



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**O impacto da intervenção do Enfermeiro especialista em
Enfermagem de Reabilitação no ensino peri-operatório
na pessoa submetida a prótese total da anca**

REALIZADO POR:

MICAELA CORREIA



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**O impacto da intervenção do Enfermeiro especialista em
Enfermagem de Reabilitação no ensino peri-operatório
na pessoa submetida a prótese total da anca**

MICAELA CORREIA

Orientação: Professora Cristina Mesquita

Barcarena, 2024

“O enfermeiro media a objetividade técnica e a subjetividade humana, a fim de elaborar estratégias para ações do cuidar”

Callista Roy

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que trilharam este caminho comigo e que de diferentes formas contribuíram para que este caminho se tornasse mais fácil e possível de se tornar realidade, conseguindo assim alcançar mais uma etapa tão ambicionada na minha vida profissional.

Em primeiro lugar queria agradecer profundamente e formalmente à professora Mestre Cristina Mesquita, minha orientadora ao longo deste percurso, por toda a dedicação para comigo, por todo o incentivo, pela partilha de todo o conhecimento e pelo apoio incansável durante a realização deste relatório.

Em segundo lugar agradecer também ao restante corpo docente da ESSATLA, por todos os ensinamentos, por toda a disponibilidade e pela forma que encaram a docência possibilitando uma entrega total e transparente na transmissão de novas aprendizagens.

Em terceiro lugar agradecer aos EEER supervisores que além de partilharem o seu conhecimento, partilharam a sua dedicação e tempo, potenciando o meu desenvolvimento e aprendizagem para que desta forma fosse possível atingir as minhas competências.

Agradeço aos meus colegas do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelas horas infinitas de partilha de angústias, de receios, de momentos de distração que tão importantes foram, para ganhar alento e confiança para caminhos seguintes.

Aos meus amigos que fazem parte da minha vida que sempre estiveram presentes em momentos de esmorecimento com uma palavra de força e incentivo e que nunca me deixaram desacreditar na possibilidade de realizar este meu objetivo, a todos vós um obrigado especial.

À minha família, ao meu pai, ao meu irmão e a minha cunhada que sempre me apoiaram em todas as decisões, respeitaram e perceberam algumas das minhas ausências para que me pudesse dedicar de uma forma plena ao meu processo de construção e aprendizagem.

RESUMO

Enquadramento: O papel do enfermeiro especialista em reabilitação tem vindo cada vez mais a ser reconhecido dentro das equipas multidisciplinares, toda a intervenção realizada através de técnicas e de ensinamentos acarreta um grande benefício para a pessoa. A colocação de uma prótese da anca é uma cirurgia bastante realizada na nossa população mais idosa, sendo também um grande momento em que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode intervir aplicado as suas competências específicas na área, com vista a potenciar a recuperação da pessoa e potenciar a sua funcionalidade e autonomia. Neste sentido é fundamental que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tenha uma presença constante junto destas pessoas, trazendo assim muitos mais benefícios para o processo de reabilitação e recuperação da pessoa.

Objetivo: Apresentar todo o desenvolvimento realizado para a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Reabilitação, através da partilha das atividades realizadas ao longo dos estágios, principalmente no Estágio Profissionalizante.

Metodologia: Para a elaboração deste relatório profissionalizante foi realizada uma pesquisa mais aprofundada sobre alguns conteúdos pertinentes, particularmente no sentido de perceber qual o impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no ensino peri-operatório na pessoa submetida a prótese total da anca. Posteriormente uma análise crítico reflexiva sobre o desenvolvimento para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Reabilitação e Mestre em Reabilitação.

Resultados: Através da realização deste relatório tornou-se mais fácil clarificar de que forma foram atingidas as competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Reabilitação, comprovando com todas as vivências e todas as aprendizagens vividas ao longo deste Mestrado em Reabilitação

Conclusão: Ao longo deste trabalho foi traduzido todo o percurso realizado no mestrado assim como a relevância que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem perante a pessoa submetida a prótese total da anca, através da realização de todos os ensinamentos e com a criação de planos de cuidados individualizados para cada pessoa, trazendo para o enfermeiro especialista a excelência na prestação dos cuidados especializados à pessoa.

Palavras chave: Pré e pós-operatório, Enfermeiro, Reabilitação, Ensinamentos, Impacto

ABSTRACT

Background: The role of the specialist nurse in rehabilitation has been increasingly recognized within multidisciplinary teams, all intervention carried out through techniques and teaching brings a great benefit to the person. The placement of a hip prosthesis is a surgery widely performed in our older population, and it is also a great moment in which the specialist nurse in rehabilitation nursing can intervene applying their specific skills in the area, in order to enhance the person's recovery and enhance their functionality and autonomy. In this sense, it is essential that the specialist nurse in rehabilitation nursing has a constant presence with these people, thus bringing many more benefits to the person's rehabilitation and recovery process.

Objective: To present all the development carried out for the acquisition of common competencies of the Specialist Nurse, competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and Master in Rehabilitation, through the sharing of the activities carried out throughout the internships, especially in the Vocational Internship.

Methodology: For the elaboration of this professionalizing report, a more in-depth research was carried out on some pertinent contents, particularly in order to understand the impact of the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the perioperative teaching of the person submitted to total hip replacement. Subsequently, a critical reflexive analysis on the development for the acquisition of the Common Competencies of the Specialist Nurse, Specialist Nurse in Rehabilitation and Master in Rehabilitation.

Results: Through the preparation of this report, it became easier to clarify how the Common Competencies of the Specialist Nurse, the Specialist in Rehabilitation Nursing and the Master in Rehabilitation were achieved, proving with all the experiences and all the learnings lived throughout this Master's Degree in Rehabilitation.

Conclusion: Throughout this work, the time course taken in the master's degree was translated, as well as the relevance that the nurse specializing in rehabilitation nursing has in relation to the person undergoing total hip prosthesis, though carrying out all the

teachings and creating plans of individualized care for each person, bringing the specialist nurse excellence in providing specialized care to the person.

Keywords: Pre and postoperative, Nurse, Rehabilitation, Teaching, Impact

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS CLÍNICOS	18
2.1 A experiência no contexto do Estágio de Reabilitação na Comunidade	19
2.2 A experiência no contexto de Estágio Profissionalizante- Hospital Ortopédico de Sant’Ana	29
2.3 A experiência no contexto do Estágio de Reabilitação Profissionalizante- URR 32	
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	38
3.1. Teoria das 14 Necessidades Humanas Básicas- Virgínia Henderson	38
3.2 Teoria de Adaptação de Roy Callista Roy	41
3.3 Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem- Dorothea Orem.....	43
4. A PROBLEMÁTICA ABORDADA NO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	46
4.1 Prótese total da Anca.....	46
4.2 Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino pré-operatório	49
4.3 Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino pós-operatório	52
4.4 Focos de Enfermagem de Reabilitação.....	53
5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	61
5.1 Competências comuns do enfermeiro especialista.....	62
5.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	71
5.3 Competências de mestre	75
6. ANÁLISE SWOT	78
7. CONCLUSÃO	82
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

APÊNDICES.....	88
APÊNDICE I- “Plano de atividades para Ensino Clínico- Unidade de Saúde Rosa Lima”	89
APÊNDICE II- “Estágio Profissionalizante- Hospital Ortopédico de Sant’Ana- Plano de atividades	106
APÊNDICE III- Relato de Caso Clínico- “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico- Intervenção em Contexto de Ensino Clínico na Comunidade”	126
APÊNDICE IV- Relato de Caso Clínico – “O impacto da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino realizado no pré e pós-operatório à pessoa submetida a prótese total da anca (PTA)”	150
APÊNDICE V- Poster- “Materiais de apoio após cirurgia ortopédica”	193
ANEXOS	194
ANEXO I - Certificado de participação no 2º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação	195
ANEXO II - Certificado de presença na formação “Descomplicando a radiografia do tórax”	196
ANEXO III - Certificado de presença na formação “Terapêutica Inalatória”	197
ANEXO IV - Certificado de presença na formação- “Interpretação de gasometria”	198
ANEXO V - Certificado de Presença na Conferência- “Investigação em Enfermagem”	199

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACE Associação Científica dos Enfermeiros

APA- *American Psychological Association*

AVC- Acidentes Vascular Cerebral

DGS- Direção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA -Escola Superior de Saúde Atlântica

EVA- Escala Visual Analógica de Dor

GUSS- Gugging Swallowing Screen

MAR- Modelo de Adaptação de Roy

MER- Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MIF- Medida de Independência Funcional

MRC-Medical Research Council

OE- Ordem dos Enfermeiros

PTA- Prótese total da anca

PTJ- Prótese total do joelho

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do

RFR- Reabilitação Funcional Respiratória

RFM- Reabilitação Funcional Motora

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC- Unidade Curricular

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

URR- Unidade de Reabilitação Respiratória

SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

VNI-Ventilação não invasiva

1. INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho designado de relatório profissionalizante com o título “O impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no ensino peri-operatório na pessoa submetida a prótese total da anca” foi realizado no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio profissionalizante, que está enquadrada no plano de estudos do 2º ano do 1º semestre do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), ministrado pela Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA) no ano de 2023/2024.

A elaboração deste relatório profissionalizante visa a conclusão do plano de estudos referente ao Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que compreende a aprovação de todas as unidades curriculares de forma positiva e numa fase final a discussão pública deste relatório.

Após o término do plano de estudos, será obtido o grau de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), tendo sido desenvolvidas competências necessárias para a obtenção do mesmo.

O Decreto-lei nº 74/2006, emitido a 24 de março de 2021, assume que o paradigma do ensino superior referente à enfermagem encontra-se em constante mudança, assumindo cada vez mais que o nível de exigência é maior em concordância com a procura de competências específicas, levando a uma personalização dos cuidados, e que estes sejam exercidos por parte dos profissionais de saúde (OE, 2021).

Neste sentido, surge a minha constante preocupação pela procura de conhecimento e competências que vão ao encontro das necessidades da nossa população, sabendo de antemão que temos uma população cada vez mais envelhecida, sedentária e com um conjunto de comorbilidades que causam inúmeras limitações funcionais, que consequentemente vão limitar as suas Atividades de Vida Diária (AVD’S).

Neste momento, a nível profissional encontro-me a desempenhar funções no serviço de Especialidades Médicas no Hospital de Cascais, e tal como noutros serviços com as mesmas características do meu, observa-se uma elevada dependência das pessoas e a diminuição da sua autonomia, levando ao aumento da necessidade de apoio. Posto isto,

surge o meu interesse pela capacitação da pessoa, onde o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) pode ter um papel fundamental no desenvolvimento e no acompanhamento, potenciando e minimizando alterações limitativas que possam surgir ao longo do seu ciclo de vida.

Toda a intervenção do EEER engloba a promoção de hábitos de saúde saudáveis e responsáveis, a prevenção ou diminuição de processos de doenças que acarretam limitações associadas, melhoria na adesão, e a autopercepção da pessoa face às suas necessidades, estimulando comportamentos ativos e adaptativos que venham ajudar na autonomia e independência da pessoa na sua vida (OE, 2016).

A especialidade de enfermagem de reabilitação é considerada como uma especialidade multidisciplinar. Nela estão englobados todo o conhecimento diferenciado na área e um conhecimento prático de procedimentos e técnicas que vão ao encontro das necessidades das pessoas, potenciando sempre a sua autonomia e independência e capacitando a pessoa na sua adaptação ao dia-a-dia (OE, 2010).

Delineei como objetivo geral para base no meu trabalho, tentar perceber o **impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no ensino peri-operatório na pessoa submetida a prótese total da anca**, no sentido de procurar respostas sobre a importância da intervenção do EEER e evidenciar como a forte intervenção deste, contribui na recuperação da pessoa após ter sido submetida a uma cirurgia do foro ortopédico, potenciando a sua capacidade de adaptação à nova realidade.

Este objetivo surgiu durante a realização do último estágio, que se focalizou na prestação de cuidados a pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas, constituiu um desafio para mim, por não ser a realidade do meu dia-a-dia. Surge assim a necessidade de perceber a importância que os ensinamentos na fase do pré-operatório, pós-operatório e do momento da alta são fundamentais para o processo de recuperação da pessoa. É também muito importante a aposta na promoção da saúde, através de estratégias adaptativas para a pessoa regressar à sua rotina diária.

Ao longo deste relatório vou explicar como foram importantes não só as aprendizagens teóricas e as teórico-práticas, presentes no plano de estudo, bem como as práticas através da passagem pelos locais de estágio, para o desenvolvimento e aquisição das competências referentes a um enfermeiro especialista e mais especificamente, as competências no campo da especialidade de enfermagem de reabilitação e as que garantem a atribuição do grau de mestre.

O relatório presente encontra-se agrupado por partes distintas. É iniciado com uma introdução descritiva sobre a temática deste relatório, a importância da realização do relatório, qual o objetivo definido para a realização do mesmo e de que forma este vai ao encontro para a aquisição de competências dentro da enfermagem de reabilitação.

Segue com uma apreciação dos locais de estágio através de uma descrição dos mesmos, evidenciado a importância que cada um deles teve no meu processo de aprendizagem e no desenvolvimento das minhas competências como futura enfermeira especialista em reabilitação, salientando as metodologias de trabalho frequentemente utilizadas e as dinâmicas utilizadas.

Posteriormente, no enquadramento conceptual, são referidas algumas referências teóricas existentes, nomeadamente a Teoria das 14 Necessidades básicas de Virgínia Henderson, a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem e por último a Teoria de Adaptação de Callista Roy. Considero estas fundamentais no meu processo de desenvolvimento, pois são subjacentes a toda a avaliação e intervenção realizada a cada pessoa, e a todo o planeamento do plano de cuidados inerente às necessidades observadas da pessoa e família. Neste contexto, refiro-me ainda à implementação dos planos de cuidados com associação de intervenções conscientes e adequadas a cada pessoa e posteriormente uma reavaliação dos resultados obtidos, perspectivando resultados positivos e outros potenciais de melhoria, sendo muito importante que estes estejam alinhados face às necessidades da pessoa e aos pressupostos da realização de um plano de cuidados e a intervenção inerente a este.

Toda a prática do EEER deve sempre ser fundamentada e alicerçada em conhecimento científico, tornando-se numa prática consciente e responsável, lema este que defendo

no decorrer do meu processo de aprendizagem e no meu percurso enquanto futura EEER.

Abordo a problemática em estudo que é Prótese Total da Anca (PTA), através da descrição de conceitos fundamentais e relevantes para a consciencialização da problemática em estudo, abordando primordialmente estruturas anatómicas envolvidas, a sua função, de que forma estão relacionadas, defino o conceito de prótese total /Artroplastia da anca, o procedimento cirúrgico, e quais as condições para a realização da cirurgia, quais as condicionantes e principais complicações que podem advir da mesma.

Na parte final do enquadramento conceptual passo por identificar os principais focos de enfermagem de reabilitação, as intervenções delineadas e os resultados obtidos, salientando a importância do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e quão é importante a sua intervenção neste tipo de pessoas pelas várias fases que estas experienciam ao longo da problemática presente.

Evidencio como é bastante importante, a realização dos ensinios na admissão da pessoa na fase pré-operatória e pós-operatória, reforçando estes mesmos ensinios ao longo de todo o processo. Sempre que necessário, deve-se alterar e adequar o plano de cuidados e os ensinios ao longo de cada fase da pessoa, podendo ser necessário o ajuste das intervenções com base das necessidades demonstradas e da capacidade de adaptação a essas mesmas necessidades, pois a adaptação é singular a cada pessoa e o plano de cuidados deve ser sempre personalizado e individualizado e intransmissível. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação acompanha a pessoa em todas as fases, percebendo grande parte das vezes as necessidades que a pessoa tem e como poderá ser desenvolvido o seu plano de recuperação, daí a importância da sua intervenção, sendo ela especializada.

Outra parte do relatório será dedicada à realização de uma análise crítico-reflexiva de forma introspectiva, com base na aquisição das competências comuns e específicas do EEER e as competências de mestre, apresentando a descrição das mesmas e justificando detalhadamente como estas foram adquiridas.

Termino a análise crítico-reflexiva seguida de uma análise SWOT, onde procuro identificar e enumerar todos os fatores internos e externos e consequentemente as forças e fraquezas inerentes a cada um dos fatores no decorrer deste percurso acadêmico. Tal como todas as dificuldades sentidas através dos pontos fracos e constrangimentos, as forças e oportunidades que surgiram e vieram enriquecer todo o processo de formação e desenvolvimento, que contribuíram para a aquisição de competências.

A parte final deste relatório é constituída por uma breve conclusão e por uma esquematização de todas as referências bibliográficas usadas neste relatório. Todos os trabalhos citados ao longo do relatório encontram-se disponíveis em apêndices.

O Relatório Profissionalizante na sua estrutura segue orientações explícitas no documento “Normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho final de estágio” provisionado pela ESSATLA.

2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS CLÍNICOS

Ao longo da realização do mestrado em enfermagem de reabilitação é esperado adquirir um conjunto de competências, competências essas que passam pela avaliação da pessoa identificando as suas necessidades e, delineando focos de atuação de enfermagem de reabilitação. Consequentemente, torna-se necessária a organização de determinadas intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas e individualizadas a cada pessoa e às suas necessidades consoante o processo de saúde/doença da mesma. Posteriormente, é também necessário avaliar os resultados obtidos e através destes, perceber se a intervenção realizada foi ou não a mais adequada às necessidades da pessoa e quais os benefícios presentes no seu processo de recuperação.

A possibilidade de complementar a teoria com a prática através dos estágios vem ajudar a sustentar e proporcionar a aquisição dessas mesmas competências. Todo o caminho que é realizado no decorrer do plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação potencia oportunidades de aprofundar conhecimentos teóricos, teórico-práticos e práticos, capacitando o aluno na melhoria da sua prática e no seu desenvolvimento.

A minha componente prática foi enriquecida pela oportunidade de vivenciar momentos de ensino/aprendizagem durante os contextos de estágio, e desta forma fundamentar e adquirir competências baseadas em conhecimentos de reabilitação em distintas áreas.

O plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação é constituído por unidades curriculares, que engloba o Estágio de Reabilitação na Comunidade, este referente ao contexto comunitário e o Estágio Profissionalizante realizado em ambiente hospitalar.

O estágio no contexto comunitário, foi realizado na Casa de Saúde Santa Rosa Lima, uma unidade enquadrada nas Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na valência de Média Duração (URDM), pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. O estágio em ambiente hospitalar foi realizado no Hospital Ortopédico de

Sant'Ana e, em complemento do mesmo, uma curta passagem pela Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital de Santa Maria (URR).

Traduzindo de uma forma quantitativa o estágio no contexto comunitário agrupava 231 horas na sua totalidade e o estágio em ambiente hospitalar agrupava 300 horas, fazendo a soma de 531 horas na sua totalidade. A componente comunitária e a componente hospitalar convergem na aquisição das competências definidas nos vários processos de cuidados e no cumprimento das horas necessárias.

Durante a realização destes dois momentos de estágio era expectável que houvesse contato com diversos processos, como o processo neurológico, em que se enquadra o processo vascular, degenerativo e traumatológico, o processo cardiorrespiratório, que corresponde ao processo respiratório e cardíaco e por último o processo ortotraumatológico/ reumatológico que diz respeito ao processo ortopédico, reumatológico e traumatológico.

2.1 A experiência no contexto do Estágio de Reabilitação na Comunidade

O estágio de reabilitação na comunidade está enquadrado no segundo semestre do primeiro ano do mestrado em reabilitação, este decorreu na Unidade de Reabilitação da Casa de Saúde Santa Rosa Lima em Belas, no período de 24 de abril de 2023 a 14 de julho de 2023.

A Unidade de Reabilitação da Casa de Saúde Santa Rosa Lima é uma instituição com alicerces muito religiosos, em tempos passados nasceu no seio da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Deus (Irmãs Hospitaleiras, 2023).

As unidades que representam a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Deus, atuam em diversas áreas, nomeadamente na Psiquiatria, Saúde Mental, Terapia Ocupacional, Medicina Física de Reabilitação, Reabilitação Global na pessoa com Lesão Cerebral entre outras (Irmãs Hospitaleiras, 2023).

Hoje em dia é uma Unidade que pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), apoia as entidades Hospitalares e Centros de Saúde, no que diz

respeito ao acompanhamento no processo de recuperação e reabilitação da pessoa com necessidades específicas.

Dentro da RNCCI várias intuições estão agrupadas com base no seu objetivo. A Unidade Rosa Lima é classificada como uma UMDR (Unidade de Média Duração e Reabilitação), o tempo médio de internamento da pessoa é de cerca de 90 dias, por isso, a intervenção deve ser muito direcionada e eficaz, potenciando a sua recuperação e capacitação da pessoa para regressar brevemente ao domicílio.

A equipa multidisciplinar que faz parte desta unidade é formada por enfermeiros, médicos de clínica geral, assistentes operacionais, nutricionista, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e contam também com a ajuda de algumas irmãs pertencentes à congregação.

A Casa de Saúde Santa Rosa Lima funciona 24 horas por dia numa jornada contínua em que a enfermagem está sempre assegurada. Os enfermeiros fazem turnos rotativos que compreendem o período manhã das 08:00h até às 15:00h, período da tarde com início às 14:00h até às 23:00h e o período da noite das 23:00h até as 08:00h do dia seguinte. Sendo uma jornada contínua é possível acompanhar as pessoas integradas na unidade nas diferentes fases do dia.

O enfermeiro especialista em reabilitação consegue ter uma intervenção ativa e direcionada no contexto dos autocuidados, conseguindo intervir de uma forma integrada nos mesmos. Neste sentido, é necessário identificar as dificuldades de cada pessoa no seu processo de reabilitação, através de um processo de avaliação adequado, ajustando intervenções e ensinando técnicas de apoio ao longo da sua intervenção, o que possibilita a obtenção de benefícios para a pessoa durante a aplicação do plano de cuidados, traduzindo-se este em ganhos no potencial de recuperação da pessoa face às suas limitações.

Para a realização deste estágio dentro do contexto da comunidade a escola definiu algumas premissas para que fosse mais fácil atingir as competências, nomeadamente:

- Desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos no curso, para uma prática de cuidados de Enfermagem diferenciada na área da reabilitação em contexto comunitário, de continuidade de cuidados e numa área opcional;
- Aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas da prática clínica de Enfermagem de reabilitação;
- Integrar conhecimento e lidar com as questões com alguma complexidade no âmbito da prestação de cuidados de reabilitação;
- Desenvolver espírito crítico sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dos processos de tomada de decisão na prática de cuidados;
- Desenvolver competências para a construção de um projeto profissional de desenvolvimento, aplicável no contexto clínico de Enfermagem de Reabilitação;
- Desenvolver e demonstrar competências de avaliação e intervenção clínica, na área de Enfermagem de Reabilitação;
- Transmitir informação, ideias, problemas e soluções a especialista e não especialistas, assegurando a continuidade dos cuidados prestados.

Para completar as premissas identificadas pela escola, na fase inicial de cada estágio foi elaborado um plano de atividades, de forma a perceber os principais objetivos com a realização do estágio e de que forma atingir as competências necessárias (APÊNDICE I).

Durante a realização dos meus estágios tive a oportunidade de contactar com pessoas que se encontravam no seu processo de recuperação e com as suas famílias. Estas apresentavam diferentes necessidades, muitas delas experienciaram processos de doença aguda, outras processos traumáticos, outras seguiam processos naturais da evolução do ciclo de vida.

As novas circunstâncias em que as pessoas se encontravam condicionaram a sua autonomia para a realização das AVD's, seja numa forma transitória ou permanente, levando a que fosse necessário adequar a sua nova condição à sua rotina de vida diária. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem presente o momento ideal para iniciar a sua intervenção identificando as necessidades da pessoa, promovendo a sua capacidade de autonomia, criando um plano de cuidados

individualizados, com base em intervenções adequadas às possibilidades da pessoa, realizando ensinamentos e capacitando a pessoa e a família a esta nova condição.

Na URDM- Rosa Lima grande parte das pessoas que são admitidas têm lesões vertebro-medulares, orto-traumatológicas ou alterações vasculares, nomeadamente Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e um escasso número de pessoas têm alterações do foro ortopédico.

As pessoas com AVC, representam uma grande percentagem de pessoas com quem tive oportunidade de trabalhar. Passando pela fase da avaliação inicial da pessoa com identificação das suas lesões e os défices apresentados, estabelecendo planos de cuidados, com principal foco de recuperação desses mesmos défices através de intervenções adequadas que visem estimular e reeducar a área do cérebro afetada, não descurando a área saudável. É nestes momentos que se torna importante mobilizar todos os conhecimentos adquiridos na componente teórica e estabelecer uma relação com a componente prática.

Segundo dados das Organização das Nações Unidas, a população mundial está a envelhecer, tradução que se verifica com o aumento da população idosa em todos os países (ONU, 2024).

A nível biológico o envelhecimento traz à pessoa diversas alterações complexas que diferem em diferentes estádios, a nível celular ocorre um grande dano molecular e celular que leva gradualmente a manifestar-se com a perda de capacidade fisiológica, levando também a uma perda das capacidades funcionais, estruturais e até mesmo sociais (OMS, 2015).

Hoje em dia, o envelhecimento é considerado como uma grande transformação social do século XXI, isto acarreta alterações em todos os níveis da sociedade, nomeadamente no mercado de trabalho, nas estruturas familiares e na procura de cuidados de saúde (ONU, 2024).

Atualmente e numa visão geral da Europa, a população idosa representa cerca de 25% da população e estima-se que a população idosa duplique até ao ano de 2050 e triplique até 2100 (ONU, 2024).

Concretamente, em Portugal, e segundo a Direção Geral da Saúde a esperança média de vida da nossa população tem vindo a aumentar, conseqüentemente, existe um grande grupo de doenças que afetam a nossa população, principalmente a população idosa. Dentro destas doenças encontram-se os AVC's, sendo considerada uma das doenças que leva à morte e ou perda de capacidades funcionais e cognitivas, acrescentando assim a perda da sua autonomia e capacidade para a realização de atividades de vida diária (DGS, 2021).

O AVC, numa fase aguda, deve ser rapidamente identificado e tratado, na iminência de poder diminuir os potenciais sintomas que advêm do mesmo, e neste sentido diminuir a incapacidade funcional e as complicações associadas (Vieira & Sousa, 2016)

A Organização Mundial de Saúde descreve a autonomia como uma prioridade transversal para a pessoa, quando esta tem a capacidade de realizar as suas necessidades básicas do dia-a-dia. Sempre que a autonomia está condicionada, a pessoa sente uma influência na sua capacidade, na sua dignidade e integridade manifestando-se no seu bem-estar geral. Promover a autonomia da pessoa passa muitas das vezes pela capacitação da mesma e moldando as situações que vão surgindo no processo de saúde e doença da pessoa (OMS, 2015).

Neste sentido, existe uma grande vantagem na intervenção do EEER, na intervenção nas pessoas que apresentem limitações que condicionem a sua autonomia para a realização de atividades de vida diária. As limitações podem ser motoras, quando a pessoa apresenta alterações no padrão da marcha, alterações no equilíbrio, diminuição da sensibilidade e da amplitude articular, aumento a rigidez articular, alterações do tónus ou até mesmo a presença da dor, considerado um sintoma bastante significativo para a diminuição da qualidade de vida da pessoa (Vieira & Sousa, 2016).

Surtem outras alterações, nomeadamente cognitivas, estas influenciam a capacidade de raciocínio, da linguagem e do pensamento da pessoa, limitando a sua interação na sociedade.

O estágio no contexto comunitário foi muito desafiante pois houve necessidade de estabelecer uma ponte do conhecimento adquirido na componente teórica para a componente prática, o que levou a um grande investimento da minha parte, na procura de fundamentação e também na criação de um olhar objetivo e pragmático sobre a pessoa, sobre as alterações observadas e na criação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, que fossem ao encontro dessas mesmas necessidades, potenciando o processo de recuperação da pessoa e diminuindo de forma substancial os déficits apresentados.

Na URDM- Rosa Lima os dias eram pautados por rotinas diárias, de uma forma sucinta, cada pessoa acordava, tomava o pequeno-almoço, de seguida realizavam os cuidados de higiene e dirigiam-se depois para uma sala de convívio. Ainda durante a manhã realizavam fisioterapia no ginásio e terapia ocupacional, almoçavam no refeitório e durante a tarde, realizavam algumas atividades lúdicas. Algumas das pessoas tinham ainda a visita dos seus familiares e no final da tarde após o jantar no refeitório, regressavam ao seu quarto.

