



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Relatório Final

“O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a artoplastia total do joelho”

Professor Orientador: Nelson Guerra

Realizado por: Nuno Oliveira nº 20230149

Barcarena, maio de 2024

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Relatório Final

“O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a artoplastia total do joelho”

Professor Orientador: Nelson Guerra

Realizado por: Nuno Oliveira nº 20230149

Barcarena, maio de 2024

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

Florence Nigthingale

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Agradecimentos,

À minha família por todo apoio nesta fase da minha vida, principalmente à minha companheira Vanessa Cavaleiro que sem ela não teria a força necessária, para chegar ao fim deste trajeto, que muitas vezes demonstrou complicado.

A todos os professores, sem demérito, que me acompanharam neste percurso de novas aprendizagens, progressão pessoal e profissional.

À minha supervisora Florbela pelo profissionalismo e amizade demonstrada.

Aos meritíssimos professores Luís Sousa e Nelson Guerra que me ajudaram a concluir este curso.

Glossário

ADM - Amplitude de movimento

AO- Osteoartrose

ATJ – Artroplastia total do joelho

AVD - Atividades de vida diárias

CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem

ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados

EEER - Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

FITT - Frequência, intensidade, tempo e tipo

LCA - Ligamento cruzado anterior

LCL - Ligamento colateral lateral

LCM - Ligamento colateral medial

LCP - Ligamento cruzado posterior

MI - Membros inferiores

MS – Membros superiores

OMS - Organização mundial de saúde

REPE - Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros

RFM – Reabilitação funcional motora

RFR – Reabilitação funcional respiratória

TEP - Trombose venosa profunda

UCC – Unidade de cuidados continuados

Resumo

Título: “O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a artoplastia total do joelho”

O joelho é uma das articulações mais complexas do corpo humano, permitindo os movimentos essenciais para realizar a locomoção, e é responsável pela sustentação do peso corporal, sendo indispensável para uma correta funcionalidade do corpo humano. Mas ao longo do ciclo de vida existem vários fatores que podem o comprometer, como o processo de envelhecimento e as doenças crónicas: a gonatrose, que afetam a qualidade de vida e o bem estar da pessoa. Por forma a contornar esta problemática, muitas pessoas necessitam de recorrer a uma cirurgia ortopédica, a artoplastia total do joelho

Neste âmbito cirúrgico, destaca-se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, por ser um profissional dotado de conhecimentos e habilidades técnicas, capaz de elaborar planos de cuidados, com o objetivo de maximizar a funcionalidade motora e a independência da pessoa. Como tal, pretendo identificar os benefícios da reeducação funcional motora quando aplicada no pós-operatório de uma pessoa submetida a artoplastia total do joelho por gonatrose.

Descritores: Enfermeiro de reabilitação, gonatrose, artoplastia total do joelho e reeducação funcional motora.

Summary

Title: " The impact of functional motor rehabilitation on the person undergoing total knee arthroplasty "

The knee is one of the most complex joints in the human body, allowing the essential movements to carry out locomotion, and is responsible for supporting body weight, being indispensable for the correct functionality of the human body. But throughout the life cycle there are several factors that can compromise it, such as the aging process and chronic diseases: gonatrosis, which affect the quality of life and well-being of the person. In order to get around this problem, many people need to resort to orthopedic surgery, total knee arthroplasty

In this surgical context, the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing stands out, as he is a professional endowed with knowledge and technical skills, capable of developing care plans, with the objective of maximizing the person's motor functionality and independence. As such, I intend to identify the benefits of functional motor reeducation when applied in the postoperative period of a person undergoing total knee arthroplasty by gonatrosis.

Keywords: Rehabilitation nurse, gonatrosis, total knee arthroplasty, physical exercise and functional motor reeducation.

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 10 |
| 1- Apreciação/análise do contexto..... | 11 |
| 1.1- Estágio de reabilitação na comunidade | 11 |
| 1.2- Estágio profissionalizante no serviço de ortopedia..... | 12 |
| 1.3- Estágio profissionalizante no serviço de pneumologia | 14 |
| 2- Enquadramento conceptual..... | 15 |
| 2.1 - Anatomia do joelho..... | 15 |
| 2.2 - Artoplastia total do joelho | 17 |
| 2.3- Reabilitação funcional motora na pessoa submetida a artoplastia total do joelho..... | 19 |
| 2.4- Modelos do autocuidado e os cuidados de enfermagem de reabilitação | 23 |
| 2.4.1- A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson..... | 23 |
| 2.4.2- Teoria o autocuidado de <i>Dorothea E. Orem</i> | 25 |
| 3- Análise crítico-reflexiva das competências | 26 |
| 3.1- Competências comuns do enfermeiro especialista | 27 |
| 3.1.1 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: | 28 |
| 3.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade:..... | 31 |
| 3.1.3- Domínio da gestão dos cuidados: | 34 |
| 3.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: | 36 |
| 3.2- Competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação | 37 |
| 3.2.1 - Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados..... | 38 |
| 3.2.2- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania..... | 39 |
| 3.2.3- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa..... | 41 |
| 3.3- Competências de Mestre | 43 |
| 4- Análise SWOT | 44 |
| Conclusões | 46 |
| Referências bibliográficas..... | 47 |
| Anexos | 51 |
| Anexo I – Estudo de caso..... | 52 |
| Apêndices | 94 |
| Apêndice A - Formação | 95 |

Introdução

No âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, realizei o presente relatório de estágio, que tem como objetivo descrever a minha experiência e as aprendizagens desenvolvidas durante a prática clínica nos contextos das unidades curriculares: Estágio na Comunidade e Estágio Profissionalizante. Adquiri experiência numa área de atuação, desenvolvi conhecimentos, capacidades e competências transversais e específicas necessárias para o exercício de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), bem como para obter o grau académico de Mestre.

É meu objetivo de aprendizagem contínua conseguir continuar a desenvolver competências e conhecimentos teóricos e práticos na área da reabilitação, sempre fundamentados com base nas evidências científicas atualizadas. Desta forma, enquanto futuro EEER, seguramente, estou mais capacitado para dar resposta a casos específicos ou de maior complexidade. Em particular, pretendi adquirir e aumentar aprendizagens na área de reabilitação funcional motora e respiratória. Para além disso, importa ainda referir que é meu desígnio desenvolver diagnósticos e intervenções de EEER para uma melhor capacitação da pessoa na sua singularidade.

Bem como, desenvolver diagnósticos e intervenções de EEER para uma melhor capacitação da pessoa na sua singularidade, demonstrando a aplicação dos conhecimentos teóricos e teórico-práticos, de maneira, a desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, as específicas do EEER e as de Mestre, indo de encontro ao que é exigido na unidade curricular.

Realizei o meu estágio de comunidade numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) e o estágio profissionalizante numa unidade de ortopedia e num serviço de pneumologia e ambos foram supervisionados por EEER. Todas as formações e experiências adquiridas ao longo destes estágios - no dia-a-dia das entidades - foram muito profícuas para o meu desenvolvimento e para desenvolver competências e habilidades de enfermeiro especialista na área de reabilitação.

Através deste relatório pretendo desenvolver um pensamento teórico de enfermagem e o meu conhecimento acerca da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a artoplastia

total do joelho. Assim sendo, o meu objetivo passa por demonstrar os ganhos sensíveis, para tal realizei em conjunto com o EEER supervisor, diagnósticos e intervenções - de acordo com as necessidades reais e potenciais de cada pessoa - através da reabilitação funcional motora precoce e da preparação da alta, garantindo por um lado, a prevenção de complicações e, por outro lado, a promoção para a saúde, alcançando ganhos em saúde.

O relatório está estruturado da seguinte forma: inicia com um resumo, prossegue com os agradecimentos, glossário, índice, e referências bibliográficas. O desenvolvimento é composto pela introdução, apreciação/análise de contexto, enquadramento conceptual, análise crítico-reflexiva das competências, SWOT e, por último, termina com a conclusão.

1- Apreciação/análise do contexto

Para alcançar as competências comuns, de EEER e de Mestre, concretizei três estágios. Um de reabilitação na comunidade e dois na unidade de estágio profissionalizante, em ortopedia e pneumologia, sob a forma de uma prática orientada, permitindo-me cumprir os objetivos previamente definidos.

De seguida, procedo à descrição e à caracterização das instituições.

1.1- Estágio de reabilitação na comunidade

A Unidade Curricular de Estágio de Reabilitação na Comunidade foi desenvolvida numa unidade de Cuidados Continuados na Comunidade, e está integrada na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

A UCC é coordenada por uma enfermeira gestora, que conta com uma equipa multidisciplinar de dois enfermeiros especialistas em reabilitação, uma enfermeira especialista médico-cirúrgica, duas enfermeiras generalistas, um médico de medicina geral e familiar, uma assistente técnica e uma assistente social. Os recursos humanos desta equipa são escassos para dar resposta ao elevado número de pessoas em lista de espera.

O edifício é muito antigo e à primeira vista não se consegue identificar, por dentro é constituído por uma sala de reuniões, uma sala ampla com várias secretarias para os

profissionais trabalharem, dois gabinetes, duas salas pequenas onde guardavam para uso diário o material de cuidados domiciliários.

O método de trabalho individual foi o aplicado ao EEER. Neste âmbito, foi incumbido da decisão, coordenação, responsabilidade, planificação, execução e avaliação dos cuidados a serem prestados. A individualização e personalização de cuidados específicos, eram realizados por dia a um número determinado de pessoas. Este número era, previamente estipulado no final da semana, sendo o enfermeiro autónomo na tomada de decisão. O EEER decide o tempo disponibilizado para cada pessoa e o momento da alta. A ECCI integrava também o método de trabalho em equipa, ao discutir e partilhar os casos ativos do serviço, realizando-se reuniões quinzenais com toda a equipa multidisciplinar.

A ECCI tem como meio de deslocação três carrinhas de serviço, sendo duas delas conduzidas pelos enfermeiros, por existir somente um motorista. As deslocações duravam cerca de 30 minutos entre cada pessoa, o que tornava difícil o agendamento das sessões. O material do serviço era escasso, motivo pelo qual se solicitava às famílias - que dentro das suas possibilidades -comprassem o material necessário à reabilitação continua. Nos casos em que não era possível, usávamos os recursos do domicílio para realizar os exercícios propostos. A título de exemplo, i) pau de vassoura para realizar a reeducação respiratória costal/global, ii) 1kg de arroz para fortalecer os braços e para fazer reeducação costal seletiva e, ainda, iii) uma toalha para ajudar nos alongamentos, entre outros.

Os projetos implementados pela equipa da ECCI são: “Mais saúde Menos Riscos”; Núcleo de apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), “Atendimento Juvenil” (AJ); “(In) Formar para uma vida saudável” e “Cuidar de quem Cuida – Cuidadores Formais/Informais”.

1.2- Estágio profissionalizante no serviço de ortopedia

O meu primeiro estágio da unidade Curricular Estágio Profissionalizante foi realizado numa unidade hospitalar em Lisboa, num serviço de ortopedia, de forma a adquirir competências no contexto cirúrgico, sob supervisão de um EEER. Os hospitais públicos são serviços de saúde com autonomia administrativa, compostos por várias unidades funcionais que agrupam um

ou mais hospitais, e têm como missão proporcionar a prestação de cuidados específicos e gerais à população que recorre aos seus serviços.

As cirurgias mais frequentes são a gonatrose e a coxartrose. Não posso evidenciar dados estatísticos do serviço, uma vez que não me foram facultados.

O serviço de ortopedia é uma enfermaria unissexo, constituída por quarenta e duas camas articuladas, dispostas em quartos de seis camas e de quatro camas. Há também quartos individuais para isolamento. A privacidade nos quartos é provida através do uso de cortinas opacas, garantindo o respeito pela individualidade de cada pessoa. O serviço disponibiliza materiais para que o EEER possa usar no processo de reabilitação da pessoa, tais como: cadeira de rodas, andarilhos, canadianas, cadeirões, alteadores de sanita e cadeiras de banho. Devido à escassez de material foi interessante observar a atitude de zelo dos profissionais.

A equipa de enfermagem é gerida por uma enfermeira gestora e é constituída por quatro EEER, uma enfermeira especialista em médico-cirúrgica e 25 enfermeiros de cuidados gerais. Todos prestam serviço nas 24h, salvo algumas exceções por motivos pessoais ou familiares. O serviço conta com três EEER exclusivos para os cuidados de reabilitação.

O método de trabalho dos enfermeiros é o método de trabalho individual - por meio de uma distribuição limitada, em função do grau de dependência - tornando o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados. O seu foco de atenção são as necessidades das pessoas, através de uma prestação de cuidados individualizada com base nos problemas reais e potenciais. O EEER conta também com o método de trabalho responsável, na medida em que pensa, planeia, executa e faz uma avaliação da pessoa e das suas necessidades, refletindo-se no tipo de cuidados que serão prestados, disponibilizando informações essenciais para que outros deem continuidade durante a sua ausência (Silva, 2017).

A equipa de EEER não tem projetos, publicações e não desenvolveram no serviço ações de formação específicas.

1.3- Estágio profissionalizante no serviço de pneumologia

O meu segundo estágio da unidade Curricular Estágio Profissionalizante foi realizado numa unidade de tratamento e diagnóstico da Fibrose Quística, com objetivo de adquirir conhecimentos na área da reabilitação respiratória.

A equipa de enfermagem é gerida por uma enfermeira gestora que também é EEER, e conta com outros colegas especialistas em reabilitação, médicos pneumologistas e pediatras, psicólogos e psiquiatras, dietistas, assistentes sociais, uma equipa de auxiliares e administrativos. O seguimento é permanente e dão resposta a uma média de 72 pessoas semanalmente, num total mais de 132 doentes, entre crianças e adultos.

O serviço é composto por várias salas e gabinetes, onde a equipa multidisciplinar trabalha. O EEER tem ao seu dispor um espaço para realizar a reabilitação funcional respiratória e a cinesioterapia, bem como, teleconsultas domiciliárias. Os EEER têm um papel fundamental na reabilitação respiratória e na qualidade de vida dos utentes, devido às características específicas desta doença.

Neste serviço são realizadas reuniões semanais com a equipa multidisciplinar para a partilha de práticas e para a tomada de decisões sobre casos clínicos e tratamentos das pessoas. É considerado um centro de referência pela *European Cystic Fibrosis Society*. Inclui investigações e projetos a curto e longo prazo, realiza programas e sessões com as pessoas/familiares para o esclarecimento da doença, e contam com uma rede de *Erasmus* onde é facultada toda a documentação da pessoa e da sua doença para o destino onde vai trabalhar no estrangeiro.

O método utilizado por cada EEER é o método individual de trabalho. As pessoas são distribuídas segundo as marcações para o dia e o tratamento realizado passa por cinesioterapia e reabilitação funcional respiratória. Concretamente, neste estágio realizei observação e interagi com as pessoas portadoras de fibrose quística.

A equipa de EEER tem projetos e publicações, e desenvolvem no serviço ações de formação específicas, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados da equipa multidisciplinar.

2- Enquadramento conceptual

Nesta sessão sistematizo alguns conceitos e conhecimentos técnico-científicos basilares para um rigoroso exercício das funções do EEER. Como tal, faço uma análise bibliográfica sobre a anatomia do joelho, prossigo com a artoplastia total do joelho, a seguir abordo a reabilitação funcional motora na pessoa submetida a artoplastia total do joelho e, finalizo com os modelos do autocuidado e cuidados de enfermagem de reabilitação.

2.1 - Anatomia do joelho

O joelho ou a articulação sinovial do tipo bicondilo-tocleoartrose, a nível estrutural é constituído pelo fémur, tíbia e patela, tem ligamentos que atuam como equilibradores estáticos, inclui uma cápsula articular, tendões, cartilagem e músculos oferecendo um perfeito equilíbrio a nível dinâmico. E tem quatro funções: i) aumentar o braço de alavanca dos quadricípites; ii) garantir a estabilidade do corpo sob carga; iii) permitir a transmissão da força do quadricípite na tíbia; e iv) fornecer proteção óssea à tróclea e aos côndilos femorais com o joelho flexionado (Vaienti et al., 2017).

O joelho é suportado por quatro ligamentos principais que ajudam a estabilizar a articulação: i) o ligamento cruzado anterior (LCA) que se insere na parte posterior do fémur e à parte anterior da tíbia, evitando que a tíbia se mova para a frente em relação ao fémur e também ajuda a controlar a rotação do joelho; ii) o ligamento cruzado posterior (LCP) que se localiza na parte de posterior do joelho, evitando que a tíbia se mova para trás em relação ao fémur; iii) o ligamento colateral lateral (LCL) e iv) o ligamento colateral medial (LCM). Estes ligamentos estão localizados nas laterais do joelho, o LCL está localizado no lado externo do joelho e conecta o fémur ao osso da panturrilha, enquanto o LCM está localizado no lado interno do joelho e liga o fémur à tíbia, conferindo uma maior estabilidade lateral do joelho, impedindo o movimento excessivo para os lados (Seeley, 2016).

Para além destes ligamentos principais, existem outras estruturas que contribuem para a estabilidade e integridade do joelho como o menisco medial (interno) e o menisco lateral (externo). Estes são discos fibrocartilagosos em forma de meia-lua que se localizam entre o fémur e a tíbia, ajudando a distribuir a carga, absorver impactos e a estabilizar a articulação

“como amortecedores articulares, distribuindo uniformemente a carga entre os compartimentos medial e lateral. Na ausência dos meniscos, a tensão por unidade de área aumenta inevitavelmente” (Vaienti et al., 2017, pág.07). A cápsula articular é uma estrutura fibrosa que envolve toda a articulação do joelho, mantendo o líquido sinovial dentro da articulação, fornecendo a sua estabilidade adicional; e as bolsas sinoviais são várias bolsas cheias de líquido sinovial ao redor do joelho, que ajudam a reduzir o atrito entre os tecidos adjacentes, como tendões, músculos e ossos (Seeley, 2016).

