Volte a por o pé lentamente no chão, inspirando. Faça o mesmo para a outra perna.




- De pé, apoiado na cadeira vai dobrar o joelho para a frente, expirando. Volte à posição inicial inspirando. Faça o mesmo para a outra perna.



- De pé, apoiado na cadeira e com os braços esticados, vai levantar a perna para um lado expirando. Volte à posição inicial inspirando. Faça o mesmo para a outra perna.




- De pé, apoiado na cadeira vai dobrar o joelho para trás, expirando. Volte à posição inicial inspirando. Faça o mesmo para a outra perna.



- De pé, apoiado na cadeira e com os braços esticados, vai colocar-se em bicos dos pés expirando. Volte a pousar os calcanhares no chão, inspirando.

Unidade de Cuidados na Comunidade Sacavém



Exercícios de Fortalecimento Muscular


Este folheto tem como objetivo informar acerca da importância da realização de exercícios de fortalecimento muscular e de como os realizar.


Se tiver dúvidas, contacte com a equipa de Enfermagem da UCC de Sacavém

Este folheto vai ajudá-lo a:

Realizar os exercícios de fortalecimento muscular corretamente, de forma autónoma, e vai aumentar a força dos seus músculos, ajudando a melhorar a execução das suas tarefas do dia-a-dia.

Os exercícios de fortalecimento muscular irão treinar os seus músculos, para que se sinta com mais força, menos cansaço e com menos dores. Assim, vai diminuir o risco de queda e dá uma sensação de bem estar.






Bibliografia:

- ✓ Cardeiro, M. (2021). DPOC: *Abordagem a 360º* - do Hospital para o domicílio. Lusofona, SÁBOKS Editora. Sintra;
- ✓ Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel/Enfermagem.

IMPORTÂNCIA DOS EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR

- Melhora a capacidade cardiorrespiratória e reduz a sensação de falta de ar;
- Aumenta a amplitude das articulações e o equilíbrio;
- Melhora ou mantém a força muscular;
- Aumenta a flexibilidade muscular;
- Reduz a ansiedade;
- Aumenta a sensação de bem-estar;
- Diminui o aparecimento de dores musculares/articulares;
- Reduz o aparecimento de insónias e melhora a qualidade do sono;
- Melhora a resistência e a tolerância ao esforço.




- Reduz a probabilidade de ocorrência de quedas;
- Aumenta a qualidade de vida.




EXERCÍCIOS DE FOTALECIMENTO MUSCULAR

Deverá realizar os exercícios sozinho ou com ajuda de um familiar. A intensidade e a frequência dos exercícios deve depender da sua situação de saúde e da tolerância ao esforço, sendo que deverá realizar o maior número de repetições que conseguir.


Deverá realizar **30 repetições para cada exercício, intervalado com pausas para descanso, pelo menos 3 vezes por dia.** Se surgir dor, deverá parar o exercício.




- Levante o peso à altura dos ombros (garrafa de 0.5 kg ou saco de arroz 1kg) e expire; baixe o peso novamente, inspirando. Faça o mesmo para o outro braço ou poderá utilizar os dois ao mesmo tempo.


- abrir os braços, Levante o peso à altura dos ombros pelo lado, enquanto expira; baixe o peso novamente, inspirando. Poderá fazer os dois braços em simultâneo ou um de cada vez. Poderá utilizar banda elástica para realizar o exercício.




- Dobre os cotovelos levando o peso à altura dos ombros e expire; baixe o peso novamente, inspirando. Poderá fazer os dois braços em simultâneo ou um de cada vez.



- Dobre os cotovelos levando o peso acima da altura dos ombros e expire; baixe o peso novamente, inspirando. Faça o mesmo para o outro braço.



- Com o cotovelo esticado, levante o peso acima da altura dos ombros e expire; baixe o peso novamente, inspirando. Faça o mesmo para o outro braço.



- Apoie-se nos braços da cadeira e estique-os, elevando o corpo e expire; baixe o peso do corpo novamente, inspirando. Poderá ainda levantar-se e sentar-se da cadeira ou realizar exercícios de agachamento.

Capacitação da Pessoa na Marcha e Equilíbrio Corporal após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso

Anexo II – Folheto Apoio à pessoa e cuidador de familiar com paralisia facial na realização de exercícios da face

Exercícios de Reabilitação da Face



“Abrir a Boca ao Máximo”
abrir a boca o máximo que puder



“Inversão do Lábio Inferior”
puxar o lábio inferior para cima exageradamente



Deve introduzir o polegar, no interior da boca, colocando o dedo indicador e o médio no exterior da cavidade oral.

O Interior da boca deve ser muito bem massajado com a ajuda dos dedos
Estirar (Esticar) a bochecha, lenta e progressivamente, sem fazer deslizar os Dedos Empurrar as bochechas com a língua;

Pronunciar vogais (a, e, i, o, u)

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Sacavém
Rua Maria Conceição Costa — Bairro Operário
São João da Talha
Telf: 219959963
Das 8h às 18h de segunda a sexta feira e aos sábados das 8h às 12h
Fax: 219959955

Bibliografia:
Beurdenys, C. H. G., & Heymans, P. G. (2003). Positive Effects of Mime Therapy on Sequelae of Facial Paralysis: Stiffness, Lip Mobility, and Social and Physical Aspects of Facial Disability. *Otology & Neurotology*, 24(4), 677–681.
Marques-Vieira, C. M. A., & Sousa, L. M. M. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.
Desenhos de Filipe Andrade

Unidade de Cuidados na Comunidade Sacavém



Apoio à pessoa e cuidador de familiar com paralisia facial na realização de exercícios da face

Este folheto tem como objetivo capacitar a pessoa e cuidador para a continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio ao seu familiar promovendo a força muscular facial

Não realize os exercícios se tiver dúvidas e contacte com a equipa de Enfermagem da UCC de Sacavém

Regras a observar:

1. Se puder sente-se em frente a um espelho e tente movimentar os músculos da face paralisada
2. Aproveite para massagear suavemente a face paralisada
3. ...



Vídeo dos exercícios no canal de Youtube:



Exercícios de Reabilitação da Face



“Enrugar a Testa”
juntar as sobrancelhas à parte superior do nariz, enrugando a testa



“Unir as Sobrancelhas”
aproximar as sobrancelhas



“Elevar as Sobrancelhas”
levantar as sobrancelhas



“Fechar os Olhos com força”
fechar os olhos com força, durante 5 segundos e repita 5 vezes.

Exercícios de Reabilitação da Face



“Sorrir”
sorrir sem mostrar dentes,



“Mostrar os Dentes”
sorrir mostrando os dentes



“Encher a Boca de Ar”
com os lábios cerrados (“Boca de Sapo”) Alternar ar nas bochechas



“Assobiar” e “Beijinhos”
fazer o movimento como se fosse assobiar e “dar” beijinhos sonoros

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