A enfermagem tem a sua intervenção constante no apoio e supervisão dos autocuidados, na administração da medicação, no tratamento de feridas, na admissão e acolhimento de novas pessoas na instituição, alta das pessoas após cumprirem o tempo destinado de internamento mesmo em casos em que houve prorrogação do tempo de internamento. Estas situações acontecem sempre que a equipa multidisciplinar conclui que a pessoa tem mais ganhos em prolongar o seu tempo de internamento. Há todo um trabalho de bastidores da parte de enfermagem tal como em todo o processo que envolve a pessoa desde a sua admissão até ao momento da alta. A preocupação no acompanhamento da pessoa e da sua família é um ponto importante de ligação e estabelecimento de relação em ambas as partes, para que haja sentimentos de confiança e segurança que influenciam de forma direta todo o processo de reabilitação da pessoa e segurança na atuação do EEER.

Abordei anteriormente a intervenção do enfermeiro de cuidados gerais na unidade, para fazer uma ponte de comparação entre o enfermeiro de cuidados gerais e o enfermeiro especialista em reabilitação, e desta forma conseguir evidenciar toda a intervenção especializada do EEER neste tipo de instituição. O EEER é detentor de um papel fundamental na intervenção junto da pessoa e na sua capacitação no decorrer do seu processo de recuperação. Este acompanha a pessoa na realização dos diversos autocuidados, no comer e beber, no autocuidado de higiene com a supervisão da pessoa quando esta é independente na sua realização ou quando esta necessita de uma ajuda parcial ou total e no autocuidado de levantar e transferir, mesmo que a pessoa tenha ou não necessidade de utilizar um auxiliar na marcha.

O EEER através dos seus planos de cuidados pretende potenciar a independência da pessoa aumentando a sua funcionalidade, traduzindo-se assim numa maior autonomia para a realização de AVD's, nomeadamente nos seus autocuidados, o que substancialmente vai aumentar a qualidade e vida da pessoa (Vieira & Sousa, 2016).

A intervenção do EEER além de ser bastante importante a nível motor é também muito importante a nível cognitivo, por isso recorrer a jogos de estimulação cognitiva vai favorecer a estimulação da área afetada, levando a que esta recupere alguma da sua capacidade.

Eu, como aluna, no início de cada turno realizava uma breve discussão com a minha supervisora de estágio, ao qual definia as minhas prioridades para a realização das minhas intervenções, esquematizando alguns planos de cuidados para cada pessoa e as intervenções mais adequadas nesses planos.

Numa fase inicial do estágio senti alguma dificuldade em esquematizar o meu raciocínio lógico e identificar os principais focos de enfermagem de reabilitação e as intervenções que queria realizar individualmente a cada pessoa.

Senti também alguma dificuldade no momento de admissão de uma nova pessoa na unidade e na realização de uma correta avaliação neurológica, que fosse sequencial e detalhada de todas as valências a serem avaliadas.

Na base do meu conhecimento, sabia que uma boa avaliação deve seguir uma linha cefalocaudal e nesse sentido avaliar a pessoa num todo de uma forma subjetiva e diretiva.

Para a realização de uma avaliação objetiva utilizei instrumentos de avaliação, nomeadamente escalas que se encontram agrupadas e validadas para a população portuguesa, num documento criado pela Ordem dos Enfermeiros em 2016, este veio uniformizar esses mesmos instrumentos. Neste documento estão enumerados um conjunto de instrumentos de avaliação, que validam e sustentam a documentação dos cuidados do enfermeiro especialista em reabilitação (OE, 2016).

A título de exemplo, no Apêndice IV, referente ao Relato de Caso, foram utilizados alguns instrumentos de avaliação para a recolha de dados objetivos sobre as necessidades da pessoa.

De forma a quantificar e evidenciar toda a intervenção do EEER são aplicados estes instrumentos de avaliação, que sustentam e validam essa mesma avaliação. Os instrumentos de avaliação estão agrupados por focos de enfermagem, detalhadamente: como andar, andar com auxiliar de marcha, equilíbrio corporal, pôr-se de pé, transferir-se, posicionar-se, continência urinária e intestinal, autocuidado de comer, beber, higiene, ir ao sanitário e vestir-se, comunicação, défice sensorial, deglutição, esquecimento unilateral, espasticidade, interação sexual, intolerância à atividade, mover-se em cadeira de rodas, movimento muscular, paresia, rigidez articular, pé equino, tecido cicatricial, ventilação, expectorar e limpeza das vias aéreas (OE, 2016).

De forma a estruturar o meu pensamento lógico, dividi a avaliação neurológica em dois períodos distintos, uma fase inicial que contemplava uma avaliação cognitiva e uma segunda fase correspondente a uma avaliação motora.

Na avaliação cognitiva da pessoa seguia alguns pontos orientadores nomeadamente:

- estado de consciência: monitorização da escala de Coma de Glasgow;
- orientação da pessoa: pessoa, espaço e tempo;
- tipo de discurso: fluente ou não fluente;

- linguagem: fluência, repetição e nomeação e compreensão;
- nomeação: capacidade de nomear corretamente 5 objetos;
- alteração dos campos visuais: teste do movimento da caneta;
- memória: curto e longo prazo
- escrita: pedir a pessoa para escrever o seu nome;
- cálculo: realização de soma de 2 números (OE, 2016)

Numa segunda fase realizava uma avaliação com mais incidência a nível motor, realizando alguns testes nomeadamente:

- sensibilidade: profunda ou superficial, com o teste do algodão/ quente e frio ou da picada da agulha;
- coordenação: teste da ponta do nariz-dedo/ teste de calcanhar-joelho- Inquérito pé-tornozelo (OE, 2016);
- equilíbrio: sentada e de pé, com o teste de Romberg e Escala de Equilíbrio de Berg (OE, 2016);
- força muscular: monitorização da escala Medical Research Council (MRC) (OE, 2016);
- deglutição: aplicação da escala da deglutição- GUSS (OE, 2016);
- incontinência de esfíncteres: aplicação da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (OE, 2016).

Para a capacidade de realização dos autocuidados, nomeadamente comer, beber, higiene, ir ao sanitário, transferir-se e vestir-se, apliquei a escala de Barthel e o Índice de Kartz (OE, 2016).

Através desta avaliação e com base no conhecimento teórico acerca da dinâmica do cérebro e as áreas responsáveis por cada função, conseguia chegar à conclusão da área afetada e de que forma se manifestavam essas alterações na pessoa.

Muitas das vezes as avaliações são subjetivas de avaliador para avaliador, por isso é muito importante a uniformização da avaliação da pessoa, através da aplicação de instrumentos de recolha de dados que agrupam características comuns entre eles, de forma a que cada avaliação seja o mais coerente possível.

Os instrumentos de recolha de dados/escalas regem-se por propriedades psicométricas, validade, confiabilidade e responsividade. Estas conferem uma qualidade e segurança na aplicação do instrumento, na avaliação e reavaliação da pessoa e devem estar validados e aprovados para a população portuguesa (Hukuda, Michele, et al, 2016).

Todas as avaliações das pessoas eram realizadas com a aplicação e monitorização de escalas, de forma a obter resultados concretos e objetivos e mais próximos face às alterações verificadas na pessoa. Neste sentido, pude realizar uma avaliação e uma reavaliação das mesmas após a implementação do plano de cuidados e das intervenções delineadas para a pessoa e para o seu processo de reabilitação.

A aplicação de instrumentos de recolha de dados, nomeadamente escalas, sempre foi uma necessidade do EEER, pois estes evidenciam e sustentam os resultados obtidos, através da sua prática, quantificando e avaliando a qualidade e eficácia das intervenções realizadas (OE, 2016).

A criação de um conjunto de instrumentos de colheita surge como uma ferramenta essencial que sustenta a veracidade da prática especializada do EER e torna a tomada de decisão mais consciente e suportada (OE, 2016).

Após a aplicação dos instrumentos de recolha de dados e numa linha sequencial são definidos os focos de enfermagem de reabilitação, as intervenções associadas a cada foco e posteriormente a avaliação dos resultados, sendo importante a nova aplicação dos instrumentos de recolha de dados, de forma a comparar a avaliação inicial com a avaliação após a intervenção, podendo assim concluir se há ou não uma evolução favorável da pessoa face ao plano definido para ela, demonstrando quais os ganhos e as melhorias necessárias a ser realizadas no plano de reabilitação.

De uma forma geral, o estágio no contexto da comunidade foi bastante enriquecedor. A equipa constituinte da unidade foi extremamente receptiva e disponível durante o meu percurso na unidade, tornando assim este momento de aprendizagem muito positivo, contribuindo de uma forma importante na minha formação como futura especialista e mestre em enfermagem de reabilitação.

2.2 A experiência no contexto de Estágio Profissionalizante- Hospital Ortopédico de Sant'Ana

O estágio profissionalizante enquadra-se no segundo ano do primeiro semestre e é considerado a reta final em que culmina o estágio em meio hospitalar e a realização do relatório profissionalizante com defesa pública do mesmo, encerrando assim o ciclo de estudos do mestrado em enfermagem de reabilitação, conferindo o grau de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação.

Este estágio foi dividido em duas componentes distintas, uma parte que foi realizada no Hospital Ortopédico Sant'Ana e a segunda parte no Hospital Santa Maria na Unidade de Reabilitação Respiratória (URR).

Hoje em dia o hospital Ortopédico Sant'Ana é considerado uma das grandes referências a nível internacional e nacional no que diz respeito à área da Traumatologia e Ortopedia. Desenvolveu-se dentro do seio da Santa Casa da Misericórdia e vive numa constante evolução a nível das técnicas mais avançadas dentro do campo da Ortopedia. A instituição também abrange outras valências como a Fisiatria, Nutrição, Psicologia, Medicina Interna, Reumatologia, entre outras, embora que o seu grande investimento seja na área da Ortopedia como já referido.

O serviço de internamento do Hospital Ortopédico de Sant'Ana está dividido em duas alas independentes: a S. Domingos e Sta. Catarina Sena, estas trabalham com os mesmos objetivos e valores e com o mesmo tipo de doentes cirúrgicos.

Os profissionais que fazem parte desta equipa, formam uma equipa multidisciplinar, ao qual, pertencem enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em reabilitação, médicos de clínica geral, cirurgiões, ortopedistas, uma enfermeira gestora, assistentes operacionais, nutricionista, fisioterapeutas, secretárias e assistente sociais.

A enfermagem desempenha um papel completo nas 24 horas, em turnos rotativos entre manhãs das 08:00h, até as 15:00h, tardes das 15:00h às 23:00h e noites das 23:00h até as 08:00h do dia seguinte. No horário, o EEER, tem alocadas horas apenas para exercer

a especialidade de reabilitação, podendo intervir com as pessoas que se encontravam no internamento.

A grande parte da população presente neste Hospital refere-se a pessoas que vão realizar um procedimento cirúrgico eletivo, em que a pessoa é seguida na consulta de Ortopedia do mesmo Hospital ou então é referenciada pelo Centro de Saúde, ou ainda através de um protocolo existente entre o Hospital Ortopédico de Sant'Ana e o Hospital São Francisco Xavier (HSFX). Nesta última vertente, são encaminhadas pessoas do foro orto-traumatológico em situação estável e que apenas aguardam uma cirurgia ortopédica, este protocolo surge no sentido de reduzir tempos de espera em grandes centros hospitalares da grande Lisboa.

Das diversas cirurgias realizadas no Hospital Ortopédico Sant'Ana as mais frequentes são cirurgias de colocação de prótese total de joelho e anca (PTJ e PTA), cirurgias de ombro (colocação de próteses invertidas), coluna (escolioses, hérnias, e/ ou artrodeses), cirurgias traumáticas que são representadas por fraturas tri-maleolares, bi-maleolares, expostas e supracondilíneas, e alguns traumatismos da bacia e coluna. São também realizadas em pequeno número cirurgias em pessoas em idade pediátrica referentes a talipes equinovarus (pé torto) e displasias da anca.

As perspetivas para a realização deste estágio no âmbito da pessoa submetida a cirurgia do foro orto-traumatológico, foi muito grande, pois o cuidado realizado à pessoa submetida a cirurgia é completamente diferente do tipo de cuidado que faço diariamente como enfermeira no meu local de trabalho.

Desde o início senti que iria ser desafiante e que teria de dedicar muito do meu tempo a realizar estudo autónomo, principalmente de forma a consolidar os conhecimentos adquiridos na área nas unidades curriculares pertencentes ao plano de estudos e conseguir estabelecer uma relação entre o conhecimento e a prática de forma a demonstrar as competências necessárias, para a realização de ensinamentos inerentes a cada cirurgia, salientando a especificidade de cada uma.

Os ensinamentos realizados à pessoa que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico são extremamente importantes e vão influenciar toda a adesão e evolução no seu processo

de reabilitação. As expectativas que as pessoas criam antes da realização do procedimento cirúrgico, podem ser grandes, sendo bastante importante a intervenção do EEER na educação através da realização de ensinamentos, sobre estratégias por exemplo de alívio da dor, exercícios que devem ser realizados, o esclarecimento de dúvidas sobre o procedimento, e elucidar a pessoa de como será o período após a realização da cirurgia e como é importante o seu processo de reabilitação e a sua adesão ao mesmo (Vieira & Sousa, 2017).

Por ser uma área em que me sentia pouco à vontade, o medo de errar era sempre assumido, mas o fato de ter sido acolhida no seio de uma equipa muito colaborante e integrativa, facilitou todo o meu processo de aprendizagem, podendo assim desenvolver as minhas competências nesta área específica.

Os objetivos delineados para este estágio passaram por:

- contextualizar os conhecimentos obtidos ao longo do curso, numa prática de cuidados em enfermagem diferenciada na área da reabilitação em contexto hospitalar;
- aplicar e integrar os conhecimentos e a capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas e de grande complexidade da prática clínica;
- aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados;
- desenvolver espírito crítico sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais;
- desenvolver e demonstrar competências de avaliação e intervenção clínica, na área da Enfermagem de reabilitação bem como se supervisão de outros enfermeiros, promovendo o desenvolvimento de aprendizagens;
- transmitir informação, ideias, problemas e soluções, assegurando a continuidade dos cuidados e a integração da melhor evidência disponível;
- aplicar conhecimentos e competências para concretizar o plano de desenvolvimento profissional e a realização de relatório de estágio profissionalizante.

No mesmo molde do estágio no contexto comunitário, foi elaborado um plano de atividades, definindo alguns dos objetivos e estratégias a serem atingidas (APÊNDICE II).

De uma forma geral, este estágio profissionalizante, foi uma mais-valia no que diz respeito aos ensinamentos realizados à pessoa submetida a cirurgia. Um dos contextos mais vividos por mim foi o contexto de colocação de PTA, por isso o meu interesse e o meu investimento na realização dos ensinamentos à pessoa durante todo o procedimento desde a admissão da pessoa no hospital, no momento pré-operatório, pós-operatório e no momento da alta.

Todos os ensinamentos eram realizados e reforçados, para que estes fossem completamente eficazes, sendo uma mais-valia no processo de reabilitação e autonomia da pessoa.

Este estágio foi extremamente enriquecedor para conseguir estabelecer uma relação através dos conhecimentos adquiridos na componente teórica com a realidade da pessoa submetida à prótese da anca na componente prática.

Os ensinamentos realizados às pessoas submetidas a este tipo de cirurgias são bastante importantes, pois contribuem para a uma melhor adaptação e recuperação da pessoa numa fase inicial do pós-operatório e seguidamente no regresso ao dia-a-dia, favorecendo uma boa evolução no seu processo de recuperação.

2.3 A experiência no contexto do Estágio de Reabilitação Profissionalizante- URR

O estágio na Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital de Santa Maria, foi um curto período que decorreu do dia 04 de dezembro a 15 de dezembro de 2023.

Este estágio surge como um complemento, face ao cumprimento de todos os objetivos definidos para os processos, nomeadamente o respiratório, por isso foi necessário colmatar essa necessidade através da consolidação de alguns conceitos e técnicas a nível do processo respiratório, por isso foi nos dada a oportunidade de realizar um pequeno momento de estágio na URR.

A URR é uma unidade que o seu funcionamento é dias úteis de segunda à sexta no horário das 08:00h até às 16:00h. Constituída por uma equipa multidisciplinar

relativamente pequena com cerca de 6 enfermeiros especialistas em reabilitação, pneumologistas, assistentes operacionais, 1 psicóloga, 1 nutricionista e 2 secretárias.

A área do sistema respiratório de forma pessoal desperta em mim muito interesse, não só porque representa uma área bastante distinta de intervenção do EEER, mas também porque os ganhos da pessoa são facilmente observados de forma objetiva logo após a intervenção.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) a Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção global e multidisciplinar baseada na evidência, integra-se num tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir os custos de saúde através da estabilização ou regressão das manifestações sistêmicas da doença” (DGS,2009).

Nesta unidade de reabilitação respiratória, duas das patologias que correspondem ao leque de pessoas que são acompanhadas por esta equipa multidisciplinar, são a Asma e a Fibrose Quística (FQ).

Segundo a Associação Nacional de Fibrose Quística (ANFQ), a Fibrose Quística é uma doença crónica, estima-se que em Portugal cerca de 30-40 crianças nascem com esta alteração genética, sendo esta de carácter hereditário (ANFQ, 2023).

A Fibrose Quística é considerada como uma doença crónica e multissistêmica com grande taxa de mortalidade que ronda os 85%. Traduz-se através de uma constante inflamações e alterações a nível do transporte mucociliar, potenciando assim o aumento de infeções respiratórias e consequentemente o agravamento da pessoa face à doença (Guia Orientador de Boa Prática- Reabilitação Respiratória, 2018).

As pessoas com Fibrose Quística são acompanhadas em consultas de enfermagem e pneumologia trimestrais. Durante a consulta é realizada uma avaliação da pessoa, com a monitorização do peso, realizada colheita de análises, sangue, urina tipo II e expectoração. A pessoa é questionada sobre a existência ou não de exacerbação da sintomatologia inerente à doença tal como tosse, expectoração com sangue, perda de apetite, cansaço e dispneia. São ainda abordados outros assuntos, como a adesão à

terapêutica, a descrição de efeitos adversos da medicação realizada continuamente como os broncodilatadores e, como é realizada a limpeza das vias aéreas, através da realização de drenagem das secreções.

Algumas destas pessoas fazem parte do plano de “telereabilitação” em que através de uma videochamada realizada entre a pessoa e o enfermeiro responsável pelas consultas de “telereabilitação” são realizados exercícios de fortalecimento da capacidade funcional respiratória através da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), de Reeducação Funcional Motora (RFM) e, treino de resistência.

As consultas podem ser realizadas de forma on-line ou presenciais.

Ainda podem fazer parte destas consultas pessoas com bronquiectasias e pessoas com doenças obstrutivas como a DPOC, muitas das vezes em fases exacerbadas da doença em que é necessária uma intervenção direcionada e especializada do EEER no âmbito da RFR e RFM.

Durante as consultas acedemos a toda a monitorização contínua que é realizada a cada pessoa, podendo ter acesso à tolerância ao esforço e ao exercício físico de cada pessoa, através da realização de um conjunto de exercícios que engloba o treino de resistência, treino de força e treino dos músculos respiratórios, e numa fase final a realização de exercícios de alongamento e relaxamento.

O grupo de pessoas com asma dirige-se à unidade para a realização de terapêutica biológica, pessoas já consideradas com asma grave, em que a medicação de primeira linha para o tratamento da asma não é eficaz. Após realização da medicação são reforçados os ensinamentos sobre a administração da terapêutica inalatória, solicitando à pessoa para exemplificar a técnica que realiza diariamente.

A Global Initiative for Asthma atualizou recentemente em 2023, o Guia Global para o tratamento da Asma através do lançamento de novas diretrizes na Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA). No que se refere ao tratamento de pessoas com esta doença, reforça-se a importância do uso de corticoides inalatórios em

combinação com agonistas beta-2, sendo esta combinação usada apenas através de um inalador único (Global Initiative for Asthma, 2023).

Além do acompanhamento deste tipo de pessoas, muitas vezes é solicitado o apoio do EEER, nos diferentes serviços do hospital como nas especialidades médicas e cirúrgicas e unidades de cuidados intensivos, no sentido de fazer chegar ao maior número de pessoas os cuidados especializados e diferenciados, promovendo mais cuidados de qualidade à pessoa na sua fase de recuperação.

Durante o período de tempo que durou este estágio ainda surgiu a oportunidade de visitar uma valência da URR que é responsável pela ventilação não invasiva (VNI), podendo observar vários tipos de dispositivos, perceber a forma que são adaptados às necessidades das pessoas e os diversos materiais disponíveis e por fim, observar a realização da prova de marcha de 6 minutos por uma pessoa durante a consulta.

Durante as duas semanas que decorreram o estágio na URR, tive contato direto com os processos patológicos e fisiológicos das patologias supracitadas, identificando sinais e sintomas e percebendo a forma como esta doença se comporta na pessoa e como interfere na vida da mesma, quer na realização das AVD's, quer também a nível profissional e social, limitando muitas das vezes essa interação.

Consegui também interpretar e observar exames complementares de diagnóstico como provas de esforço, avaliação da função respiratória em sintonia com a realização do exame físico, gasometrias, observação de radiografias e provas funcionais.

Neste contexto, consegui observar e colocar em prática algumas técnicas de RFR e RFM, através de técnicas de limpeza das vias aéreas, técnicas de otimização para uma ventilação mais eficaz e técnicas de correta administração da terapêutica inalatória.

Sendo o contexto respiratório de especial interesse, como já referido anteriormente no meu processo de formação enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, surgiu a oportunidade de assistir ao 2º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação (ANEXO I), que se realizou de 31 de maio a 2 de junho em Viseu, organizado pela Associação Científica dos Enfermeiros (ACE).

Além dos conteúdos programados no congresso, participei em alguns workshops que achei pertinentes na minha formação, nomeadamente no “Descomplicando a radiografia do tórax” (ANEXO II), “Interpretação de gasometria” (ANEXO III) e “Terapêutica Inalatória” (ANEXO IV).

Durante o meu desenvolvimento a nível prático e teórico em ambos os estágios posso afirmar que foi sempre adotado um grande diálogo com os supervisores de estágio. No início de cada turno, era realizado um breve resumo das pessoas que se encontravam no serviço e que iriam beneficiar de uma intervenção especializada do EEER, posteriormente eram definidas as pessoas que teriam mais ganhos com a intervenção EEER, definindo prioridades para a realização das intervenções.

Eram delineados planos de cuidados com base nas necessidades de cada pessoa, tendo em atenção os seus antecedentes e de que forma estes poderiam interferir no decorrer de cada intervenção.

Todos os planos foram estruturados seguindo as prioridades de intervenção para a pessoa, com intervenções ajustadas, conscientes, responsáveis e adequadas às necessidades de cada pessoa.

No final de cada turno, era realizada uma reflexão sobre todas as pessoas que foram alvo de intervenção, identificando aspetos positivos, os menos positivos de cada intervenção e de que forma poderia melhorar a minha intervenção na próxima abordagem à pessoa.

Nos locais de estágio por onde realizei a minha componente prática, tive oportunidade de aplicar as competências específicas do enfermeiro de reabilitação, pude documentar toda a minha intervenção através da realização dos registos de enfermagem no campo da enfermagem de reabilitação. O registo descritivo e documentado de todas as intervenções realizadas à pessoa deve ser realizado, sendo na minha opinião uma peça fundamental para complementar e comprovar toda a intervenção que era realizada, podendo assim refletir e vivenciar o trabalho realizado e todos os ganhos para a pessoa com a intervenção do EEER, sendo necessário também trabalhar para a melhoria contínua dos cuidados.

Ao longo dos estágios nem sempre foi fácil acompanhar diariamente as pessoas, grande parte das vezes por terem internamentos curtos, como acontecia no Hospital Ortopédico de Sant'Ana, outras vezes por condicionantes de gestão de recursos humanos, mas sempre que possível esse acompanhamento era realizado, podendo assim verificar a evolução da pessoa e os ganhos em saúde através da intervenção do EEER.

Atempadamente à realização da intervenção realizada para cada pessoa, esta era sempre sujeita a uma avaliação consciente e objetiva face à sua situação e as suas necessidades, podendo assim traduzir ou não numa boa evolução da pessoa no seu processo de reabilitação.

Os planos de cuidados elaborados são sempre passíveis de ser alterados e ajustados, podendo assim, direcionar e individualizar a nossa intervenção, para que esta vá ao encontro das necessidades presentes, potenciando um melhor processo de recuperação e adaptação da pessoa.

Os estágios realizados refletem a importância da realização de ensinamentos à pessoa, e que estes correspondem a uma peça fundamental na intervenção do EEER. Dependendo de cada contexto, há sempre um conjunto de ensinamentos que podem ser realizados em complemento com a intervenção, ajudando a pessoa na gestão de uma situação aguda ou crónica em que adaptação à nova realidade e às dificuldades é uma tarefa árdua para a pessoa e família.

Durante a realização dos estágios quer na vertente da comunidade quer na vertente em ambiente hospitalar, houve sempre objetivos bem definidos no que era esperado, fomentando o espírito crítico-reflexivo durante a tomada de decisão, para que esta fosse clara, objetiva e fundamentada pelas competências comuns, específicas e de mestre adquiridas ao longo deste processo de formação.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O conhecimento deve ser a base da prática do enfermeiro especialista em enfermagem em reabilitação.

O conhecimento transmitido pelas grandes teóricas de enfermagem, são a base da prática do enfermeiro especialista em reabilitação

Essas teorias são baseadas nas suas experiências do dia-a-dia, nas suas investigações e na constante procura de conhecimento científico que as viesse a validar e as torná-las mais sustentáveis.

No seio da Enfermagem, surgem várias teorias que sustentam vários paradigmas em Enfermagem.

Durante a minha formação tive a oportunidade de aprofundar em maior detalhe algumas das teorias de enfermagem, tal como retirar delas conceitos e ideias para sustentar e fundamentar a minha prática.

Segundo Martins, et al, 2018, algumas das teorias que mais influenciavam a intervenção do EEER, são Dorothea Orem e Callista Roy, Afaf Meleis e Madeleine Leininger. Neste sentido e de forma fundamentada das minhas intervenções saliento a importância que a teoria de Dorothea Orem, Callista Roy e voltado a tempos mais antigos Virgínia Henderson, tiveram para a realização das minhas intervenções com base nos seus ideais.

3.1. Teoria das 14 Necessidades Humanas Básicas- Virgínia Henderson

Considerada como uma das teorias com grande nome na Enfermagem e inspiradora para os EEER, Virgínia Henderson criou um currículo básico de enfermagem em que envolvia vários conceitos como pessoa, ambiente e ensino, em que este era centralizado na pessoa e nas manifestações das suas necessidades (Vieira & Sousa, 2017)

A enfermagem tinha o papel importante de colmatar essas necessidades apresentadas pelas pessoas, mesmo que essas necessidades fossem psicológicas ou fisiológicas.

Um dos pressupostos chave definidos por Virgínia Henderson é a assistência da pessoa nas suas AVD's até que esta seja capaz de cuidar de si de uma forma autônoma e independente (Vieira & Sousa, 2017)

Na Enfermagem de reabilitação o EEER acompanha e assiste a pessoa desde o início, isto é, desde que a pessoa apresenta uma determinada limitação, até ao momento em que a pessoa recupera essa limitação ou tem a necessidade de se adaptar a essa mesma limitação. Todo este acompanhamento realizado pelo EEER surge através da observação das necessidades da pessoa e conseqüentemente, a criação de um plano de cuidados ajustado e diferenciado com intervenções e ensinamentos que vão ao encontro dessas mesmas necessidades. Seguindo sempre como principal foco a promoção da independência e a reeducação de novos hábitos da pessoa face às novas limitações (Vieira & Sousa, 2017).

Virgínia Henderson, engloba vários conceitos na sua investigação, nomeadamente: saúde, independência e capacidade da pessoa para a realização das suas AVD's, e neste sentido perceber se a pessoa é ou não capaz de realizar as suas AVD, ou se é necessário o auxílio de algum material de apoio (Vieira & Sousa, 2017).