O joelho é uma articulação complexa do corpo humano, permitindo movimentos essenciais para a locomoção e outras atividades, podendo realizar flexão, numa amplitude de movimento de 160° e extensão no plano sagital, e uma leve rotação medial durante a flexão. Segundo Vaienti et al.. (2017) “o movimento de flexão e extensão é o mais amplo e importante (...). Durante a flexão ativa, o joelho pode atingir 120°-140° com o quadril flexionado, enquanto passivamente atinge até 160°(...) A flexão é garantida por uma combinação de rotação *roll-back* e deslizamento do fêmur sobre a tibia. Os movimentos das superfícies articulares dependem principalmente da conformação e orientação das superfícies articulares e do LCA, LCP, LCM e LCL (...) Pelo contrário, a extensão está associada a uma rotação externa da tibia em relação ao fémur; esta rotação tem sido chamada de movimento de parafuso e é puramente passiva e dependente da geometria articular” (pág.07).

Ao longo do ciclo de vida e associado ao processo de envelhecimento, à diminuição do equilíbrio, perda de massa muscular, diminuição da perceção sensorial, e, em muitos casos, um estilo de vida sedentário, que conduz à obesidade. As doenças articulares na população mais idosa, juntando os fatores de risco, anteriormente descritos, fazem aumentar as incapacidades crónicas e imperiosamente o risco de quedas. O aparecimento de patologias ósseas, como por exemplo a osteoartrose (AO) ou gonartrose, é causador de alterações na cartilagem degenerativas, fazendo gradualmente diminuição da amplitude do movimento, deformidade e rigidez articular, no futuro, trará uma incapacidade funcional, com compromissos na marcha e dor.

Através do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, os dados epidemiológicos obtidos em 2015, referem que em Portugal a osteoartrose do joelho é de (12.4%) da

população sendo a maior incidência no sexo feminino (15,8%), no sexo masculino apenas chega aos (8,6%). Foram ainda comparadas outras patologias, como a osteoartrose da mão com (8,7%) e a da anca com (2,9%). A nível funcional a incapacidade e o seu aparecimento, aumenta o absentismo no trabalho e a reformas antecipadas, diminuindo a capacidade da pessoa de realizar as suas AVD (Leitão et al., 2022).

A realização de exercício físico pode prevenir quedas, melhorar o equilíbrio e diminuir complicações relacionadas com a perda óssea, que conduzem à diminuição da aptidão física e ao aumento de osteoporose. A osteoporose provoca a diminuição da resistência óssea e condiciona o aparecimento de fraturas por traumatismos de baixa energia, ou seja, causa anualmente, no nosso país segundo o Programa Nacional contra as Doenças Reumática cerca de 40 000 fraturas, das quais 8 500 do fémur proximal.

2.2 - Artoplastia total do joelho

A história da artoplastia do joelho é uma narrativa de desenvolvimento gradual com avanços significativos nas últimas décadas, durante o século XIX e início do século XX, houve tentativas de realizar este procedimento, no entanto, eram geralmente ineficazes e associados a altas taxas de insucesso e complicações.

Foi na década de 1860, quando Fergusson relatou a primeira ressecção para osteoartrite do joelho, os primeiros relatos de substituição total da articulação foram feitos por Thermestocles Gluck na década de 1880, utilizou um desenho articulado em marfim fixado com cimento feito de gesso, mas o verdadeiro avanço na artoplastia do joelho ocorreu nas décadas de 1950 e 1960, quando os cirurgiões ortopédicos começaram a desenvolver técnicas mais avançadas e próteses mais eficazes para substituir as articulações do joelho danificadas. O Sir John Charnley foi um dos cirurgiões pioneiros que revolucionou a artoplastia do quadril, através da criação da endoprótese impulsionou o progresso na artoplastia do joelho. Foi durante os anos 1970, que as primeiras próteses de joelho modernas começaram a ser desenvolvidas e utilizadas (Vaienti et al., 2017).

A partir de 1980, houve um rápido avanço na tecnologia de próteses e nas técnicas cirúrgicas para a artoplastia do joelho. As próteses passaram a ter maior durabilidade e anatomicamente

mais eficazes, permitindo repetir o movimento natural da articulação do joelho. Além disso, a introdução de materiais de alta performance, como a cerâmica e o polietileno de alta densidade, ajudou a minorar o seu desgaste e prolongar a tempo de vida das próteses. Atualmente, a artoplastia do joelho é uma técnica cirúrgica comum e bem-sucedida, proporcionando o alívio da dor e a capacidade funcional de várias pessoas em todo o mundo.

A artoplastia total do joelho é uma opção médica, quando os restantes tratamentos menos invasivos, já não produzem efeito na redução da dor, na melhoria funcional, resultando naturalmente numa diminuição da ação do joelho e da realização das AVD. Os tratamentos de primeira opção, incluem sessões de reabilitação motora para fortalecimento muscular, aplicação de ácido hialurónico, anti-inflamatórios, analgésicos, injeção de esteroides intra-articulares e, por fim, a ATJ como última opção, uma vez que os tratamentos anteriores fracassaram o seu propósito.

A ATJ é uma técnica cirúrgica, que substitui a totalidade da articulação do joelho danificada ou desgastada por uma prótese artificial, com o objetivo de garantir a função e a cinemática, tanto quanto possível e a sobrevivência do implante a longo prazo. Segundo Vaienti et al. (2017) a primeira prótese projetada para substituir os três compartimentos do joelho foi implementada em 1972 por John Insall.

Na ótica de Leitão et al. (2020) a ATJ consiste na implementação de uma prótese, substituindo as três superfícies ou compartimentos articulares (femorotibial medial, femorotibial lateral e femoropatelar). Esta técnica cirúrgica inibe ou melhora os sintomas ligados à osteoartrose. O seu objetivo primordial é reparar a nível articular a deformidade - consentindo assim a otimização do movimento funcional - e melhorar a amplitude. Para além disso, ajuda na função articular e contribui para a estabilidade com vista a poder realizar as AVD, com uma mobilidade articular até cerca de 120 graus e sem dor no membro afetado.

O tipo de prótese a ser colocada obedece a alguns fatores como a idade, sexo, anatomia, peso atividade da pessoa, antecedentes pessoais e o estado geral da pessoa. Existem pelo menos três: i) a prótese não cimentada, ii) a prótese cimentada, ou iii) a prótese fixa através de um procedimento de fixação híbrida.

Todavia, como em qualquer procedimento cirúrgico existem riscos e complicações associadas, como a infeção da ferida cirúrgica e da prótese ou a possibilidade de trombose venosa profunda (TVP). Com o objetivo de mitigar o risco é importante no pós-operatório as pessoas usarem meias de contenção. Podem ainda existir reações adversas à anestesia, instabilidade da prótese e rigidez. Alguns destes constrangimentos poderão ser evitados com o início precoce da reabilitação. Durante o intraoperatório e o pós-operatório, existem perdas de sangue, daí a importância de se usar dreno, para promover a saída do sangue acumulado no local da prótese, prevenindo edemas e a vigilância de perdas exacerbadas, de forma a não causar uma possível deiscência da sutura (Raddaoui et al., 2019; Guimarães et al., 2018). Neste enquadramento, é pertinente garantir que o doente está informado e esclarecido acerca dos riscos e das complicações cirúrgicas.

O sucesso e os resultados da cirurgia da ATJ, podem ser determinados por alguns aspetos tais como, o grau de artrose, a técnica cirúrgica realizada, o tipo de prótese colocada, as comorbilidades da pessoa e o plano de reabilitação concebido no pré ou no pós-operatório.

2.3- Reabilitação funcional motora na pessoa submetida a artoplastia total do joelho

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, o EEER assume um papel ativo na prevenção de complicações, e no acompanhamento pré e pós-operatório da pessoa submetida a uma cirurgia. Para tal, devemos elaborar um plano de cuidados motivador e dirigido às reais e potenciais necessidades da pessoa com objetivo de maximizar a capacidade funcional, garantindo a recuperação sem complicações, otimizando a qualidade de vida e contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal. O EEER deve realizar ensinamentos dirigidos na prevenção de complicações, na promoção do autocuidado e na sua reintegração social, garantindo uma melhor qualidade de vida e ganhos em saúde.

Após a implantação da ATJ, a atividade física da pessoa fica muito limitada e restrita devido à perda de massa e força muscular. De acordo com Alrawashdeh et al. (2021), a função muscular - passado um mês de ter realizado ATJ - tem uma diminuição de 20-25% e, após um ano, manter-se mais baixa, comparativamente com pessoas adultas saudáveis, relatando que a “velocidade de caminhada é 18% mais lenta e a velocidade de subida de escadas é 51% mais lenta (...) a amplitude de movimento (ADM) da articulação do joelho é reduzida devido à dor

pós-operatória, hematoma e inchaço. Isto limita a recuperação funcional completa a apenas 67% dos pacientes. Além disso, a força do músculo quadríceps é reduzida em 30,7% imediatamente após ATJ e, em 50-60% após um mês, apesar do início da reabilitação ter-se iniciado entre as 48 horas após a cirurgia” (Alrawashdeh et al., 2021, pág.01).

A reabilitação enquanto especialidade, tem procedimentos específicos e um conjunto de conhecimentos que permite o enfermeiro, apoiar as pessoas com doenças agudas e crónicas a maximizar a sua funcionalidade, o seu potencial e a sua independência (Regulamento n.º 392/2019).

Os programas de reabilitação pós-operatória são de extrema importância porque contribuem para a melhoria da qualidade de vida. O EEER através de uma intervenção precoce consegue prevenir complicações como a trombose venosa profunda, alívio da dor, prevenir a rigidez articular e o edema.

O EEER deve realizar reabilitação funcional no pós-operatório através da reabilitação funcional respiratória (RFR) e reabilitação funcional motora (RFM), garantindo o controlo eficaz da dor.

A RFR consiste num conjunto de técnicas baseadas no controlo da respiração, do posicionamento e do movimento, que visam otimizar as trocas gasosas e os sintomas que advêm das alterações fisiopatológicas, na qual o EEER deve estar apto para avaliar e definir focos de atenção relacionados com o compromisso respiratório (Couto et al., 2021). No caso da pessoa submetida a ATJ, o EEER deve iniciar precocemente, a capacitação da pessoa, através do ensino e treino de técnicas respiratórias com exercícios de consciencialização dos tempos respiratórios, correção postural, reeducação diafragmática e reeducação costal, bem como deambulação precoce. (Sousa & Carvalho, 2017)

A RFM deve-se iniciar quando a pessoa ainda está na cama e não iniciou o levantar, através de exercícios para as articulações e músculos, que incluem exercícios isométricos para os glúteos e quadríceps, exercícios anaeróbicos de resistência, exercícios de equilíbrio. Mais tarde a caminhada com andarilho e/ ou canadianas, subir e descer escadas, potencializando o aumento da massa muscular e da força, de forma a melhorar o movimento e a ADM. Estes procedimentos refletem-se no aumento da extensão da articulação do joelho, na melhoria

da coordenação e da mobilidade, e no tempo de internamento da pessoa. Para além do treino de força dos membros inferiores (MI), o EEER também deve orientar a pessoa para o fortalecimento dos membros superiores (MS), para o uso dos auxiliares de marcha anteriormente descritos; deve instruí-lo sobre a mobilização correta, com os auxiliares de marcha em superfícies planas e a subir e descer escadas. Acresce o treinar a transferência da cama para o cadeirão e o invés, e também para a sanita. (Lourenço et al., 2021; Alrawashdeh et al., 2021; Sousa & Carvalho, 2017).

É muito importante que o EEER conheça o contexto domiciliário, para que possa estabelecer um plano de intervenção, atuando nas condições e barreiras existentes. O internamento hospitalar é reduzido e a prevenção das quedas no domicílio é de extrema relevância, através ensinios para a saúde à pessoa e, seus familiares ou o cuidador informal/formal. Desta forma o EEER está a proteger a pessoa de uma possível luxação ou novas fraturas.

A reabilitação da pessoa inclui a recuperação de capacidades, para concretizar as AVD, de forma independente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Porém, também depende da consciencialização das limitações que a cirurgia impõe, bem como, o envolvimento e a motivação da mesma para que possamos falar em ganhos de saúde. O EEER neste contexto tem um papel crucial para implementar e desenvolver programas de enfermagem de reabilitação (Lourenço et al., 2021; Sousa & Carvalho, 2017).

A mobilidade é um fator primordial, o corpo ao mover-se está sob efeito da gravidade, precisa de estabilidade e força para que se crie o movimento ou a marcha, para tal, é preciso manter a capacidade de equilíbrio, a função sensorial e a força muscular para que o movimento se mantenha, tornando-se indispensável à perceção corporal, juntamente com a correção postural, para que haja o desenvolvimento e aumento da força muscular e a sua manutenção (MCEE, 2013).

As alterações da mobilidade afetam o sistema músculo-esquelético e segundo MCEE (2013) os estudos em pessoas saudáveis, revelam que em 22% das pessoas, a atrofia muscular se instala nas primeiras horas de imobilidade, resultando numa perda de massa muscular e numa diminuição da força em cerca de 4-5%. Para além da proteólise aumentada e da

diminuição da síntese de proteínas. Contudo, os efeitos negativos da imobilidade são dramáticos, exigindo que o EEER procure caracterizar e valorizar esta problemática, elaborando planos de cuidados precoces no pós-operatório, considerando o levante precoce fundamental para conseguir recuperar um conjunto de alterações orgânicas que a inatividade comprometeu. No entanto, em algumas situações de traumatismo, fraturas ou doenças agudas, o repouso (enquanto prescrição para a restrição da mobilidade) a curto prazo pode ter um efeito benéfico no tratamento, a precaução é o melhor “remédio” para a segurança da pessoa.

Como já anteriormente referido, o joelho é uma das articulações mais importantes no corpo humano pois é imprescindível para a locomoção, para o ortostatismo e para o sustento do corpo. Conforme Sousa & Carvalho (2017) e Leitão et al. (2022), para que se possa realizar a marcha é necessário que o joelho consiga realizar uma flexão de 83^o para descer escadas; de 60^o a 70^o para subir escada; de 90^o a 100^o para se sentar; de 105^o para realizar uma transferência da posição de sentado para posição ortostática e para caminhar de 93^o. Assim sendo, é necessário que em contexto hospitalar, após a intervenção cirúrgica, a pessoa consiga realizar uma flexão do joelho de 90^o. Quando estas metas são atingidas, podemos dizer que houve ganhos em saúde, redução de custos de internamentos e cuidados de saúde, melhoria da qualidade de vida e reinserção social.

O conhecimento e consciencialização acerca das necessidades do outro, a vontade para agir e as ações fundamentadas no conhecimento, criam uma mudança positiva na maneira de cuidar. Nesta perspetiva, o EEER tem um papel imprescindível, e de destaque já que por ele passam muitos dos ensinamentos, demonstrações e sessões de esclarecimento no pré e pós-operatório, com o objetivo de capacitar a pessoa das diversas fases da cirurgia e da necessidade de reabilitação.

Perante uma cirurgia programada é necessário conceber uma fase pré-operatória, realizando cuidados de enfermagem prévios, ensinando e instruindo a pessoa com exercícios específicos à cirurgia. Urge implementar estratégias para que se possa avaliar o potencial da pessoa que será reabilitada, avaliando as suas capacidades e os conhecimentos que darão suporte, não só a pessoa como também à sua comunidade familiar, relativamente às necessidades e às

dificuldades no domicílio (Lourenço et al., 2021). Dito isto, os cuidados devem ser elaborados desde o pré-operatório até ao momento da alta.

2.4- Modelos do autocuidado e os cuidados de enfermagem de reabilitação

Irei abordar os seguintes referenciais teóricos, que nortearam a minha prática de EEER.

Estas duas teorias apresentam uma visão mais abrangente e espelham a realidade vivenciada pela pessoa submetida a ATJ e depois ao cuidado do EEER. Enfatizam a importância do cuidado interpessoal, o método de cuidar e a capacitação da pessoa para que consiga ultrapassar as suas limitações no autocuidado. Martins, Ribeiro & Ventura (2018) evidência que estas teorias de enfermagem têm um grande potencial, pelo facto de apoiar o enfermeiro no aprimoramento das suas funções.

2.4.1- A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson

A Teoria do Cuidado Humano, desenvolvida por Jean Watson, é uma estrutura conceitual na área da enfermagem que enfatiza a importância do cuidado interpessoal, neste caso a relação entre o profissional de saúde e a pessoa. O método de cuidar impõe ao EEER um exercício de reflexão e uma procura incessante de conhecimentos, para que descubra novas formas de cuidar e de garantir a humanização dos cuidados, através do respeito, da satisfação e da realização pessoal da pessoa e família, que passa por um processo de transição de saúde-doença, segundo Watson (2002) “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha” (pág.65)

Watson desenvolveu a teoria do cuidado humano, por considerar que o relacionamento transpessoal entre a pessoa, que requer cuidados, e o enfermeiro, possibilitando que formem um elo unido e em sintonia, garantindo cuidados de excelência com base no respeito pela individualidade e pela liberdade do outro. “Esse método precisa de diálogo entre as pessoas, e necessita de compreensão e proximidade umas das outras, no qual a criadora Jean Watson desvia o foco da Enfermagem do seu atual modelo tecnicista, e procura complementar o aspeto social e espiritual dos pacientes, e também dos profissionais” (Souza et al., 2021). Assim, sendo Watson distância o cuidar em enfermagem do domínio da medicina, que tem

como foco a cura da doença. Acrescenta outras dimensões, na sua ótica importantes para a recuperação no seu todo.