O EEER durante a sua intervenção com a pessoa, realiza uma avaliação global no sentido de perceber as capacidades da pessoa para a realização das suas AVD's e se esta necessita de algum material de apoio para a sua realização.

Toda a intervenção do EEER é muito importante para a capacitação da pessoa na realização das suas AVD's, quer no ensino sobre a utilização de materiais de apoio e de que forma estes promovem a autonomia e independência da pessoa.

Na teoria de Virgínia Henderson, o conceito de promoção da saúde é muito evidenciado e neste sentido a enfermagem tem uma forte intervenção na promoção da saúde através do acompanhamento e assistência de cada pessoa, nas suas necessidades, sendo elas totais ou apenas parciais, quando é necessário um pequeno apoio ou uma supervisão de uma segunda pessoa (Vieira & Sousa, 2017).

Virgínia Henderson, explicita muito a promoção da independência da pessoa, conceito este muito presente na base de intervenção do EEER na procura constantemente através da sua intervenção de autonomia e independência da pessoa.

O conceito de pessoa e ambiente é muito referenciado por Virgínia Henderson, para esta, há sempre uma preocupação da enfermagem em relação ao ambiente em que a pessoa se encontra, pois este idealmente deve ser um ambiente seguro, sendo assim importante promover hábitos de saudáveis de saúde, que potenciem este mesmo ambiente seguro da pessoa. Por sua vez, o conceito pessoa envolve o equilíbrio entre o físico e o emocional, pois estes não são independentes na pessoa e devem funcionar concomitantemente para atingir o equilíbrio. Este equilíbrio encontra-se completamente alcançado sempre que as necessidades básicas da pessoa se encontram intactas, por isso surgiu a teoria das 14 necessidades humanas fundamentais, como uma chave para alcançar o equilíbrio e conseguir dar resposta às pessoas através da satisfação das mesmas (Vieira & Sousa, 2017).

Quando existe um desequilíbrio nestas necessidades manifestadas pela pessoa, este traduz-se na necessidade de ajuda para a realização das suas necessidades básicas, nesta situação a pessoa sente que está em causa a sua capacidade de autonomia para a realização das AVD's. É importante que a pessoa tenha consciência que necessita de ajuda para a realização das mesmas, permitindo que o EEER participe na realização das mesmas quer para ajudar, apoiar ou realizar ensinamentos com base em estratégias de adaptação passíveis de serem usadas pela pessoa.

O EEER durante a sua intervenção vive constantemente esta realidade e intervém na concretização destas necessidades durante a realização dos autocuidados: comer, higiene, vestir, alimentar, transferir-se e andar. Cria uma relação de confiança e ajuda com a pessoa, de forma a poder aplicar um plano de cuidados que vá ao encontro das necessidades da pessoa, adaptando essas mesmas necessidades na realização e satisfação das necessidades básicas humanas.

Dentro da enfermagem, a reabilitação é uma especialidade que na sua essência é constituída por diversas técnicas e intervenções que podem ajudar na dinâmica corporal

da pessoa, mas o EEER na sua essência tem muito presente uma visão holística da pessoa.

Neste sentido a preocupação do EEER vai ao encontro da pessoa num todo, percebendo de que forma as condicionantes fisiológicas limitam a vida da mesma e de que forma limita a sua parte psicológica, resumidamente como estas influenciam toda a dinâmica diária da pessoa, tal como a sua capacidade de perceber as suas limitações, aceitá-las e viver com elas da forma mais autónoma possível e com a maior qualidade de vida.

3.2 Teoria de Adaptação de Roy Callista Roy

Contemplando sempre a prática, Callista Roy, no seu dia-a-dia no desempenho da função de enfermeira constata que a pessoa assume uma adaptação em resposta a alterações físicas e psicológicas. Nesta corrente de pensamento surge o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2002).

O Modelo de Adaptação de Roy, assenta em alguns conceitos chave nomeadamente o conceito de adaptação, Enfermagem, Pessoa, Ambiente e Saúde.

Para Callista Roy a enfermagem é uma profissão que assume que os cuidados de saúde são centrados nos processos de vida das pessoas, nesse sentido uniformiza e enfatiza a promoção da saúde nas pessoas de uma forma individual ou em grupo. O conceito de adaptação é considerado como um processo em que a pessoa assume um pensamento lógico e consciente para criar uma interação da pessoa com o ambiente, não apenas assumindo os estímulos como resposta da pessoa com o ambiente. Desta forma cria uma ligação mútua entre a pessoa e o ambiente, e consequentemente a sua resposta (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2002).

Na perspetiva de Callista Roy a pessoa encontra-se inserida num sistema de adaptações de uma forma holística, sendo a pessoa o centro da Enfermagem que vive num constante sistema de adaptação. A pessoa é consciente na tomada de decisões, sendo esta influenciada por fatores internos. Estes ajudam na adaptação, quando os mecanismos de adaptação são ineficazes o processo de doença surge de uma forma natural em forma de resposta negativa. Quando os fatores de adaptação são eficazes,

estes mostram-se através de um bom equilíbrio no estado de saúde (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2000).

A saúde é considerada como um estado que pode ser ou não alterado e que faz parte de um ser completo, sendo um reflexo da interação da pessoa com o ambiente. Esta não assume um papel independente da doença, ambas funcionam de uma forma complementar, sendo grande parte das vezes encarada como uma experiência para a pessoa (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2002).

O conceito de ambiente é encarado como todos os fatores, todas as condições e influências que contribuem para a alteração do comportamento e/ou desenvolvimento de diversos comportamentos diferentes das pessoas no seguimento das alterações vivenciadas. O ambiente pode novamente ser influenciado por fatores internos e externos, negativos ou positivos, o que vai obrigar a pessoa a um maior gasto de energia e conseqüentemente na utilização de fatores de adaptação mais eficazes e conscientes para adaptação da realidade sentida (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2002).

Existe uma interligação entre estes conceitos, sendo o conceito de adaptação o mais central para a pessoa, pois todos eles giram em torno dele, sujeitos a todos os fatores de mudança inerentes. A adaptação da pessoa pode ser positiva quando esta transmite uma resposta positiva ou uma resposta adaptável a todas as alterações a que foi sujeita, ou uma resposta negativa que pode condicionar o desenvolvimento da pessoa e condicionar a sua adaptação (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2002).

O EEER consegue acompanhar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida experienciando também diversas alterações que a pessoa pode ser alvo ao longo do seu ciclo de vida. O trabalho do EEER passa por uma avaliação completa da pessoa, uma avaliação inicial onde são identificadas alterações, definidos diagnósticos e intervenções com base nessas alterações, aplicado esse plano de cuidados definido e avaliados os resultados, consoante essa avaliação inicial, o EEER, consegue perceber se a sua intervenção foi ao encontro das necessidades da pessoa e se houve uma evolução e adesão positiva da pessoa.

Nem sempre adesão ou a evolução da pessoa fase ao plano de cuidados segue o que é idealizado pelo EEER e os pressupostos da reabilitação, nas situações de menos sucesso da intervenção realizada, o EEER, tem a capacidade de redefinir e adequar o plano de cuidados e as suas intervenções para a pessoa na tentativa de ir ao encontro das verdadeiras necessidades da pessoa, salvaguardando que às vezes os cuidados e as intervenções realizadas não são curativas, mas promovem o bem estar a pessoa e a sua qualidade de vida e autonomia.

A pessoa, a sua interação com o meio, o ambiente e as restantes pessoas, sejam elas profissionais de saúde ou o seu seio familiar, exige da pessoa uma grande adaptação.

O EEER durante a realização da sua prática de enfermagem de reabilitação promove essa adaptação da pessoa, tendo sempre como base as suas limitações, as suas crenças, as suas exigências, as suas perspetivas, os seus medos e todos os sentimentos positivos ou negativos manifestados pela pessoa. Toda esta dinâmica torna a pessoa num ser de uma grande complexidade. Para conseguir intervir nesta grande complexidade que é a pessoa, o EEER, cria, adapta e readapta os seus planos de cuidados, as suas intervenções e os seus ensinamentos à singularidade de cada pessoa, bem como a fase que se encontra a pessoa no seu processo de reabilitação e adaptação.

3.3 Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem- Dorothea Orem

Uma das grandes apostas de Dorothea Orem foi o desenvolvimento dos conceitos de enfermagem e de autocuidado, que vem justificar e fundamentar a prática das Enfermeiras e nesse sentido surgiu a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDACE).

A Teoria do Déficit do Autocuidado de enfermagem baseia-se em três alicerces fundamentais que são a teoria do autocuidado, através da descrição do autocuidado da pessoa, a teoria do défice de autocuidado em que a enfermagem entra com a função de ajudar, e por último a teoria dos sistemas de enfermagem que transparece a relação que deve existir entre a pessoa e a enfermagem, para que se tornem numa dupla funcional (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2002, pág 212).

A teoria de Dorothea Orem é considerada uma teoria transversal em todas as áreas que envolvem a enfermagem. É por isso muito utilizada como instrumento de validação e fundamentação em várias áreas de enfermagem, mesmo até na área de especialidade em enfermagem (Toney, Ann e Alligood, Martha, 2002, pág 220).

Posteriormente surge ainda uma outra teoria, a teoria do cuidado dependente, que vem mostrar a importância que a enfermagem exerce sobre as competências assimiladas pelo cuidador informal (Hartweg, 2015).

A partir do momento em que o indivíduo apresenta e direciona os seus objetivos de forma a alcançar algo não expectável, por exemplo no caso de independência nos autocuidados, e mesmo assim o indivíduo afirma a necessidade de ajuda para a realização dos mesmos, mostra assim uma ação deliberada e consciente (Berbiglia & Banfield, 2014).

Algumas das ideologias assentes nesta teoria referem-se ao grau de maturidade da pessoa para gerir e assimilar limitações, no que se refere à prática de cuidados na área da saúde, podendo constantemente se transformar em estados de dependência no seu próprio autocuidado ou no cuidado de outrem (Queirós et al, 2014).

Sempre que nestas situações seja pertinente a intervenção de enfermagem, pela falta ou não da capacidade da pessoa para a realização do autocuidado, há uma intervenção no sentido de compensar as dificuldades apresentadas e no âmbito dos ensinamentos, de forma a capacitar e incentivar a pessoa a alcançar melhoria do seu estado (Queirós et al, 2014).

Dorothea Orem, afirma que o processo de autocuidado pode ser passível de ser amadurecido, isto sempre que a pessoa tenha consciência das suas capacidades e que apresente predisposições de memória, habilidade, percepção e orientação, ou ainda, capacidade para a realização do autocuidado e capacidade de assimilar o ensino e refletir sobre este na tomada de decisão e avaliação dos efeitos causados através da sua intervenção (Orem, 2001 citada por Hartweg, 2015).

Enquadrando a teoria de Orem com a enfermagem e reabilitação existe uma grande complementaridade entre ambas, pois o EEER integra-se sempre no autocuidado da pessoa e acabam por trabalhar como uma dupla funcional, ensinando à pessoa várias estratégias e técnicas que podem ser utilizadas durante a realização do autocuidado de forma a minimizar os seus défices, e tornar este processo para a pessoa o mais simplificado possível de ser realizado.

É muito importante na formação dos futuros enfermeiros especialistas e mestres em enfermagem de reabilitação, fundamentar a sua prática com base nas teorias de enfermagem, pois estas são a base do conhecimento e a base de toda a prática que desempenhamos diariamente. Os paradigmas que defendiam em tempos passados são tão e refletem-se na nossa prática e naquilo que idealizamos para a pessoa através da nossa intervenção.

Neste relatório profissionalizante dirigi a minha maior atenção para as três teóricas referidas anteriormente, pois considero que sedimentam e respondem ao meu objetivo geral que é avaliar o Impacto da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem reabilitação no ensino peri-operatório à pessoa submetida a prótese total da anca.

Nestas teorias estão refletidos conceitos como necessidades da pessoa, a realização do autocuidado e adaptação da pessoa face a uma situação aguda e que forma esta encarar as limitações na sua autonomia, procurando ou não a sua readaptação às novas necessidades.

O EEER assume um papel predominante na capacitação da autonomia da pessoa à nova realidade, traçando planos, ajustando e direcionado a pessoa nas suas atividades de vida diária e na introdução novamente a pessoa no seu dia-a-dia.

4. A PROBLEMÁTICA ABORDADA NO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O corpo humano encontra-se inserido numa grande complexidade biológica, este é constituído anatomicamente por vários sistemas, entre eles o sistema esquelético (RELVAS, Carlos, 2019).

4.1 Prótese total da Anca

O sistema esquelético é constituído por um grande conjunto de ossos, cartilagens e ligamentos, que entre si assumem funções importantes para manter a estrutura do corpo. Responsáveis pelas funções de proteção, sustentação e estrutura do corpo. A função de proteção, pois protege estruturas como os órgãos, de sustentação por sustento todo o equilíbrio e a possibilidade de manter o ortostatismo e de estrutura, pois cada osso tem uma forma e sustenta todo o sistema esquelético (RELVAS, Carlos, 2019).

A articulação da anca, compreende a ligação da cabeça do fémur ao acetábulo e da toda a cartilagem que a envolve, classificada assim como das maiores articulações presentes na anatomia humana (Muscolino, Joseph, 2008).

De uma forma mais pormenorizada a articulação da coxa-femoral é constituída pelo fémur, na extremidade mais proximal pela cabeça e mais distal pelo colo, este tem a configuração de uma estrutura mais proeminente e arredondada, subdividindo-se em duas tuberosidades, denominadas de grande trocânter e pequeno trocânter. Estas tuberosidades permitem a inserção dos músculos (Pinto, 2016)

Os músculos que envolvem estas peças anatómicas são responsáveis pela realização de movimentos, conferem a mobilidade da articulação, capacidade de realização de marcha, manutenção da estabilidade, postural e suporte (Pina, 2017)

Os três grandes grupos de músculos que pertencem à articulação da coxa-femoral são os ântero-laterais, os mediais e posteriores. Dentro do grupo dos ântero-laterais fazem parte o sanatório, o tensor da fascia lata e o quadricípite femoral. O bicípite femoral, o semitendinoso e o semimembranoso. Por último, no grupo dos mediais fazem parte o pectíneo, o adutor longo e curto, o adutor magno e o músculo grácil (Pina, 2017).

A dinâmica da articulação envolve a articulação coxofemoral, os grupos de músculos e as estruturas cartilaginosas. Os músculos conferem a possibilidade de realização de determinados movimentos consoante determinada amplitude, nomeadamente de flexão que pode ir até 120°C, de extensão até 15°C, de abdução até aos 45°C, adução até aos 30°C, rotação externa de 30°C e interna até aos 45°C. A articulação pode ainda realizar o movimento de circundução (Pina, 2017).

Ao longo do tempo, a articulação da coxa-femoral vai vivenciando algumas alterações, causadas grande parte das vezes pelo desgaste ao longo do tempo, por traumatismos ou por degeneração do próprio osso ou cartilagem.

A artrose é uma das doenças degenerativas que confere a perda de funcionalidade do movimento da anca e da cartilagem articular. Esta tem uma progressão lentificada e constante e abrange grande parte da população idosa (Matos & Araújo, 2019).

Outros dos problemas identificados pela National Association of Orthopaedic Nurses, é a artrite, sendo um dos problemas com mais ênfase na população, principalmente a idosa. A artrite provoca também o desgaste da articulação da anca. A cartilagem que reveste a articulação vai perdendo elasticidade ao longo do tempo, provocando dor, rigidez da articulação e diminuição da mobilidade (NAON, 2024).

Lespassio et al (2018) identificam vários fatores que potenciam o aparecimento da artrose, como por exemplo a displasia articular, causando alterações no desenvolvimento da estrutura da articulação, processos traumáticos, após faturas das superfícies articulares, promovendo o aparecimento de artrose pós-traumática.

Outros fatores fisiológicos como a idade, pessoas que se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, o sexo, a obesidade e a genética aumentam o risco. O local e o tipo de trabalho podem aumentar o potencial de desenvolvimento de artrose (Lespassio et al, 2018).

Antecedentes de doenças metabólicas como a Diabetes e Gota e o estado nutricional é também um fator considerado importante da pessoa e contribui no surgimento deste tipo de doença (Tinoco et al, 2009).

A prática de desporto é um dos condicionantes para o aumento do desgaste, desportos de grande impacto como a corrida, por isso é aconselhado a prática de desportos de baixo impacto com a natação e ciclismo, prevenindo assim o potencial desgaste da articulação (NAON, 2024).

O tratamento desta doença em primeira linha passa por controlar o peso e se necessário até mesmo a perda de peso, a utilização de auxiliares de marcha, como bengalas, canadianas ou andarilhos, a realização de exercícios de mobilização da articulação, fazendo com que esta mantenha a sua amplitude articular e melhore a propriocepção do movimento, o uso de calçado adaptado, e por último a toma de analgésicos e anti-inflamatórios para controlo sintomático da dor. Considerar a dor é bastante importante e muitas vezes, esta é limitativa para a realização do movimento e também na adesão a outras estratégias. Uma segunda linha surge após o insucesso da primeira e neste caso a opção tomada é a colocação da prótese de anca (Alecar, 2009).

Uma das primeiras descrições sobre a prótese da anca foi da autoria de Phillip Wiles em 1938 em Londres. Desde então a prótese da anca passou a ser um procedimento internacional com algum nome (NHI, 2005).

Posteriormente, Sir John Charnley, na década de 60, dedica-se a realizar estudos no âmbito da prótese da anca, potenciando e criando mais conhecimento sobre a temática (NHI, 2005).

Entende-se por Prótese Total da Anca a substituição da articulação “mãe”, por uma articulação artificial, conferindo assim o restabelecimento da funcionalidade da mesma.

Este tipo de cirurgia começa a ser planeada em grande parte das vezes quando a pessoa começa a apresentar sinais e sintomas como dor, diminuição da funcionalidade, através da limitação da marcha e diminuição da amplitude articular, rigidez articular, claudicação do membro afetado e muitas das vezes encurtamento do mesmo (Unidade da Anca, 2023).

Em geral as pessoas consideram que a colocação de uma prótese da anca acarreta uma grande vantagem, que é devolver novamente à pessoa alguma qualidade de vida, por

isso é uma intervenção reconhecida nacional e mundialmente. Em Portugal ocupa um grande lugar dentro da especialidade de Ortopedia (Barros, 2019), e é considerada como uma cirurgia que apresenta um sucesso estimado de 98% (Relvas, 2019).

Segundo dados referidos pelo centro The Porto Hip Unit, conhecido como um Centro de Referência Nacional e Internacional, reconhecido pela Depuy Synthes e Stryker, atualmente em Portugal são realizadas em média 15 000 artroplastias e próteses da anca (Unidade da Anca, 2023).

Podemos ter dois tipos de cirurgias que envolvem a colocação da prótese, que é a prótese total ou prótese parcial. Na parcial é apenas realizada a substituição do colo e da cabeça do fémur através da colocação de uma peça metálica mantendo o acetábulo. Na prótese total é realizada uma substituição total do colo do fémur e da cabeça do fémur com a colocação de uma peça protésica de origem femoral. Neste tipo de prótese há a substituição total do acetábulo por material cirúrgico e componente acetabular (Esteves, 2023).

Algumas das complicações que poderão surgir são após a realização deste procedimento cirúrgico, incluem:

- Fraturas (ocorre maioritariamente no fémur, sendo passível de ser resolvida com uma nova ida ao bloco operatório);
- Lesão dos nervos periféricos (lesão do nervo ciático é uma das lesões mais frequentes);
- Lesão de vasos periféricos (complicação rara e considerada muito grave);
- Dismetrias dos membros (uma alteração do comprimento de ambos os membros);

4.2 Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino pré-operatório

Uma cirurgia envolve sempre a alteração de um estado ou de uma condição, a cirurgia ortopédica reflete mesmo isso, a pessoa submetida a cirurgia do foro ortopédico sente uma limitação na sua condição diária, está em alguns dos casos já advém antes da

cirurgia. Algumas das vezes a pessoa já sofre de um processo crónico que limita e condiciona o seu dia-a-dia. Outra situação que pode ocorrer é a passagem por um processo traumático, nesta situação a pessoa de um momento para o outro vê a sua condição de vida limitada.

Neste processo de mudança é importante a presença do EEER na medida em que acompanha a pessoa, ajuda a perceber se as suas alterações são ou não reversíveis e potencia a pessoa a voltar a restabelecer a sua autonomia e independência.

A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação é bastante importante na fase pré-operatória, podendo consciencializar a pessoa de todo o processo ao qual vai ser submetida, promovendo o conhecimento e compreensão de todo o processo, o controlo de fatores fisiológico como a dor e ansiedade, a redução das complicações associados à fase pós cirúrgica, promove uma maior segurança manifestada pela pessoa através da adesão ao plano de cuidados, fazendo com que esta esteja mais segura na realização dos exercícios de reabilitação delineados pelo EEER, potenciando com que haja uma recuperação mais rápida e conseqüentemente a diminuição do tempo de internamento (Zagonel, 1999).

No pré-operatório o EEER deve iniciar a sua intervenção com a realização de uma avaliação da pessoa, podendo identificar todas as expectativas que a pessoa tem sobre a cirurgia e o conhecimento que tem sobre a doença. De que forma a doença tem interferido no seu dia-a-dia, quais as maiores limitações funcionais previamente sentidas e se a pessoa se encontra inserida numa dinâmica familiar estruturada que possa fazer parte do plano de reabilitação, dado o apoio e incentivo necessário ao seu familiar.

Desmistificar alguns medos sobre a doença/procedimento cirúrgico e algumas ideias pré-concebidas, na procura por compreender os sentimentos da pessoa e da família é fundamental para o estabelecimento de uma boa relação de confiança entre o EEER e a pessoa. Fatores facilitadores para que a colaboração no processo de reabilitação seja eficaz.

É extremamente importante preparar a pessoa psicologicamente e ensinar sobre as possíveis alterações que advém no futuro, principalmente no pós-operatório e no dia-a-dia após a alta e capacitar a mesma a diversas estratégias de adaptação ao ambiente interno e externo no seu dia-a-dia (Nicolau et al, 2022).

Todos os ensinamentos realizados podem ser suplementados de outras estratégias, entre elas, folhetos informativos, imagens e/ou vídeos ilustrativos, para facilitar a assimilação de toda a informação que é fornecida à pessoa (Colibazzi et al, 2020)

Quanto mais prematura for a intervenção do EEER, com início na fase pré-operatória, maior é a probabilidade de minimizar e prevenir as complicações, facilitando a interação e a confiança na relação EEER na fase do pós-operatório, fazendo com que a pessoa tenha um papel ativo no seu processo de recuperação.

Na fase pré-operatória o EEER tem inúmeros ensinamentos para realizar à pessoa, mas é importante não descartar os ensinamentos primordiais na base da reabilitação que envolvem exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM)

São incluídos ensinamentos de exercícios de reeducação funcional respiratória através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, no controlo de uma respiração abdomino-diafragmática, na reeducação da abertura costal e o ensino da limpeza das vias aéreas através da técnica de tosse, entre outras. O controlo da dor também carece de uma grande atenção e pode ser complementada com a utilização das técnicas usadas na RFR, no sentido de alívio da mesma (Sousa & Carvalho, 2023).

De uma forma preventiva também podem ser iniciados ensinamentos sobre a importância da contração isométrica de alguns músculos como os abdominais, quadríceps e glúteos, de forma a manter a força muscular e melhorar a contratilidade muscular (Sousa & Carvalho, 2023).

4.3 Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino pós-operatório

Durante a fase do pós-operatório, o EEER, vai dar continuidade ao seu plano de cuidados, mantendo algumas das intervenções já delineadas e acrescentado outras necessárias para a pessoa ir ao encontro das capacidades e limitações.

Nesta fase o EEER conhece cada vez melhor o potencial de reabilitação da pessoa, organiza nesse sentido as suas intervenções indo ao encontro da capacidade e conhecimento da pessoa.

A intervenção do EEER nas primeiras 24 horas após a realização da cirurgia segue para complementar toda a intervenção já realizada, por isso, o EEER através de um leque de intervenções específicas inicia a sua intervenção no processo de recuperação da pessoa.

Inicia a sua intervenção com exercícios isométricos e isotônicos à pessoa, realiza o primeiro levante com a utilização de auxiliar de marcha, nomeadamente cadeira de rodas, andarilhos e canadianas (a escolha requer uma avaliação inicial do potencial da pessoa).

O treino de marcha da pessoa é iniciado com auxílio de andarilho ou canadianas, o EEER neste momento pode iniciar os ensinamentos de correção da postura corporal durante a marcha, inverter o sentido de marcha, subir e descer escadas com ou sem apoio, entrada e saída do carro e a extensão lombo-pélvica.

Outros ensinamentos importantes que o EEER realiza, enquadram-se no momento da alta e regresso a casa. Neste momento o EEER ensina como deve ser realizada a ida ao sanitário e como devem ser realizados os cuidados de higiene, elucidando a pessoa que deve ter a casa preparada e reunidas condições necessárias para o seu regresso, salientando que todos estes ensinamentos são iniciados na fase pré-operatória e reforçados no momento da alta.

O plano de cuidados de reabilitação estruturado para cada pessoa, surge no seguimento das necessidades demonstradas e com principal objetivo de capacitação da sua funcionalidade, independência e autonomia para a realização das suas AVD's.

4.4 Focos de Enfermagem de Reabilitação

Alguns dos principais focos identificados pelo EEER na pessoa submetida a colocação da PTA são a diminuição do equilíbrio corporal, da força muscular, alterações na marcha e aumento da rigidez articular. Neste sentido a intervenção o EEER, sendo este detentor de competências específicas na área, realiza ensinamentos e cria planos de intervenção para a pessoa, focalizando a sua capacitação e maximizando a funcionalidade. A intervenção do EEER tem como objetivo a minimização das alterações presentes na pessoa, fazendo com que a adaptação à nova realidade seja a mais rápida possível.

O equilíbrio da pessoa pode estar comprometido numa fase inicial devido a vários fatores como a dor, o medo e a insegurança no membro intervencionado.

O equilíbrio da pessoa e a dinâmica corporal está alterada em pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas, por isso, é importante a realização de exercícios de resistência da musculatura e treino funcional de uma forma progressiva. Estes tipos de exercícios apresentam alguma eficácia entre 6 a 8 semanas, apresentando um aumento da força, da capacidade funcional e do equilíbrio (Huber & Wells, 2006).

As intervenções alinhadas para este foco são a avaliação do equilíbrio corporal (complementado com a monitorização da escala de Berg), avaliação do conhecimento sobre a técnica de treino de equilíbrio corporal e a capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal, instruir e treinar sobre técnica de equilíbrio corporal e estimular a pessoa a manter o equilíbrio corporal através da correção postural. Aqui podem-se utilizar exercícios de apoio unipodal que vão auxiliar posteriormente no treino de subida e descida de escadas com a utilização ou não de apoio e, por exemplo, exercer uma força sobre os ombros e/ou a anca da pessoa de forma a destabilizar a postura, fazendo com que a pessoa volte à correta postura corporal.

A diminuição da força muscular resulta da diminuição do movimento realizado pela pessoa no membro submetido a cirurgia. As principais intervenções para minimizar esta diminuição do movimento passam pela execução de técnicas de exercícios musculares e articulares ativo-assistidos. Numa fase inicial são realizados exercícios, ainda no leito, de contração isométricas e mobilização das diferentes articulações tibiotársica, joelho e

anca, técnicas de exercício muscular ativo-resistido, monitorização da força muscular através da escala *Medical Resosuch Coucil* (MRC) e a supervisão do movimento articular realizado pela pessoa. (Huber & Wells, 2006).

A diminuição da força muscular no membro, conseqüentemente, pode levar ao aumento do risco de rigidez articular, principalmente na fase do pós-operatório. Existe um aumento da imobilização do membro submetido a cirurgia, neste sentido o EEER intervém de forma preventiva na realização das suas intervenções. Algumas das intervenções que o EEER pode realizar são a avaliação do movimento articular, executar técnica de exercício muscular e articular passivo e ativo-resistido, monitorizar amplitude articular através do goniómetro e vigiar sinais de dor ou desconforto na pessoa.

Além dos focos correspondentes à funcionalidade da pessoa identificados, um foco muito importante que identifiquei é o conhecimento da pessoa. O EEER deve avaliar se a pessoa tem conhecimento sobre todo o seu processo, nomeadamente sobre o procedimento cirúrgico, o pré e pós-operatório, e ainda sobre todos os cuidados que a pessoa tem que manter mesmo após a alta. Além da pessoa também a família/cuidador têm de ter este mesmo conhecimento e capacidade de aprendizagem para assimilar os ensinamentos realizados.

Os planos de cuidados delineados pelo EEER à pessoa submetida a PTA, cruzam essencialmente o potencial para adquirir ou não conhecimento. Sabendo já de antemão que os autocuidados após a realização da cirurgia poderiam estar afetados e a pessoa necessitar de receber ensinamentos sobre estratégias existentes para a realização dos mesmos de uma forma cada vez mais autónoma.

Algumas das intervenções associadas a estes tipos de focos incidem no avaliar o conhecimento sobre a adaptação, no domicílio, para andar, para realização do autocuidado de higiene, utilização de dispositivos auxiliares na realização do autocuidado de higiene e a utilização do sanitário.

É importante perceber junto da pessoa se existe algum conhecimento ou perspetivas na fase que antecede a cirurgia, pois algumas estratégias terão que ser adotadas nesta fase.

O EEER tem um momento oportuno para a realização de ensinamentos importantes, ensinamentos esses que poderão abordar questões como a adaptação da pessoa no domicílio e no seu dia-a-dia através da utilização de dispositivos de auxílio como alteadores de sanitas, barras de apoio, bancos e tábuas de apoio, esponjas com cabo, cadeiras rotativas de banheira, cadeira sanitária com pés, canadianas, andarilhos tripés e bengalas (OE, 2023)

Após avaliar o conhecimento e introduzir algumas técnicas e materiais que poderão ser elementos facilitadores de apoio é também elementar ensinar a pessoas sobre a adaptação do domicílio para andar, sobre técnicas do domicílio para andar, sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene e os dispositivos auxiliar para autocuidado de higiene.

Toda a intervenção do EEER como referido anteriormente é suplementada com uma boa avaliação inicial da pessoa. Toda a avaliação deve ser o mais genuína e autêntica identificando as alterações verificadas na pessoa, por isso toda a avaliação inicial deve ser corroborada com aplicação de alguns instrumentos de avaliação adequados à situação, nomeadamente a Escala Visual Analógica da Dor (EVA), Escala da Força Muscular segmentar (MRC), o Equilíbrio através da Escala Berg, da Funcionalidade para a realização das atividades básicas de vida diária com aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF) e da funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária com o Índice de Lawton (Vieira & Sousa, 2016).

Após aplicação do plano de cuidados direcionado à pessoa com enfoque no seu processo de reabilitação, todos os instrumentos de avaliação devem ser novamente monitorizados, de forma a poder concluir, objetivamente, se houve ou não benefícios à intervenção do EEER no seu processo de recuperação da pessoa.

Saliento que todos os ensinamentos realizados vão passando por diversos estádios, a avaliação do conhecimento da pessoa, o ensinar e instruir, validar a eficácia desses ensinamentos percebendo através dos resultados obtidos, se estes foram direcionados, eficazes e suficientes para a pessoa no seu processo de recuperação.

A definição de um programa de reabilitação individual para cada pessoa com uma determinada patologia do foro ortopédico, concretamente em estudo a PTA, deve ter

com base de sustentação a prevenção de complicações associadas à cirurgia, o período em que a pessoa fica mais imobilizada (aumentando riscos de complicações como úlceras por pressão, disfunções respiratórias, com agudização de algum antecedente respiratórios e complicações circulatórias, com o maior aumento de desenvolver trombozes venosas), promoção da capacitação funcional e da autonomia da pessoa (realizando ensinamentos que dotem as pessoas de capacidades para a realização das suas AVD's). O processo de transição de um estágio saudável para um estágio em que há uma doença e inerente a ela existem algumas limitações, devia ser sempre vivido como uma experiência positiva para a pessoa (Sousa & Carvalho, 2023).

De forma a sustentar a escolha da temática base do meu relatório profissionalizante que se intitula como o impacto da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no ensino perioperatório à pessoa submetida a prótese total da anca, realizei uma pesquisa sobre a temática, tentando salientar os pontos importantes como os ensinamentos realizados às pessoas antes, durante e após a realização deste tipo de procedimento cirúrgico.

Um dos grandes projetos conhecidos a nível mundial, que comprova a importância da realização dos ensinamentos de uma forma mais precoce possível no doente cirúrgico, é o programa ERAS (Enhanced Recovery after surgery), este corresponde a imensas vantagens, já se encontra implementado em Portugal em várias instituições hospitalares.

O programa ERAS, nasce em 1990 Dinamarca, concebido por Henrik Kehlet, um grande cirurgião de renome na cirurgia da colorretal, que define neste programa alguns conceitos e procedimentos de cuidados para os doentes cirúrgicos. Este programa visa a otimização e recuperação da pessoa após a cirurgia de uma forma mais rápida e eficaz (ERAS, 2023).

Na área da ortopedia a cirurgia de prótese de anca e joelho foram as primeiras a aderir ao programa ERAS, dispondo de uma guideline específica (Wainwright et al., 2019).

A ERAS Society, descreve neste programa algumas linhas orientadoras que visam a obtenção de ganhos por parte deste programa, nomeadamente a diminuição da administração de opióides à pessoa, optando pela utilização de estratégias alternativas

para controlo sintomático, a antecipação das complicações associadas a cada cirurgia, a diminuição de permanência no internamento, levando a que a recuperação da pessoa seja mais rápida e eficiente. Na participação e na implementação deste programa encontra-se uma equipa multidisciplinar, estado presente está na fase inicial do pré-operatório, posteriormente na fase do intraoperatório e no final na fase do pós-operatória, ao longo desta fase são otimizados os cuidados e os procedimentos (ERAS, 2023).

O programa ERAS é regido por algumas premissas fundamentais como o tipo de anestesia que é escolhida e administrada na pessoa, se a nível nutricional da pessoa se encontra adequado, se houve por parte da pessoa um bom aporte nutricional antes e depois da realização da cirurgia e a realização do levantar e treino de marcha mais precoce possível da pessoa logo após o término da cirurgia. Estas premissas visam potenciar o tempo de recuperação da pessoa, tornando-o mais curto e eficaz (ERAS, 2023).

Uma das premissas do programa ERAS é o levantar precoce e treino de marcha, esta premissa vai ao encontro de algumas ideologias defendidas pela enfermagem de reabilitação que prioriza o início do levantar da pessoa cada vez mais cedo, desde que este seja possível e que reúna as condições de segurança necessárias para a realização do mesmo, tal como a realização de treino de marcha numa fase mais precoce possível trazendo ganhos visíveis na recuperação da pessoa (ERAS, 2023).

Cabe aqui ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervir, identificar as necessidades da pessoa, criando planos de cuidados diferenciados e adequando às necessidades da pessoa, intervenções e avaliação dos resultados obtidos após a aplicação dos planos de cuidados.

De uma forma a implementar o seu plano de reabilitação delineado para a pessoa e com base nas suas possíveis limitações, acompanhando a pessoa na realização do primeiro levantar, no início da marcha, sendo esta com ou não o auxílio de um material de apoio. Além da presença do enfermeiro de reabilitação nesta fase tão prática, este vai poder dar continuidade aos ensinamentos pertinentes para serem realizados à pessoa neste momento.

Segundo a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP), o pré-operatório é um momento ideal e privilegiado para a transmissão de informações e realização de ensinamentos à pessoa. Considerado como um momento oportuno para a iniciar ensinamentos a pessoa e explicar o que é expectável na fase do pós-operatório e preparar a pessoa para o momento da alta e o regresso ao seu domicílio (AESOP, 2023)

Através desta intervenção realizada no pré-operatório também se consegue perceber as expectativas que as pessoas têm sobre a cirurgia, quais os conhecimentos sobre o tipo de cirurgia, todas as consequências que advêm do procedimento, as possíveis alterações e adaptações que poderão ser necessárias adotar no pós-cirúrgico e no regresso à rotina do seu dia-a-dia.

Após a leitura e análise destes programas e destas associações que contempla estudos descritivos quantitativos, estudos de opinião, estudos de perspectivas quantitativas de natureza experimental com amostra probabilística, posso afirmar que muitas pessoas manifestam constantemente que os ensinamentos realizados no pré-operatório, tornam-se no momento ideal para transmissão da informação e no estabelecimento de relação terapêutica, sendo assim uma mais-valia à posteriori, na fase do pós-operatório (Esteves, 2023).

A fase pré-operatória é a primeira interação do profissional de enfermagem com a pessoa, família e/ou cuidador. Descrito em alguns estudos realizados como um momento de acolhimento da pessoa, e um momento ideal para a definição de um plano de cuidados diferenciado e individualizado a cada pessoa, facilitando assim toda a interação na fase do pós-operatório, até mesmo de todo o internamento (Esteves, 2023).

O Programa Enhanced Recovery After Surgery, que refere que os cuidados realizados no pré-operatório tendem a melhorar a compliance dos doentes e a sua recuperação. Existe uma melhor preparação da pessoa, a informação transmitida é a mais correta sobre o procedimento cirúrgico e sobre todo o seu processo de reabilitação, levando assim a obter melhores resultados para ambas as partes.

Durante a fase do pré-operatório, sendo um momento de primeiro contato com a pessoa como referido anteriormente, momento este especial para a definir focos de intervenção, com por exemplo, os autocuidados e a gestão de sintomatologia, mais frequente neste tipo de pessoas como a dor (ERAS, 2023).

Após a definição dos focos de atenção, podem ser definidas as intervenções de enfermagem gerais, bem como intervenções especializadas do enfermeiro especialista em reabilitação, potenciando um plano adequado e personalizado às necessidades apresentadas e expectáveis após a cirurgia (ERAS, 2023).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é detentor de competências específicas, que potenciam e enriquecem o plano de recuperação da pessoa, pois estas vão ao encontro das suas necessidades, potenciando a autonomia e a sua capacitação.

Nessa sequência o programa ERAS vem validar que a intervenção do EEER no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório é essencial para a redução de ansiedade por parte da pessoa e que vai beneficiar o seu processo de recuperação no pós-operatório. As intervenções do programa ERAS focam mesmo a importância dos ensinamentos e na intervenção iniciada na fase do pré-operatório, considerado um momento já de preparação para a alta, favorecendo a mudança de comportamento e adesão da pessoa na fase do pós-operatório, atribuindo a pessoa uma voz ativa no seu processo de recuperação (Mendes et al, 2018).

Os ensinamentos realizados por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, apresentam uma melhoria bastante significativa em situações específicas como o controlo de sintomas, nomeadamente a dor, na capacitação e na autonomia para a realização das AVD's, a recuperação total do movimento da articulação afetada, a recuperação da amplitude articular do membro e por último o controlo e gestão de comportamentos de ansiedade e de medo demonstrado pela pessoa antes da intervenção cirúrgica e após. O EEER competente de conhecimento e competências especializadas na área assegura a prevenção de complicações e limitações associadas ao processo cirúrgico, capacita a pessoa e a família para o processo de adaptação saúde/doença, ensina estratégias de adaptação da pessoa à sua nova condição, maximiza a funcionalidade da pessoa, a sua autonomia e independência, facilitando o

regresso da pessoa ao seu dia-a-dia e as suas atividades de vida diária. O EEER no seu dia-a-dia planeia a sua intervenção, delineando intervenções importantes na fase do pré-operatória e na fase do pós-operatório (OE, 2015)

A enfermagem de reabilitação está cada vez mais presente no ciclo de vida da pessoa, podendo desempenhar um papel importante nas várias fases desse mesmo ciclo, conseguindo intervir em vários sistemas do corpo com foco na recuperação da pessoa e adaptação da mesma em caso de situações permanentes.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação vai intervir de uma forma muito direta e objetiva no processo de recuperação funcional, na autonomia e na capacitação da pessoa, após ser submetida a um procedimento cirúrgico (esta intervenção muito primordial através da realização de ensinamentos à pessoa desde o momento de admissão já com uma visão para o momento da alta).

O EEER possuidor de conhecimentos diferenciados, delineia um plano de cuidados que vai ao encontro das necessidades apresentadas pela pessoa. Através da identificação de diagnósticos pertinentes, intervenções e numa avaliação dos resultados após a realização das intervenções. É fundamental a maximização do potencial funcional da pessoa, potenciando a sua independência.

Como objetivo base, o EEER, tem uma participação importante na diminuição do tempo de internamento, na recuperação da pessoa submetida a cirurgia e promovendo uma melhor qualidade de vida. Também é igualmente importante o controlo dos gastos em saúde.

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Recordando a evolução histórica da enfermagem, esta é uma profissão que tem como objetivo principal a prestação de cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, sendo estes uma procura constante pela melhoria da pessoa e pela recuperação do seu estado saúde, sempre visando e potenciando a funcionalidade e a sua autonomia da pessoa (REPE, 1996).

Considerada também como uma grande palavra chave na área da saúde, a enfermagem, experiência ao longo dos tempos várias definições e engloba diversos conceitos, várias expectativas, alterações de algumas dinâmicas e até mesmo pressupostos, levando assim a uma constante transformação. Neste momento podemos assumir que a enfermagem vive no paradigma da Transformação.

Algumas das transformações dentro do seio da enfermagem deve-se grande parte às mudanças dos grandes paradigmas e aos desafios constantes que a população exige, dando origem, como já foi referido a novas definições de conceitos de saúde, novas visões do que é o cuidado, o ser cuidado e ser cuidador e da importância da autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Através do aumento da literacia e com o desenvolvimento fulminante da tecnologia aplicada à saúde, recai sobre os enfermeiros a necessidade da procura pelo desenvolvimento das suas competências como resposta às necessidades demonstradas pelas pessoas e na constante procura de melhores condições de vida, conseqüente mais qualidade de vida.

Os enfermeiros encaram assim a sua formação como uma constante procura pelo conhecimento e pelo desenvolvimento da sua prática, fazendo com que esta seja cada vez mais personalizada e individualizada e satisfaça as necessidades das pessoas.

No sentido de acompanhar todas estas transformações o EEER, tem cada vez mais a necessidade e o dever de corresponder a estas mesmas necessidades, por isso, carece de desenvolver as suas competências neste sentido, aprimorando as suas competências específicas de EEER e as competências que lhe conferem o grau de mestre.

O conceito competência é claramente definido pela prática ética e legal que envolve a sua especialidade, esta prática rege-se de acordo com os padrões legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Diário-República, 2019).

Segundo o artigo 3 do Diário da República, 2o série- no26, publicado a 06 de fevereiro de 2019, este define o conceito de competências comuns: “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

5.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

A procura de formação especializada e o desenvolvimento de competências para que estas sejam aplicadas nos contextos no dia-a-dia, ocorre de uma forma gradual. O alcance pela perícia em determinada área leva o seu tempo e não acontece de um dia para o outro, necessita de uma grande entrega da pessoa pelo conhecimento na área e pelo desenvolvimento da sua prática cada vez mais aperfeiçoada e especializada.

O enfermeiro vive em constante aprendizagem para conseguir dar resposta a todos os desafios que são colocados diariamente. A procura de conhecimento e o desenvolvimento do seu próprio conhecimento surge na necessidade de dar resposta em determinadas situações. O enfermeiro, neste caso o enfermeiro especialista, asseia dar respostas cada vez mais sustentadas e ter a capacidade de tomar decisões complexas em determinadas situações no que diz respeito aos cuidados a cada pessoa. Para atingir o nível de perícia o enfermeiro além de adquirir conhecimento, este a nível académico, precisa de vivenciar experiências que desenvolvam o seu espírito reflexivo e crítico. Através da conjugação destas duas componentes o enfermeiro vai ser muito mais valorizado o enfermeiro perito deve ser capaz de responder a situações inesperadas, de uma forma consciente, intuitiva e rápida (Benner, 2001).

Tornar a prática de enfermagem, especializada, determina um crescimento nos benefícios no contexto de ganhos em saúde. Alguns desses benefícios associados a uma intervenção especializada que se pode traduzir na diminuição na permanência da pessoa no contexto de internamento hospitalar, nas complicações associadas aos episódios de internamento e conseqüentemente na diminuição das taxas de mortalidade. Todos estes ganhos mostram uma satisfação e uma boa adesão em geral das pessoas aos cuidados recebidos. A intervenção realizada e a adequação da mesma vai ao encontro das necessidades da pessoa, independentemente da fase da vida/doença que a pessoa se encontra (Lopes et al., 2018).

Todos os enfermeiros especialistas partilham entre si competências base comuns, estas são alheias à sua área de especialidade, apenas de uma forma comum conferem potencial para conceber, gerir e supervisionar cuidados em diferentes contextos de cada especialidade, neste sentido capacita também o desenvolvimento de percursos na área da acessória, investigação e na formação (Regulamento, nº140/2019).

A profissão de enfermagem é regida pelo Código Deontológico do Enfermeiro, este é constituído por várias premissas, sendo elas a base que clarifica e sustenta a prática de enfermagem e assume por completo as competências do enfermeiro especialista. Nos princípios gerais definidos no artigo 99º do Código Deontológico a procura de competências e do aperfeiçoamento do profissional deve estar sempre presente na sua formação e no seu desenvolvimento (OE, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), reconhece competências científicas e técnico-humanísticas nas respetivas áreas de especialidade, sendo assim os EE devem desenvolver as seguintes competências:

- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Melhoria contínua da qualidade
- Gestão de cuidados
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

Detalhando as competências supracitadas, em relação à **responsabilidade profissional, ética e legal**, todos os profissionais durante a sua prática diária devem seguir as normas

e as leis, assumindo a responsabilidade da sua tomada de decisão quer sobre a sua prática, quer sobre as funções que delega a outros profissionais. Deve ser sempre solidário dentro da comunidade, como por exemplos em situações de catástrofes e crises e ser responsável pela procura constante de novo conhecimento de forma a manter-se sempre atualizado e consciente do conhecimento necessário para proteger a pessoa humana, na possibilidade de esta ser alvo de uma prática questionável, como por exemplo no ponto de vista legislativo, ético-deontológico e humano (OE, 2015).

Em fases em que as pessoas se encontram em processo de alteração do seu estado de saúde, estas tornam-se vulneráveis e muitas das vezes demonstram uma grande dificuldade na sua capacidade de adaptação à nova realidade vivida, nesse sentido cabe a nós enfermeiros participar nesta adaptação de uma forma a ajudar a pessoa, usando as competências e estratégias necessárias, respeitando sempre essência de cada pessoa. A alteração do estado de saúde pode-se verificar a vários níveis entre eles motor que vai interferir na realização das suas atividades de vida e muitas das vezes sego motor nada interfere com o psicológico, por isso, a pessoa mantém inalterado o seu poder de decisão (Vasconcelos, 2021).

A dignidade humana e a preservação da sua capacidade de autonomia devem ser sempre uma prioridade do enfermeiro, no decorrer do meu processo de formação, apostando na autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Durante o meu processo de formação, mais concretamente nos locais de estágios, consegui contactar diariamente com estes conceitos de respeito e liberdade e pelo poder de decisão da pessoa. No contato com doentes com AVC, grande parte das vezes a pessoa estava consciente das suas limitações e de que forma estas interferem na realização das AVD's, por isso, respeitar a pessoa na sua tomada de decisão e na sua vontade é muito importante, tal como mostra as várias possibilidades que a pessoa tem na tentativa de diminuir e minimizar essas incapacidades e mostrando que as possibilidades podem ser sempre ajustadas, fazendo com que a pessoa se torne mais funcional e autónoma dentro das suas circunstâncias. Consciencializar a pessoa para todo o seu potencial de recuperação é muito importante, torna a pessoa mais ativa e

colaborante na adesão ao seu plano de recuperação, aumentando os ganhos em saúde e para a pessoa.

Em doentes cirúrgicos a experiência foi diferente, a pessoa maior parte das vezes transmitia uma grande motivação ao redor do seu plano de reabilitação, sabendo que este iria ajudar a voltar mais rapidamente à sua rotina do dia-a-dia, mesmo tendo a noção que era necessário respeitar sempre alguns dos cuidados de prevenção e manutenção após realização de uma cirurgia.

Enquanto aluna de especialidade tentei sempre envolver a família e a pessoa, salvaguardando sempre a minha intervenção, mostrando a importância do EEER, justificando cada intervenção feita, mostrando que a importância da adesão ao plano de reabilitação e qual seria o meu papel naquela situação e de que forma poderia ajudar a pessoa.

A partilha da informação sobre o processo terapêutico de cada pessoa era feita dentro do seio da equipa multidisciplinar, com a pessoa e a família, de maneira a assegurar sempre a privacidade e o direito à confidencialidade (OE, 2015).

Posso afirmar que a minha intervenção junto de cada pessoa foi sempre direcionada e focada nas necessidades, nesse sentido cada plano de cuidados definido era individual e personalizado para cada pessoa, sempre como objetivo geral na procura constante da autonomia, promovendo a independência da pessoa e promovendo melhores condições e qualidade de vida. Esta posição sempre isenta de juízos de valores e respeitando sempre as escolhas de cada pessoa (OE, 2015).

A segunda competência supracitada que se refere à **melhoria contínua da qualidade**, como já foi referido anteriormente ao longo do trabalho, existe uma constante procura pela melhoria e pela qualidade dos cuidados prestados.

A Organização Mundial de Saúde, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e o Banco Mundial, definem como prioritário um plano nacional de saúde que seja universal e que tenha em conta a qualidade na saúde (OMS, OCDE & Banco Mundial, 2018).

Os cuidados de qualidade devem ser sempre centrados nas pessoas, promovendo, entre outros, a equidade no acesso aos recursos e, conseqüentemente, diminuir o tempo de espera, estes dois indicadores são bastante fortes na monitorização da qualidade nas unidades de saúde (OMS, OCDE & Banco Mundial, 2018).

A ordem dos enfermeiros em 2001 enumerou os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem também no sentido de clarificar e alinhar as competências dos enfermeiros de forma a refletir uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem (OE, 2001).

A qualidade na saúde não é apenas e totalmente da responsabilidade da equipa de enfermagem, esta recai sobre uma equipa multiprofissional, e esta deve trabalhar em conjunto nesse sentido tal como as entidades de saúde, na procura de elevados padrões de qualidade (OE, 2001).

O EEER segue também os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, neste sentido a pessoa torna-se consciente e sabe o que esperar da intervenção do EEER. A OE neste contexto criou os enunciados descritivos com o subtítulo " promoção da inclusão social e reeducação funcional, de forma a sustentar a prática do EEER (OE, 2018).

É muito importante salientar que a presença do EEER em diversos serviços das unidades de saúde cada vez mais tem sido importante e reconhecida, mostrando uma melhoria contínua da qualidade e segurança no acompanhamento das pessoas e na qualidade dos cuidados de enfermagem especializados (Martins et al, 2018).

Dentro das equipas de reabilitação existem alguns modelos organizacionais, estes acabam por intervir na prestação de cuidados de reabilitação e na forma como estes são vistos.

Durante os meus estágios quer no contexto comunitário quer no contexto hospitalar o modelo mais presente era o modelo interdisciplinar, porque existe uma grande coesão na equipa, todos colaboram no sentido em que definem objetivos concretos para cada pessoa e perspectivam o futuro da mesma (Branco, 2023).

Toda esta coesão entre equipa interdisciplinar possibilita a interação entre as várias áreas presentes nas unidades de saúde, para que haja sempre uma resposta única principalmente no que diz respeito à reabilitação. Esta resposta é positiva pois diminui consideravelmente o tempo de internamento de cada pessoa, aumenta a satisfação das pessoas e famílias e também a satisfação dos profissionais de saúde, pois estão inseridos num ambiente colaborante e focado na qualidade do doente (Branco, 2023).

No decorrer dos meus estágios tentei sempre conhecer a equipa multidisciplinar de cada local, participando ativamente, pois através da minha intervenção conseguia ter uma perspetiva mais realista da evolução da pessoa, uma informação importante para ser partilhada no seio de uma equipa que trabalha constantemente em prol do doente e da sua qualidade de vida.

Todas as equipas com quem tive contato trabalhavam bastante focadas na melhoria da pessoa, no potencial da pessoa e na salvaguarda dos cuidados no momento de saída da pessoa da unidade de saúde, garantido a continuidade dos cuidados e a satisfação das necessidades da mesma.

Relativamente à competência **gestão de cuidados**, o EEER assume um papel relevante dentro da equipa de saúde e na gestão dos cuidados. Este muitas vezes forma um elo de ligação com diferentes elementos da equipa, assegurando que haja sempre uma resposta coerente entre toda a equipa, melhorando a comunicação com a equipa e estimulando a equipa no sentido da melhoria.

Tal como as teorias de enfermagem vivem em constante evolução, os métodos de trabalho também vivem nessa constante evolução, por isso, os métodos de trabalho refletem muito a filosofia dos cuidados e os valores institucionais de cada unidade de saúde. Crenças e conceções dos enfermeiros baseando-se sempre no cuidado da pessoa em colaboração com a restante equipa para que esta dê uma resposta positiva sobre o processo da pessoa de forma a obter os resultados esperados e talvez mesmo os idealizados (Parreira et al, 2021).

O EEER no decorrer da sua prática desenvolve um grupo de competências, aptidões e diretrizes que o vão possibilitar a orientação e supervisão de determinados

comportamentos dentro da equipa, desta forma poderá ter uma intervenção justa no trabalho e no alcance dos melhores cuidados de qualidade (Pontes & Santos, 2023).

É esperado do EEER um nível de conhecimento elevado, podendo participar no processo de formação de outros profissionais, supervisionar e aperfeiçoar o conhecimento numa área de especialidade e aprimorar a sua capacidade técnica, mas também a sua capacidade lógica e de raciocínio e pensamento crítico-reflexivo (Pontes & Santos, 2023).

Em ambos os meus locais de estágios as minhas supervisoras acumulavam funções de gestão em alguns dos turnos, sendo assim mais fácil para mim perceber a importância de ter uma base sustentada a nível do conhecimento, na capacidade de comunicativa e organizacional, para que fossem dadas sempre as melhores respostas face às problemáticas constantes de uma unidade de saúde.

Por último, o **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, deve ser sempre uma constante na vida profissional de um enfermeiro. Esta procura deve ser sempre consciente e realizada no ambiente mais correto para tal, como o ambiente académico.

A população e a sociedade exercem uma certa pressão para que este desenvolvimento e procura de novas aprendizagens seja constante e nós enquanto enfermeiros vivenciamos esta mesma realidade.

Numa determinada fase da minha vida profissional senti essa mesma necessidade, não apenas por ser um objetivo pessoal ter uma área de especialidade, mas também porque o meu dia-a-dia assim o exige de mim, cada vez mais conhecimento, capacidade de resposta a determinadas circunstâncias e desafios. Percebi que sentia a necessidade de me dedicar a uma determinada área e trabalhar nesse sentido, no aperfeiçoamento de técnicas e na escolha da intervenção mais adequada e com maior benefício para a pessoa e/ou para o tipo de pessoas com que trabalho diariamente.

Ao longo do plano de estudos do mestrado em enfermagem de reabilitação consegui ter várias oportunidades para desenvolver as minhas aprendizagens profissionais, todas

estas aprendizagens fundiram-se através da realização dos estágios após toda a componente teórica que contempla o plano de estudos.

Durante os estágios e de forma aprofundar e consolidar o conhecimento teórico adquirido durante o curso, realizei dois relatos de caso, um no contexto comunitário com o título: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico” (Apêndice III), este surge na necessidade de aprofundar o conhecimento da área neurologia, no treino da avaliação neurológica com a identificação dos déficits e perceber a relação entre eles e a área afetada do cérebro. Perceber também a importância que o EEER tem no processo de recuperação da pessoa com AVC.

O segundo relato de caso, no contexto hospitalar, tinha o seguinte título: “O impacto da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino realizado no pré e pós-operatório à pessoa submetida à prótese total da anca (PTA) (Apêndice IV).

Perceber o impacto da intervenção do EEER durante as várias fases do processo cirúrgico, desde o momento de admissão da pessoa no hospital, acompanhando de perto os medos, as angústias e os receios que possa ter em relação à cirurgia. Os ensinamentos que são realizados no pré-operatório, no pós-operatório e no momento da alta e de que forma estes são recebidos por parte da pessoa, se causam ou não impacto no potencial da adesão ao plano de reabilitação da pessoa.