Segundo Evangelista et al. (2020) a teoria de Jean Watson apresenta, três dos quatro conceitos do metaparadigma da enfermagem: a **saúde** e diz respeito a harmonia que tem de existir, entre a mente, o corpo e a alma; **o enfermeiro** é visto como o coparticipante neste processo do cuidar, pois auxilia as pessoas a encontrarem um significado perante o que estão a passar, mesmo perante de uma situação de desarmonia e sofrimento, desse modo, o enfermeiro auxilia a pessoa no seu processo de transição, **a pessoa** é apreendida como um ser espiritual, e não apenas matéria ou doença, assim sendo Watson refere que a pessoa, apresenta três dimensões a mente, o corpo e a alma.

Os pressupostos segundo George (2000), revelam, na maioria, os conceitos do metaparadigma, anteriormente referido, destacam-se os pressupostos presentes: o cuidar pode ser demonstrado e praticado, apenas de forma interpessoal; o cuidar consiste em fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas; o cuidar efetivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar; as respostas do cuidado aceitam a pessoa, não apenas como ela é no agora, mas no que ela poderá tornar-se; o ambiente de cuidado é aquele que favorece o desenvolvimento, permitindo que a pessoa escolha a melhor para si; o cuidado é mais que a cura física, a prática do cuidado integra o conhecimento biofísico com o conhecimento do comportamento humano, gerando e/ou promovendo a saúde; a ciência do cuidar complementa a ciência da cura física; a prática de cuidados é essencial para a enfermagem.

O derradeiro desafio para o EEER passa por entender os processos, e desenvolver técnicas que ajudem a pessoa a recuperar o bem-estar e a superar a saúde/ doença, tornando os cuidados de enfermagem centrados na pessoa/família, tendo como foco as respostas às suas necessidades, identificando estratégias de adaptação, capacitando e promovendo a sua autonomia de maneira a manterem-se inseridos na sociedade.

É importante que o EEER preste suporte à pessoa e à família a compreenda as alterações funcionais, consequência do processo de doença, de forma a ajudá-los a adaptarem-se e a capacitá-los à sua nova condição. O EEER deve-se preocupar em estabelecer uma relação

terapêutica obtendo uma parceria de responsabilização e partilha, para que esta relação se torne o eixo dos cuidados, de forma a atingir os objetivos propostos nos cuidados a serem prestados. Na ótica de Watson (1985) citado por George (2000) “a mente e as emoções da pessoa são a janela da sua alma. O entendimento de enfermagem pode ser e é físico, de procedimentos, o objetivo é factual, mas, no nível mais elevado da enfermagem, e respostas do cuidado humano, as transações de cuidar do humano e a presença das enfermeiras no relacionamento transcendem o mundo material físico limitado pelo tempo e pelo espaço e fazem contato com o mundo emocional e objetivo da pessoa como rota para o ser interior e o sentido mais alto de ser” (pág. 257).

Em suma, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson destaca a importância do cuidado interpessoal, carinhoso e holístico na prática de enfermagem. Ele reconhece a dimensão humana da enfermagem e enaltece a pertinência da relação entre o enfermeiro e a pessoa no processo de transição saúde/doença.

2.4.2- Teoria o autocuidado de *Dorothea E. Orem*

Para que possa concretizar os objetivos a que me proponho, terei como base, os pressupostos definidos por Dorothea, que constituem orientações para o meu desenvolvimento enquanto futuro EEER.

De acordo com Orem (1991) citado por George (2000) para compreender a teoria do autocuidado é importante compreender os seus conceitos. O autocuidado é o desempenho ou a prática da atividade que as pessoas realizam em seu benefício para garantir o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde, mantendo a integridade estrutural e o funcionamento humano. A ação de autocuidado é a capacidade que a pessoa tem de concretizar o autocuidado, podendo ser afetada por várias condicionantes como as orientações socioculturais; o estado desenvolvimento, como o bebé; um compromisso na saúde, entre outros. Quando o autocuidado está comprometido, Orem (1991) citado por George (2000) identificou cinco métodos para ajudar i) agir ou ii) fazer para outra pessoa; iii) guiar e iv) orientar; v) proporcionar apoio físico e psicológico; mantendo um ambiente adequado para prestar apoio ao seu desenvolvimento e ensinar.

Para tal é, necessário planear e validar os cuidados prestados, envolvendo a pessoa no seu processo de doença/saúde, que permitirá a sua autoeficácia, garantindo que está informada e orientada na tomada de decisão, acerca da sua saúde numa vertente de responsabilização pessoal, consentindo que sejam desenvolvidas estratégias para o contornar o *déficit* no autocuidado.

O EEER estabelece ações, de forma alcançar as necessidades do autocuidado, através de exercícios e objetivos definidos para o desenvolvimento gradual, visando a independência futura da pessoa.

Aprofundando em específico esta teoria no contexto da cirúrgica na ortopedia, as pessoas na sua grande maioria, apresentam capacidades para realizar o seu autocuidado, necessitando apenas de apoio, de orientação, de instruções e de treino para que possam gradualmente adquirir a sua independência na atividade do autocuidado. Para que tal possa acontecer é necessário capacitar a pessoa a desenvolver tarefas com ponto de vista terapêutico, para que possam realizar o seu autocuidado, de uma forma segura, sem conferir risco de complicações pré-operatórias, tanto no imediato, como no pós-alta. Todas estas estratégias visam prestar orientações e desenvolver novas capacidades para adquirir qualidade de vida, e manter a sua autonomia.

Em suma, a teoria do autocuidado de Dorothea tem sido amplamente aplicada em diversas áreas da enfermagem, e é uma das teorias de enfermagem mais influentes e utilizadas durante a prática clínica e nas investigações em enfermagem.

3- Análise crítico-reflexiva das competências

O objetivo da certificação de competências é garantir que os enfermeiros são capacitados de habilidades e conhecimentos necessários para garantir cuidados seguros e de excelência às pessoas e comunidade. O seu desenvolvimento permite ao EEER definir objetivos com base em evidências científicas e na sua formação contínua. Para tal, é essencial desenvolver estratégias de intervenção, de forma a identificar, planear, conceber, executar e avaliar as necessidades da população alvo, com atualizações incessantes e ajustamentos sempre que necessário.

Barata in Vieira e Sousa (2017) as competências podem ser separadas em competências teóricas, refletindo-se no saber prévio, mobilizando capacidades e conhecimentos para poder resolver uma situação; e as competências práticas no saber-fazer que é gerado através de uma ação, demonstra na prática habilidades muitas vezes intuitivas, relacionadas com o conhecimento teórico; as competências comportamentais e sociais no contexto clínico, são marcada por emoções valores e atitudes que permitem ao enfermeiro melhorar a sua postura, para que sua tomada de decisão perante a pessoa seja de excelência e um modelo a seguir.

O delineamento das competências, objetiva dotar um conjunto de diretivas de forma a regular a certificação das competências e poder assim transmitir às pessoas o que expectar dos cuidados de enfermagem especializados. (Regulamento n.º 140/2019).

Em jeito de síntese, a certificação de competências em enfermagem desempenha um papel importante na garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Ao demonstrar competência clínica e conhecimento especializado, os enfermeiros podem melhorar a confiança das pessoas contribuindo para ganhos em saúde.

3.1- Competências comuns do enfermeiro especialista

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o que está regulamentado, coloca na responsabilidade do enfermeiro especialista, o desenvolvimento dos seus conhecimentos, através da formação contínua, para que haja uma sustentação efetiva especializada durante a prática clínica, investigando, assessorando e atuando de acordo com a ética e legal, realizando sempre uma análise ponderada dos cuidados prestados, nunca pondo em causa a pessoa e a sua autonomia. (Regulamento n.º 140/2019)

O especialista em enfermagem é um “enfermeiro com conhecimentos diferenciados e com competências em uma área específica de enfermagem sendo autorizado a exercer essa área. (...) a definição do perfil de competências do enfermeiro especialista está em articulação com os domínios considerados nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais, ou seja, conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Pestana, 2017).

Por seguinte, irei desenvolver cada competência com base em fundamentação científica e nas experiências vividas.

3.1.1 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

A1) Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante os estágios realizados, enquanto enfermeiro e futuro EEER obriga-me a uma constante reflexão a nível ético, sobre a forma como assisto a pessoa que está aos meus cuidados com base no respeito pelos seus valores, direitos, e pela sua dignidade. A ética exige do enfermeiro uma reflexão sobre si próprio, para que durante a sua prática clínica as suas ações provem o seu respeito pela pessoa, assentando no respeito pelo seu brio pessoal e profissional (Deodato, 2017)

A pessoa com necessidades especiais, exige do profissional competências e conhecimentos, nos vários domínios da enfermagem, garantindo a formação contínua, já que o cenário muitas vezes encontrado requer uma adequação do profissional, na prestação dos seus cuidados autónomos, centrados na pessoa e de forma a colmatar as suas necessidades, atingindo os cuidados de excelência, com suporte na beneficência e não à maleficência. (Neves,2004, citado por Vasconcelos, 2021).

As competências dos enfermeiros legalmente habilitados para o exercício profissional, bem como a caracterização dos cuidados de enfermagem, estão definidos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que regula o exercício profissional e define os deveres e direitos dos profissionais. O REPE diz que o enfermeiro, deve acima de tudo, ter respeito pela vida e dignidade humana, zelar pelo bem-estar e saúde da população a quem presta cuidados, elaborando planos de cuidados com o objetivo de favorecer a qualidade dos serviços e cuidados prestados. Como tal, o enfermeiro deve cumprir as leis e as normas deontológicas que estão definidas para a profissão, responsabilizando-se pelas ações que

prática ou delega, defendendo e protegendo as pessoas de quem cuida, das práticas que a nível ético, contrariem a lei (Decreto-Lei n.º 156/2015).

A ética em enfermagem, representa um aspeto fundamental na prática profissional, que envolve a aplicação de princípios éticos e valores morais na prestação de cuidados de saúde, tais como: o respeito pela dignidade e autonomia, os enfermeiros devem respeitar a dignidade, autonomia “a liberdade da pessoa em gerir livremente a sua vida efetuando, racionalmente, as suas próprias escolhas” (Sousa, Martins & Novo, 2020, pág.65); e direitos das pessoas, incluindo o direito à informação, ao consentimento informado e à privacidade, respeitando as suas tomadas de decisões e garantindo a confidencialidade, a beneficência e não maleficência, os enfermeiros têm o dever de agir em prol do interesse da pessoa, prevenindo situações que possam afetar a pessoa. Neste âmbito, a prática de enfermagem é suportada por regras morais, tais como não matar, não causar dor ou sofrimento, não ofender e não privar a pessoa do seu direito e liberdade, privilegiando a promoção do seu bem-estar. Isso significa exercer cuidados competentes, seguros e eficazes, bem como evitar práticas que possam causar danos físicos, emocionais ou psicológicos à pessoa; a justiça e a igualdade, os enfermeiros devem prestar cuidados a todas as pessoas com justiça e igualdade, sem exercer qualquer tipo de discriminação com base na etnia, religião, orientação sexual, condição socioeconómica ou qualquer outra; a autonomia é um princípio ético que considera, que todas as pessoas têm um valor inerente e absoluto e, portanto, os enfermeiros têm o dever de manter e privilegiar a capacidade das pessoas de tomarem decisões lógicas, ou seja, a tomada de decisão (Varkey, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Como tal, os enfermeiros têm o papel de defender os interesses e necessidades das pessoas, agindo em prol dos seus direitos e deveres. Isso pode incluir garantir que as pessoas têm acesso a informações necessárias para a tomada de decisão esclarecida, defendendo os seus direitos e interesses, intervindo em situações de injustiça ou tratamento inadequado (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Tendo como referencial os conhecimentos supramencionados e com base nas minhas práticas clínicas considero que há ainda muito trabalho a fazer pelos enfermeiros na sua generalidade, independentemente da área de especialização. Confiante que a aplicação holística de todas as

competências transversais, o desenvolvimento e a operacionalização de boas práticas se traduzirão em resultados promissores e positivos para a saúde de todas as pessoas.

Durante os estágios observei que na sua generalidade os doentes têm dificuldades em assumir a sua autonomia funcional, requerendo muito suporte por parte do EEER. De forma a contornar esta problemática, no meu caso específico elaborei planos de cuidados de reabilitação com o objetivo de capacitar a pessoa a se tornar o mais independente e autónoma possível. Sendo capaz de tomar decisões esclarecidas, acerca do seu processo de transição saúde/doença, favorecendo sempre o princípio da autonomia, respeito pela dignidade e liberdade.

Em conjunto com as pessoas e família o EEER deve construir uma relação de terapêutica, de forma a estabelecer uma relação empática e de confiança. Todavia, considero que os enfermeiros devem ter na sua prática valores como a honestidade e a integridade, isso também envolve, ser transparente sobre erros terapêuticos, limitações e conflitos de interesse, mantendo os padrões éticos elevados em todas as situações.

Os enfermeiros têm a obrigação de proteger a confidencialidade das informações das pessoas a quem prestam cuidados, respeitando a sua privacidade, o que significa que o enfermeiro não pode e nem deve divulgar informações confidenciais sem o consentimento da pessoa, mesmo a familiares, garantindo a segurança dos registos médicos e respeitando os espaços pessoais. Se por algum motivo, o enfermeiro quiser revelar factos que tomou conhecimento ao longo do seu exercício, só o pode fazer após autorização do presidente do conselho jurisdicional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Durante as minhas práticas clínicas obtive primeiramente o consentimento livre e esclarecido da pessoa, antes de pôr em prática os cuidados de reabilitação, respeitando a tomada de decisão. Neste contexto, podemos afirmar, que o respeito pelo consentimento livre e esclarecido resulta do respeito pelo princípio da autonomia (Vasconcelos, 2021). Em termos práticos significa, que a pessoa pode manifestar a sua vontade ou recusar os cuidados de saúde que lhe são prestados. Perante situações de recusa, reforcei os ensinamentos e partilhei informações sobre a importância da reabilitação, ou seja, não me impus, mas esclareci que a

recusa é um atraso nos ganhos em saúde, e como tal, poderíamos reformular os exercícios para o dia.

Para o desenvolvimento dos meus estudos de caso, foram entregues os consentimentos livres e esclarecidos para participação na investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, garantindo a confidencialidade e anonimato, privilegiando a sua privacidade.

No decorrer dos estágios, respeitei as normas das instituições e dos serviços, cumpro os horários e as rotinas, e estabeleci uma relação académica e profissional, tendo por base o respeito e cordialidade com todos os elementos da equipa multidisciplinar.

3.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade:

B1) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3) Garante um ambiente terapêutico e seguro.

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. A governação clínica refere-se ao processo pelo qual as organizações de saúde garantem a prestação de cuidados seguros, eficazes e de excelência às pessoas, envolvendo todos os profissionais de saúde na tomada de decisões e na melhoria contínua da prática.

Como tal, a implementação de práticas baseadas na evidência na prestação de cuidados, promove a aquisição de diretrizes clínicas atualizadas e fomenta protocolos que potenciem melhores práticas e intervenções garantindo ganhos em saúde. A interpretação dos resultados obtidos na investigação é de extrema importância, bem como análise dos dados clínicos, ambos devem ser colocados em bases de dados para consulta (Regulamento n.º 140/2019; Sousa et al., 2018).

No domínio da qualidade e da melhoria contínua, as competências são definidas em três itens:

i) garantem um papel dinamizador no desenvolvimento e suportam as iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; ii) desenvolvem práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e iii) garantem um ambiente terapêutico e seguro (Decreto-Lei 140/2019).

Os enfermeiros especialistas estão envolvidos em projetos na área da qualidade, de forma a adquirir e analisar de indicadores de qualidade, relativamente ao risco de infeção hospitalar, ao risco de queda, ao risco de úlcera por pressão, ao controlo da dor, à adesão a protocolos de segurança, entre outros. Assim sendo, os enfermeiros colaboram com outros profissionais de saúde para identificar áreas de melhoria e implementar intervenções corretivas quando necessário (Decreto-Lei 140/2019).

Durante os estágios realizados foi possível dar seguimento aos projetos de qualidade que estavam a decorrer nos serviços, avaliando diariamente a escala do risco de queda (*Morse*), a escala do risco de úlcera por pressão (*Braden*) e o controlo da dor (escala numérica da dor), contribuindo assim para a melhoria dos cuidados a serem prestados.

Gomes, Soares & Bule (2019) referem que o aumento do envelhecimento na população atual, é um fenómeno que se tem vindo a intensificar, e segundo o INE o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se. Em 2022, o índice de envelhecimento, que compara as pessoas com idade igual ou superior a 65, com as pessoas dos 0 aos 14 anos, atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens, comparativamente com os valores de 2021, de 181,3, podemos dizer que houve um acréscimo. Portanto, estamos perante uma população, cujo processo de envelhecimento acarreta alterações anatómicas e fisiológicas, que contribuem para o aumento do risco de queda. Conforme já havia referido anteriormente, estas alterações fisiológicas contribuem para o aumento do risco de queda, e para a diminuição da capacidade para a pessoa realizar as suas AVD.

Considerando a que a queda pode resultar em lesões graves, como fraturas ósseas, traumatismos cranianos, contusões e feridas, o EEER ao identificar o risco de queda, por meio dos instrumentos de avaliação como a escala de Morse, bem como sinalizaras barreiras arquitetónicas, o enfermeiro irá promover um ambiente seguro com redução do risco de

queda, contribuindo posteriormente para o bem-estar da pessoa, ganhos em saúde e Redução de Custos de Saúde, atendendo a que as quedas podem levar a internamentos, a intervenções cirúrgicas e outros custos médicos. Reforçar a literacia e apostar na promoção da saúde, sensibilizando a pessoa e a família, são um dos eixos de atenção do EEER.

A avaliação do risco de queda, considera os fatores de risco individuais, ao desenvolver planos de cuidados individuais e de acordo com as reais necessidades da pessoa, o EEER pode contribuir para os ganhos em saúde e para os projetos de qualidade.

Relativamente às úlceras por pressão, ainda que durante as minhas práticas clínicas o risco tenha sido muito baixo, mas quando associadas às quedas, a uma imobilidade prolongada e a um posicionamento incorreto, o risco aumenta, daí a importância do levantar precoce.

No que concerne ao controle da dor, cada vez mais valorizado pelas instituições, por ter sido considerado o 5.º sinal vital pela Direção Geral de Saúde, e por ser de extrema importância para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa. Este processo de qualidade exige dos enfermeiros, pelo menos um registo por turno, por ser fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento.

Enquanto futuro EEER foi necessário compreender o papel da equipa multidisciplinar, bem como perceber os recursos disponíveis pelos serviços, os equipamentos utilizados, material de apoio como proteções individuais para diminuir o risco biológico, dando assim uma maior segurança e um ambiente terapêutico seguro durante a prestação de cuidados. A avaliação dos riscos ergonómicos pelo profissional é importante, evitando assim lesões músculo esqueléticas, fomentando um ambiente seguro diminuindo também o risco de queda da pessoa, implementando escalas como a de *Morse*, *Barthel* e *Braden* para avaliação diária, sendo dever do EEER incrementar a melhoria do espaço físico onde os cuidados são prestados tanto a nível domiciliário como hospitalar sempre centrado na pessoa para uma maior capacitação e independência sem riscos associados (Regulamento n.º 140/2019).

Os padrões de qualidade são diretrizes estabelecidas, com o objetivo de garantir a prestação de cuidados de excelência e a segurança das pessoas que requerem cuidados de reabilitação. Estes padrões são desenvolvidos com base em evidências e nas melhores práticas, com o

objetivo de orientar a prática clínica, promover a melhoria contínua e garantir a prestação de cuidados centrados no paciente (MCEER, 2018).

Os programas de melhoria de qualidade contribuem para alcançar os padrões de qualidade, através da consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo das minhas práticas clínicas e com suporte dos EEER, elaborei planos de cuidados de reabilitação, indo de encontro aos padrões de qualidade, de forma a alcançar a satisfação da pessoa; a prevenção de complicações; a reeducação e readaptação funcional, o bem-estar e autocuidado.

Em suma, consegui garantir uma prática segura, a mobilização de conhecimentos e habilidades sob orientação dos meus supervisores, com base na evidência científica atual, permitindo-me elaborar cuidados de reabilitação com o objetivo de alcançar o bem-estar da pessoa e da família. O recurso ao uso das escalas e aos programas informáticos, como o *SCLINIC*, possibilitaram que existisse uma continuidade dos cuidados, com base numa prestação segura.

3.1.3- Domínio da gestão dos cuidados:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O EEER no domínio da gestão de cuidados “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019).

Está regulamentado que o EEER com base em problemas potenciais e reais das pessoas concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados diferenciados de enfermagem de reabilitação para conseguir uma maximização do potencial das pessoas (Regulamento nº 392/2019).

Os cuidados e as necessidades da pessoa quando identificados, devem ser transmitidos entre os profissionais de uma forma eficiente e, portanto, as passagens de turno e as reuniões

quinzenais da ECCI são as oportunidades ideais para garantir a continuidade dos cuidados. Nestes contextos, a equipa deve estipular um plano terapêutico para a capacitar e a avaliar as suas necessidades da pessoa, de forma a conseguir uma correta gestão de recursos materiais e humanos. Nestas reuniões foi-me dada a oportunidade de intervir, apresentando as pessoas que me foram atribuídas, explanando o meu ponto de vista sobre os cuidados a serem prestados, e desta forma, contribuindo para a melhoria dos cuidados.

Os registos facilitam a continuidade de cuidados por parte de outros profissionais. Assim, há maior probabilidade de se atingir os objetivos delineados e no campo dos resultados das intervenções realizadas conseguir-se-á uma capacidade funcional e a autonomia da pessoa (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021).

A família tem um papel muito importante, contribuindo para a reabilitação da pessoa na ausência do EEER. A planificação e gestão dos cuidados que realizei foi sempre com supervisão do EEER, muitas vezes era preciso acionar a criatividade para poder motivar a pessoa a realizar os cuidados de reabilitação propostos. Atendendo a que a pessoa é autónoma e detentora da tomada de decisão, temos de respeitar as vontades e disponibilidade. Segundo Pontes & Santos (2017) “a ação de supervisão tem como finalidade o acompanhamento da atividade profissional que permita a pessoa supervisionada desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro (...) a partir da reflexão fundamentada na realidade das práticas clínicas” (pág.91)

As passagens de turno tinham uma ordem, primeiro passavam os enfermeiros generalista e depois a equipa de EEER entre si planeava os cuidados de reabilitação, no caso de ser necessário de transmitir alguma informação ao enfermeiro generalista, o EEER fala individualmente com cada um. O EEER iniciava a sessão de reabilitação individual, após a pessoa ter terminado os cuidados de higiene e de ter todas as suas necessidades colmatadas, incluindo a dor. Cada sessão iniciava com uma explicação sobre o que era pretendido, esclarecendo eventuais dúvidas e depois procedia-se ao treino, respeitando o ritmo da pessoa.

O EEER realiza um trabalho colaborativo de extrema importância com a equipa multidisciplinar e com a pessoa, na medida em que o sucesso da reabilitação passa pela elaboração de um

plano terapêutico e pelo empenho de todas as partes envolvidas neste processo (Cordeiro & Menoita, 2021).

A liderança em enfermagem promove uma cultura de segurança e de inovação, através da implementação de projetos de melhoria, “ajuda os elementos da equipa de saúde a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimentos e valores de humanidade durante o seu percurso profissional” (Pontes & Santos, 2017, pág.91).

Durante as minhas práticas clínicas tive pouco contacto com os enfermeiros gestores, estabeleci uma relação de cordialidade e esporádica. No serviço de ortopedia, a enfermeira gestora participava nas reuniões de passagem de turno, dando o seu parecer, promovendo cuidados de saúde individualizados e seguros à pessoa. Na comunidade, a enfermeira gestora pouco contacto estabelecia com a equipa.

3.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

A área especializada da enfermagem de reabilitação passa por recuperar, prevenir e habilitar as pessoas que padeceram de processos de doença aguda ou crónica, com compromisso das suas capacidades funcionais. O EEER tem como foco de atenção, a recuperação da funcionalidade da pessoa, promovendo o bem-estar e a sua qualidade de vida, prevenindo complicações e maximizando as suas capacidades. Portanto, este domínio de desenvolvimento refere-se à capacidade de os enfermeiros darem continuidade à sua formação e desenvolverem conhecimentos, capacidades e habilidades técnicas ao longo da sua carreira profissional, por forma a melhorarem a sua prestação de cuidados.

De forma a adquirir e cimentar capacidades e habilidades enquanto futuro EEER, onde a pesquisa diária autodidata, fundamentada com evidência científica, ajudou-me a elaborar planos de cuidados individualizados, garantindo uma prática segura para a pessoa.

Realizei uma ação de formação acerca do exercício físico e as suas vantagens na pessoa idosa submetida a ATJ ([apêndice I](#)). Procurei evidenciar o exercício físico na pessoa idosa, e os riscos

que a imobilidade confere na vida das pessoas. Escolhi este tema, porque identifiquei-o como uma necessidade e uma prioridade para serviço, sublinhar a importância do exercício físico na pessoa idosa. Esta ação coaduna-se com uma constatação, na sua grande maioria, a equipa não procurava motivar a pessoa idosa a quebrar o ciclo da imobilidade prolongada, havendo riscos de desenvolver úlceras por pressão e outras comorbilidades.

Ao longo dos estágios compreendi que o EEER nas suas intervenções utiliza as tecnologias e as técnicas específicas de reabilitação, intervindo com a promoção para a saúde e em todos os contextos de cuidados, promovendo a mobilidade no regresso a casa, a acessibilidade, a reintegração na comunidade e a participação social (MCEER, 2018).

Em suma, este domínio do desenvolvimento, evidencia a indispensabilidade do enfermeiro ser responsável pela sua formação contínua, de identificar necessidades de aprendizagem, de planear e implementar estratégias para o seu desenvolvimento profissional, tornando-se essencial para o seu permanente progresso e para, conseqüentemente, contribuir para a bem-estar das pessoas.

3.2- Competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A reabilitação proporciona suporte às pessoas com doenças agudas, crónicas ou com outras sequelas. Neste âmbito, as competências específicas do EEER são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, evidenciadas através de uma adequação dos cuidados de reabilitação às necessidades de reais das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

A reabilitação é um “processo global, dinâmico e contínuo, dirigido à pessoa, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que se encontra inserida, que visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades funcionais, tão rapidamente quanto possível, para o exercício de uma atividade considerada normal na sua vida” (Pestana, 2017).

Por seguinte, irei desenvolver cada competência com base em evidência científica e nas experiências vividas.

3.2.1 - Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

O EEER reconhece e identifica, que é preciso no domínio da enfermagem de reabilitação uma intervenção especializada a pessoas que durante o seu ciclo de vida, apresentam incapacidades para executar atividades básicas de forma independente, devido à sua condição de saúde, a uma deficiência, a uma restrição na participação e na diminuição da atividade, que pode ser temporária ou permanente (Regulamento n.º 392/2019).

Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, é fundamental para o papel dos enfermeiros e a restante equipa multidisciplinar. O EEER deve estabelecer uma abordagem centrada nas necessidades individuais, capacitando as pessoas e respetiva família, respeitando as suas escolhas, promovendo a sua autonomia, por forma a alcançar a independência e a qualidade de vida.

Um plano de cuidados em enfermagem é uma ferramenta essencial que descreve as ações e intervenções necessárias para que o enfermeiro possa realizar cuidados de saúde individualizados à uma pessoa. Como tal, é indispensável que no primeiro contato o EEER concretize a avaliação inicial, que consiste numa avaliação mais abrangente da pessoa, reunindo informações e comunicando acerca das suas comorbilidades, necessidades de reabilitação, fatores de risco e recursos disponíveis. Contudo, também deve incluir uma avaliação física recorrendo à utilização de instrumentos de avaliação. Após uma correta avaliação, o EEER deve identificar as necessidades da pessoa e elaborar diagnósticos de enfermagem de reabilitação dirigidos, com base na avaliação realizada anteriormente. Definidos os diagnósticos de enfermagem de reabilitação, o EEER deve desenvolver intervenções específicas com base em evidência científica, por forma a dar resposta às necessidades reais e potenciais da pessoa, avaliando regularmente, e se necessário reformular, para que as intervenções conduzam a resultados positivos e haja na prática progressos no quadro clínico. O plano de cuidados deve ser registado e centralizado no sistema informático, com vista a permitir uma continuidade no processo.

Em suma, a intervenção do EEER tem como objetivo maximizar a funcionalidade motora e respiratória, potenciando ganhos em saúde.

3.2.2- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

A enfermagem de reabilitação contribui, para obtenção de ganhos em saúde, sendo o EEER o responsável pelo cuidado direto à pessoa com deficiência física e incapacidade, no contexto social e familiar em que se insere, e permite que os cuidados de enfermagem de reabilitação possam ser prestados nos variados contextos da prática clínica. Os processos de reabilitação acrescentam vantagens para a sua recuperação, não apenas a nível funcional, mas também autonomia individual (Pestana, 2017; Pereira, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que o envelhecimento predispõe o aparecimento da deficiência, já que o desenvolvimento do envelhecimento está associado à dependência nas AVD pela redução da funcionalidade, da fragilidade e pelo aparecimento de doenças crónicas (Pereira, Martins &William, 2017).

De acordo com o elencado no Regulamento n.º 392/2019, o EEER é um profissional habilitado para trabalhar a inclusão social, assumindo a responsabilidade de colaborar na capacitação da pessoa para a reintegração, implementando e aumentando as suas ações pluridisciplinares ou autónomas, conforme a conjuntura económica, social e política. O EEER promove a adaptação da pessoa com diminuição da mobilidade, desenvolve e efetiva programas de treino de AVD com o intuito maximizar a autonomia e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

As pessoas com deficiência têm atributos gerais e singulares, requerendo um maior suporte por parte dos profissionais de saúde. Por conseguinte o EEER adota “uma posição estratégica para o desenvolvimento dos programas de reabilitação individualizada (...) conseguem estabelecer relações mais próximas e de confiança, na sua prática diária lidam com respostas emocionais e vulnerabilidade, num contexto de profunda intimidade e têm as competências necessárias para avaliar, planear e implementar cuidados holísticos de acordo com as necessidades de cada pessoa e família” (Pereira, 2020, pág.87).

O EEER identifica barreiras arquitetónicas, que conferem um risco de queda. Em termos práticos, o EEER supervisiona e ensina o manuseio de materiais e equipamentos de apoio, confere suporte técnico e dispositivos de compensação. Estas ações procuram a maximização

da capacidade funcional da pessoa com deficiência, proporcionando um ambiente seguro (Regulamento n.º 392/2019).

No decorrer do estágio realizado na comunidade, desenvolvi esta competência, através de uma relação terapêutica coesa e estruturada com a pessoa e com a sua respetiva família. Sendo a família “um sistema dinâmico que se reorganiza de forma a fazer face às mudanças necessárias para a satisfação das suas necessidades básicas e dos seus elementos, tomados individualmente, bem como da capacidade de adaptação às transformações que está sujeita” (Martins, Martins & Martins, 2017, pág.69).

Ainda no mesmo contexto, realizei uma análise profunda às barreiras arquitetónicas, promovi ensinamentos para a saúde de maneira a capacitar as pessoas a compreenderem, o porquê da necessidade de readaptar a casa às necessidades da pessoa, proporcionando assim um ambiente seguro. Com a ajuda dos cuidadores formais e informais dinamizei e promovi os planos de cuidados previamente estabelecidos, alcançando o sucesso nesta transição e adaptação situacional.

O contato com a família foi mais limitado, mas procurei realizar os ensinamentos para a alta e sensibilizar a família para as barreiras arquitetónicas. Compreender o apoio familiar é essencial, pois esse apoio pode representar um progresso positivo na sua reabilitação. Posto isto, considero que o papel da família é crucial, não existe reabilitação duradoura sem uma família presente, motivada e atenta a todo o processo transitório.

Para motivar as pessoas a aderirem aos ensinamentos propostos, estabeleci algumas estratégias, tais como, ensinar e negociar os exercícios e os tempos de treinos, estabeleci metas realistas em conjunto com a pessoa, e durante e após o treino incentivei positivamente, para que o envolvimento da pessoa, neste processo transitório fosse total. O serviço disponibiliza alguns dispositivos de apoio como canadianas, andarilhos, para que a pessoa, após a alta, não tenha de esperar pela família para poder iniciar o mais precoce possível a sua reabilitação, reduzindo a imobilidade e as comorbilidades adjacentes.

3.2.3- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Através de programas de reeducação funcional, utilizando abordagens dinâmicas na definição de estratégias para a execução de planos na atenuação do risco de alterações e independência da pessoa. Também realiza ensinamentos, treina e demonstra técnicas, procurando alcançar a promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes campos (Regulamento n.º 392/2019).

Na área da saúde, a pessoa aprender deve passar por um processo de construção do conhecimento e não apenas adquirir informação, quer dizer que o EEER deve auxiliar a pessoa a desenvolver habilidades ao nível social e pessoal, e não se limitar reproduzir ou adaptar comportamentos. Os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados aos valores da pessoa, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por ordem social, cultural e religiosa (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Assim sendo, as intervenções e terapias objetivam aperfeiçoar as funções residuais, recuperar ou manter a independência nas atividades de vida, e diminuir o impacto das incapacidades instaladas, quer seja por acidente ou doença (Regulamento n.º 392/2019).

No decorrer do estágio comunitário, foi desenvolvido um Estudo de Caso com o tema “Capacitar o cuidador informal a colaborar ativamente no programa reabilitação da pessoa com AVC”, como tal foram desenvolvidos diagnósticos e intervenções com base em evidência científica atualizada, de forma a capacitar o cuidador informal a colaborar ativamente no programa de reabilitação da pessoa com AVC, no seu domicílio, e a capacitar a pessoa a adquirir técnicas e habilidades adaptativas, para tal, foi estabelecida uma relação terapêutica. Ao longo do meu percurso com a pessoa e a sua família, pude verificar uma evolução.

A pessoa selecionada para o estudo de caso, apresentava um diagnóstico médico de AVC, após a primeira avaliação da ECCI, foi notório que passava por um processo difícil de transição saúde-doença, associado ao impacto do processo corporal, e a família geria a doença e as limitações do Sr. com muita dificuldade. Como tal, elaborei um plano de cuidados de reabilitação com enfoque na reabilitação funcional motora e na capacitação do cuidador informal, por forma a promover capacidades adaptativas, devido à extensão das lesões,

alcançar a funcionalidade motora, para que posteriormente pudesse melhorar a qualidade de vida e alcançar a reintegração social e familiar.

Elaborei planos de cuidados CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) com os seguintes focos de atenção: a mobilidade comprometida, o equilíbrio comprometido, andar com auxiliar de marcha comprometido.