Através da realização deste relato de caso com principal foco o doente cirúrgico e os ensinamentos realizados neste tipo de pessoas, consegui concluir que o EEER deve participar de uma forma cada vez mais precoce junto da pessoa que vai ser submetida a cirurgia. Essa intervenção pode ser iniciada até mesmo no momento em que é realizado um pré-contato com a pessoa, em que são esclarecidas algumas dúvidas e iniciados ensinamentos importantes que antecedem a cirurgia e os posteriores à cirurgia.

Ainda no contexto do doente cirúrgico e por verificar que havia pouco conhecimento da equipa de enfermagem sobre dispositivos e produtos de apoio, criei um póster ilustrativo dos dispositivos e produtos de apoio mais utilizados naquele contexto cirúrgico (Apêndice V). Para a elaboração do póster usei como base fundamentadora o

Guia Orientador de Boas Práticas: Requisitos para a prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, criado e publicado pela OE em agosto de 2023.

Este documento surge de forma a apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em reabilitação, visto que conceito como autocuidado é uma das chaves constante no nosso dia-a-dia, nesse seguimento os dispositivos de apoio tomam um papel importante na realização e ajuda do autocuidado combatendo as dificuldades da pessoa durante a realização do mesmo (OE, 2023).

A prática do enfermeiro especialista em reabilitação deve ser sempre uma prática sustentada e fundamentada e este guia veio validar e afirmar essa mesma prática, pois foi elaborado com a mais recente evidência científica de forma a ir ao encontro das necessidades verificadas da população com que interagimos diariamente (OE, 2023).

A elaboração deste póster contribuiu muito para o meu desenvolvimento e o aprofundamento do meu conhecimento e da competência específica nesta área.

O contexto respiratório é uma área com um interesse especial da minha parte, enquanto futura enfermeira especialista em reabilitação, disponível para investir e adquirir competências na área da reeducação respiratória e funcional, pois o leque das pessoas com quem lido diariamente têm alguma patologia respiratória aguda ou crónica.

A intervenção do EEER através do treino de reeducação funcional respiratória é muito importante para restabelecer novamente alguma capacidade funcional respiratória da pessoa, aumentando a sua qualidade de vida e adaptação a sua doença.

De forma a consolidar os conhecimentos na área respiratória e como já referido anteriormente, surgiu a oportunidade de assistir ao 2º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, este veio comprovar a importância no investimento nesta área específica, que acarreta inúmeros ganhos para a pessoa.

Tive também a oportunidade de participar na Conferência em Investigação em Enfermagem, ministrada pelo centro de formação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (ANEXO V).

5.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Durante a obtenção das competências da especialidade de reabilitação, o enfermeiro especialista é dotado de uma formação especializada, ao qual são reconhecidas competências científicas, relacionais e a nível de técnicas. Neste sentido, a sua intervenção deve ser fundamentada na base pela enfermagem de cuidados generalizados e complementada pelas competências que advém da especialidade (REPE, 1996).

Sendo assim, as competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação que estão descritas no regulamento competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação são as seguintes:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Referente à competência específica **cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado**, durante a realização dos estágios proporcionados pelo mestrado em reabilitação, consegui ter uma intervenção ativa em pessoas em contextos diferentes com especificidades diferentes. No primeiro estágio contatei principalmente com uma população mais envelhecida já com algumas comorbilidades, que de certa forma limitava a intervenção. Os planos de cuidados além de potenciarem sempre o aumento da funcionalidade da pessoa, passavam também por intervenções que fossem ao encontro da qualidade de vida da pessoa.

Ao longo dos estágios clínicos tive oportunidade de colocar e treinar técnicas inerentes à especialidade de Reabilitação, através das experiências vividas em cada local de estágio.

Como descrito em capítulos anteriores, tive a oportunidade de acompanhar pessoas com alterações cognitivas, treinar a readaptação das pessoas às atividades de vida diária (AVD), acompanhar pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas, em que o potencial de reabilitação é muito importante, pessoas com lesões medulares, intervir em pessoas com acidentes vasculares cerebrais, com patologias do foro respiratório e cardíaco. A experiência foi vasta, para clarificar e alicerçar alguns conhecimentos, foi importante a criação de alguns documentos como estudos/relatos de caso sobre problemáticas encontradas durante os estágios.

Referente à competência **capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, principalmente no primeiro estágio realizado, alguns planos de reabilitação foram colocados em prática em grupo, potenciando assim a interação da pessoa com as suas limitações, com outras pessoas com outro tipo de limitações, incentivado assim a reinserção de cada pessoa no seu dia-a-dia.

Todo o plano de reabilitação carece de uma adaptação da pessoa, esta adaptação pode ser relativa às novas condicionantes da sua vida, à forma como se adapta aos exercícios propostos pelo EEER ou a sua disposição durante a interação e participação no seu plano de reabilitação. Uma boa adaptação da pessoa à sua nova realidade traz bastantes benefícios e potencia o seu processo de reabilitação, contudo, EEER pode ter um papel complementar nessa mesma adaptação através da realização de ensinamentos. Os ensinamentos seguem uma sequência lógica desde o início da intervenção do EEER. A partir do momento que a pessoa é admitida, são iniciados ensinamentos correspondentes à mesma fase, podendo estes serem reforçados ao longo de todo o plano de reabilitação e acrescentados outros ensinamentos que vão ao encontro das necessidades da pessoa e da fase em que se encontra. Os ensinamentos objetivam-se que potenciem a funcionalidade e independência da pessoa no seu processo de reabilitação.

Por último, a competência **maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**, atingir esta competência foi largamente adquirida através da realização de planos de cuidados para cada pessoa, em cada estágio, podendo verificar que a intervenção realizada obtinha resultados positivos. Um dos grandes exemplos foi os doentes do foro ortopédico que muitas vezes eram admitidos com muitas limitações e

após a realização da cirurgia e de um plano de reabilitação adequado, era observado um potencial de reabilitação muito grande, no sentido da funcionalidade e autonomia da pessoa. Muitas das vezes as pessoas aumentavam o seu grau de independência comparativamente ao momento de admissão, mostrando assim e de forma bem clara que a intervenção do EEER é fulcral no processo de recuperação da pessoa, pois potencia a sua autonomia e funcionalidade.

De forma a complementar a minha prática durante os estágios desenvolvi estudos/relatos de caso de forma a consolidar todo o conhecimento sobre a patologia da pessoa, sintomatologia e as alterações reversíveis e irreversíveis no seu processo de reabilitação. Para a realização dos mesmos, realizava inicialmente uma avaliação inicial de cada pessoa, identificando todas as alterações e verificando o seu potencial de reabilitação.

Para solidificar todas as avaliações realizadas eram utilizados instrumentos de avaliação destinados e definidos pela Ordem dos Enfermeiros, estes respeitam as propriedades psicométricas como validade, confiabilidade e responsividade, como referido anteriormente no trabalho (Hukuda, Michele, et al, 2016).

Após a realização de uma avaliação inicial eram identificados os principais focos de enfermagem de reabilitação aos quais a intervenção do EEER é essencial para o processo de recuperação da pessoa. Alguns dos principais focos identificados era o conhecimento da pessoa acerca do seu processo, o equilíbrio corporal que poderia estar ou não comprometido, alteração do movimento muscular e risco de rigidez articular.

Após identificar alguns destes focos e com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, documento criado pela Ordem dos Enfermeiros, eram identificados diagnósticos de enfermagem de reabilitação, pertinentes para cada contexto e para as necessidades observadas na pessoa. Alguns dos diagnósticos identificados eram o Potencial da melhor o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar, para autocuidado de higiene e ir ao sanitário, Equilíbrio corporal comprometido, Movimento muscular diminuído e o Risco de rigidez articular.

Os diagnósticos acima citados agrupam um conjunto de intervenções e ensinamentos adequados à pessoa após realização de uma cirurgia ortopédica. O EEER sendo detentor de um conhecimento específico na área da reabilitação, identifica este tipo de diagnósticos e intervém de forma específica, procurando que o seu plano de reabilitação siga as necessidades da pessoa e promova a sua funcionalidade e independência.

Além dos relatos de caso realizados, tive também a oportunidade de partilhar com a equipa do local de estágio do foro ortopédico algum conhecimento recente acerca dos materiais de apoio existentes com a realização de um poster. Os ensinamentos realizados às pessoas tornaram-se assim mais sustentados e baseados em conhecimentos científicos recentes.

A prática do enfermeiro especialista em reabilitação assenta a sua intervenção na identificação de diagnósticos essenciais para assegurar a intervenção mais precoce possível na pessoa, de forma a salvaguardar as suas capacidades, agir de forma preventiva, promovendo da melhor forma a manutenção da independência e autonomia da pessoa. Diminuído substancialmente o impacto da alteração das capacidades sendo elas na área respiratória, cardíaca, ortopédica e neurológica (Marques & Sousa, 2016, pág 35).

Para validar e comprovar a qualidade da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação a Ordem dos enfermeiros identifica um conjunto de indicadores que se deve ter em conta durante a sua prática. Estes passíveis devem ser atingidos para melhoria contínua da qualidade e na gestão dos cuidados planeados.

Segundo o Core de Indicadores Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação definidos pela Ordem dos Enfermeiros é fundamental procurar a satisfação da pessoa, promover a saúde, prevenir possíveis complicações, promover o bem-estar e autocuidado da pessoa, readaptar e reeducar a funcionalidade, promover a inclusão e planear e organizar os cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

Decidi procurar mais competências e escolhi a especialidade de reabilitação por ser uma especialidade que me poderia proporcionar um maior desenvolvimento a nível técnico e personalizado na intervenção à pessoa.

5.3 Competências de mestre

Segundo o Artigo 15º do Decreto-Lei nº 65/2018, p 4162 publicado no Diário da República o grau de mestre é conferido ao aluno sempre que este:

- Possua conhecimentos e capacidade de compreensão a nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível de 1º ciclo de formação em enfermagem, os desenvolva e aprofunde;
- Permita e constitua a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- Saiba aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; Temas éticos com que foi confrontada e situações sociais que condicionaram a decisão;
- Seja capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. Aprendizagens e competências na pesquisa em bases de dados, e necessidades de formação contínua;

Para conseguir atingir as competências de mestre, é preciso ser dotado de novos conhecimentos, saber lidar e gerir situações de grande complexidade e ter o poder da tomada de decisão, sendo que esta decisão seja fundamentada e completamente consciente, não descartando as implicações éticas e legais envolvidas em cada situação.

O grupo de competências, sejam elas as comuns de enfermeiro especialista, especialista em reabilitação ou em mestre, devem seguir ou ter como base os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros para os enfermeiros especialistas em

reabilitação. Os padrões de qualidade vêm proporcionar uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem especializados e uma procura constante da promoção da qualidade de vida. Serve também como um instrumento de avaliação da eficácia dos cuidados prestados e potencia o desenvolvimento de competências de gestão e de tomada de decisão argumentada e consciente dos EEER (OE, 2011)

Assegurar a manutenção e promoção da qualidade de vida, promover a funcionalidade através do ajuste de estratégias para a realização do autocuidado e a maximização das capacidades das pessoas, engloba algumas premissas:

- Promover o seu projeto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações de atividades e/ou incapacidades;
- Promover processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade;
- Promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência (OE, 2011)

Todos os planos delineados pelo EEER devem ir ao encontro das necessidades de cada pessoa, sendo alterados sempre que surge essa necessidade e primam em alguns aspetos como:

- Promoção de ações preventivas;
- Assegurem a capacidade funcional;
- Previnam complicações;
- Evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas, motoras ou outras incapacidades (OE, 2011).

Durante o decorrer do plano de estudos, muitas foram as situações em que colocaram em prova os meus conhecimentos, principalmente nos estágios. Neles tive oportunidade de aplicar conhecimentos a nível dos processos fisiopatológicos de cada patologia, organizar planos de cuidados com intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, que fossem ao encontro das necessidades de cada pessoa. Desenvolvi a

minha capacidade de priorizar os cuidados de enfermagem de reabilitação e validando sempre antes de cada intervenção a capacidade da pessoa para a realização da mesma.

Ao longo do mestrado consegui sustentar mais a minha prática, nomeadamente a nível teórico e científico, aprofundar a minha competência técnica durante a realização de técnicas e ao mesmo tempo fazer a gestão de cuidados.

Através da realização de trabalhos como estudos de caso/relatos de caso, em que foi necessária uma procura de uma componente teórica através de bibliografia sustentada de diversas patologias, consegui sustentar a minha prática em cada contexto de estágio.

A minha prática teve como base teóricas importantes para a enfermagem de reabilitação, e desta forma justificar as intervenções realizadas dentro dos pressupostos base da enfermagem de reabilitação.

Ser bom comunicador na reflexão e apresentação do seu conhecimento e da sua capacidade de raciocínio, tal como na demonstração das suas competências é fundamental para a pessoa que possui o grau de mestre. Vários trabalhos foram realizados durante a componente teórica o que começou a despolpar a minha comunicação e poder de argumentação, tal como nos locais de estágio em que questionada sobre os meus planos de cuidados e intervenções treinei a minha capacidade argumentativa e a capacidade de justificar de forma sustentada e fundamentada a minha prática.

A nossa prática deve estar sempre atualizada das constantes alterações e paradigmas da sociedade e de que forma estas influenciam a evolução da enfermagem, criando as suas linhas de pensamento e raciocínio sobre diversas temáticas, promovendo os melhores cuidados de saúde para as pessoas e instigando cada vez mais o EEER nas suas competências e na sua melhoria constante (Padilha et al, 2021).

A investigação será sem dúvida uma grande forma de aposta para justificar e apresentar dados concretos da melhoria dos cuidados em saúde, sendo uma área muito desenvolvida dentro das competências de mestre.

Todas as pesquisas e a procura de novos conhecimentos na área da enfermagem, fomentam a criação de um novo conhecimento, que poderá influenciar as novas correntes e práticas de enfermagem, mantendo a constante procura pela melhoria dos cuidados, nos ensinos, na investigação e na gestão de enfermagem. Recai muito sobre o EEER este investimento constante na transmissão e aquisição de novos conhecimentos, sempre fundamentada pela evidência mais atualizada e fidedigna. Durante o estágio na componente ortopédica, senti a necessidade de partilhar um recente documento criado pela Ordem dos Enfermeiros que fala sobre materiais de apoio após cirurgia ortopédica através da criação de um poster ilustrativo. Este além de ajudar nos ensinos realizados à pessoa submetida a cirurgia, vai ao encontro das necessidades de conhecimento da equipa.

O EEER pode partilhar este conhecimento através da supervisão de estágios clínicos acompanhando novos profissionais no desenvolvimento das suas competências, na parceria com estruturas organizacionais que facilitem a publicação e participação em artigos científicos, na exposição de trabalhos em congressos e conferências existentes na área (Fernandes, et al, 2019).

6. ANÁLISE SWOT

Ao longo de todo o meu percurso no mestrado em enfermagem de reabilitação, existiram vários fatores (internos e externos) que potenciaram a minha capacidade de aprendizagem e outros que limitaram essa mesma aprendizagem. Para atingir as competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem de reabilitação, foi um longo caminho de conquistas repleto de momentos de grande companheirismo e solidariedade e de um grande esforço pessoal e grande parte dele profissional.

Alguns pontos internos, considerados como forças, que acredito que tenham favorecido a minha aquisição de competências, talvez tenham sido a minha capacidade de resiliência e força, pontos estes cruciais que me levaram em primeira instância a procurar mais conhecimento e mais competências, para que diariamente sentisse uma grande satisfação no complemento que podia acrescentar à minha prática como

enfermeira e também evidenciar tudo o que a enfermagem tem capacidade de oferecer à pessoa, estando ela ou não num processo de doença.

Acredito que a minha capacidade de estabelecer relações interpessoais e de sentimento de confiança tenha ajudado na minha integração nos locais de estágio, dentro e equipas que tiveram a capacidade de me acolher, ensinar e corresponder às expectativas que criei para cada local de estágio, que me tranquilizaram em momentos de insegurança e de medo quando eu própria me questionava se teria as competências necessárias em determinadas situações.

Acredito que esta capacidade de estabelecer relações também tenha sido muito importante em toda a interação que tive com as pessoas e as famílias, sempre senti que a minha intervenção era recebida como uma mais valia para a pessoa e para o seu processo da reabilitação. Muitas vezes senti que o tempo que conseguia entrevir com cada pessoa tornava-se no momento gratificante não só para mim porque tinha a oportunidade de treinar as minhas competências técnico-práticas, mas também se tornava num momento gratificante para cada pessoa, pois muitas vezes era visível a satisfação com que recebiam os ensinamentos e colaboraram na realização de todos os exercícios propostos antes de iniciar todo o tipo de intervenção.

A minha capacidade crítico-reflexiva também foi muito exercitada ao longo deste processo de aprendizagem, tendo consciência que nos encontramos num processo de evolução a nível da aquisição de novos conhecimentos e novas competências e que todo este percurso vai culminar num profissional mais consciente e capaz de responder a determinadas situações.

Todos os momentos proporcionados pelo mestrado foram muito importantes neste meu processo de aprendizagem. O plano de estudo reuniu docentes que mostraram uma dedicação plena no nosso processo de aprendizagem, mostrando sempre disponíveis e compreensíveis nas dificuldades que foram surgindo ao longo deste percurso. Considero que foram forças vivas deste percurso, abriram horizontes, estimularam a capacidade crítico reflexiva, promovendo a consciência em cada atitude apresentada. Mostraram como a prática baseada no conhecimento é importante e

torna-nos, nós profissionais de saúde mais completos e consistentes na nossa prática do dia-a-dia.

Fatores internos denominados de fraquezas também fizeram parte desta experiência, como já referido em parágrafos anteriores o medo e a insegurança em alguns casos limitam a nossa plena entrega. Este medo e insegurança sentida numa fase inicial em cada local de estágio, pois muitas vezes fazer a correlação entre toda a teoria e a prática não é tão linear como esperado e o receio da postura adotada durante a realização dos exercícios não ser a mais correta, se as intervenções que tinha definido para cada pessoa estavam adequadas ou se poderia ter escolhido outras que fossem mais eficazes, se o meu raciocínio crítico estava sempre coerente com toda a minha prática e se correspondia a uma futura enfermeira especialista em reabilitação e mestre na área.

Muitas das vezes o nosso ritmo profissional é acelerado e um dos meus receios também era transparecer isso para as pessoas, podendo mascarar a minha intervenção e deixando a ideia que o tempo era curto para cada pessoa.

Não posso deixar de referir com tristeza o facto de não ter realizado um estágio no âmbito da pediatria, pois sempre foi uma área que manifestei um grande interesse e privilégio de ter contactado mais de perto e não surgiu essa oportunidade. Contudo acredito que a minha procura de conhecimento é um percurso contínuo e tenho a certeza que em situações futuras terei a oportunidade de aprofundar um bocado mais a área da pediatria. Considero que foi uma fraqueza do mestrado não ter conseguido dar resposta a um dos meus objetivos com a realização deste mestrado.

Adquirir as competências definidas para um enfermeiro especialista, de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre envolveu um perseverante caminho constituído por diversos desafios.

Quanto às oportunidades do mestrado, em geral, na construção do plano de estudo do Mestrado em Reabilitação, os locais de estágio trouxeram uma mais valia pois vieram consolidar muito do conhecimento que muitas das vezes na componente teórica é mais difícil de assimilar, fazendo com que seja um fator externo facilitador, que acrescenta uma grande vantagem no desenvolvimento das competências esperadas. Acerca ainda

dos fatores externos facilitadores, consegui durante o meu processo de formação assistir algumas formações e congressos, que senti que de certa forma sustentam o meu conhecimento e o meu à vontade na área da Enfermagem de Reabilitação.

Para terminar saliento com fator externo que enquadro numa fraqueza a dificuldade que senti na gestão da minha vida profissional com a minha vida pessoal e o meu processo de formação devido à carga horária do mestrado e o seu nível de exigência em trabalho autónomo, muitas vezes surgiram sentimentos desanimadores nomeadamente tristeza e muitas vezes cansaço, que por sua vez se manifestou na minha entrega e no meu total desempenho e investimento.

Em suma, posso afirmar, que todo o percurso foi bastante positivo e que toda a reflexão realizada sobre ele trás um sentimento agridoce, pois este percurso está a chegar ao fim e traz já consigo alguma nostalgia, mas ao mesmo tempo trás o sentimento de satisfação pois estou quase a conseguir realizar um dos objetivos profissionais que sempre ambicionei.

7. CONCLUSÃO

O desafio do dia-a-dia de um enfermeiro além de cuidar é também satisfazer na totalidade as exigências que lhe são colocadas, neste sentido a necessidade da constante procura de conhecimento torna-se num objetivo a ser atingido, diferenciando posteriormente a sua prestação de cuidados e a satisfação das exigências colocadas.

A procura de conhecimento torna-se numa constante na equação que é a enfermagem e a prestação de cuidados, pois o investimento leva o seu tempo e carece de muita dedicação, traduzindo-se assim numa prática cada vez mais sustentada e alicerçada de conhecimento e de competências.

A prática envolve muito conhecimento, muito desse conhecimento encontra-se estruturado nas bases conceituais das grandes modelos teóricos e fomentam não só a componente prática, mas também o conhecimento teórico dando origem a uma evolução paulatina da área do saber que é a Enfermagem.

A nossa população vive em constante mudança e nessas mudanças surgem exigências diferentes do comum, por isso é importante que o enfermeiro seja capaz de acompanhar esta evolução e mostrar-se à altura destes constantes desafios.

No decorrer do desenvolvimento das competências definidas para o enfermeiro especialista em reabilitação e mestre e todas as experiências que envolveram este plano de formação, posso afirmar que nele fez parte a aquisição de conhecimento e competências nos vários processos aos quais fazia parte o processo neurológico, cardiorrespiratório, ortotraumatológico e reumatológico. Todo o desenvolvimento das competências seguiu a orientação da melhor prestação de qualidade de cuidados.

A minha temática principal de estudo foi mostrar tentar o impacto dos ensinamentos realizados pelo EEER à pessoa submetida PTA no pré e pós-operatório, e no final deste trabalho acho que consegui transparecer esse mesmo impacto e com é essencial toda a abordagem diferenciado do EEER em todo o processo de transição pela qual a pessoa submetida a PTA experiência.

Desde o primeiro dia que decidi embarcar nesta aventura, assumi comigo própria e com a enfermagem que toda esta viagem ia ser rica em novos conhecimentos, que de certa forma iria criar em mim uma responsabilidade e maior de compromisso com a profissão e com todo o meu desenvolvimento seja ela teórico e prático.

Poder satisfazer todas as necessidades das pessoas e traduzir isso em cuidados de saúde personalizados e de qualidade será sempre um objetivo base da minha prática como enfermeira.

Através da aquisição das competências subentendidas ao enfermeiro especialista e em reabilitação e de mestre espero pautar a minha prática no sentido em que esta seja diferenciada e humanizada.

Por último, posso concluir que mesmo com algumas dificuldades sentidas ao longo deste percurso consegui atingir todos os objetivos pelos quais me propôs com a realização deste relatório profissionalizante e ao longo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, T, Jaime, G, Seabra, A, Paixão, G, Omura, K, Folha, O, Cardoso, M (2020).

ANFQ (2023). Associação Nacional de Fibrose Quística. Disponível em: ANFQ - Associação Nacional de Fibrose Quística | O que é a Fibrose Quística?

AESOP (2023). Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Disponível em: aesop-enfermeiros.org)

Barros, Cristina (2019). Reabilitação na Atroplastia da Anca. Disponível em: 344118.pdf (up.pt)

Benner, Patrícia. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto

Berbiglia, A.V. & Banfiel, B. (2014). Self-Care Deficit Theory of Nursing. In M. Alligood (Eds), Nursing Theorists and Their Work. 8ª e. (pp.240-257). Estados Unidos da América: ELSEVIER

Bitencourt, T, Santos, F, Soares, A (2020). Relação entre a Funcionalidade e a Capacidade Motora de Paciente Pós-AVC na Fase Aguda. Revista Neurociências. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/10248/7456>

Branco, P. S. (2023). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 421-430). Lusodidacta

Cunha, E.L (2008). Enfermagem em Ortopedia. Lisboa-Porto: LIDEL

Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República nº 157/2018-I Série.

Direção-Geral da Saúde (2022) Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: Acidente Vascular Cerebral – SNS

ERAS (2023). Enhanced Recovery after surgery. Disponível em: Home - ERAS® Society (erassociety.org);

Escola Superior de Saúde Atlântica (2023). Mestrados em Enfermagem-Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio.

Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Magalhães, M. B. & Lima, A. M. N. (2019). Produção de Conhecimento em Enfermagem de Reabilitação Portuguesa-scoping review. Journal Health NPEPS. 4(1), 282-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103378>

Graf, C. (2006). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: It's often a consequence of hospitalization but it doesn't have to be. AJN, American Journal of Nursing, 106(1), 58-67. Disponível <http://www.nursingcenter.com/>

Huber, Fraces & Wells, Chris. (2006). Exercícios Terapêuticos (pp 241-250) (1ª ed). Loures: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didático;

Marinho, C, Monteiro, M, Santos, L, Oliveira-Filho, J, Pinto, E (2020). Desempenho da marcha e qualidade de vida nos sobreviventes de AVC- estudo Transversal. Journals Bahiana. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1777>

Martins, T (2006) – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: FORMASAU- Formação emSaúde, Lda

Mendes Dia, Ferrito Crac, Gonçalves Mir. Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. Rev Bras Enferm [Internet]. [acedido a 24 de abril de 2024;71(Suppl 6):2824-32. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: http://REBEN_71-SUP6_ING-.indd (scielo.br)

Migliorini, F., Maffulli, N., Trivellas, M., Eschweiler, J., Hildebrand, F. & Betsch, M. (2022). Total hip arthroplasty compared to bipolar and unipolar hemiarthroplasty for displaced hip fractures in the elderly: a Bayesian network meta-analysis. European Journal of

Trauma and Emergency Surgery, 48, 2655-2666. DOI: [//doi.org/10.1007/s00068-022-01905-2](https://doi.org/10.1007/s00068-022-01905-2)

NAON (2022). National Association of Orthopaedic Nurses. Disponível em: NAON News (orthonurse.org)

Nicolau, C., Mendes, L., Ciríaco, M., Ferreira, B., Baixinho, C., Fonseca, C. & SOUSA, L. (2022). Educational Intervention in Rehabilitation to Improve Functional Capacity after Hip Arthroplasty: A Scoping Review. *Journal of personalized medicine*, 12(5), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm12050656>

Obler, L & Gjerlow, K (1999) – A LINGUAGEM E O CEREBRO. Lisboa: Stória

Editores.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Requisitos para a Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito da Prática de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível: gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Disponível: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 350/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22. 2015.

Orsini, M, Reis, C, Silva, J, Bastos, V (2020). Facilitação Neuromuscular Propriocetiva em Pacientes com Acidente Cerebrovascular. *Revista Neurociências*. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/10738/8232>

Santa casa da Misericórdia de Lisboa (2018) Disponível em: Parede- Hospital Ortopédico

Sant'Ana – Hospital Ortopédico de Sant'Ana - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Disponível em: scml.pt

Santos, K, Pereira, T, Ramos, M, Damasceno, S, Macêdo, J, Azizi, M, Moreno, A,

Seeley, R, Stephens, T & Tate, S (2011) – ANATOMIA & FISIOLOGIA (8ª ed).

Loures: LUSODIDACTA- Edições Técnicas e Científicas, Lda

Shirley. P. Hoeman (2011) - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ªed). Rio de Mouro: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didático.

Vieira, Cristina, Sousa Luís (2016) - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (1ª ed). Loures: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didático;

Wainwright, T., Gill, M., Mcdonald,D., Middleton, R.,Reed, M., Sahota, O., Yates, P., Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations.Disponível em : www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17453674.2019.1683790?scroll=top&needAccess=true

Zagonel, P. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Revista Latino-Americana Enfermagem, 1999, 7(3), 25-32.