As limitações motoras que o Sr. apresentava eram notórias e isso deixara-o desanimado, uma vez que sempre foi o suporte familiar, e perante a manifestação da doença, viu os papéis a inverterem-se. Apresentava limitações em realizar as AVD e no andar, o que fez com que ficasse mais limitado ao sofá e à cama, acentuando as sequelas da imobilidade e uma perda significativa da massa muscular. Como tal, estabeleci um plano de cuidados com foco na reabilitação funcional motora, elaborado um treino segundo o FITT (Frequência, intensidade, tempo e tipo) de baixa intensidade. Senti necessidade, de remover em conjunto com a pessoa e família, algumas barreiras arquitetónicas de forma a reduzir o risco de queda do senhor e também pedimos a colaboração da família, na aquisição de alguns equipamentos como um alteador de sanita, cadeira de banho e um andarilho tendo sido adaptado à sua altura, para promover a independência do Sr. nas AVD.

Durante o tempo de internamento na ECCI, o Sr. e a família demonstraram muito interesse em apreender toda a informação transmitida, e os exercícios que poderiam executar na ausência da equipa. O empenho da filha (cuidadora informal) foi bastante notório, o Sr. rapidamente começou a apresentar ganhos evidentes e uma maior satisfação, que gradualmente conferindo a confiança e autoestima necessária, passando a ser capaz de acreditar que seria possível adquirir parte da independência física que tinha outrora e a sua autonomia.

No decorrer do estágio profissionalizante, foram desenvolvidos diagnósticos e intervenções com base em evidência científica atualizada, de forma a capacitar a pessoa adquirir a máxima funcionalidade motora, para tal, foi estabelecida uma relação terapêutica ao longo do seu internamento.

Elaborei planos de cuidados, onde cada sessão demorava uma média de 30 a 45 minutos, prevenção de complicações, e promoção dos cuidados a ter pós-cirúrgicos, por forma a

alcançar a funcionalidade motora e a independência nas AVD, e posteriormente alcançar uma melhor qualidade de vida e bem-estar, da qual pude verificar uma evolução positiva no dia da alta.

Elaborei um plano de cuidados, com base no padrão documental dos cuidados especializados da especialidade de enfermagem de reabilitação, utilizando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), foram levantados os seguintes focos de atenção: a mobilidade comprometido, risco de rigidez articular, o equilíbrio comprometido, o andar com auxiliar de marcha comprometido, a ventilação não comprometida, a limpeza das vias aéreas ineficaz, intolerância à atividade comprometida e o défice no autocuidado: higiene, vestir e uso do sanitário.

Como tal, estabeleci um plano de cuidados de baixa intensidade e inicialmente na cama, progredindo diariamente. Tive o cuidado de remover algumas barreiras arquitetónicas da unidade da pessoa, de forma a reduzir o risco de queda e foi-lhe fornecido um auxiliar de marcha, para poder caminhar e concretizar os restantes exercícios verticalmente.

A utilização dos instrumentos de avaliação de enfermagem é um processo essencial para garantir a qualidade e a eficácia das escalas, como tal, esta requer uma avaliação da sua aplicabilidade clínica e das suas propriedades psicométricas. Os instrumentos de avaliação que foram usados, já estavam em vigor nos serviços.

Ao longo dos estágios, respeitei a individualidade e autonomia da pessoa, por forma a alcançar a máxima funcionalidade, melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

3.3- Competências de Mestre

O Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, estabelece um regime jurídico na certificação das entidades formadoras e dos processos de certificação e validação das competências dos alunos, com o objetivo de promover o sistema de educação em Portugal, garantindo a máxima qualidade. O mesmo, estabelece as bases orientadoras para um processo estruturado e claro de reconhecimento e certificação de competências, contribuindo para a valorização e qualificação dos formandos.

A realização do Mestrado Integrado requer que o formando desenvolva atividades de formação e de investigação baseada na prática e orientadas para o desenvolvimento profissional, como tal o mestrado integrado proporciona aos formandos a aquisição de conhecimentos numa área específica.

No decorrer dos estágios para alcançar os objetivos de mestre, foram realizados dois estudos de casos sobre os temas “Capacitar o cuidador informal a colaborar ativamente no programa reabilitação da pessoa com AVC”, e as “As vantagens do exercício aplicado à pessoa idosa submetida a artoplastia do Joelho”. Os temas foram por escolhidos mim, por terem sido uma necessidade identificada por mim e com o consentimento do meu supervisor, permitindo-me refletir e analisar, por forma a alcançar uma prática segura.

No estágio profissionalizante, realizei uma formação acerca do meu estudo de caso: “As vantagens do exercício aplicado à pessoa idosa submetida a artoplastia do Joelho”, senti-me bastante motivado em expor os resultados da minha pesquisa à equipa de enfermagem, por ser um tema do eu interesse, e por ter verificado que as pessoas idosas no serviço em destaque, não eram motivadas a realizar exercício físico. A sessão de formação foi dirigida aos enfermeiros do turno, conforme foi solicitado pela minha enfermeira supervisora, e a mesma foi avaliada oralmente, infelizmente não foi entregue um questionário de satisfação, apesar de estar ciente que teria sido o mais correto.

4- Análise SWOT

A análise acerca do meu percurso ao longo dos estágios, apliquei à matriz que analisa quatro variáveis *strengths/* forças, *weaknesses/* fraquezas, *opportunities/* oportunidades e *threats/* ameaças (SWOT), de forma a identificar os meus potenciais e inibições ao longo do meu percurso académico.

Relativamente à variável *strength/* força, a minha prestação de cuidados foi centrada na pessoa, no respeito pela autonomia, envolvendo-a na elaboração dos cuidados e privilegiando as suas necessidades como um ser singular que tem direitos, crenças e valores.

No decorrer do curso a minha motivação e empenho foi total, procurando evidência científica e conhecimentos, que me capacitassem a ser melhor profissional e pessoa. A minha evolução profissional e pessoal durante o meu percurso académico contínuo consegui desenvolver e adquirir novas competências enquanto futuro enfermeiro mestre e especialista de Reabilitação, empoderando de capacidades e habilidades, por forma a conseguir desenvolver as competências comuns, as específicas de reabilitação e as de mestre, para conseguir elaborar planos de cuidados que alcancem em ganhos em saúde para a pessoa.

Relativamente às fraquezas/ *Weaknesses*, no estágio da comunidade, inicialmente senti algum receio em ir aos domicílios, já que no início tudo era uma incógnita, e havia o medo de errar enquanto aluno, por estar perante uma realidade nova para mim, e por vezes senti que me resguardei, mas a minha orientadora confiou em mim e pediu-me para “avançar sem medo”, o que se tornou motivador, no estágio hospitalar já senti com mais confiança e autonomia, por sentir que vinha com os conhecimentos mais cimentados, acabando por favorecer a minha evolução e aprendizagem.

A variável Threats/ Ameaça, relativamente ao estágio da comunidade, a ECCI tinha um número reduzido de recursos humanos. No estágio de ortopedia, tentei realizar exercícios, conforme descritos na *guidelines knee arthroplasty*, testar outros instrumentos de avaliação de enfermagem, ou até mesmo usar o goniómetro, mas a resposta por parte da minha supervisora era sempre a mesma “não inventes”, o que me obrigou a desistir para não entrar em desacordo, tanto com a minha supervisora e como com a restante equipa de enfermagem.

Desta experiência, retirei uma aprendizagem para a vida, dado que o ensino clínico é de extrema importância para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades técnicas.

Neste estágio percebi que havia algum sentimento de empatia entre os EEER e os fisioterapeutas, dado que a comunicação era quase inexistente, mas absteve, e tentei manter uma relação cordial com todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Conclusão

A reabilitação, é desde sempre uma área do meu interesse, e veio a revelar-se uma grande prova de resiliência e de adaptação, por me ter conferido uma visão diferente do papel do enfermeiro especialista. Este curso possibilitou-me o desenvolvimento e a aquisição de competências e habilidades técnicas e científicas, que me capacitaram para a elaboração de um plano de cuidados de reabilitação, sempre com foco nos ganhos em saúde adquiridos pela pessoa em causa. Esta viagem pelo mestrado motivou-me para o incessante estudo - com o apoio de leituras bibliográficas - que me proporcionou a operacionalização de todos os procedimentos, conferindo-me segurança e confiança na prática laboral.

Todos os meus comportamentos, decisões e atitudes tiveram em consideração os conceitos ético-legais, garantindo o respeito pelos direitos e deveres, pela autonomia e liberdade e pela tomada de decisão, tendo em ponderação que a pessoa tem o direito a escolher e a participar ativamente na elaboração dos planos de cuidados, por forma a sentir-se incluído e motivado. O EEER tem de respeitar as crenças, valores, capacidades, desejos da natureza individual da pessoa, assim como a sua autonomia durante todo o processo de reabilitação. Dever fazer um reforço e verbalizar um elogio positivo ao esforço da pessoa para atingir os objetivos definidos previamente e individualmente (MCEER, 2018).

Tendo por base a literatura científica atualizada, no meu estudo de caso concretizei e elaborei planos de cuidados de reabilitação, a sua eficácia resultou na maximização da força muscular, um aumento da ADM, capacitação da pessoa para readaptar funcionalidades, e adquirir independência para realizar as AVD, tornando-se em ganhos sensíveis em saúde. O êxito dos planos de cuidados irá evidenciar o trabalho do EEER, mas para tal, é necessário reforçar a necessidade de se realizar estudos de investigação, publicações de estudos de caso, entre outros, que promovam o trabalho do enfermeiro, por forma a comprovarmos a importância do papel do EEER.

Em suma, através do meu percurso académico, aprendia a desenvolver as habilidades e competências comuns, específicas e de mestre, que me capacitam e motivam a desenvolver cuidados de saúde enfermagem de reabilitação.

Referências bibliográficas

Alesi, D., Meena, A., Fratini, S., Rinaldi, V. G., Cammisa, E., Lullini, G., Vaccari, V., Zaffagnini, S., & Marcheggiani Muccioli, G. M. (2022). Total knee arthroplasty in valgus knee deformity: is it still a challenge in 2021. *Musculoskeletal surgery*, 106(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s12306-021-00695-x>

Alrawashdeh, W., Eschweiler, J., Migliorini, F., El Mansy, Y., Tingart, M., & Rath, B. (2021). Effectiveness of total knee arthroplasty rehabilitation programmes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 53(6), jrm00200. <https://doi.org/10.2340/16501977-2827>

Couto, O., Silva, R., Domar, M., Gomes, B., (2021) Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorrespiratório in Cordeiro, M., & Sequeira, C. (Coords.) – *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas*. Lusociências. ISBN: 978-989-752-723-4

Conceição Martins Silva Xavier, M. A., Carvalho da Guia, A. S., Mota Ascenso, C. S., Pissarra Preto, J. I., & Mota de Sousa, L. M. (2018). Propriedades métricas do Oxford Knee Score em pessoas com osteoartrite após artroplastia do joelho: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 60–65. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4421>

Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2005.

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 – 103

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto

Fawaz, W. S., & Masri, B. A. (2020). Allowed Activities After Primary Total Knee Arthroplasty and Total Hip Arthroplasty. *The Orthopedic clinics of North America*, 51(4), 441–452. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2020.06.002>

George, J. (2000) Teorias de enfermagem: os fundamentos a pratica profissional, Porto Alegre; Artmed; 4 ed; 2000.

Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>

Guimarães, A., Sousa, R. (2018) Prótese total do joelho dolorosa - abordagem diagnóstica *Rev Port Ortop Traumatol*, 26: 318-340

Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, A., & Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(1), 51–59. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., Ribeiro, O. (2021) O Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético in Cordeiro, M., & Sequeira, C. (Coords.) – *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas*. Lusociências. ISBN: 978-989-752-723-4

MCEER (2018) - *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

MCEER (2013) - *Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*, Ordem dos Enfermeiros, ISBN - 978-989-8444-24-0

Nemeth, B., Nelissen, R., Arya, R., & Cannegieter, S. (2021). Preventing VTE following total hip and knee arthroplasty: Is prediction the future?. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*, 19(1), 41–45. <https://doi.org/10.1111/jth.15132>

Ordem dos Enfermeiros. (2015) - *Deontologia Profissional de Enfermagem*, edição ordem dos enfermeiros, agosto de 2015, ISBN 978-989-8444-30-1

Ordem dos enfermeiros (2015) *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*

Pereira, R., Martins, M., Machado, W., Pereira, A., Pereira, A., & Chesani, F. (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>

Pereira, R.; Martins, M.; William, C.; (2017) Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência o caminho para a inclusão social in Cordeiro, M., & Sequeira, C. (Coords.) – Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas. Lusociências. ISBN: 978-989-752-723-4

Petronilho, F. & Machado, M. (2017). 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 (3-14). Lisboa, Portugal: Lusodidacta

Pontes, M. M. & Santos, A. (2017). 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). Loures: Lusodidacta.

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>

Raddaoui, K., Khedhri, W., Zoghalmi, K., Radhouani, M., Trigui, E., & Kaabachi, O. (2019). Perioperative morbidity in total knee arthroplasty. *The Pan African medical journal*, 33, 233. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.233.19095>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República n.º 26/2019 – Série II. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio de 2019. Diário da República n.º 85/2019 – Série II. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº. 350/2015 de 22 de junho de 2015. Diário da República nº 119/2015 – Série II. Ordem dos Enfermeiros.

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ribeiro, O., Faria A., & Ventura, J. (2021) in Cordeiro, M., & Sequeira, C. (Coords.) – Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas. Lusociências. ISBN: 978-989-752-723-4

Seeley R, Stephens T, Tate P. Anatomia e Fisiologia. 10ªed. Lisboa: Lusodidacta; 2016.

Sousa, L., Carvalho, M., (2017) Pessoa com osteoartrose na anca e no joelho em contexto de internamento e ortopedia in: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Coords.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (3-14). Lisboa, Portugal: 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>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem. (5º ed.). Loures: Lusociência.

Vaianti, E., Scita, G., Ceccarelli, F., & Pogliacomì, F. (2017). Understanding the human knee and its relationship to total knee replacement. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 88(2S), 6–16.
<https://doi.org/10.23750/abm.v88i2-S.6507>

Vasconcelos, M., (2021) Ética em enfermagem de reabilitação in Cordeiro, M., & Sequeira, C. (Coords.) – Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas. Lusociências. ISBN: 978-989-752-723-4

Anexos

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Anexo I – Estudo de caso



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM – RAMO REABILITAÇÃO

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Caso clínico

As vantagens do exercício aplicado à pessoa idosa submetida a artoplastia do Joelho

Professor Orientador: Nelson Guerra

Enfermeiro Supervisor: Ana Martinho

Elaborado por: Nuno Oliveira nº 20230149

Lisboa, janeiro de 2024

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Caso clínico

As vantagens do exercício aplicado à pessoa idosa submetida a artroplastia do Joelho

Professor Orientador: Nelson Guerra

Enfermeiro Supervisor: Ana Martinho

Elaborado por: Nuno Oliveira nº 20230149

Lisboa, janeiro de 2024

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“O autor é a único responsável pelas ideias expressas neste trabalho.”

Resumo

TÍTULO: As vantagens do exercício aplicado à pessoa idosa submetida a artroplastia do joelho.

RESUMO: Otimizar a capacidade de uma pessoa idosa andar, implica ajudá-la a realizar as suas atividades diárias de uma forma independente, que por sua vez, potencia a sua autonomia e bem-estar. Quando este objetivo é atingido há ganhos significativos para a saúde. Por um lado, haverá a redução de custos associados à dependência e, por outro lado, haverá um impacto na melhoria da qualidade de vida, na sua interação e participação na sociedade.

OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo determinar se existem vantagens na aplicação do exercício físico à pessoa idosa submetida a artroplastia do joelho.

MÉTODOS: Estudo de caso com abordagem quantitativa de observação participativa.

RESULTADOS: Através da implementação de um programa de reabilitação motor segundo a frequência, intensidade, tempo e tipo, destaco uma melhoria gradual da função motora, refletindo-se na independência nas atividades de vida diárias, melhoria da funcionalidade e maior autonomia.

CONCLUSÃO: A implementação precoce de exercícios de reeducação funcional motora focados em ações educativas através da atuação do enfermeiro especialista em reabilitação, mostrou ser uma ferramenta essencial para prevenir complicações futuras em pessoas idosas submetidas a artroplastia total do joelho.

DESCRITORES: Enfermeiro de reabilitação, gonartrose, artroplastia total do joelho, exercício físico e idoso.

SIGLAS

AVD – Atividades de vida diária

ATJ - Artroplastia total do joelho

CHULC - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

EEER- Enfermeiro especialistas de enfermagem de reabilitação

ERAS - *Enhanced recovery after surgery*

FITT - Frequência, intensidade, tempo e tipo

HCC - Hospital Curry Cabral

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MRC - *Medical research council*

RFR – Reeducação funcional respiratória

TUGT - Treino de marcha de 6 minutos

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 61 |
| Materiais e métodos | 62 |
| Apresentação Do Caso Clínico | 64 |
| Programa de Reabilitação | 71 |
| Resultados | 74 |
| Discussão | 77 |
| Conclusão | 81 |
| Referencias bibliográficas..... | 84 |
| Anexos | 86 |
| Anexo A –Escala de Borg Modificada | 87 |
| Anexo B – Escala de Barthel | 89 |
| Anexo C – Escala de Medical Research Council (MRC)..... | 91 |
| Anexo D – Escala Numérica da dor..... | 92 |
| Anexo E – Escala de Berg..... | 93 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Anamnese | 64 |
| Tabela 2 - Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação..... | 65 |
| Tabela 3 - Treino segundo FITT..... | 72 |
| Tabela 4 - Colheita de dados através de escalas (score) | 74 |
| Tabela 5 - Resultados..... | 75 |

Introdução

O presente trabalho visa estruturar um estudo de caso que irei desenvolver durante o ensino clínico personalizante a decorrer no serviço Ortopedia em um hospital de Lisboa, de forma adquirir competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), sob orientação de uma Enfermeira Especialista, de forma a potencializar o meu desenvolvimento, autoformação e aptidões de EEER em contexto cirúrgico ao nível ortopédico.

No cuidado à pessoa submetida a Artroplastia Total do joelho (ATJ) ao longo do período pré e pós-operatório, é de extrema importância a atuação do EEER, uma vez que concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais e concretos das pessoas. Associado à sua formação contínua e experiência acrescida, o EEER está capacitado para tomar decisões relativas à promoção da saúde e prevenção de complicações, bem como para a realização de um tratamento de reabilitação com o objetivo de maximizar a funcionalidade da pessoa, promovendo a independência e a satisfação da pessoa, gerando posteriormente ganhos em saúde.

É de evidenciar que durante o processo de envelhecimento existem inúmeros processos que irão ficar comprometidos, tais como a diminuição da perceção sensorial, a diminuição do equilíbrio, a perda de massa muscular e, possivelmente, o estilo de vida será mais sedentário. Todos estes fatores são um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças articulares na população, resultando em incapacidades crónicas, e inevitavelmente o risco de quedas tornar-se-á elevado. Daí durante o internamento, existe uma necessidade de contrariar este sedentarismo, capacitando a pessoa da necessidade do exercício físico e da mobilização precoce, não só por conferirem uma melhor qualidade de vida, como uma melhor recuperação.

Os exercícios terapêuticos instituídos pelo EEER são um pilar fundamental na recuperação da pessoa idosa submetida a ATJ, permitindo recuperar a função do joelho, restaurar a força e a sua resistência, contribuindo para a promoção da mobilidade, coordenação motora e funcionalidade, minimizando complicações que irão contribuir para a independência da pessoa e uma maior autonomia.

No âmbito das suas intervenções, o EEER utiliza de forma segura técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio que garantam ajuda técnica e dispositivos de compensação e intervêm na educação da pessoas com necessidade de reabilitação, “em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração da pessoa no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a Acessibilidade e a participação social” (OE, 2018), englobando as pessoas significativas .

O EEER através da intervenção preventiva e estratégias direcionadas, levaram-me a desenvolver uma questão “Quais as vantagens do exercício físico na pessoa idosa submetida a PTJ?”. O estudo caso que irei desenvolver tem como objetivo determinar se existe vantagens na aplicação do exercício físico à pessoa idosa submetida a artoplastia do Joelho.

Materiais e métodos

O meu estudo de caso é de abordagem qualitativa, por ser uma investigação aprofundada de um fenómeno específico, que procura abranger a experiência da pessoa ao meu cuidado. Esta abordagem permite utilizar métodos como entrevistas, observação participante e análise de evidência científica. No caso do estudo de caso, permite descrever o contexto, os participantes, os procedimentos de colheita de dados, os resultados da análise e as conclusões adquiridas (Néné & Sequeira, 2022).

De forma a estruturar o meu estudo de caso, apoiei-me nas diretrizes: CAsE REport (CARE), por proverem recursos que possibilitarão aperfeiçoar o meu estudo. As diretrizes CARE são um conjunto de diretrizes com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade dos estudos de casos e foram desenvolvidos para fornecer uma organização estruturada para a notificação de casos individuais, garantindo que detalhes importantes sejam incluídos, facilitando a disseminação de informações clínicas. As diretrizes CARE geralmente cobrem seções como título, resumo, introdução, apresentação do caso e discussão (Gagnier et al., 2013).

De forma a fundamentar a minha análise crítica à questão “Quais as vantagens do exercício aplicado à pessoa idosa submetida a artoplastia do Joelho”, foram realizadas pesquisas nas

bases de dados Scielo, Ebsco, Pubmed e Science direct com os descritores anteriormente referidos: enfermeiro de reabilitação, gonartrose, artoplastia do joelho, exercício físico e idoso. Como critério de exclusão defini um intervalo de tempo de 5 anos, ou seja, estudos publicados entre 2019 e 2023. Foram encontrados 14 artigos de pesquisa, dos quais, por via da revisão pelo JBI culminaram em 4 artigos para leitura integral.

Para que pudesse desenvolver este estudo de caso, foi garantido a privacidade e o anonimato da pessoa.

A colheita de dados foi efetuada no serviço de Ortopedia A, através da pesquisa de informação através do SCLIC e de uma entrevista onde foi colhida uma anamnese com o seu consentimento livre e esclarecido, e aplicadas escalas; os dados foram analisados, de forma a concretizar um plano de cuidados de reabilitação direcionado às necessidades da pessoa, com objetivos reais e atingíveis, posteriormente, foram implementados de forma a obter compreender o seu efeito. É de referir que foi garantida a proteção de dados, a confidencialidade e anonimato dos dados da pessoa e família.

O foco dos cuidados desta equipa está centrado nas pessoas com necessidades cirúrgicas, e na sua família. Estas intervenções incluem a promoção da saúde, prevenção de complicações, reabilitação precoce e a preparação da alta que se inicia desde a entrada.

O serviço de Ortopedia A tem uma consulta cirúrgica pré-operatória chamada de viagem, com uma equipa multidisciplinar, onde se inicia a preparação para a cirurgia, e o EEER está incluído. Inicialmente a pessoa é observada por um médico ortopedista e um enfermeiro de cuidados gerais onde são tidas em conta todas dúvidas e necessidades acerca da patologia, da terapêutica que realiza diariamente, transmite-se o tipo de intervenção cirúrgica que irá ser realizada. As angústias, dúvidas, receios, ansiedades e medos da pessoa, são tidas em conta de forma a saírem esclarecidos para que o pós-operatória seja facilitado e menos traumático e a alta seja o mais precoce possível neste.

O EEER na primeira consulta não está inserido, mas tem um papel importante neste percurso em conjunto com a equipa multidisciplinar, onde num seminário são reunidas as pessoas que vão ser operadas em data previamente estipulada, fazendo os ensinamentos pré-operatórios,

tirando dúvidas sobre as limitações e ganhos pós cirurgia, realiza ensinamentos de como andar de canadianas, de bengala, posicionamentos benéficos e prejudiciais pós cirurgia, fala sobre a sexualidade, posições possíveis a praticar de forma a evitar luxações futuras. O intuito destes ensinamentos passa por incentivar a independência da pessoa o mais precoce possível, pós cirurgia para o domicílio.

O conhecimento e consciencialização acerca das necessidades do outro, a vontade para agir e as ações fundamentadas no conhecimento, criam uma mudança positiva na maneira de cuidar, assim sendo o EEER tem um papel fundamental, e de destaque nesta consulta, já que passam por ele muitos dos ensinamentos, demonstrações e sessões de esclarecimento no pré e pós-operatório, de forma a capacitar e maximizar a pessoa das várias fases da cirurgia e da sua reabilitação, com o objetivo de maximizar a sua independência e otimizando a sua qualidade de vida.

Apresentação Do Caso Clínico

Tabela 1 - Anamnese

| CASO CLÍNICO | |
|-------------------------------|---|
| IDADE | 72 anos |
| GÉNERO | Feminino |
| NACIONALIDADE | Portuguesa |
| ESTADO CIVIL | Casada |
| AGREGADO FAMILIAR | Vive com a esposa |
| O | 4ª classe |
| CRENÇA ESPIRITUAL | Católica |
| PROFISSÃO/OCUPAÇÃO | Doméstica |
| DOENÇAS DIAGNOSTICADAS | HTA, Dislipidemia, diabetes tipo 2, obesidade, síndrome de ansiedade, cirurgia quistos ovários, cirurgia quisto mamário, cirurgia bexiga. |
| MEDICAÇÃO HABITUAL | Mucardi plus, sivistatina, pregabalina, keinever |

| | |
|---|---|
| DIAGNÓSTICO CLÍNICO | Gonartrose á esquerda |
| DATA DE CIRURGIA | 4-11-2023 |
| DATA DO INTERNAMENTO | 4-11-2023 |
| HISTÓRIA CLÍNICA | Por apresentar gonartrose primária á esquerda em valgo foi submetida a artroplastia total do joelho cimentada no dia 4/11/2023, material implantado STYKER Triathlon fémur 5 PS, tibia 5 poliestieno 9 , encerramento do membro por planos, ficando com dreno intra-articular e agrafos á pele. |
| EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO | RX joelho esquerdo 4/11/2023 |
| MEDICAÇÃO ATUAL | Mucardis plus, sivistatina, pregabalina, keinever, paracetamol, metamizol magnésio, rivaroxabano |
| HÁBITOS DE RISCO | Nenhuns |
| SITUAÇÃO ATUAL FAMILIAR, HABITACIONAL E SOCIAL | Apoio familiar: esposo e filhos. |
| ENCAMINHAMENTO APÓS ALTA | Domicílio |

Tabela 2 - Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação

| Diagnósticos | Intervenções |
|---|--|
| Mobilidade comprometida em mobilidade: reduzida | Avaliar a força muscular através da escala MCR modificada do membro inferior |
| | Executar técnica de exercício muscular e articular passivo/assistido; |
| | Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido |
| | Executar técnica de movimento muscular ativo |

| | |
|---|--|
| | <p>Executar exercícios terapêuticos para se mobilizar na cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rolar na cama; - Levante; |
| | Executar treino de exercícios aeróbico); |
| | Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo: auto mobilizações, exercícios de agachamento, exercícios de fortalecimento muscular. |
| | Incentivar a pessoa a realizar auto mobilizações dos membros superiores e inferiores; |
| | Ensinar e treinar técnicas de prevenção de complicações, realizar flexão de acordo com o protocolo e tolerância da pessoa. |
| | Reduzir a tensão psíquica e muscular e diminuir a sobrecarga muscular; |
| Risco de rigidez articular | Avaliar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular; |
| | Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; |
| | Treinar técnicas de exercício muscular e articular; incentivar execução de exercício muscular e articular; supervisionar exercícios musculares a articulares ativos. |
| Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular | Avaliar conhecimento sobre condições de risco de prevenção de rigidez articular, avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; |
| | Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; providenciar material educativo. |

| | |
|--------------|--------------|
| Diagnósticos | Intervenções |
|--------------|--------------|

| | |
|---|--|
| Equilíbrio comprometido em grau: reduzido | Aplicar escala de Berg; |
| | Avaliar equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio estático sentado e ou em pé - Equilíbrio dinâmico sentado e ou em pé. |
| | Executar treino de correção postural e posições viciosas |
| | Executar treino para suportar o próprio peso em diferentes posições |
| | Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural) |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio comprometido | Avaliar conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio |
| | Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal; |
| Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio comprometido | Avaliar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> - Instruir e Treinar técnica de equilíbrio corporal |

| Diagnósticos | Intervenções |
|---|--|
| Andar com auxiliar de marcha comprometido em grau: moderado | Avaliar o risco de Quedas, e prevenir através do uso de auxiliares de marcha e remoção de barreira arquitetónicas; |
| | Avaliar conhecimentos sobre auxiliar de marcha; |
| | Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha: andarilho; canadianas. |
| | Ensinar sobre o ajuste correto do auxiliar de marcha e condições de segurança; |

| | |
|--|---|
| | <p>Ensinar técnicas para andar com auxiliar de marcha: avançam primeiro o auxiliar de marcha, depois pé do membro operado e posteriormente o outro.</p> <p>Subir escadas com o auxiliar de marcha primeiro o lado saudável e a descer escadas será primeiro o lado operado.</p> |
| | <p>Treinar técnicas de adaptação para andar com auxiliar de marcha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pequenas distâncias (até 5m); - Subir e descer degraus; |

| Diagnósticos | Intervenções |
|-----------------------------|--|
| Ventilação não comprometida | Avaliar a ventilação através da auscultação do tórax, monitorizar frequência respiratória e saturações. |
| | <p>Executar técnica de posicionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posição de descanso e relaxamento e Correção postural; - Prevenir e corrigir os defeitos posturais; |
| | <p>Executar técnicas respiratórias de forma a prevenir e corrigir os defeitos ventilatório e a melhorar a distribuição e a ventilação alveolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controle e dissociação dos tempos respiratórios; - Expiração com os lábios semicerrados; - Reeducação costal global com recurso a um bastão; - Reeducação diafragmática anterior com e sem resistência; |
| | Reeducar no esforço/ melhorar a conservação de energia; |

| | |
|--|--|
| | Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuir a sobrecarga muscular respiratória; |
|--|--|

| Diagnósticos | Intervenções |
|--------------------------------|--|
| Limpeza das vias aéreas eficaz | Avaliar o reflexo tosse; |
| | Executar cinesioterapia respiratória: |
| | - Tosse dirigida/assistida; - Assegurar a permeabilidade das vias aéreas; |

| Diagnósticos | Intervenções |
|---|--|
| Intolerância à atividade em grau: reduzido | Avaliar a intolerância à atividade através da escala de Borg modificada e da percepção subjetiva |
| | Negociar, Planear e gerir a atividade física: |
| Potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica de conservação de energia e sobre hábitos de exercício | Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercícios e sobre técnicas de conservação de energia |
| | Ensinar sobre técnicas de conservação de energia e sobre hábitos de exercício |

| Diagnósticos | Intervenções |
|---|--|
| Autocuidado do uso sanitário comprometido em grau: moderado | Avaliar capacidade o autocuidado: ir ao sanitário através da escala de Barthel; |
| | Instruir sobre dispositivos de apoio para ir ao sanitário |
| | Treinar o uso de dispositivos de apoio para ir ao sanitário |
| | Providenciar dispositivos de apoio para ir ao sanitário: um alteador de sanita |
| | Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação durante a ida ao sanitário; |

| | |
|--|---|
| | Instruir sobre prevenção de complicações na articulação durante a ida ao sanitário; |
| | Treinar sobre prevenção de complicações na articulação durante a ida ao sanitário; |
| Autocuidado vestuário comprometido em grau: reduzido | Avaliar capacidade o autocuidado para vestir-se e despir-se através da escala de barthel; |
| | Instruir sobre dispositivos de apoio para vestir-se e despir-se; |
| | Treinar o uso de dispositivos de apoio para vestir-se e despir-se: vestir primeiro membro inferior operado e despir em último; usar uma calçadeira de cabo longo para calçar sapatos sem cordões e antiderrapantes, sendo aconselhado um número superior ao habitual; |
| | Providenciar dispositivos de apoio: calçadeira de cabo longo |
| | Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação durante o vestir-se e despir-se; |
| | Instruir sobre prevenção de complicações na articulação durante o vestir-se e despir-se; |
| | Treinar sobre prevenção de complicações na articulação durante a ida ao sanitário; |
| Autocuidado higiene comprometido em grau: moderado | Avaliar capacidade o autocuidado: ir tomar banho através da escala de Barthel; |
| | Instruir sobre dispositivos de apoio para tomar banho; |
| | Treinar o uso de dispositivos de apoio para tomar banho; |
| | Providenciar dispositivos de apoio para o banho: cadeira de higiene, esponja de cabo longo, alteador de sanita, tapete antiderrapante, e o restante material de higiene. |

| | |
|--|--|
| | Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação durante o tomar banho; |
| | Instruir sobre prevenção de complicações na articulação durante o tomar banho; |
| | Treinar sobre prevenção de complicações na articulação durante o tomar banho; |

Programa de Reabilitação

Após a cirurgia, o processo de reabilitação deve ser iniciado o mais precocemente possível, optando-se pela implementação de técnicas respiratórias simples como o controlo da respiração, a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, a expiração com os lábios semicerrados, a reeducação costal global e reeducação abdominodiafragmática posterior, recorrendo a técnicas de limpeza das vias aéreas, através das manobras acessórias e da tosse dirigida, quanto ao treino motor é necessário iniciar o quanto antes treino de fortalecimento dos membros inferiores, em principal do membro operado, bem como o levante precoce, de maneira a minimizar a estase e prevenir problemas circulatórios.

O EEER deve fazer uso das escalas de Borg para avaliar o esforço, da MRC para avaliar a força muscular, Índice de Barthel para avaliar a realização das atividades de vida diárias, avaliar o desempenho físico e marcha através da marcha de 6 minutos (TUGT), avaliar o equilíbrio através do teste dinâmico e estático, e da dor através da escala da dor numérica.

Bem como, delinear intervenções com o objetivo de otimizar o movimento corporal, através de exercícios de acordo com o FITT, que capacite as pessoas a realizarem atividade física, promovendo a mobilização e prevenindo complicações associadas à imobilidade no pós-operatório.

Pretendo, também dar enfoque à adesão e gestão do regime terapêutico, capacitando a pessoa a ser gestora da própria doença.

Através do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, pretendo delinear cuidados de enfermagem de reabilitação através da linguagem CIPE®, determinei que os focos de atenção a mobilidade comprometida, o equilíbrio comprometido, o andar com auxiliar de marcha comprometido, a ventilação comprometida, a limpeza das vias aérea inefiz e o deficit no autocuidado: higiene, vestir e uso do sanitário.