APÊNDICES



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade 1º ano- 2º Semestre

Plano de Atividades para o Ensino Clínico

Regente do Estágio: Professora Cristina Mesquita

Orientador de Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Supervisora de Estágio: Enfermeira Cristiana Pinto

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Barcarena,

Mai de 2023

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade 1º ano- 2º Semestre

Plano de Atividades para o Ensino Clínico

Regente do Estágio: Professora Cristina Mesquita

Orientador de Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Supervisora de Estágio: Enfermeira Cristiana Pinto

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Barcarena,

Mai de 2023

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

LISTA DE SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

AVD- Atividades de Vida Diárias

BRCA- Breast Cancer Gene

DGS-Direção Geral de Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGAS- Equipas de Gestão de Altas Hospitalares

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

LVM- Lesões Vertebro Medulares

MI- Membros Inferiores

MIF- Medida de Independência Funcional

MS- Membro Superior

MRC- Medical Research Council

UMDR -Unidade de Média Duração e Reabilitação

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Índice

Introdução	95
1. Descrição do local de Ensino Clínico- Casa de Saúde Santa Rosa Lima ..	96
1.1 A importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação na Casa de Saúde Rosa Lima	98
1.2 As competências específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação	99
2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	101
2.1 Definição do objetivo geral e objetivos específicos	103
Conclusão	105
Bibliografia	106

INTRODUÇÃO

O presente documento insere-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no primeiro ensino clínico, no contexto de Reabilitação na Comunidade.

Através da elaboração deste plano de atividades pretende-se que seja utilizado como uma linha condutora para o ensino clínico, bem com a sistematização de todas as competências que quero adquirir, desenvolver e aperfeiçoar através das oportunidades que irão surgir durante este primeiro ensino clínico.

Clarificar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros e conseguir transpor para o contexto em que me encontro neste momento, sabendo identificar as competências que poderei desenvolver minha prática do dia-a-dia e aperfeiçoá-las, sendo assim um dos meus principais objetivos a concretizar neste momento de ensino clínico.

Ao longo deste plano de atividades vou identificar e descrever brevemente o local do ensino clínico, referenciando alguns aspetos importantes da instituição, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação neste tipo de instituição, todo o trabalho desenvolvido nesse mesmo âmbito, mas também todo o trabalho que é desenvolvido transversalmente entre a equipa de enfermagem e toda a equipa multidisciplinar que faz parte da constituição desta instituição.

Identificar as áreas que serão principalmente trabalhadas e aprofundadas neste contexto, através do tipo de população existente, potenciando assim desenvolver determinadas competências neste mesmo contexto.

Durante este ensino clínico é muito importante reconhecer as expectativas e tentar ir ao encontro delas, com base na identificação dos principais focos de atenção para a Enfermagem de Reabilitação, tendo sempre uma base clara e objetiva, iniciando por uma avaliação inicial da pessoa, determinação de um

plano de cuidados adequando e posteriormente uma reavaliação, tendo em conta a recolha dos resultados esperados após a minha intervenção.

Por fim, definir claramente um objetivo geral e alguns objetivos específicos que sejam orientadores e passíveis de ser atingidos ao longo de aproximadamente três meses de ensino clínico. Tal com algumas atividades que poderão ser realizadas de forma a enriquecer também a nossa passagem por esta instituição e o meu percurso de aprendizagem.

1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ENSINO CLÍNICO- CASA DE SAÚDE SANTA ROSA LIMA

A Casa de Saúde Santa Rosa Lima foi criada em 1921 após uma doação feita pela Doutora Rosa Martins devota de Santa Rosa Lima, surgindo assim esta Casa de Saúde.

Esta encontra-se inserida na Fundação Bento Menni, sendo esta uma instituição particular de solidariedade social que pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Deus.

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras assenta em alicerces bem definidos na qual define 8 objetivos essenciais no desenvolvimento da sua prática, nomeadamente:

- Prestar cuidados de saúde máxima qualidade;
- Fomentar a participação dos familiares ou legais representantes no apoio a pessoa;
- Proporcionar um ambiente seguro, confortável, humanizado, promotor de autonomia e qualidade de vida;
- Estabelecer uma relação humana de serviço e de compromisso com a pessoa assente na qualidade, competência dos profissionais e na formação continua dos mesmos;

- Desenvolver programas de melhoria de eficiência operacional e de gestão clínica;
- Promover meios de desenvolvimento do conhecimento científico em saúde mental e psiquiátrica;
- Colaborar com instituições académicas no tocante a estágios curriculares, pré-profissionais e profissionais;
- Promover o respeito pelo ambiente e a responsabilidade social

(Irmãs Hospitaleiras Portugal, 2023)

As principais áreas de atuação são no contexto de Psiquiatria, Saúde Mental, Psicogeriatría, Psicologia Clínica, Reabilitação Global e Lesão Cerebral, Medicina Física e Reabilitação, Terapia de Fala, Psicomotricidade, Terapia Ocupacional e Nutrição.

A Unidade de Reabilitação Casa de Saúde Rosa Lima encontra-se inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nesse contexto todos os utentes que integram nesta instituição são referenciados por Equipas de Gestão de Altas Hospitalares (EGAS) e por Unidades de Centros de Saúde.

Dentro das especificidades da RNCCI, esta instituição é classificada como uma UMDR (Unidade de Média Duração e Reabilitação), o tempo de internamento dos utentes ronda aproximadamente os 30 a 90 dias. Durante o internamento espera-se que todos os utentes passem por uma fase de recuperação da sua autonomia e funcionalidade, através de um processo mais intenso de reabilitação em complemento com a necessidade de cuidados de saúde, de apoio social. Toda a equipa trabalha em prol da capacitação da pessoa até ao momento de preparação e retorno ao domicílio.

Na totalidade a unidade é constituída por 30 camas, esta lotação encontra-se sempre completa.

A nível de recursos humanos a equipa multidisciplinar é constituída por 6 enfermeiros que pertencem ao quadro, esta contempla uma enfermeira coordenadora e uma enfermeira especialista em reabilitação, 12 enfermeiros de

cuidados gerais, 3 fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala, uma psicóloga, uma nutricionista, 3 médicos de clínica geral e cerca de 12 assistentes operacionais. Os horários são repartidos, por manhã, tarde e noite, estando sempre um enfermeiro de reabilitação no turno da manhã que assume a função e trabalha diretamente com a pessoa nos seus cuidados específicos e diferenciados.

1.1 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO NA CASA DE SAÚDE ROSA LIMA

A prestação de cuidados à pessoa inserida numa Unidade Média de Reabilitação carece-se da intervenção de uma equipa multidisciplinar, mas o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação acarreta uma intensa importância no desenvolvimento funcional e na autonomia da pessoa durante o seu internamento, acompanhado mais de perto as necessidades específicas de cada pessoa, tornando-se até numa forma mais holística na sua fase de recuperação.

Segundo o Referencial do Enfermeiro da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, (2009),

Em Enfermagem de Reabilitação-porque se dirige essencialmente à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados como o objetivo de preparar o regresso à casa, de que resultam ganhos em saúde significativos, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média e de longa duração e ECCI domiciliárias.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação assume assim uma peça fundamental neste processo de reabilitação da pessoa, pois além de intervir diretamente no seu processo de recuperação, forma um elo de ligação com a família/ cuidadores e reúne todas as condições necessárias para esta nova etapa após alta. O regresso a casa muitas das vezes terá contornos diferentes de antes

da situação que o levou ao internamento, por isso o enfermeiro é importante, muitas das vezes para os ensinamentos sobre novas estratégias para melhorar a autonomia e integração da pessoa.

1.2 AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O desenvolvimento do Enfermeiro de Especialista em Enfermagem de Reabilitação assenta em três princípios basilares durante o seu desenvolvimento das suas competências específicas, estes encontram-se enunciados no Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 20210)

Ao longo deste ensino clínico é fundamental esmiuçar estas competências descritas e adquiri-las, na minha opinião, durante este período de ensino clínico terei todas as oportunidades de o poder fazer. Terei contato com diversas situações específicas que carecem de intervenções individualizadas e específicas a cada pessoa.

Por isso, é extremamente importante, iniciar a nossa intervenção por uma objetiva avaliação da pessoa, sendo ela mais concreta e verdadeira, de seguida

diagnosticar as suas necessidades de intervenção, identificar as suas limitações e adequar a minha intervenção à pessoa e ao potencial de reabilitação da pessoa.

Criar planos de intervenção com base não só nas necessidades da pessoa, mas também alimentados por conhecimentos científicos e estruturados sobre a reabilitação e todo o processo de doença que acompanha a pessoa, pois este poderá ser um fator condicionante neste processo de reabilitação, tal como pode ser um fator para individualizar a intervenção.

As estruturações do plano de cuidados visam sempre reeducar as funções primordiais das pessoas na área motora, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratória, nos autocuidados de alimentação, eliminação, transferências, higiene pessoal e sexualidade. Há uma constante procura da maximização da autonomia da pessoa e o aumento da sua funcionalidade no seu dia-a-dia.

Após a delineação deste plano de cuidados adequando e diferenciado à pessoa e da sua implementação, é muito importante, fazer uma reavaliação da intervenção de forma a perceber se foram atingidos todos os resultados esperados e identificar possíveis áreas em que a nossa intervenção poderá ser alvo de alteração de forma a obter os melhores resultados.

Durante este ensino clínico será fundamental a fusão entre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros, com as competências definidas para serem desenvolvidas neste contexto, de forma a desenvolver competências específicas e dominar conhecimentos nestas áreas em que vamos intervir concretamente.

Ao decorrer deste ensino clínico acredito que poderei desenvolver estas competências explícitas pela Ordem dos Enfermeiros na especialidade de Reabilitação, pois a população alvo são pessoas com faixas etárias entre os 40 e os 90 anos, uma fase do ciclo vital em que existem algumas limitações funcionais cada vez mais acentuadas e porque foram vítimas de um processo patológico agudo, ao qual acrescentaram algumas dependências transitórias ou até mesmo permanentes.

2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Direção Geral de Saúde (DGS), afirma que atualmente o AVC é considerado com umas das primeiras causas de morte e de incapacidade permanente em Portugal. Segundo dados recolhidos em 2019, 25.105 doentes foram admitidos por AVC nos hospitais públicos, 9.841 por diagnosticados com AVC Isquémico, dos quais 2.467 foram submetidos a medicamentos trombólitos e outros 2.057 foram intervencionados através do tratamento de trombectomia endovascular.

Achei pertinente acrescentar aqui estes dados da DGS sobre doentes com AVC, pois grande parte dos utentes que temos contato neste ensino clínico são utentes neurológicos que tiveram eventos isquémicos ou hemorrágicos em determinados territórios cerebrais, causando diferentes défices e alterações funcionais à pessoa.

Shirley (2011) define AVC “como compromisso do fluxo sanguíneo a uma área a particular do encéfalo”.

A este compromisso podem estar associados determinados défices estes poderão condicionar a pessoa no seu dia-a-dia. Défices esses tais como hemiplegias, hemiparesias, afasias, síndromes confusionais, heminópsias, disfagias, entre outros.

Todos os difíceis acima referidos requerem uma ampla intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, uma intervenção diferenciada com foco na sua resolução, no alinhamento de estratégias que facilitem a integração da pessoa nas suas atividades de vida diária.

Além de pessoas com AVC na Unidade de Saúde Casa Rosa Lima, também já consegui ter contato com pessoas com lesões vertebro medulares (LVM), patologias do foro osteoarticular e com traumatismos crânio encefálicos.

Com base no tipo de doentes que tenho frequentemente contato consigo identificar alguns focos de atenção para Enfermagem de Reabilitação primordiais, que serão a primeira linha alvo da minha intervenção que são:

- Autocuidados (Andar, vestir, alimentar, higiene e transferir);
- Deglutição;
- Equilíbrio Corporal;
- Espasticidade;
- Paresia;
- Movimento Muscular;
- Rigidez Articular

Toda a minha intervenção é diferenciada e adequada a cada pessoa e as limitações que ela apresenta e passa inicialmente por uma completa avaliação cefalocaudal, através de recolha de dados e realização de uma avaliação consciente da pessoa.

Durante a minha intervenção posso colocar em prática várias técnicas de Reabilitação, nomeadamente o padrão antiespástico da pessoa com AVC, o treino de AVD's, o treino do equilíbrio estático e dinâmico, a realização de transferências do leito para a cadeira de rodas, os ensinamentos na utilização do auxiliar de marcha entre muitas outras técnicas.

Shirley (2011), afirma que “a recuperação após o AVC tem-se concentrado principalmente na independência da mobilidade e atividade de autocuidados. Contudo, aprender a desempenhar antigas ou novas capacidades requer a capacidade de pensar e processar informação”, sendo assim a reeducação da pessoa é um ponto muito importante na sua recuperação e adaptação à sua nova realidade. Esta reeducação pode passar por diversos estádios e por limitações específicas de cada pessoa. Cabe a nós enfermeiros dentro desta especialidade que é a Reabilitação, saber adequar a nossa intervenção, sendo assim um dos nossos grandes trunfos.

2.1 DEFINIÇÃO DO OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivo geral para este ensino clínico defini **A importância do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no doente com AVC na recuperação máxima da sua funcionalidade.**

Decidi definir este objetivo geral porque a pessoa com AVC além de ser a pessoa mais comum na nossa realidade, é portador de diversas alterações, tendo diversos focos de intervenção e áreas em que podemos investir e trabalhar com a pessoa para o seu desenvolvimento e capacitação para a realização das atividades de vida diária e no retorno ao seu dia-a-dia.

Delineei com objetivos específicos:

- Realizar uma avaliação Neurológica da pessoa com AVC;
- Identificar as principais alterações da pessoa com AVC (nível da consciência, discurso, linguagem, memória, campos visuais, deglutição, coordenação motora, equilíbrio, marcha, sensibilidade e continência de esfíncteres);
- Organização/planeamento de planos de cuidados individualizados e personalizados à pessoa;
- Treinar a aplicação de técnicas de Enfermagem de Reabilitação;
- Identificar as técnicas mais pertinentes para o processo de reabilitação da pessoa;
- Providenciar condições para ir ao encontro das necessidades da pessoa, sempre com base num todo que é a pessoa com AVC;
- Realizar uma correta avaliação dos resultados esperados;

- Identificar principais aspetos a melhorar no processo de reabilitação da pessoa;
- Identificar sempre as necessidades da pessoa e respeitar o seu tempo para o seu desenvolvimento do processo de reabilitação.

Para a realização do meu objetivo geral e os meus objetivos específicos pretendo treinar a minha correta avaliação a pessoa e criar um plano de intervenção individualizado, passível de ser alterado dependendo da colaboração, da participação da pessoa e da evolução da pessoa.

Um dos campos mais avaliados nestes utentes é a deglutição, muitas das vezes a deglutição está alterada e na minha opinião é muito importante a nossa avaliação e intervenção diferenciada enquanto Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Por isso, em conversa com a nossa supervisora, foi sugerido que fizéssemos uma pesquisa e trouxéssemos um instrumento de avaliação da deglutição, que este fosse viável e pudesse ser utilizado por ambos os profissionais da equipa de uma forma uniforme

Através da aplicação deste instrumento de avaliação, espero que seja mais consensual avaliação da deglutição do doente, tal como a identificação do tipo de disfagia e neste contexto adaptar a consistência correta para ser dada ao doente que apresente uma disfagia.

9. CONCLUSÃO

O plano de atividades expresso anteriormente será uma pequena parte de todo o trabalho que espero desenvolver ao longo deste ensino clínico. Será uma oportunidade muito enriquecedora, um caminho a percorrer com esforço.

Haverá diversas oportunidades de despoletar o meu raciocínio científico, aplicar todo o conhecimento teórico que nos foi fornecido durante as aulas teóricas e fomentar o meu raciocínio crítico.

Será mais uma caminhada de aprendizagem muito importante para o meu desenvolvimento como futura Enfermeira Especialista em Reabilitação.

Espero conseguir atingir o meu objetivo geral e os meus objetivos específicos pelos quais me propôs para este ensino clínico. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem uma ampla área para atuar em prol do cuidado do utente na sua capacitação e em providenciar a sua autonomia.

10. BIBLIOGRAFIA

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). (2020) Disponível em: [Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados \(RNCCI\) \(eportugal.gov.pt\)](http://eportugal.gov.pt)
- Referencial do Enfermeiro. (2029). Conselho de Enfermagem. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro. Disponível: [Microsoft Word - RNCCI - Referencial do Enfermeiro 2009 CE 20Abril2009.doc \(ordemenfermeiros.pt\)](http://ordemenfermeiros.pt)
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023) Disponível em: [Acidente Vascular Cerebral – SNS](#)
- Irmãs Hospitaleiras Portugal (2022) Disponível em: [Belas - Irmãs Hospitaleiras \(irmashospitaleiras.pt\)](http://irmashospitaleiras.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER).Disponível: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Shirley. P. Hoeman (2011) - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ªed). Rio de Mouro: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

APÊNDICE II- “Estágio Profissionalizante- Hospital Ortopédico de Sant’Ana- Plano de atividades



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade 1º ano- 2º Semestre

Estágio Profissionalizante - Hospital Ortopédico de Sant’Ana

Plano de Atividades

Regente do Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Orientador de Estágio: Professora Cristina Mesquita

Supervisora de Estágio: Enfermeira Especialista em enfermagem de reabilitação Susana Matos

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Parede, setembro de 2023

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade 1º ano- 2º Semestre

Estágio Profissionalizante - Hospital Ortopédico de Sant'Ana

Plano de Atividades

Regente do Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Orientador de Estágio: Professora Cristina Mesquita

Supervisora de Estágio: Enfermeira Especialista em enfermagem de reabilitação Susana Matos

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Parede, setembro de 2023

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

LISTA DE SIGLAS

AVD- Atividades de Vida Diárias

DGS-Direção Geral de Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE- Ordem dos Enfermeiros

PTA- Prótese total da anca

PTJ- Prótese total do joelho

HSFX- Hospital São Francisco Xavier

SNS- Sistema Nacional de Saúde

Índice

Introdução	112
1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE Estágio PROFISSIONALIZANTE-HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT'ANA	114
1.1 As competências específicas em enfermagem de reabilitação no Hospital Ortopédico de Sant'ana	115
1.2 O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no Hospital Ortopédico Sant'ana.....	118
1.3 A importância do enfermeiro especialista em enfermagem Reabilitação no Hospital Ortopédico Sant'ana	119
2. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE ATIVIDADES	120
2.1 Definição do objetivo geral a desenvolver durante o estágio profissionalizante 120	
2.2 Definição dos objetivos específicos	121
2.3 Planejamento de atividades e recursos utilizados.....	122
3. CONCLUSÃO.....	124
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	125

INTRODUÇÃO

O presente documento, designado por Plano de atividades, insere-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no Estágio Profissionalizante, no 2º ano do 1º semestre.

Através da elaboração deste plano de atividades torna-se mais fácil nortear os objetivos e as competências que são esperadas adquirir ao longo deste estágio profissionalizante, tal como sistematizar todas atividades que poderão ser realizadas de forma enriquecedora fazendo com que se tornem fundamentais para o meu desenvolvimento como futura enfermeira especialista em enfermagem de Reabilitação.

Identificar e enumerar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), neste momento inicial é muito importante, pois serão as competências que quero desenvolver na minha prática diária deste estágio profissionalizante, sendo elas constantemente sujeitas a uma melhoria constante.

Numa parte inicial, deste plano de atividades, irei fazer um breve resumo sucinto sobre o Hospital Ortopédico Sant'Ana, referenciando alguns aspetos importantes da constituição da instituição e as linhas por quais se rege a mesma.

Enquadrar também a importância do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação neste tipo de instituição, qual o papel que é desempenhado, e de que forma se posiciona o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação dentro de uma equipa multidisciplinar, durante a prestação de cuidados diferenciados e personalizados à pessoa.

Neste plano de atividades espero conseguir espelhar as várias áreas que terei oportunidade de ter contato, bem como a principal população alvo, embora esta seja muito diversificada a nível da faixa etária. Potencia assim ainda mais a minha oportunidade de atuação especializada e adequada a cada pessoa, bem com a delineação de um plano de cuidados diferenciado e adequando.

Por último, conseguir definir um objetivo geral e conseqüentemente os objetivos específicos, ao qual, me disponho a atingir ao longo da realização deste estágio profissionalizante. Com isso, espero ser capaz de identificar as necessidades da pessoa, realizar uma correta avaliação inicial, formular diagnósticos objetivos face à pessoa, agrupar intervenções com base nesses mesmos diagnósticos e posteriormente fazer uma avaliação de todo o plano de cuidados delineado para a pessoa e se ele foi eficaz e se foi ao encontro das necessidades da pessoa.

1.DESCRICÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE-HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT'ANA

O Hospital Sant'Ana localiza-se fisicamente na Freguesia da Parede, no concelho de Cascais. Este tem uma vista privilegiada sobre a marginal que liga Lisboa a Cascais.

O hospital é uma instituição de referência de décadas quer a nível nacional, quer a nível internacional, com uma área privilegiada de atuação que é a Ortopedia e Traumatologia.

Esta instituição nasce no ano de 1904, inicialmente com o nome de Sanatório de Sant'Ana e posteriormente é entregue ao encargo da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

O Hospital Sant'Ana vive uma contante evolução ao longo dos anos que visa o aperfeiçoamento das suas valências sempre com base a mãe Ortopedia como principal atuação do seu dia-a-dia.

Fazem parte desta instituição algumas Especialidades como Ortopedia como já referido, Fisiatria, Nutrição, Psicologia, Anestesiologia, Medicina Interna, Oftalmologia e Reumatologia.

Concretamente o meu ensino clínico encontra-se a decorrer no Serviço II do Internamento St^a Catarina Sena. O Serviço de internamento é constituído por duas alas nomeadamente a S. Domingos e St^a Catarina Sena, ambas trabalham em parceria, mas com equipas diferentes, mas com o objetivo futuro de fazer uma fusão entre ambas e formar apenas uma equipa.

A equipa é formada por médicos de várias especialidades, nomeadamente ortopedia, medicina interna, fisiatria e psicologia, por uma equipa de 20 enfermeiros, dos quais 9 especialistas em enfermagem de reabilitação, de

assistente operacionais, assistente social, nutricionista, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A lotação total do Serviço de Internamento é de 60 camas, estas agrupadas em 16 quartos individuais, 20 quartos duplos e 4 quartos de isolamento.

As instalações desta Serviço foram inauguradas recentemente no ano de 2018, proporcionado às pessoas cuidados de excelência e conforto durante o período de internamento.

A admissão das pessoas no Hospital de Sant'Ana pode ser realizada de algumas formas distintas, nomeadamente através de uma referenciação feita pelo médico de família (SNS), ao abrigo do protocolo existente com o Hospital São Francisco Xavier (HSFX) e por último a título particular em que a pessoa beneficia de um seguro de saúde/plano.

A grande parte das cirurgias realizadas diariamente são do foro Ortopédico e Orto-traumatológico, nessa sequência, podemos diferenciar as cirurgias programadas e não programadas. Dentro das cirurgias programadas podemos ter por exemplo cirurgias do pé, próteses do joelho (PTJ), artroscopias do joelho, prótese da anca (PTA), cirurgias de ombro (colocação de próteses invertidas), coluna (escolioses, hérnias, e/ ou artrodeses), cirurgias de causa traumáticas como fraturas tri-maleolares, bi-maleolares, expostas e supracondilíneas, traumatismos da bacia e coluna e por último uma pequena percentagem de cirurgia pediatria com talipes equinovarus (pé torto) e displasias da anca.

1.1 AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO HOSPITAL ORTOPÉDICO DE SANT'ANA

A prestação de cuidados à pessoa inserida numa Unidade Médica de Reabilitação carece-se da intervenção de uma equipa multidisciplinar, mas o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação acarreta uma intensa importância

no desenvolvimento funcional e na autonomia da pessoa durante o seu internamento, acompanhado mais de perto as necessidades específicas de cada pessoa, tornando-se até numa forma mais holística na sua fase de recuperação.

Segundo o Referencial do Enfermeiro da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, (2009),

Em Enfermagem de Reabilitação—porque se dirige essencialmente à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados como o objetivo de preparar o regresso à casa, de que resultam ganhos em saúde significativos, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média e de longa duração e ECCI domiciliárias.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação assume assim uma peça fundamental neste processo de reabilitação da pessoa, pois além de intervir diretamente no seu processo de recuperação, forma um elo de ligação com a família/ cuidadores e reúne todas as condições necessárias para esta nova etapa após alta. O regresso a casa muitas das vezes terá contornos diferentes de antes da situação que o levou ao internamento, por isso o enfermeiro é importante, muitas das vezes para os ensinamentos sobre novas estratégias para melhorar a autonomia e integração da pessoa.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume assim uma peça fundamental neste processo de reabilitação da pessoa, pois além de intervir diretamente no seu processo de recuperação, forma um elo de ligação com a família/ cuidadores e reúne todas as condições necessárias para o momento da alta. O regresso a casa muitas das vezes terá contornos diferentes de antes da situação que o levou ao internamento, por isso o enfermeiro é importante, muitas das vezes na realização de ensinamentos sobre novas estratégias de adaptação de forma a melhorar a autonomia e capacidade da pessoa.

Durante o processo de formação e desenvolvimento do Enfermeiro de Especialista em Enfermagem de Reabilitação é importante ter como base alguns princípios que assentam nas competências específicas, estes encontram-se

identificados no Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que passo a transcrever:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 20210)

Durante a realização do estágio Profissionalizante é expectável trabalhar com base nas competências descritas pela nossa ordem, sendo possível adquirir essas mesmas competências, criar uma opinião fundamentada, estruturada, especializada e coerente sobre as diversas situações de contato durante o estágio profissionalizante, mas conseguir transpor essas mesmas competências no nosso dia-a-dia durante a nossa prática.

Ao longo, deste estágio profissionalizante, terei uma grande oportunidade de intervir no doente cirúrgico com determinadas especificidades, podendo assim fazer uma avaliação cada vez mais objetiva e individualizada á pessoa desde o momento de admissão no serviço, o pré-operatório, o pós-operatório e a preparação do momento da alta, que é estruturado e organizado desde admissão da pessoa no hospital.

É muito importante realizar uma avaliação cefalocaudal, orientada na pessoa, desde a recolha de dados na avaliação inicial, a aplicação de escalas responsivas, válidas e confiáveis, que ilustrem a pessoa que temos à nossa frente. A formulação de diagnósticos, delinear intervenções adequadas e pertinentes para a pessoa e por fim realizar uma avaliação de todo o plano de cuidados que foi criado para a pessoa e de que forma podemos atingir os melhores resultados esperados com a nossa intervenção.

Um dos instrumentos avaliados durante a realização deste estágio profissionalizante é a realização de um estudo de caso, que contemple um plano de cuidados sobre uma pessoa que conseguimos intervir durante o nosso estágio profissionalizante.

A criação de planos de cuidados é fundamental não só para estimular na nossa capacidade de observação, de crítica, mas também ajuda na estruturação de um raciocínio lógico que segue uma conduta delineada para cada pessoa. Nos planos de cuidados é importante transparecer e preservar as funções primordiais da pessoa, e de que ponto a nossa intervenção vai ser coerente com as necessidades identificadas. Neste caso concreto, em doentes cirúrgicos, em que o seu autocuidado de higiene, transferir, andar, vestir /despir, encontra-se comprometido, pelo procedimento cirúrgico que experienciou, sendo por isso a intervenção, com grande objetivo de tornar a pessoa novamente independente, diminuindo o seu grau de dependência e promovendo a sua autonomia e funcionalidade, para que esta poderá voltar as suas rotinas do dia-a-dia.

Durante este estágio profissionalizante será fundamental a fusão entre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros e as competências de grau de Mestre, em que devemos possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível avançado, sustentar os conhecimentos adquiridos, aprofundá-los e usá-los em contextos multidisciplinares, lidar com situações complexas e desenvolver soluções pertinentes face às necessidades.

1.2 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT'ANA

A palavra Cirurgia deriva do conceito grego *kheirurgía*, que significa trabalho manual.

Com o passar dos tempos a cirurgia foi criando uma história, ganhando um espaço concreto e bem definido dentro da mãe Medicina, hoje em dia é considerada uma especialidade dentro da Medicina.

Numa definição mais primordial a cirurgia é definida com um procedimento manual e instrumental que é realizado para a correção de deformidades e defeitos, reparação de lesões e com meio de diagnóstico para diversas doenças.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação vai intervir de uma forma muito direta e objetiva no processo de recuperação funcional, na autonomia e na capacitação da pessoa, após ser submetida a um procedimento cirúrgico (esta intervenção muito primordial através da realização de ensinamentos à pessoa desde o momento de admissão já com uma visão para o momento da alta).

O EEER possuidor de conhecimentos diferenciados, delinea um plano de cuidados que vai ao encontro das necessidades apresentadas pela pessoa. Através da identificação de diagnósticos pertinentes, intervenções e numa avaliação dos resultados após a realização das intervenções.

É fundamental a maximização do potencial funcional da pessoa, potenciando a sua independência.

Como objetivo base, o EEER, tem uma participação importante na diminuição do tempo de internamento, na recuperação da pessoa submetida a cirurgia e promovendo uma melhor qualidade de vida da pessoa. Também igualmente importante o controlo dos gastos em saúde nas instituições.

1.3 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO NO HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT'ANA

O Hospital Ortopédico Sant'Ana é constituído por uma grande equipa multidisciplinar que beneficia da sua constituição enfermeiros especialistas em

enfermagem de reabilitação. Estes assumem um papel fundamental no seio da equipa, acompanham a pessoa de uma forma primitiva através de um pré contato que é realizado à pessoa com cirurgia programada, no momento da admissão da pessoa, correspondente à fase pré-cirúrgica, no pós-cirúrgico e numa fase final que é o momento da alta da pessoa.

Existe um acompanhamento, uma intervenção constante e uma individualização dos cuidados realizados à pessoa.

2.DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE ATIVIDADES

O Plano de atividades além de ser um elemento de avaliação deste estágio profissionalizante é também muito importante pois funciona com uma linha orientadora na planificação de todas as atividades passíveis de ser realizadas ao longo deste ensino clínico.

Definir um objetivo geral e os objetivos específicos ajuda a delinear as competências que pretendo atingir de uma forma mais consciente e consistente. Identificar as necessidades do local e os recursos para colmatar essas mesmas necessidades, permite mostrar o nosso interesse, a nosso juízo crítico e o nosso desenvolvimento pessoal na formação de um futuro enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

2.1 DEFINIÇÃO DO OBJETIVO GERAL A DESENVOLVER DURANTE O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O objetivo geral que achei pertinente identificar neste estágio profissionalizante, enquadrado na área da cirurgia orto-traumatológica foi:

Reconhecer o impacto da intervenção Enfermeiro Especialista em Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia do foro orto-traumatológico.

Identifiquei este objetivo geral, afinando à cirurgia do foro orto-traumatológico, pois acho muito importante todo o acompanhamento do EEER desde o momento de admissão até ao momento de alta. Todo este processo envolve momentos específicos como a recolha de dados, anamnese da pessoa, os ensinamentos que são realizados no pré-operatório, no pós-operatório imediato, através por exemplo do levantar cada vez mais precoce e o início da reabilitação cada vez mais prematuro e no momento da alta em que são reforçados novamente todos os ensinamentos realizados à pessoa e à família.

2.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos identifiquei os seguintes:

- Realizar uma correta avaliação inicial da pessoa e do procedimento cirúrgico pela qual foi admitida;
- Identificar os ensinamentos importantes a serem realizados no pré-operatório à pessoa e à família;
- Distinguir os ensinamentos específicos para cada procedimento cirúrgico e as suas especificidades;
- Identificar a importância da intervenção do EEER no pré-operatório, pós-operatório imediato e no pós-operatório;
- Planear um plano de cuidados individualizados e pertinentes para a cada pessoa e às suas limitações;
- Identificar diagnósticos e intervenções diferenciadas a cada pessoa, que sejam importantes no seu processo de recuperação;
- Treinar a aplicação de técnicas específicas do EEER;
- Realçar a importância da realização de ensinamentos à pessoa e ou ao familiar de referência;
- Perceber a importância do planeamento do regresso a casa e todas as limitações que a pessoa poderá ter e nesse sentido arranjar estratégias para essas mesmas limitações;

- Aplicar instrumentos de avaliação, escalas, válidas, responsivas e confiáveis à pessoa, que façam sentido no determinado contexto que se encontram;
- Avaliar os resultados esperados e verificar se eles foram ao encontro das necessidades da pessoa e da família;
- Identificar os aspetos positivos e negativos da minha prática enquanto aluna e desenvolver o meu processo de desenvolvimento;

A definição de um plano de atividades para o desenvolvimento do estágio profissionalizante por vezes torna-se um bocado limitativo e ingrato, pois todos os dias encontramos situações diferentes, pessoas únicas, com características muito específicas, por isso embora grande parte dos ensinamentos e das intervenções estejam definidas, elas muitas vezes carecem de ser adaptadas a cada pessoa e a cada situação. Dessa forma darei o melhor do meu desempenho neste meu processo contínuo de formação.

2.3 PLANEAMENTO DE ATIVIDADES E RECURSOS UTILIZADOS

Após conhecer um bocado da população que terei contato durante este estágio profissionalizante e numa reflexão realizada com a minha supervisora enfermeira especialista em enfermagem de Susana Matos, achei pertinente a realização de um póster ilustrativo, sobre os materiais de apoio que se enquadram no âmbito da prática de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação durante sua prática encontra-se constantemente num processo de tomada de decisão, esta deve ser sempre fundamentada e diferenciada, nesse contexto surge o Guia Orientador de Boas Práticas: Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, como um instrumento de ajuda com evidência científica mais recente fornecida pela OE.

Para a criação deste póster esmiucei ao máximo este Guia, pois embora sejam da responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, todos os ensinamentos sobre este tema, cabe a nós também dar a conhecer a todos os enfermeiros os tipos de materiais existentes e que poderão fazer parte dos ensinamentos realizados aos doentes neste serviço. Como vivemos numa constante aprendizagem e procura de conhecimento, achei importante passar o testemunho aos profissionais que constituem a equipa de enfermagem, para que esta trabalhe concomitantemente para o bem-estar da pessoa e da família. Este póster segue em complemento aos ensinamentos que são realizadas diariamente às pessoas e a família, e realça alguns dos materiais de apoio importantes que poderão fazer parte do dia-a-dia do regresso da pessoa a casa.

Em complemento poderão ser também criados panfletos ilustrativos para as pessoas e para os seus familiares de referência para serem entregues no momento da alta.

As atividades são espectáveis de ser realizadas e salvaguardo a realização de outro tipo de atividades pertinentes para o serviço e que vá ao encontro das necessidades do mesmo ou às minhas necessidades pessoais de aprendizagens e consolidação de determinado tema.

A realização destas atividades é fundamental para o meu desenvolvimento como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, pois vai consolidar todo o conhecimento adquirido na formação teórica com a experiência adquirida nos contextos de estágios clínicos, estes são sempre momentos de interligação do conhecimento com a prática. Esta interligação torna a nossa capacidade de raciocínio, escolha e argumentação cada vez mais fundamentada e justificada.

3. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do plano atividades reflete apenas uma pequena parte do trabalho que é realizado ao longo do estágio profissionalizante, pois este estágio que vai ter a duração de aproximadamente 400h, tem uma componente de muita prática, muito estudo autónomo e de muito desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências profissionais.

O plano identifica e clarifica algumas das competências que espero adquirir e no final poderei verificar se o objetivo geral e os específicos foram ou não alcançados com sucesso.

Será um percurso trabalhoso, mas também uma oportunidade enriquecedora no meu processo de formação final. Espero que o meu espírito crítico seja cada vez mais apurado e fundamentado e que a minha intervenção com enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação seja diferenciada e objetiva.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vieira, Cristina, Sousa Luís (2016) - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (1ª ed). Loures: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didático,

Referencial do Enfermeiro. (2029). Conselho de Enfermagem. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro. Disponível: Microsoft Word - RNCCI - Referencial do Enfermeiro 2009_CE 20Abril2009.doc (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Requisitos para a Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito da Prática de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível: gobpdispositivosprodutosapoi_v8_ok.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Disponível: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Santa casa da Misericórdia de Lisboa (2018) Disponível em: Parede- Hospital Ortopédico Sant'Ana – (Hospital Ortopédico de Sant'Ana - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (scml.pt)

Shirley. P. Hoeman (2011) - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ªed). Rio de Mouro: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didático.

APÊNDICE III- Relato de Caso Clínico- “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico- Intervenção em Contexto de Ensino Clínico na Comunidade”



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade 1º ano- 2º Semestre

Estudo de Caso- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico – Intervenção em Contexto de Ensino Clínico na Comunidade.

Regente do Estágio: Professora Cristina Mesquita

Orientador de Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Supervisora de Estágio: Enfermeira Cristiana Pinto

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Belas,

julho de 2023

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade 1º ano- 2º Semestre

Estudo de Caso- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico – Intervenção em Contexto de Ensino Clínico na Comunidade.

Regente do Estágio: Professora Cristina Mesquita

Orientador de Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Supervisora de Estágio: Enfermeira Cristiana Pinto

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Belas,

julho de 2023

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

Lista de Siglas

AAS- Ácido Acetilsalicílico

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS-Direção Geral de Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MI- Membros Inferiores

mmHg- Milímetros de Mercúrio

MS- Membro Superior

MRC- Medical Research Council

UMDR -Unidade de Média Duração e Reabilitação

TAC- Tomografia Computorizada

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNC- Sistema Nervoso Central

SNP- Sistema Nervoso Periférico

Índice

Introdução	95
1. Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral (AVC)	96
1.1 Anatomia e Fisiologia do Sistema Nervoso	98
1.2 Acidente Vasculara Cerebral (AVC)	99
1.3 A Reabilitação na pessoa com Acidente Vascular cerebral Isquémico.....	VI
2.Descrição do doente do estudo de caso	101I
2.1 Plano de cuidados da pessoa com AVC Isquémico	103I
2.2 Interligação do Plano de Cuidados com a Prática de Ensino Clínico.....	XVI
Conclusão	XVII
Bibliografia.....	XVIII
Apêndices	
Apêndice I	

Índice de tabelas

Tabela 1- Plano de Cuidados na pessoa com AVC Isquémico

Resumo

Em Portugal, diariamente entram nas nossas urgências doentes o qual é feito o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral, posteriormente e numa fase menos aguda estes doentes são referenciados para Unidades de Reabilitação que se encontram inseridas Rede Nacional de Cuidados Integrados para dar continuidade ao seu processo de Reabilitação, neste momento o Enfermeiro Especialista em Reabilitação deve ter um papel bastante desafiador e importante no que diz respeito a definição de um plano de intervenção que segue linhas de intervenção e estratégias que possam ser operacionalizadas pelo mesmo na com o doente de forma a potenciar a sua inserção novamente na comunidade. Este processo de reabilitação visa sempre a recuperação, capacitação e desenvolvimento de autonomia da pessoa.

No meu local de ensino clínico esta é a minha realidade por isso a realização do meu estudo de caso vai incidir na pessoa cm AVC, pois ao, longo destas cenas este foi o grande grupo de doentes que tive a oportunidade de trabalhar.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Enfermagem de Reabilitação, Atividades de vida Diária e Pessoa

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso insere-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no primeiro ensino clínico, no contexto de Reabilitação na Comunidade na Unidade Rosa Lima das Irmãs Hospitaleiras em Belas.

O desenvolvimento de um estudo de caso durante este período de ensino clínico é muito importante, pois foca a nossa atenção na recuperação de uma pessoa, neste caso, desde admissão na unidade até ao final do seu internamento.

Consegui delinear um plano e intervir diariamente com o doente, observando e tendo a noção das suas dificuldades e reconhecendo a sua evolução ao longo do internamento.

O doente escolhido é um doente que teve um Acidente Vascular Isquémico. Neste contexto na parte inicial deste estudo de caso irei debruçar-me um bocado sobre o Acidente Vascular Cerebral e todas as suas condicionantes para a pessoa.

Na unidade que estou a desenvolver o meu ensino clínico, grande parte dos doentes foram vítimas de Acidentes Vasculares Cerebrais, por isso o meu grande foque de atenção forma os doentes neurológicos com este tipo de especificidades e um dos principais objetivos da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação é promoção da autonomia e capacitação da pessoa com AVC.

1.EPIDEMIOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Hoje em dia a esperança médica de vida da nossa população tem vindo aumentar, conseqüentemente, existe um grande leque de patologias que fazem parte das doenças que acompanham a nossa população, nomeadamente o Acidente Vascular Cerebral. O acidente Vascular Cerebral enquadra-se assim nas primeiras doenças de causa de morte e de incapacidade em Portugal, tendo também um grande impacto na nossa taxa de mortalidade.

A sua incidência traduz que a maior parte das pessoas que sofrem de um Acidente Vascular Cerebral acontece com mais frequência em adultos de meia idade, idoso a cima dos 65 anos, pessoas de raça negra e pessoas do sexo masculino.

Dados recentes facultados pela nossa Direção Geral de Saúde (DGS), afirma que atualmente o AVC é considerado com umas das primeiras causas de morte e de incapacidade permanente em Portugal. Segundo dados recolhidos em 2019, 25.105 doentes foram admitidos por AVC nos hospitais públicos, 9.841 por diagnosticados com AVC Isquémico, dos quais 2.467 foram submetidos a medicamentos trombólitos e outros 2.057 foram intervencionados através do tratamento de trombectomia endovascular.

É extremamente importante que a nossa população seja consciencializada sobre os principais sinais de alarme (definidos pela DGS), tais como disartria, dificuldade na articulação de palavras, desvio da comissura labial e diminuição da força em um dos membros superiores ou inferiores.

No caso do aparecimento de algum destes sinais/sintomas, consideradas como limitações, é extremamente importante saber e procurar ajuda de algum profissional de saúde ou de um profissional diferenciado que posteriormente faça o encaminhamento para o local correto passível de atuação.

Esta fase inicial pode ser considerada como uma corrida contra o tempo, tornando-se celebre o pedido de ajuda, seguido de uma intervenção e posteriormente a escolha do tratamento adequando à situação e direcionada ao evento que a pessoa se encontra a experienciar. As primeiras horas são fulcrais, podendo diminuir em 30-50% situações de morte e resultar em limitações mais graves.

Estima-se que cerca de 37% das pessoas com AVC, desenvolvem limitações considerados como discretas, cerca de 16% desenvolvem limitações moderadas, 32% limitações graves, comprometendo a sua funcionalidade e as suas atividades de vida diária. Uma pequena parte representada por cerca de 15% passam ilesos as limitações, mantendo a sua funcionalidade intata.

Algumas das limitações mais comuns que advém do AVC são as limitações funcionais da pessoa, nomeadamente ao que diz respeito a alterações no seu padrão de marcha, diminuição da força muscular e do tónus. Estas limitações que acabo de enumerar têm um grande impacto nas atividades de vida diária da pessoa (AVD), tal como na perceção da pessoa na sua vida diária e no seu bem-estar.

Além das limitações funcionais, surgem imitações cognitivas que consequentemente também limitam as AVD da pessoa, nomeadamente no desempenho de atividades do dia-a-dia, no que corresponde a passear, tratar das atividades domésticas da casa, utilizar meios de transporte seja este privado ou coletivo, o manuseamento de dinheiro para ir as compras e garantir os bens essenciais, entre outras.

Em suma, estas limitações encaixam-se na dimensão física, psicológica e social da pessoa.

11. 1.1 ANATOMIA E FISILOGIA SISTEMA NERVOSO

O simples movimento de levar a chávena do café da boca, sentir o aroma intenso do café, saborear o seu sabor e sentir a temperatura do café, são ações que desempenhamos diariamente no nosso quotidiano. Para a realização deste tipo

de ações está envolvido o no Sistema Nervoso. No decorrer desta ação estimulamos o nosso pensamento, os nossos músculos que posteriormente desencadeiam uma resposta.

O Sistema Nervoso é responsável por funções vitais da pessoa, estas passam pela interpretação da informação sensorial, a receção dessa mesma informação sensorial, o controlo e desencadeamento de uma resposta, o controlo hemostático do corpo e por último pela capacidade cognitiva da pessoa.

Com base em Seeley Tate (2011) o Sistema Nervoso é constituído de uma forma geral pelas seguintes estruturas encéfalo, medula espinal, nervos e recetores sensoriais. Estas estruturas agrupam-se ainda em dois subsistemas no Sistema Nervoso Central (SNC) e no Sistema Nervoso Periférico (SNP). Dentro do SNC encontra-se o encéfalo e a medula espinal que compreendem funções cognitivas, nomeadamente de comando e decisão e no SNP surgem os nervos raquidianos, responsáveis por funções sensitivas.

Dedicando mais a minha atenção ao SNC onde se encontra o encéfalo, onde podemos distinguir estruturas como o tronco cerebral, cerebelo e o cérebro.

O cérebro é considerado como um grande órgão que controla toda a atividade do corpo humano. Este é também responsável pela consciência e pelo pensamento.

Anatomicamente o cérebro é constituído por dois hemisférios, nomeadamente o esquerdo e o direito. O cérebro é ainda subdivido em lobos cerebrais, particularmente o lobo Occipital, ao qual é responsável pela função visual da pessoa, o lobo Parietal que experiencia funções de sensação e perceção, o lobo temporal, responsável pelas funções de audição, memória, equilíbrio e tomada de decisões, lobo frontal, que controla a parte esfinteriana, o comportamento social da pessoa, a definição da sua personalidade, as emoções , alguma atividade de memória, a capacidade de iniciativa e funções motoras e por último a Ínsula (chamado também de lobo temporal mais profundo), mas extremamente importante nas funções de deglutição, sono, vigília e funções simpática e parassimpáticas.

1.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Para esmiuçar o que se entende por Acidente Vascular Cerebral, realizei pequena pesquisa primeiro por uma bibliografia considerada mais antiga, na qual li alguns livros que falavam deste tema e depois uma pesquisa sobre a bibliográfica atual. Ao longo deste trabalho acabo por fazer uma breve referencia à bibliografia mais antiga, com o principal objetivo de poder fazer uma correlação da bibliografia mais atual com a bibliografia mais antiga. Podendo concluir que as definições do Acidente Vascular Cerebral são convergentes e intemporais.

Teresa Martins (2006), afirma que o Acidente Vascular Cerebral “ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea”.

A classificação mais clássica, agrupa o AVC em três tipos distintos, a hemorragia cerebral, a hemorragia subaracnoídea e o enfarte cerebral. A hemorragia cerebral pode ser resultante de roturas de aneurismas, malformações cerebrais, angiomas, o uso de terapias anticoagulantes, o abuso de substâncias elícitas continuamente, discrasias sanguíneas, tumores cerebrais, entre outras razões. Na hemorragia subaracnoídea, conhecida também com uma AVC hemorrágico, ocorre grande parte das vezes ruturas de artérias de pequeno calibre ou superficiais, quando existem malformações cranianas, traumatismos ou algumas patologias do neurológico já como antecedentes. Por último enfarte cerebral, também conhecido como AVC isquémico, resulta de uma trombose, de um embolismo ou de uma hipoperfusão de uma área específica do cérebro. O AVC isquémico pode ainda ser classificado de origem aterotrombótica, cardioembólica ou lacunar (Teresa Martins, 2026).

Por sua vez, Shirley (2011) define AVC “como compromisso do fluxo sanguíneo a uma área a particular do encéfalo”.

Segundo (Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, 2016), o AVC Isquémico “pode ser definido como um episódio de disfunção neurológica focal, causada por enfarte encefálico, espinal ou da retina com evidência neuropatológica por imagem ou outra numa distribuição vascular definida “.

O estado de arte mais recente achei pertinente referir esta bibliografia que se encontra em revistas e em estudos da área da Reabilitação da pessoa com AVC. Todas estas publicações onde fui beber informação são do âmbito da neurologia e os autores destas mesmas publicações definem Acidente Vascular Cerebral de uma forma muito equiparada.

No estudo participativo de Santos, et al (2020) afirma que o

Acidente Vascular Cerebral ocorre devido a danos ocasionados por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação podendo levar a comprometimentos neurológicos e a incapacidade ou morte. Tendo a sua origem isquémica ou hemorrágica, a primeira ocorre através da obstrução vascular localizada, cessando o fornecimento de oxigénio e glicose ao cérebro, isso afeta processos metabólicos da região envolvida. Ao passo que o hemorrágico tem como fator causador um aneurisma ou trauma nas áreas extravasculares do cérebro.

Por último e no enquadramento de Bitencourt, et al (2020)

O Acidente Vascular Cerebral é uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, sendo uma doença grave, comum e de grande impacto na sociedade, capaz de originar sequelas que podem acometer as habilidades físicas como controlo motor, equilíbrio, força, e mobilidade, que costumam requerer tratamento de longo prazo.

Considerados como sintomas de alerta para situações de AVC são a instalação de cefaleias intensas, alterações do estado de consciência, fotofobia, hemiplegias, hemiparesias, afasias, síndromes confuncionais, heminópsias, disfagias, entre outros. Estes sinais comprometem e condicionam a pessoa no seu dia-a-dia.

Todos os sintomas acima referidos requerem, já numa fase de recuperação uma ampla intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação. Esta intervenção especializada e diferenciada tem como foco a resolução da situação da pessoa e no alinhamento de estratégias que facilitem a integração da pessoa nas suas atividades de vida diária.

O AVC proporciona as pessoas dificuldades recorrentes na execução de AVD, muitas das vezes sendo necessário intervir de uma forma racional ao delinear um processo de reabilitação para a pessoa de forma a obter ganhos na funcionalidade da pessoa e da sua capacitação para o dia-a-dia.

1.3 A REABILITAÇÃO NA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

Delinear um plano de intervenção para a pessoa com AVC é um grande desafio para o Enfermeiro Especialista em Reabilitação, pois este plano terá que ir ao encontro das necessidades da pessoa, para isso é importante ter como linha condutora o nosso Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) e seguir as competências que se encontram bem ilustradas, nomeadamente:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Sendo assim é muito importante no meu processo de formação fazer uma correta avaliação do doente, identificar diagnósticos/ focos de intervenção, neste momento como aluna de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, mas futuramente como Enfermeira Especialista em Reabilitação.

Toda a minha intervenção deve ir ao encontro das necessidades da pessoa, procurando a sua maior autonomia, capacitação e adaptação da sua nossa condição as suas AVD.

Durante este ensino clínico, tive enumeras oportunidades de estimular a minha a minha avaliação inicial da pessoa, identificado as limitações que advém da doença, refutar essa mesma avaliação com a minha enfermeira supervisora e posteriormente definir um plano de ação unipessoal para cada doente, tendo com base as suas limitações e as áreas que queria dar mais enfase na minha abordagem.

2.DESCRICÃO DO DOENTE DO ESTUDO DE CASO

JAJQ é um homem de 58 anos, de raça caucasiana. Nasceu no dia 04 de junho de 1964. É solteiro e reside sozinho em domicílio próprio em Sintra. Tem apoio de uma irmã mais nova que reside perto dele. Apenas tem a 4º classe, é mecânico e trabalha numa oficina de carros. Pesa 55 kg e altura tem 1,65 cm.

Como antecedentes pessoais tem Hipertensão Arterial, Doença Cerebrovascular, Dislipidemia, Hérnia Discal lombar submetido a cirurgia em 2016, Apendicectomia aos 20 anos, cirurgia ao pé direito após acidente de mota, alcoolismo moderado e fumador ativo de cerca de 50 cigarros por dia.

Alérgico a Penicilina

Medicação habitual AAS 150 mg e Atorvastatina 10 mg.

História atual: No dia 29 de novembro de 2022, recorre o Serviço de Urgência do Hospital Amadora Sintra, com a seguinte sintomatologia presente: disartria, disfagia e alterações na deambulação. Após realização de TAC, fica então admitido com o diagnóstico de Acidente Cerebral Isquémico da Artéria Cerebral periférica à direita.

No dia 04 de maio de 2023 é admitido na Unidade de Reabilitação Rosa Lima-Irmãs Hospitaleiras, para dar início ao seu processo de Reabilitação, ao abrigo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Logo após admissão do senhor JAJQ na unidade a minha enfermeira supervisora de ensino clínico, desafiou-me a realizar uma avaliação neurológica do senhor JAJQ, neste seguimento organizar um plano de cuidados que fosse ao encontro das necessidades apresentadas pelo doente e que a curto prazo pudessem se observados os resultados para o doente

A minha avaliação essencialmente foi focada numa avaliação que contempla a situação neurológica da pessoa, pois as limitações identificadas por mim seriam o meu alvo de cuidados diferenciados neste doente. Dentro da avaliação neurológica foram avaliados campos destintos como o nível de consciência, orientação, o discurso, a linguagem, os campos visuais, a memória, a capacidade de escrita e calculo, a sensibilidade superficial e profunda, a deglutição, a coordenação e o equilíbrio e o grau de dependência nas AVD.

2.1 PLANO DE CUIDADOS NA PESSOA COM AVC ISQUÉMICO

Após a minha avaliação do doente identifiquei algumas alterações que o doente apresentava sequelares ao AVC Isquémico diagnosticado no dia 29 de novembro de 2022.

É muito importante salientar que a minha avaliação é predominantemente neurológica, pois neste local de estágios o grande número de doentes ao qual temos contato são quase todos enquadrados em doentes do foro neurológico, por isso o meu enfase na minha avaliação nesta área especifica, não descorando uma avaliação geral do doente e na observação e atuação no doente com um todo.

O senhor JAJQ, apresenta-se vígil, calmo, orientado na pessoa, espaço e tempo. Fácies triste e alguma labilidade emocional associada, verbalizando muitas vezes que não é capaz de realizar o solicitado.

Atenção mantida, apresenta uma discreta disartria, com discurso fluente e perceptível. Cumpre ordens simples de forma consciente.

Não apresenta alterações da linguagem.

Memória a curto e longo prazo aparentemente mantidas.

Apresenta uma acalculia e uma disgrafia com a incapacidade para a escrever o próprio nome.

Teste de reflexo de deglutição com água e espessada e líquida sem alterações, sem disfagia (apenas apresenta falta de presença de peças dentárias, ao qual já tentou a colocação da prótese dentária e não tolerou).

Apresenta uma paresia facial central á esquerda.

Uma hemianopsia à esquerda com reflexo de ameaça abolido e com o desvio do olhar preferencial à direita.

Avaliado o grau de força nos membros superiores e inferiores através da (MRC). Apresenta uma força de grau 3 no hemicorpo à esquerda e uma força de grau 4 no hemicorpo à direita.

Refere algumas queixas álgicas na realização do movimento de abdução do membro suerio esquerdo.

Sensibilidade tátil e profunda mantida.

Durante a realização do teste de nariz-dedo e calcanhar-joelho o doente apresenta uma ligeira descoordenação na realização do teste, mais acentuada no hemicorpo á esquerda.

Mantém equilíbrio sentado eficaz, assumido posição ortostática com ajuda bilateral. Realiza carga nos membros inferiores, mas apresenta um desequilíbrio na posição estática de pé.

Dependente moderado nas AVD, necessita de ajuda de uma terceira pessoa, na realização dos cuidados de higiene, transferências, deambulação e posicionamentos. Alimenta-se por mão própria das refeições. Incontinente de esfínteres.

Avaliados sinais vitais pressão arterial de 104/75 mmHg, uma frequência cardíaca de 64 batimentos/minuto, apirético com 36,2 °C de temperatura axilar, frequência respiratória de 18 ciclos/por minuto e uma saturação periférica de 95% se suplementação de oxigênio.

No final da recolha de dados junto ao doente diretamente, apliquei a escala que considerei mais pertinente neste caso que foi a Escala de Barthel (Apêndice I), pois sendo esta um instrumento que avalia o grau de dependência da pessoa para a realização das AVD. Esta escala porque este doente mostrava algumas limitações para a realização das AVD, considerei assim mais importante focar a minha intervenção neste campo.

Depois de reunir todos os dados recolhidos junto do doente e depois de aplicar o meu instrumento de avaliação, tornou-se mãos fácil delinear os meus focos de intervenção para a criação de um plano de cuidados no âmbito de Enfermagem de Reabilitação para o meu doente, alvo do estudo do caso, tendo com base as suas limitações, sempre com a constante procura da sua capacitação e da sua autonomia para a realização das AVD.