Tabela 3 - Treino segundo FITT

| | |
|--|--|
| F – Frequência | cada exercício 2 vezes 5 a 10 repetições |
| I – Intensidade | <p>Parâmetros Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial; - Frequência Cardíaca (bpm); - Saturações (%). <p>Parâmetros subjetivos:</p> <p>PSE – escala de <i>Borg</i> modificada</p> |
| T – Duração | 30 a 45 minutos, intercalados com períodos de descanso. |
| T- Tipo de treino | Reeducação respiratória e motora |
| Exercícios a realizar no período pós-operatórios | |
| Alongamentos | |
| <p>Contrações isométricas dos Glúteos e quadricípites</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar contrações isométricas empurrando o membro contra o colchão; • Realizar contrações com apoio de um rolo ou de uma bola. | |
| Mobilização da articulação tibiotársica, realizando dorsiflexão e flexão. | |
| Exercícios isométricos e isotónicos | |
| Isométricos abdominais, glúteos e do quadricípite; | |
| <p>Isotónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilizações ativas, podendo ser livres e resistidas do membro são. • Mobilizações ativas, podendo ser assistidas e resistidas do membro operado, mediante a sua tolerância, através de extensão e flexão da articulação coxofemoral, abdução e adução coxofemoral até à linha media do corpo, | |

| |
|--|
| extensão e flexão da articulação do joelho e dorsiflexão e flexão da articulação tibiotársica. |
| Realizar o levante: <ul style="list-style-type: none">• Sair pelo lado do membro operado;• Sentar na cama com o apoio dos braços, com extensão do membro operado;• Fletir o membro são, rodar o corpo até o membro tocar no chão. |
| Deitar <ul style="list-style-type: none">• Senta-se no lado do membro são;• O membro não operado ajuda o membro operado a manter-se em extensão;• O membro não operado ergue o membro operado até à cama. |
| Treino de Marcha com auxiliar de marcha (1º andarilho e posteriormente com duas canadianas) <ul style="list-style-type: none">• Deslocar o membro operado até ao nível do auxiliar de marcha;• Avançar com o membro são;• Para mudar de direção <u>sempre</u> pelo membro são. |
| Subir escadas <ul style="list-style-type: none">• Primeiro o membro são, e depois o membro operado; Descer escadas <ul style="list-style-type: none">• Primeiro o membro operado e depois o membro são. |
| Sentar e levantar da cadeira: <ul style="list-style-type: none">• O membro operado deve ficar sempre em extensão;• Baixar o tronco lentamente com o apoio dos membros superiores, usando o braço da cadeira para exercer a força;• Quando sentado pode realizar exercícios onde o membro são ajuda o membro operado. |
| Uso da banheira <ul style="list-style-type: none">• Usar sempre que possível sempre um duche, na vez de banheira pelo risco de queda;• Tomar banho sentado, se for banheira usar acessórios de banho; |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Para se sentar usar a técnica de sentar e levantar, primeiro o membro são, para sair primeiro é o membro operado <u>sempre</u> em extensão; |
| <p>Uso do sanitário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar de preferência um alteador de sanita; • Usar a mesma técnica de sentar e levantar. |
| <p>Entrar e sair do carro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentar-se primeiro; • Rodar os membros inferiores para dentro mantendo o membro operado em extensão, sendo o primeiro o membro são. • Sair fazer o inverso. |

Resultados

Tabela 4 - Colheita de dados através de escalas (score)

| Escalas | | Avaliação Inicial 06/11 | Avaliação Final 07/11 |
|--------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
| Medical Research Council (MRC) | MI superior | 5 | 5 |
| | MI Inferior são | 5 | 5 |
| | MI Inferior operado | 3 | 4 |
| Teste de equilíbrio | Estático sentado | Presente | Presente |
| | Estático em pé | Presente | Presente |
| | Dinâmico Sentado | Diminuído | Presente |
| | Dinâmico em pé | Diminuído | Presente |
| | | Grau elevado | Sem problema |

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Escala de Borg modificada | 3- Moderado ao esforço | 1 – Muito fraco |
| Índice de Barthel | 55 | 95 |
| Escala de Morse | 45 | 45 |
| Dor | 6 | 2 |
| Repetições | 5 | 14 |
| Caminhada em 6 minutos (7/11/2023) | | |
| | Início | Fim |
| Dispneia (escala de Borg) | 0 - Ausente | 3 – Ligeiro |
| Fadiga muscular dos MInf | Ausente | Presente membro operado |
| Tensão Arterial (mmHg) | 138/92mmHg | 143/89mmHg |
| Frequência cardíaca (BPM) | 65 | 86 |
| Saturação de O2 (%) | 98% | 99% |

Tabela 5 - Resultados

| Intervenções de enfermagem de Reabilitação | Avaliação inicial 06/11 | Avaliação Final 07/11 |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Executar técnicas respiratórias de forma a prevenir e corrigir os defeitos ventilatório e a melhorar a distribuição e a ventilação alveolar: | | |
| | Series/ repetições | Series/ repetições |

| | | |
|--|--|--|
| Controle e dissociação dos tempos respiratórios. | 5 a 10 m | 5 a 10 m |
| Expiração com os lábios semicerrados entre 5 a 10 minutos. | 5 a 10 m | 5 a 10 m |
| Reeducação costal global com recurso a um bastão. | 2 series 10 repetições | 2 series 10 repetições |
| Reeducação diafragmática posterior; | 2 series 10 repetições | 2 series 10 repetições |
| Prevenir e corrigir os defeitos posturais; | sim | Sim |
| Executar cinesioterapia respiratória: | | |
| Tosse assistida | Sem expeturação | Sem expeturação |
| Exercícios | | |
| Exercícios isométricos | 3 series 10 repetições | 3 series 10 repetições |
| Exercícios isotónicos | 3 series 10 repetições | 3 series 10 repetições |
| Treino | | |
| Levantar da cama e respetivo ensino | Ajuda parcial | - |
| Deitar na cama e respetivo ensino | - | Independente |
| Sentar e levantar e respetivo ensino | 1 serie de 10 repetições, duas vezes dia | 1 serie de 10 repetições, duas vezes dia |
| Subir e descer escadas | 1 serie de 10 repetições, duas vezes dia | 1 serie de 10 repetições, duas vezes dia |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Treino de marcha | Segundo tolerância, duas vezes dia | Segundo tolerância, duas vezes dia |
| Higiene no WC e respetivo ensino | Todas as manhãs | - |
| Uso do sanitario e respetivo ensino | Todas as manhãs | Apta |

Discussão

O estudo de caso, por mim desenvolvido tem como base na implementação de um programa de reabilitação respiratória e motora, que engloba um conjunto de técnicas e estratégias de intervenção específicas do enfermeiro de reabilitação, com o objetivo de avaliar as vantagens do exercício físico segundo FITT quando aplicado a pessoas idosas submetidas a artroplastia total do joelho.

Segundo Kisner Colby e Borstad (2017), citado por Martins, M. & Sousa, L. (2019) quando se planeia o exercício físico tem de se ter em consideração as várias dimensões da função física nomeadamente, desempenho muscular, resistência cardiovascular, mobilidade/flexibilidade, controlo neuromuscular/coordenação, estabilidade e equilíbrio corporal. Para tal, deverão ser utilizadas as estratégias mais apropriadas para aumentar a atividade física assim como do exercício físico (tipo, frequência, intensidade, duração), além disso, estas estratégias terão de ser adaptadas de acordo com as capacidades, necessidades e desejos das pessoas.

O exercício terapêutico de acordo com Kisner Colby e Borstad (2017) citado por Martins, M. & Sousa, L. (2019) é caracterizado pelo desempenho sistemático e planeado de movimentos físicos, posturas ou atividades destinadas a fornecer á pessoa os meios para: atenuar ou prevenir deficiências de funções e estruturas do corpo; restaurar ou melhorar a atividade e a participação; prevenir ou reduzir os fatores de risco relacionados com a saúde; otimizar a saúde geral e sensação de bem-estar.

Assim sendo, ausência de exercício físico/ atividade física leva a uma maior ocorrência de doenças crónicas sendo a doença osteoarticular uma delas, aumentando os custos a nível económico tanto a nível pessoal como para estado. Com o aumento dos gastos em medicamentos, fazer exercício físico acaba por ser uma maneira segura e económica de reduzir a nível financeiro a fatura das famílias e da sociedade.

Orientar as pessoas a praticarem exercícios em qualquer faixa etária, bem como um estilo de vida saudável é cada vez mais prioritário nos nossos dias, já que a eficiência e segurança do exercício físico é comprovada, para o controle de peso, prevenção e tratamento de vários tipos de doenças (ex; osteoarticulares, degenerativas metabólicas), mas na maior parte das vezes é menosprezada pelos médicos e pelas próprias pessoas.

Os estudos como vou evidenciar em seguida, demonstram que o exercício físico racional, pode regularizar processos psicológicos, fortalecer os músculos, baixar a pressão arterial, e o consumo de energia pode aumentar e melhorar a densidade óssea.

Segundo o artigo de Luan, X., et al (2019) apesar dos seus atributos o exercício físico mal realizado e não acompanhado pode levar a lesões que podem ser agudas ou crónicas, se o acompanhamento não for regular por pessoas especializadas na área.

A implementação de um plano individual com uma prescrição de exercícios concebida com uma finalidade singular com base na condição da pessoa, leva a que o EEER tenha o papel determinante na melhoria da pessoa a curto/longo prazo. O tipo de treino, a frequência, intensidade e duração de cada exercício deve ser ajustado diariamente devidas as necessidades especiais e únicas de cada pessoa, para que no final o objetivo do treino tenha alcance desejado.

Este artigo refere que diretrizes atuais identificam que o exercício físico é elemento fundamental para o programa e tratamento de osteoporose articular, bem como melhoramento físico e neuromuscular.

Ao implementar um programa de exercícios com a pessoa deve-se fazer uma avaliação inicial abrangente para poder mos isolar todas as contraindicações possíveis, para que possamos escolher o tipo de exercício adequados, a intensidade a implementar durante a sua realização.

Não devemos descurar que a pessoa tem um período de adaptação ao exercício, ficando de olho durante a realização para que tudo corra conforme o esperado. Em suma o esforço conjunto de vários pesquisadores nesta área pode levar a que se consiga os exercícios ideais para cada indivíduo, podendo gerar um protocolo personalizado para ajudar a aliviar sintomas da doença e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Leitão, J. et al (2022) a opção terapêutica para a gonatrose é a ATJ, tem como objetivo o alívio da dor, recuperar a amplitude articular e funcionalidade. Mas com um plano de reabilitação elaborado a nível terapêutico com exercícios que tenham o propósito de fortalecimento muscular, elevar a amplitude articular do joelho melhorando a funcionalidade e a independência da pessoa nas AVD.

Para um bom prognóstico e desenvolvimento das capacidades funcionais da pessoa é facto inevitável ter uma boa força muscular, é nesta fase que entra o EER para realizar um plano individualizado à pessoa, focado em suprir as suas necessidades físicas, já que o défice de força após cirurgia pode diminuir entre 50 a 60%. O procedimento cirúrgico tão complexo e a imobilidade levam a que a força fique comprometida principalmente devida á falta de ativação muscular voluntária, á dor pós cirurgia e atrofia muscular que aparece pós cirurgia.

O EER concebe, implementa, com objetivo de no pós-operatório imediato o foco da reabilitação é o fortalecimento muscular, aumento da coordenação e mobilidade, melhoria da propriocepção, recuperação da amplitude articular e alcançar uma melhor extensão da articulação do joelho. Com exercício reabilitativo planeado haverá diminuição do edema, alívio da dor e prevenção de eventos de tromboembolismo.

A intervenção do EER começa no primeiro dia com acompanhamento da pessoa até á alta clínica e a sua referenciação domiciliária com alta de enfermagem hospitalar, os exercícios começam ainda na cama com uma sequência de progressão que passará na posição de pé bem como o treino de AVD. O treino que O EER realiza acaba por ter contornos educacionais que permite á pessoa uma maximização funcional da sua capacidade, autonomia novamente nas AVD com promoção do autocuidado para melhora a qualidade de vida, para que na alta a reinserção social e familiar seja plena.

O contexto atual em Portugal os cuidados de saúde hospitalares, cada vez mais apontam para altas precoces com internamentos de curta duração, com pouco tempo para a recuperação da pessoa total a nível da intervenção cirúrgica ortopédica realizada, por isso a ligação entre os vários contextos, hospital e a comunidade, torna o EER uma peça chave para estabelecer a continuidade de cuidados com a interligação á rede nacional de cuidados continuados integrados, conseguindo o seguimento da pessoa na sua casa, tendo como finalidade uma recuperação total da pessoa e da sua funcionalidade.

Concluo que neste artigo quanto mais cedo iniciar a reabilitação á pessoa intervencionada à ATJ com exercícios específicos e individualizados, maior serão os ganhos em saúde bem como na autonomia da pessoa nas AVD, com aumento da independência funcional trará benefícios positivos para a reintegração e melhoria da qualidade de vida da pessoa na família e na sociedade.

Segundo Mendes, M. (2023) o internamento e a imobilidade no leito, podem trazer um aumento da debilidade funcional, sem ter em conta o que o determinou, se internamento ou a etiologia da doença, gerando um efeito negativo, que pode afetar a qualidade de vida e a funcionalidade de forma incontornável. A relação entre a institucionalização e a diminuição da capacidade funcional e a maneira como se interligam está obviamente demonstrada na atual literatura científica.

A hospitalização e declínio funcional têm consequências negativas no bem-estar e na saúde dos idosos: o declínio funcional refere-se à perda e redução da capacidade para desempenhar atividades de vida diária de forma autónoma estando ligado a distúrbios psicossociais e físicos e pode trazer são ansiedade, depressão, alterações psicossociais, e diminuição da qualidade de vida da pessoa.; o aumento do tempo de internamento, está ligado a uma maior diminuição de independência funcional, complicações clínicas, aumento da morbidade e mortalidade bem como reinternamentos à posteriori.

O repouso no leito e a imobilidade prolongada, subsequente das limitações físicas, pode conduzir a uma perda de massa muscular diária até 5%, bem como a diminuição da mobilidade global e força muscular. Outros motivos como o desconforto, a fadiga, a dor associada à doença aguda, podem diminuir a capacidade do idoso durante o internamento para realizar atividade

física. É importante e relevante que o profissional saiba a medicação administrada, nomeadamente o tipo de fármacos e os efeitos colaterais/adversos que podem causar ao idoso, de forma a não prejudicar a sua recuperação.

É imprescindível uma avaliação correta dos idosos, bem como a prescrição de intervenções que possam minimizar substancialmente este fenómeno. A intervenção do EEER torna-se determinante, pois permite que durante o internamento o impacto do exercício físico e a capacidade funcional possam ser avaliados, de forma a tentar reverter alguns efeitos colaterais já instalados, sendo imprescindível que os serviços de internamento tenham um rácio apropriado, e uma equipa de EEER, para que os mesmos possam intervir neste fenómeno.

Em suma, os resultados evidenciados ao longo do artigo demonstram que o internamento tem um impacto direto na capacidade funcional dos idosos fazendo com que os mesmos no momento da alta, em comparação ao momento da admissão apresentem declínio funcional.

Os resultados alcançados tornam evidente a necessidade da intervenção especializada dos EEER nesta população em específico durante o período de hospitalização, pois podem identificar o risco de perda funcional e delinear planos de intervenção dirigidos às necessidades da pessoa, de forma a minimizar o impacto do internamento na capacidade funcional, mas também reverter os efeitos negativos previamente instalados.

Este artigo evidencia também, a necessidade de melhores rácios de enfermeiros de forma a permitir que o EEER se dedique a reverter este fenómeno.

Conclusão

Em suma, o meu estudo de caso foi escolhido com base na cirurgia que presenciei, quando me convidaram a ir ao bloco operatório. Foi uma experiência extremamente gratificante, porque deu-me a possibilidade de ver o antes e depois do joelho lesado, bem como esclarecer com o cirurgião as minhas dúvidas acerca da patologia e da cirurgia. Posteriormente, tive a possibilidade de prestar cuidados de reabilitação à mesma pessoa.

Segundo os níveis de evidência e grau de recomendações, pude observar na literatura que selecionei, que devemos mobilizar precocemente as pessoas submetidas a cirurgias, estabelecendo exercícios adequados e personalizados, de forma a reduzir o tempo de internamento, diminuindo os efeitos fisiológicos adversos que devido ao repouso prolongado na cama causam o aumentam a atrofia muscular, a resistência à insulina, redução da função pulmonar, risco acrescido de tromboembolismo e comprometimento da oxigenação dos tecidos.

Todos os estudos confirmam que o exercício físico fortalece os músculos, baixa a pressão arterial, melhora o consumo de energia, e pode aumentar e melhorar a densidade óssea, evidenciam-se ganhos em saúde. É necessário estabelecer um programa criterioso e personalizado de exercício físico à pessoa para que os ganhos em saúde sejam visíveis e bem como a satisfação da mesma, seja um dado de avaliação do serviço.

Durante a minha prática clínica tentei estimular as pessoas a quem prestei cuidados a realizarem os exercícios estipulados, elucidando-as através de ensinamentos das vantagens do exercício bem como da mobilização precoce. Como grande parte da população é idosa muitas vezes senti necessidade de as estimular mais para que não ficassem retidas no leito, capacitando-as das desvantagens que traria num futuro, a sua grande maioria cedia através de uma negociação e realizavam os exercícios com agrado, compreendendo as vantagens que trazia.

Para se assumir a alta da pessoa é preciso critérios como o nível de independência da pessoa para concretizar as AVD, daí a importância da escala de Barthel.

Na minha prática percebi que neste serviço o objetivo passa por dar a alta o mais cedo possível, daí a importância de os ensinamentos serem iniciados no pré-operatório, dando tempo para que a pessoa idosa assimile toda a informação acerca da cirurgia e dos cuidados a ter, de forma a evitar complicações como uma luxação ou quedas, diminuindo as dúvidas e incertezas no momento da alta.

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O EER tem um papel fundamental na realização dos ensinamentos permitindo à pessoa uma maximização da sua capacidade e independência na concretização das AVD, para que na alta a reinserção social e familiar seja plena e a qualidade de vida alcançável.

Referencias bibliográficas

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). Manual de Boas praticas na reabilitação. Lusociências. ISBN: 978-972-8930-86-9

Decreto-Lei nº101/2006 – Artigo 27º,

Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03

Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015

Leitão, J. M., Vigia, C. ., Mesquita, A. C., & Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso. Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 5(1), 51–59. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>

Luan, X., Tian, X., Zhang, H., Huang, R., Li, N., Chen, P., & Wang, R. (2019). Exercise as a prescription for patients with various diseases. Journal of sport and health science, 8(5), 422–441. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2019.04.002>

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE Group* (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. Global advances in health and medicine, 2(5), 38–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.008>

WATSON, Jean (2002) Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem.: Loures. Lusociências.

Ordem dos Enfermeiros (2016) CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM, maio de 2016, Edição Portuguesa, Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, SBN Nacional: 978-989-8444-35-6

Martins, M. M., & Sousa, L. (2019). Editorial / atividade física e exercício físico: fundamentos e aplicações em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 4–5. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.e>

Regulamento n.392/2019 de 03 de maio. *Diário da República Nº85/2019- 2ª Série*

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação - conceções e práticas*. LIDEL. ISBN: 978-989-752-723

Rodrigues Mendes, M. E., Santos, L., Preto, L., & Azevedo, A. (2023). Declínio funcional em idosos durante a hospitalização . *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(2), e347. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>

Rocha, I. M. (2021). *Efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total do joelho – uma revisão sistemática da literatura. (Tese de Mestrado)*. Disponível no RCAAP

Sousa L. & Carvalho M. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, coordenadores. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta

Sousa, L., Marques Vieira, C., Caldevilla, M., Henriques, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2016). Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Rev Electrónica Trimestal de Enfermería*, Nº 42, Abril. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_revision4.pdf

Tomey, A., Alligood, M. (2002) *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Lusociencia, 5ª edição, ISBN 972-8383-74-6

Anexos

Anexo A –Escala de Borg Modificada

| Classificação | Descrição |
|----------------------|---------------------------------|
| 0 | Nenhum esforço (repouso) |
| 1 | Muito Fraco |
| 2 | Fraco |
| 3 | Moderado |
| 4 | Um pouco forte |
| 5 | Forte |
| 6 | |
| 7 | Muito forte |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | Esforço Máximo |

| Classificação | Descrição |
|----------------------|---------------------------------|
| 0 | Nenhum esforço (repouso) |
| 1 | Muito Fraco |
| 2 | Fraco |
| 3 | Moderado |
| 4 | Um pouco forte |
| 5 | Forte |
| 6 | |
| 7 | Muito forte |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | Esforço Máximo |

Anexo B – Escala de Barthel

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

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

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Anexo C – Escala de Medical Research Council (MRC)

Movimentos avaliados

- Abdução do ombro
 - Flexão do cotovelo
 - Extensão do punho
 - Flexão do quadril
 - Extensão do joelho
 - Dorsiflexão do tornozelo
-

Grau de força muscular

- 0 = Nenhuma contração visível
 - 1 = Contração visível sem movimento do segmento
 - 2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade
 - 3 = Movimento ativo contra a gravidade
 - 4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência
 - 5 = Força normal
-

Anexo D – Escala Numérica da dor



Anexo E – Escala de Berg

| | | |
|--------------|--------|------|
| NOME: | IDADE: | SEXO |
| DIAGNÓSTICO: | | |
| SEQUELAS: | | |

Escala de Equilíbrio de Berg

| DESCRIÇÃO DOS ITENS | Pontuação (0-4) |
|--|-----------------|
| 1. Sentado para em pé | _____ |
| 2. Em pé sem apoio | _____ |
| 3. Sentado sem apoio | _____ |
| 4. Em pé para sentado | _____ |
| 5. Transferências | _____ |
| 6. Em pé com os olhos fechados | _____ |
| 7. Em pé com os pés juntos | _____ |
| 8. Reclinar à frente com os braços estendidos | _____ |
| 9. Apanhar objeto do chão | _____ |
| 10. Virando-se para olhar para trás | _____ |
| 11. Girando 360 graus | _____ |
| 12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco | _____ |
| 13. Em pé com um pé em frente ao outro | _____ |
| 14. Em pé apoiado em um dos pés | _____ |
| TOTAL | _____ |

Apêndices

O impacto da reabilitação funcional motora na pessoa submetida a ATJ - 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Apêndice A - Formação

Iº Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

As vantagens do exercício aplicado à pessoa idosa submetida a artroplastia do Joelho

Professor Orientador: Nelson Guerra

Enfermeiro Supervisor: Ana Martinho

Elaborado por: Nuno Oliveira nº 20230149

Lisboa, janeiro de 2024

Objetivo

- Introdução
- Discussão
- Conclusão

INTRODUÇÃO

- O ser humano devido à sua evolução e adaptação, desloca-se apoiado em dois pés, é um ser bípede, essa deslocação domina-se de andar, uma ação desafiante e complexa, que apesar de inconscientemente, não lhe é dada a sua real importância, o momento que lhe atribuímos o seu devido valor é quando aprendemos a andar ou quando por alguma razão perdemos essa capacidade.
- O início da marcha requer um consumo de energia, que resulta da ligação entre o sistema nervoso e o sistema osteomuscular, tornando-se um dos movimentos mais frequentes, que se baseia no equilíbrio e na estabilidade postural, requerendo simetria corporal.

INTRODUÇÃO

- Otimizar a capacidade de andar significa conseguir realizar as suas atividades diárias de uma forma independente, que por sua vez, potencializa a sua autonomia.
- Quando estes objetivos são atingidos, podemos dizer que se tornam-se em ganhos para a saúde, uma vez que haverá redução de custos associados à dependência, tendo posteriormente, impacto na melhoria da qualidade de vida ao otimizar a sua interação e participação na sociedade.

INTRODUÇÃO

- Os movimentos dominantes no joelho são a extensão e flexão no plano sagital, conseguindo também realizar uma rotação medial se o joelho permanecer em flexão, é considerada uma articulação sinovial do tipo bi-codilo-tocleoartrose.
- É formada a nível estrutural pelo fémur, tibia e patela, com ligamentos que funcionam como equilibradores estáticos da estrutura, tem uma cápsula articular, cartilagem, tendões e músculos que dão a nível dinâmico uma maior estabilidade, uma alteração destes elementos pode levar a uma instabilidade do sistema articular e ocasionar a sua degenerescência.

INTRODUÇÃO

- Associado ao processo de envelhecimento existem vários fatores que vão ficando alterados com:
 - A diminuição da perceção sensorial;
 - A diminuição do equilíbrio;
 - A perda de massa muscular;
 - Um estilo de vida sedentário → obesidade.
- Estes fatores de risco fazem com que aumentem as doenças articulares nesta população, resultando em incapacidades crônicas, e inevitavelmente o risco de quedas torna-se elevado.

INTRODUÇÃO

- Existe uma predominância no aparecimento de patologias ósseas, como por exemplo a osteoartrose (AO) ou gonartrose, que é caracterizada por gerar alterações degenerativas na cartilagem, originando deformidade e rigidez articular, com diminuição gradual da amplitude do movimento, posteriormente a incapacidade funcional irá causar alterações na marcha e dor, se for intensa ou mal controlada irá ter impacto negativo na vida.
- Algumas causas que aumentam o risco do aparecimento desta patologia é a fraqueza muscular, idade avançada, obesidade e aumento a nível articular de uma sobrecarga excessiva constante.

INTRODUÇÃO

- O tratamento de eleição será a cirurgia, conhecida por artroplastia total do joelho (ATJ), que consiste na substituição da articulação pela prótese (inclui o segmento femoral, tibial e patela).
- Esta técnica cirúrgica melhora ou inibe os sintomas associados à osteoartrose, e tem como principal objetivo corrigir a deformidade articular, permitindo a otimização da amplitude do movimento funcional, bem como a sua estabilidade e função articular para que possa realizar as atividades de vida diária, sem dor e com uma mobilidade articular até cerca de 120°.
- Após a cirurgia da ATJ os resultados e sucesso da mesma, podem ser motivados por alguns fatores como as patologias da pessoa, a técnica cirúrgica realizada, o tipo de prótese colocada, o grau de artrose e no final o plano reabilitativo formulado no pré-operatório bem como a grau amplitude que a pessoa tinha a nível do membro, e a motivação da pessoa.

INTRODUÇÃO

- Posteriormente, à intervenção cirúrgica, é de extrema importância considerar a realização com a família/ pessoa um plano de intervenção para o contexto domiciliário, (condições e barreiras existentes), uma vez que o internamento hospitalar é de curto tempo e a prevenção precoce das quedas é de extrema relevância no contexto domiciliário para evitar a luxação do membro intervencionado e novas fraturas, para tal é importante a realização de ensinamentos sobre técnicas e procedimentos adequando à pessoa.
- Como tal devemos estabelecer um programa de reabilitação motivador e dirigido às necessidades da pessoa, de forma a otimizar a sua funcionalidade, a coordenação motora e o fortalecimento muscular do membro operado, controlo da dor, prevenção de complicações através de ensinamentos, bem como, reintegração da pessoa na realização das suas atividades.

INTRODUÇÃO

- No cuidado à pessoa submetida a ATJ ao longo do período pré e pós-operatório, é de extrema importância a atuação do EEER, uma vez que **concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem** de reabilitação diferenciados, **baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas**.
- Associado à formação contínua e experiência acrescida, o EEER está capacitado para tomar decisões relativas à promoção da saúde e prevenção de complicações, bem como a realização de **um tratamento de reabilitação com o objetivo de maximizar o potencial da pessoa, de forma a promover a independência e a satisfação da pessoa, gerando posteriormente ganhos em saúde**.
- Os exercícios terapêuticos instituídos pelo EEER são um pilar fundamental na recuperação da pessoa submetida a ATJ, permitindo **recuperar a função do joelho, restaurar a força e a sua resistência, contribuindo para a promoção da mobilidade, coordenação motora e funcionalidade, minimizando complicações que irão contribuir para a independência da pessoa e uma maior autonomia**.

INTRODUÇÃO

- Torna-se imprescindível uma avaliação especializada para descrever este fenómeno, e a sua significância, o EEER através da intervenção preventiva e estratégias direcionadas, levaram-me a desenvolver uma questão **“Qual as vantagens do exercício físico na pessoa idosa submetida a PTJ”**.
- Para tal, pretendo avaliar as alterações da capacidade funcional dos idosos para a realização do exercício físico durante o internamento e a variação na capacidade funcional ocorrida durante o internamento, de forma a alcançar a recuperação da amplitude, movimento articular, coordenação, mobilidade e força muscular

DISCUSSÃO

Segundo Kisner Colby e Borstad (2017), citado por Martins, M. & Sousa, L. (2019) quando se planeia o exercício físico tem de se ter em consideração as várias dimensões da função física nomeadamente, desempenho muscular, resistência cardiovascular, mobilidade/flexibilidade, controlo neuromuscular/coordenação, estabilidade e equilíbrio corporal.

Para tal, deverão ser utilizadas as estratégias mais apropriadas para aumentar a atividade física assim como O exercício físico (tipo, frequência, intensidade, duração), além disso, estas estratégias terão de ser adaptadas de acordo com as capacidades, necessidades e desejos das pessoas.

DISCUSSÃO

- O exercício terapêutico de acordo com Kisner Colby e Borstad (2017) citado por Martins, M. & Sousa, L. (2019) é caracterizado pelo desempenho sistemático e planeado de movimentos físicos, posturas ou atividades destinadas a fornecer à pessoa os meios para: atenuar ou prevenir deficiências de funções e estruturas do corpo; restaurar ou melhorar a atividade e a participação; prevenir ou reduzir os fatores de risco relacionados com a saúde; otimizar a saúde geral e sensação de bem-estar.
- Ausência de exercício físico/ atividade física leva a uma maior ocorrência de doenças crónicas sendo a doença osteoarticular uma delas, aumentando os custos a nível económico tanto a nível pessoal como para o sistema nacional de saúde.
- Com o aumento dos gastos em medicamentos, fazer exercício físico acaba por ser uma maneira segura e económica de reduzir a nível financeiro a fatura das famílias e da sociedade.

DISCUSSÃO

- **Segundo o artigo de Luan, X., et al (2019)** apesar dos seus atributos o exercício físico mal realizado e não acompanhado pode levar a lesões que podem ser agudas ou crónicas, se o acompanhamento não for regular por pessoas especializadas na área.
- A implementação de um plano individual com uma prescrição de exercícios concebida com uma finalidade singular com base na condição da pessoa, leva a que o EEER tenha o papel determinante na melhoria da pessoa a curto/longo prazo. O tipo de treino, a frequência, intensidade e duração de cada exercício deve ser ajustado diariamente de acordo com as necessidades especiais e individuais de cada pessoa, para que no final o objetivo do treino tenha alcance desejado.
- Este artigo refere que diretrizes atuais identificam que o exercício físico é elemento fundamental para o programa e tratamento de osteoporose articular, bem como melhoramento físico e neuromuscular.

DISCUSSÃO

Ao implementar um programa de exercícios com a pessoa deve-se fazer uma **avaliação inicial abrangente** para poder mos isolar todas as contraindicações possíveis, para que possamos escolher o tipo de exercício adequados, a intensidade a implementar durante a sua realização.

Não devemos descurar que a pessoa tem um período de adaptação ao exercício, ficando de olho durante a realização para que tudo corra conforme o esperado.

Em suma o esforço conjunto de vários pesquisadores nesta área pode levar a que se consiga os exercícios ideais para cada indivíduo, podendo gerar um protocolo personalizado para ajudar a aliviar sintomas da doença e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

DISCUSSÃO

- **Leitão, J. et al (2022)** a opção terapêutica para a gonatrose é a ATJ, tem como objetivo o alívio da dor, recuperar a amplitude articular e funcionalidade.
- Mas com um plano de reabilitação elaborado a nível terapêutico com exercícios que tenham o propósito de fortalecimento muscular, elevar a amplitude articular do joelho melhorando a funcionalidade e a independência da pessoa nas AVD.
- Para um bom prognóstico e desenvolvimento das capacidades funcionais da pessoa é facto inevitável ter uma boa força muscular, é nesta fase que entra o EER para realizar um plano individualizado à pessoa, focado em suprir as suas necessidades físicas, já que o défice de força após cirurgia pode diminuir entre 50 a 60%.
- O procedimento cirúrgico tão complexo e a imobilidade levam a que a força fique comprometida principalmente devida á falta de ativação muscular voluntária, à dor pós-cirurgia e atrofia muscular que aparece pós cirurgia.

DISCUSSÃO

- **A intervenção do EEER começa no primeiro dia com acompanhamento da pessoa até à alta clínica** e a sua referenciação domiciliária com alta de enfermagem hospitalar, os exercícios começam ainda na cama com uma sequência de progressão que passará Ena posição de pé bem como o treino de AVD.
- O treino que o EER realiza acaba por ter contornos educacionais que permite à pessoa uma maximização funcional da sua capacidade.
- **Concluo** que neste artigo quanto mais cedo iniciar a reabilitação à pessoa intervencionada à ATJ com exercícios específicos e individualizados, maior serão os ganhos em saúde bem como na autonomia da pessoa nas AVD, com aumento da independência funcional trará benefícios positivos para a reintegração e melhoria da qualidade de vida da pessoa na família e na sociedade.

DISCUSSÃO

Segundo Mendes, M. (2023) o internamento e a imobilidade no leito, podem trazer um aumento da debilidade funcional, sem ter em conta o que o determinou, se internamento ou a etiologia da doença, gerando um efeito negativo, que pode afetar a qualidade de vida e a funcionalidade de forma incontornável.

A relação entre a institucionalização e a diminuição da capacidade funcional e a maneira como se interligam está obviamente demonstrada na atual literatura científica.

A hospitalização e declínio funcional têm consequências negativas no bem-estar e na saúde dos idosos: o declínio funcional refere-se à perda e redução da capacidade para desempenhar atividades de vida diária de forma autónoma estando ligado a distúrbios psicossociais e físicos e pode trazer são ansiedade, depressão, alterações psicossociais, e diminuição da qualidade de vida da pessoa.

O aumento do tempo de internamento, está ligado a uma maior diminuição de independência funcional, complicações clínicas, aumento da morbilidade e mortalidade bem como reinternamentos à posteriori.

DISCUSSÃO

- **O repouso no leito e a imobilidade prolongada, subsequente das limitações físicas, pode conduzir a uma perda de massa muscular diária até 5%, bem como a diminuição da mobilidade global e força muscular.**
- **Outros motivos como o desconforto, a fadiga, a dor associada à doença aguda, podem diminuir a capacidade do idoso durante o internamento para realizar atividade física.**
- A intervenção do EEER torna-se determinante, pois permite que durante o internamento o impacto do exercício físico e a capacidade funcional possam ser avaliados, de forma a tentar reverter alguns efeitos colaterais já instalados, sendo imprescindível que os serviços de internamento tenham um rácio apropriado e uma equipa de EEER, para que os mesmos possam intervir neste fenómeno.
- Em suma, os resultados evidenciados ao longo do artigo demonstram que o internamento tem um impacto direto na capacidade funcional dos idosos fazendo com que os mesmos no momento da alta, em comparação ao momento da admissão apresentem declínio funcional.

CONCLUSÃO

- Otimizar a capacidade de andar significa conseguir realizar as suas atividades diárias de uma forma independente, que por sua vez, potencializa a sua autonomia.
- Quando estes objetivos são atingidos, podemos dizer que se tornam-se em ganhos para a saúde, uma vez que haverá redução de custos associados à dependência, tendo posteriormente, impacto na melhoria da qualidade de vida ao otimizar a sua interação e participação na sociedade.
- Segundo a literatura através da implementação de um programa de reabilitação motor e com o levante precoce, existe uma melhoria gradual na função motora, refletindo-se na independência funcional.
- A implementação precocemente de exercícios de reeducação funcional motora focado em ações educativas através atuação do EEER, mostrou ser uma ferramenta essencial para prevenir complicações futuras em pessoas idosas submetidas a artroplastia total do joelho

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