Sendo assim delineei alguns diagnósticos importantes no meu ponto de vista para a minha intervenção, nomeadamente:

- Andar com Auxiliar de Marcha
- Autocuidado: Higiene
- Autocuidado: Arranjar-se
- Equilíbrio Corporal;
- Movimento Muscular
- Rigidez articular

- Autocontrole: Continência urinária
- Autocontrole: Continência intestinal

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO ENFERMAGEM	DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS
<p>Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha • Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha • Instruir sobre andar com auxiliar de marcha [andarilho] • Treinar a andar com auxiliar de marcha [andarilho] 	<p>Inicialmente o doente mostrava alguma renitência na utilização do auxiliar de marcha, nomeadamente o andarilho.</p> <p>Antes da realização do autocuidado de higiene no WC, eram realizados exercícios em conjunto com o doente, nomeadamente mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas e aproveitando sempre o momento para introduzir a utilização do andarilho durante a realização dos exercícios.</p> <p>Ao longo das semanas o doente começou a demonstrar maior</p>

		<p>segurança na utilização do andarilho, numa fase inicial realizava a transferência do leito para o WC com o andarilho e um apoio unilateral, posteriormente começou a deambular curtas distâncias desde o quarto até à sala de convívio. Nas últimas semanas já aceitava deambular até ao pátio exterior com o andarilho e numa fase final apenas como meu apoio unilateral.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado de higiene • Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado de higiene • 	<p>O doente tem demonstrado um papel participativo na realização do autocuidado de higiene no WC com a utilização da cadeira de banho, embora numa fase inicial tenha referido muitas vezes que não o seria capaz de o fazer.</p>

		<p>O doente é capaz de abrir a torneira e regular a temperatura da água.</p> <p>O doente é capaz de lavar as diferentes zonas do corpo, região superior e inferior, apenas necessitando de uma pequena ajuda para a realização da limpeza na região posterior do corpo.</p> <p>Doente é capaz de secar todas as zonas do corpo.</p> <p>Nas últimas semanas o doente mostra cada vez mais uma autonomia na realização dos seus autocuidados.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: arranjar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado arranjar-se • Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado arranjar-se 	<p>O doente é capaz de escolher a roupa para usar e organizar a mesma.</p> <p>Após a realização do autocuidado de higiene o doente é capaz de se vestir. No final do dia o doente cada vez se mostra mais autónomo</p>

		na troca da roupa pelo pijama, o descalçar dos sapatos e das meias.
Equilíbrio Corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio corporal • Avaliar conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio • Ensinar sobre a técnica de equilíbrio corporal • Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal [através da alternância de carga nos membros inferiores e exercícios de coordenação do movimento dos membros inferiores] • Monitorizar o equilíbrio corporal através da escala de Berg • Instruir sobre a técnica de equilíbrio corporal • Treinar técnica de equilíbrio corporal • Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural [por exemplo através da utilização do espelho] 	<p>Numa fase inicial o doente tinha uma grande dificuldade na realização do levante, e a transferência para a cadeira de rodas ou cadeira sanitária. Tal como também apresentava uma grande dificuldade em assumir a posição de sentado e posição ortostática eficaz.</p> <p>O doente realizava levante com apoio unilateral, e realizava exercícios de fortalecimento e treino de equilíbrio. Através da realização destes tipos de exercícios de equilíbrio corporal, o doente foi apresentando uma maior segurança na realização do levante e na deambulação com o auxiliar de marcha (andarilho), passando a</p>

		<p>conseguir a posição de sentado e ortostática eficaz.</p> <p>Durante os momentos em que o doente está sentado na sala de convívio com os outros doentes é incentivado a manter uma posição correta, corrigindo posições incorretas.</p>
<p>Movimento Muscular diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido • Executar técnica de exercício muscular ativo-resistido • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articulares [Automobilizações] • Monitorizar força muscular através da escala MRC • Supervisionar o movimento articular 	<p>Antes da realização do autocuidado de higiene, eram realizados exercícios musculares e articulares ainda com o doente no leito, com o principal objetivo de aumentar a capacidade muscular e articular do doente.</p> <p>Este mostrava-se colaborante durante a realização dos exercícios, o que favorecia posteriormente a autonomia na realização do autocuidado de higiene, no autocuidado de</p>

		transferir-se e na sua deambulação.
Risco de Rigidez articular [membro superior esquerdo]	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar movimento articular • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- assistido • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- resistido • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo • Executar técnica de posicionamento • Monitorizar amplitude articular através do goniómetro • Vigiar sinais de dor ou desconforto 	<p>O doente durante a realização dos exercícios nos membros superiores refere algumas queixas na mobilização do membro superior esquerdo, por isso achei importante levantar este foco, com o intuito de focar a minha atenção durante a realização dos exercícios. Com base em alguns pressupostos da Reabilitação respeitar sempre a tolerância do doente ao movimento e à dor e respeitar a amplitude articular do movimento do membro superior.</p> <p>Nas últimas semanas consegui verificar que o doente durante a minha abordagem com o doente, este refere uma diminuição da dor e consequentemente um</p>

		aumento da amplitude articular durante a realização dos exercícios.
Autocontrole: continência urinária ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar autocontrole: continência urinária • Aconselhar eliminação urinária antes do sono • Executar técnica de exercícios para o autocontrole: continência urinária • Planear eliminação urinária • Supervisionar autocontrole: continência urinária 	<p>Durante as semanas que consegui intervir com o doente, foi sempre elucidado sobre a importância de criar uma rotina para o controlo da incontinência urinária, sempre que foi possível era levando o WC de forma estimular o controlo dos esfíncteres e treinar a consciencialização do momento da eliminação vesical e fecal.</p> <p>Aproveitar o momento do autocuidado de higiene para criar um momento de estimulação para a eliminação, tal como o momento do deitar.</p>
Autocontrole: continência intestinal ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar autocontrole: continência intestinal • Instruir sobre exercícios musculara pélvicos 	Equiparado ao autocontrole de continência urinária, o autocontrole de

	<ul style="list-style-type: none">• Instruir sobre massagem do abdómen• Treinar exercícios musculares pélvicos• Treinar técnica de treino intestinal	continência intestinal segue as mesmas linhas de orientação.
--	--	--

Tabela 1

2.2 INTERLIGAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS COM A PRÁTICA DE ENSINO CLÍNICO

Através da elaboração deste estudo de caso e fundamentado com o que foi a minha prática do ensino Clínico durante estas semanas, senti uma grande dificuldade em passar a minha realidade do dia-a-dia para o papel e tornar o mais científico possível a elaboração deste estudo de caso.

Toda a bibliografia utilizada e escolhida vai ao encontro das minhas necessidades para a realização e fundamentação do estudo de caso, embora fique o sentimento que é muito escassa e poderia ter sido mais aprofundada e mais seletiva.

Mais uma vez aponto como uma fraqueza a minha capacidade de procurar as bases científicas e corroborar num trabalho.

12. CONCLUSÃO

O estudo de caso explicito nas páginas anteriores reflete um bocadinho das experiências que consegui ter contato ao longo deste ensino clínico.

Sinto que o meu pensamento crítico foi esmiuçado, que muitas vezes, tinha doentes que as suas limitações não correspondiam as esperadas ou como é dito na gíria do dia "*by the book*", tornando-se assim mais desafiador a minha avaliação, a compreensão da sua situação clínica, tal como perceber o porque estar a acontecer determinadas alterações.

Neste aspeto a minha supervisora foi incansável porque sempre acompanhou as minhas dúvidas e sempre esclareci as mesmas.

Durante este ensino clínico realizei muitas avaliações neurológicas, podendo identificar as limitações que a pessoa apresentava e conseqüentemente fazer a interligação com a área que teria sido afetada, podendo definir um plano de cuidados uniforme e unipessoal.

Através da realização deste estudo de caso tentei trazer para o papel e demonstrar não só a minha avaliação do doente, mas também todas as intervenções que tive com o mesmo e como é visível a boa evolução do doente ao longo destas semanas e a confiança que se sente por parte do doente durante a intervenção. Aquele medo inicial que o doente demonstrava já não existe e é tão enriquecedor sentir que a minha intervenção foi de certa forma gratificante e visível pois o doente apresenta-se mais autónomo e capacitado na realização das suas atividades de vida diária.

Transbordar da teoria para a prática não é de todo uma caminhada fácil, exige de nós um constante desenvolvimento, que muitas das vezes, não acontece no tempo desejado e as circunstâncias do nosso dia-a-dia por vezes dificultam esta caminhada.

13. BIBLIOGRAFIA

- Alves, T, Jaime, G, Seabra, A, Paixão, G, Omura, K, Folha, O, Cardoso, M (2020). Prática Mental, Terapia Ocupacional e Reabilitação no Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/10241/7767>
- Bitencourt, T, Santos, F, Soares, A (2020). Relação entre a Funcionalidade e a Capacidade Motora de Paciente Pós-AVC na Fase Aguda. *Revista Neurociências*. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/10248/7456>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023) Disponível em: Acidente Vascular Cerebral – SNS
- Marinho, C, Monteiro, M, Santos, L, Oliveira-Filho, J, Pinto, E (2020). Desempenho da marcha e qualidade de vida nos sobreviventes de AVC- estudo Transversal. *Journals Bahiana*. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1777>
- Martins, T (2006) – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: FORMASAU- Formação em Saúde, Lda
- Obler, L & Gjerlow, K (1999) – A LINGUAGEM E O CEREBRO. Lisboa: Stória Editores.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem de Reabilitação (PQCER).Disponível:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MC_EER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descripcao_PQCER.pdf

- Santos, K, Pereira, T, Ramos, M, Damasceno, S, Macêdo, J, Azizi, M, Moreno, A, Orsini, M, Reis, C, Silva, J, Bastos, V (2020). Facilitação Neuromuscular Propriocetiva em Pacientes com Acidente Cerebrovascular. Revista Neurociências. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/10738/8232>
- Seeley, R, Stephens, T & Tate, S (2011) – ANATOMIA & FISIOLOGIA (8ª ed). Loures: LUSODIDACTA- Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Shirley. P. Hoeman (2011) - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ªed). Rio de Mouro: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didáctico,

Apêndices

Apêndice I (Escala Modificada de Barthel)

Escala Modificada de Barthel

Nome: J A J S

D.N.º/1/06/1964ID:

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência e necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou mostrar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, servo-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário.
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário.
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o sutiã, fechar o zíper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

APÊNDICE IV- Relato de Caso Clínico – “O impacto da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino realizado no pré e pós-operatório à pessoa submetida a prótese total da anca (PTA)”



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio Profissionalizante 2º ano- 1º Semestre

Estágio Profissionalizante - Hospital Ortopédico de Sant’Ana

Relato de Caso- O impacto da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino realizado no pré e pós-operatório à pessoa submetida a prótese total da anca (PTA)

Regente do Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Orientador de Estágio: Professora Cristina Mesquita

Supervisora de Estágio: Enfermeira Especialista em enfermagem de reabilitação Susana Matos

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Parede, janeiro de 2024

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio Profissionalizante 2º ano- 1º Semestre

Estágio Profissionalizante - Hospital Ortopédico de Sant'Ana

Relato de Caso- O impacto da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino realizado no pré e pós-operatório à pessoa submetida a prótese total da anca (PTA)

Regente do Estágio: Prof. Doutor Luís Sousa

Orientador de Estágio: Professora Cristina Mesquita

Supervisora de Estágio: Enfermeira Especialista em enfermagem de reabilitação Susana Matos

Elaborado por: Micaela Correia nº 202230025

Parede, janeiro de 2024

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

LISTA DE SIGLAS

Aesop- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVD- Atividades de Vida Diárias

DGS-Direção Geral de Saúde

ERAS (Enhanced Recovery after surgery)

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC- Medical Research Council

OE- Ordem dos Enfermeiros

PTA- Prótese total da anca

RFR-Reabilitação Funcional Respiratória

SNS- Sistema Nacional de Saúde

URR- Unidade de Reabilitação Respiratória

Índice

Introdução	163
1. A PROTESE TOTAL DA ANCA (PTA)	165
1 O que é a prótese total da anca.....	-5-
2 Quais os cuidados após colocação da prótese total da anca...-	6-
2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS ENSINOS NA PTA	168
2.1 A importância dos ensinios realizados à pessoa com prótese da anca pelo EEER.....	-8-
3. PLANO DE CUIDADOS À PESSOA SUBMETIDA A PRÓTSE DA ANCA.....	172
3.1 Avaliação Inicial da doente submetida a prótese total da anca-	12-
4. CONCLUSÃO.....	-22-
5.REFERÊNCIASBIBLIOGRAFICAS.....	-24-
APENDICES.....	I
APENDICE I.....	II
APENDICE II.....	III
APENDICE III.....	IV
APENDICE IV.....	V
APENDICE V.....	VI
APENDICE VI.....	VII
APENDICE VII.....	VIII

INTRODUÇÃO

O presente documento, designado por Relato de Caso com o seguinte título: “*O impacto da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no ensino realizado no pré e pós-operatório à pessoa submetida a prótese total da anca (PTA)*”, está inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no 2º ano do 1º semestre no Estágio Profissionalizante, que decorreu no período de 11 de setembro de 2023 a 13 de janeiro de 2024.

O Estágio Profissionalizante está dividido em dois momentos distintos, um momento a ser realizado no Hospital Ortopédico de Sant’Ana, tendo contato com doentes do foro orto-traumatológico e um segundo momento a ser realizado na Unidade de reabilitação respiratória (URR) do Hospital Santa Maria.

Durante a minha prática no estágio profissionalizante, tive a constante oportunidade de consolidar conhecimentos teóricos com a prática através da realização de técnicas diferenciadas existentes na enfermagem de reabilitação. Não descurando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que foram sempre a base da minha prática diária deste estágio profissionalizante, neste sentido tentei sempre as desenvolver da melhor forma possível, durante o meu processo de formação.

Ao longo, deste relato de caso, um dos meus grandes objetivos é conseguir espelhar toda a forte intervenção que o enfermeiro especialista em reabilitação tem junto da pessoa que é submetida a colocação de prótese total da anca.

Para isso, ao longo do relato de caso vou fazer uma descrição pormenorizada da pessoa que foi submetida a cirurgia de colocação de prótese total da anca, desde o primeiro contato realizado através do pré- contato telefónico até ao momento da alta hospitalar.

Para a realização deste relato de caso escolhi uma pessoa, que foi minha doente, a partir desse acompanhamento que fiz da mesma, tive oportunidade de passar por

todas as fases discriminadas no restante trabalho, e consegui intervir enquanto aluna da especialidade em enfermagem de reabilitação, podendo colocar em prática todo o meu conhecimento, estruturar o meu pensamento observando as necessidades da pessoa e perceber a pertinência da realização dos ensinamentos à pessoa, tal como perceber que os ensinamentos não são apenas realizados no início e no fim de todo o processo de internamento da pessoa, mas sim de uma forma contínua e constante durante todo o processo. Cada ensinamento é passível de ser realizado e lembrado sempre que possível.

Por último, de uma forma estruturada surge uma pequena pesquisa sobre o que é a PTA, os ensinamentos que são realizados à pessoa neste contexto. Depois segue uma breve pesquisa sobre a importância cada vez mais precoce da realização dos ensinamentos à pessoa, tal como a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação deve ser cada vez mais precoce, consigo sustentar a minha afirmação através de alguns projetos já existentes, indo buscar alguns apontamentos que transcrevo para a enfermagem de reabilitação. Para terminar mostro uma pequena parte do plano de cuidados delineado para a pessoa e como todas as intervenções foram escolhidas e aplicadas à pessoa e com os resultados obtidos.

1.A PROTESE TOTAL DA ANCA (PTA)

A primeira vez que foi descrita a prótese total da anca foi em 1938, em Londres, através de *Phillip Wiles*, posteriormente tornando-se num procedimento internacional e de nome com estudos realizado nessa mesma área por *Sir John Charnley*, no final da década de 60. Atualmente considerada como uma das cirurgias mais satisfatórias para às pessoas.

1.1 O que é a prótese total da anca

A articulação da anca é considerada das maiores articulações presentes no corpo humano, sendo imprescindível para a realização da marcha. A capacidade para realização da marcha advém da ligação da cabeça do fémur ao acetábulo e da cartilagem presente que envolve as duas estruturas, esta combinação é responsável pela realização do movimento e posteriormente a capacidade de marcha.

A prótese total da anca hoje em dia é considerada com das cirurgias mais transversais dentro da Ortopedia, uma das mais realizadas na população em Portugal.

Um dos sinais mais alarmantes que cominam com a necessidade de realização desta cirurgia é a dor, muitas vezes já instalada numa forma crónica, leva a perda de capacidade funcional da anca, conhecido como artrose. Na artrose verifica-se um desgaste continuo da cartilagem articular, levando à diminuição da amplitude articular da anca, neste sentido outros sintomas/ sinais podem ser observados na pessoa tais como rigidez, deformidade, encurtamento do membro e claudicação.

Grande parte das vezes este degaste pode advir de excesso de peso, desporto intenso e ou a realização de trabalhos aos quais levam a uma grande subcarga da articulação.

A prótese total da anca consiste na substituição da articulação (fémur e acetábulo), por uma articulação artificial, esta substituição surge em situações por exemplo de coxartrose, patologia esta, associada á anca. Ocorre um desgaste progressivo mais acentuado em determinadas articulações como referido já anteriormente.

Esta cirurgia devolve à pessoa parte da sua autonomia que teria vindo a diminuir ao longo do tempo e aumenta visivelmente a sua qualidade de vida.

Sendo umas das cirurgias consideradas com mais sucesso e mais compensadoras para a pessoa, através dos dados atuais consultados, atualmente em Portugal são realizadas cerca de 15 000 atroplastias e próteses da anca.

Em comparação com outro procedimento cirúrgico, a colocação da prótese da anca não está completamente isenta do possível aparecimento de complicações, estas poderão surgir com base no procedimento em si, mas também com os antecedentes já pré-existentes na pessoa.

Algumas das complicações que poderão surgir são:

- Fraturas (ocorre maioritariamente no fémur, sendo passível de ser resolvida com uma nova ida ao bloco operatório);
- Lesão dos nervos periféricos (lesão do nervo ciático é uma das lesões mais frequentes);
- Lesão de vasos periféricos (complicação rara e considerada muito grave);
- Dismetrias dos membros (uma visível alteração do comprimento de ambos os membros).

1.2 Quais os cuidados após colocação da prótese total da anca

A realização de eninos à pessoa que vai ser submetida à colocação de prótese da anca devem começar na fase mais inicial possível, e seria de extrema importância que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tivesse logo intervenção no contato com a pessoa, podendo dessa forma, realizar esses mesmos eninos de uma forma mais direcional e objetiva à pessoa. Esta intervenção teria um grande ganho para a recuperação da pessoa a nível funcional de forma a potenciar a capacidade de recuperação da pessoa, potenciar também a sua adaptação à sua nova realidade e melhorar exponencialmente a qualidade de vida da pessoa nas suas atividades de vida diária.

Os ensinamentos podem começar até no momento antes da pessoa ser admitida na unidade hospitalar, quando é pedido à pessoa que se possível faça algumas alterações em casa, como por exemplo, retirar tapetes, móveis e/ ou fios que atrapalhem o espaço por onde vai andar frequentemente, organizar roupa, utensílios frequentemente usados diariamente mais perto do seu alcance, a casa de banho deve ser um local com piso antiderrapante, a pessoa deve adquirir um alçador de sanita de forma a diminuir o grau de flexão da articulação coxa-femoral, barras laterais de apoio como cadeira adaptada ou tabua de banho.

O parágrafo anterior explicita bem a necessidade de realizar uma intervenção cada vez mais precoce junto da pessoa que vai ser submetida a PTA. Esta intervenção mais precoce teria muitos mais ganhos se fosse realizada por enfermeiro especialista em reabilitação, que posteriormente a realização dos ensinamentos, pode-se acompanhar a pessoa na sua admissão para o momento da cirurgia no pré-operatório, no pós-operatório e no final no momento de alta. Um ciclo que teria benefício para a pessoa, pois o EEER, teria um envolvimento dinâmico no processo da pessoa, através da implementação e monitorização de um plano individualizados de reabilitação, com base nos problemas reais e nas suas necessidades observadas.

Já numa fase final, são realizados ensinamentos à pessoa de forma a evitar algumas complicações no seu dia-a-dia. Os ensinamentos passam pelo controlo da dor e do edema na região, aconselha-se aplicação de crioterapia e vigiar sinais de infeção; vigiar a ferida operatória através da vigilância se sinais de infeção; a prevenção de tromboembolismo, com a utilização de meias de compressão diárias e a manutenção de medicação de profilaxia; os posicionamentos no leito, evitar deitar por cima do lado operado e a realização de exercícios no pós-operatório, com incentivo na realização de marcha. Este são muitos dos ensinamentos que pertencem ao grande leque dos ensinamentos realizados à pessoa submetida a uma cirurgia do foro ortopédico.

2.0 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS ENSINOS NA PTA

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ao longo de o seu processo de formação dedica uma grande parte da sua atenção ao processo ortotraumatológico e reumatológico, na forma que adquire diversas competências específicas nesta área, podendo aplicar na personalização dos seus cuidados e ensinamentos realizados à pessoa submetida a um procedimento do foro cirúrgico.

2.1 A importância dos ensinamentos realizados à pessoa com prótese da anca pelo EEER

Os ensinamentos realizados à pessoa submetida a prótese total da anca pode ter início numa fase primordial com a realização de um pré contato realizado antes da admissão da pessoa no hospital. É realizada uma chamada para a pessoa ou para o familiar de referência 24 horas que antecipam a admissão da pessoa no hospital. Nesta fase tão primordial, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, pode iniciar os seus ensinamentos com ênfase nos cuidados, nos ensinamentos podendo referir também os materiais que poderão ser necessários para a fase do pós-operatório.

Ao longo do estágio profissionalizante que realizei no Hospital Ortopédico de Santana, tive a oportunidade de acompanhar alguns pré contatos que foram realizados às pessoas que iriam ser admitidos para realização de uma cirurgia. Nesse sentido despertou e mim que seria de extrema importância a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação cada vez mais precoce no acompanhamento da pessoa. Esta intervenção poderia ter início logo no pré contato onde poderia realizar ensinamentos a pessoa e antecipar como seria o momento pós cirúrgico e a evolução esperável para a mesma. Além de todos os benefícios que poderão advir desta prática, existe a criação de uma relação enfermeiro- pessoa cada vez mais sustentada e baseada na confiança, fato este que vai ser essencial na fase do pós cirúrgico em que é realizado o primeiro levantar da pessoa e seguidamente o início do treino de marcha.

Após realizar uma breve pesquisa sobre a temática da importância do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação consegui perceber que existem já alguma

bibliografia nesse sentido, mas que ainda fica muito a quem da verdadeira importância desta intervenção tão especializada do enfermeiro de reabilitação

Muita bibliografia fala da importância da implantação de projetos/pogramas no doente cirúrgico já na fase mais inicial que é a fase do peri-operatório. Existem vários projetos, como por exemplo, o pograma ERAS (*Enhanced Recovery after surgery*), conhecido no nosso país e já implementado em muitas instituições hospitalares.

O pograma ERAS surgiu na Dinamarca, em 1990, criado por *Henrik Kehlet*, cirurgião de nome na cirurgia de colorretal, surge o ERAS, um pograma que define algumas linhas orientadoras de cuidados a doentes cirúrgicos, estes cuidados têm como principal objetivo a otimização e a recuperação após a cirurgia cada vez mais eficiente e rápida.

Este pograma assenta em algumas premissas como a diminuição da administração de ópiodes, a utilização de estratégias para a minimização da sintomatologia nomeadamente a dor, a redução das complicações frequentes relacionadas a cada cirurgia, a diminuição do tempo de permanência no internamento e a recuperação mais rápida da pessoa.

Todas as intervenções delineadas no protocolo ERAS, são estruturadas e colocadas em prática dentro do seio de uma equipa multidisciplinar, na fase mais inicial possível que é a fase pré-operatória, seguindo-se para a fase intraoperatória e na fase pós-operatória, todos os cuidados são otimizados ao longo destas fases.

O pograma ERAS define alguns pilares muito importantes para que este seja eficaz, nomeadamente a escolha do tipo de anestesia utilizada no procedimento cirúrgico, a nutrição prévia à cirurgia realizada pelo doente e a realização do levante e treino de marcha cada vez mais precoce possível ao doente. Estes pilares definidos no pograma tentam potenciar a recuperação mais breve e eficaz possível do doente.

Dando ênfase ao último pilar referido no pograma ERAS, realização precoce do levante e início de treino de marcha, este vai muito ao encontro de como é importante esta intervenção para os doentes, sendo assim um momento crucial para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervir de uma forma a implementar o seu plano de reabilitação delineado para a pessoa e com base nas suas possíveis

limitações, acompanhando a pessoa na realização do primeiro levante, no início da marcha, sendo esta com ou não o auxílio de um material de apoio. Além da presença do enfermeiro de reabilitação nesta fase tão prática, este vai poder dar continuidade aos ensinamentos pertinentes para serem realizados à pessoa neste momento.

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (Aesop), o pré-operatório é um momento ideal e privilegiado para a transmissão de informações e realização de ensinamentos à pessoa.

Considerado como um momento oportuno para a iniciar ensinamentos à pessoa e explicar o que é expectável na fase do pós-operatório e preparar a pessoa para o momento da alta e o regresso ao seu domicílio.

Através desta intervenção realizada no pré-operatório também se consegue perceber as expectativas que as pessoas têm sobre a cirurgia, quais os conhecimentos sobre o tipo de cirurgia, todas as consequências que advêm do procedimento, as possíveis alterações e adaptações que poderão ser necessárias adotar no pós-cirúrgico e no regresso à rotina do seu dia-a-dia.

Após a leitura e análise de alguma bibliografia que contempla estudos descritivos-quantitativos, estudos de opinião- descritivo, estudos de perspectivas quantitativas de natureza experimental com amostra probabilística, posso afirmar que muitas pessoas manifestam constantemente que os ensinamentos realizados no pré-operatório, tornam-se no momento ideal para transmissão da informação e no estabelecimento de relação terapêutica, sendo assim uma mais valia à posterior na fase do pós-operatório.

A fase pré-operatória é a primeira interação do profissional de enfermagem com a pessoa, família e/ou cuidador. Descrito em alguns estudos realizados como um momento de acolhimento da pessoa, e um momento ideal para a definição de um plano de cuidados diferenciado e individualizado a cada pessoa, facilitando assim toda a interação na fase do pós-operatório, até mesmo de todo o internamento.

Temos como exemplo o Programa *Enhanced Recovery After Surgery*, que refere que os cuidados realizados no pré-operatório tendem a melhorar a *compliance* dos doentes e a sua recuperação. Existe uma melhor preparação da pessoa, a informação transmitida é a mais correta sobre o procedimento cirúrgico e sobre todo o seu

processo de reabilitação, levando assim a obter melhores resultados para ambas as partes.

Durante a fase do pré-operatório, sendo um momento de primeiro contato com a pessoa como referido anteriormente, momento este especial para a definir focos de intervenção, com por exemplo, os autocuidados e a gestão de sintomatologia, mais frequente neste tipo de pessoas como a dor.

Após a definição dos focos de atenção, podem ser definidas as intervenções de enfermagem gerais, bem como intervenções especializadas do enfermeiro especialista em reabilitação, potenciando um plano adequado e personalizado às necessidades apresentadas e esperáveis após a cirurgia.

A abordagem do enfermeiro na fase do peri-operatório como já espelhado anteriormente é muito importante, mas as pessoas poderiam ter ainda mais ganhos no seu processo de reabilitação após a cirurgia, se toda esta avaliação inicial realizada na fase pré-operatória, fosse realizada por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

O enfermeiro especialista em reabilitação é detentor de competências específicas, que potenciam e enriquecem o plano de recuperação da pessoa, pois estas vão ao encontro das suas necessidades, potenciando a autonomia e a sua capacitação.

Os ensinamentos realizados por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, como comprovam alguns estudos, apresentam uma melhoria bastante significativa em situações específicas como o controlo de sintomas, nomeadamente a dor, na capacitação e na autonomia para a realização das AVD's, a recuperação total do movimento da articulação afetada, a recuperação da amplitude articular do membro e por último o controlo e gestão de comportamentos de ansiedade e de medo demonstrado pela pessoa antes da intervenção cirúrgica e após.

A enfermagem de reabilitação está cada vez mais comitente no ciclo de vida da pessoa, podendo desempenhar um papel importante nas várias fases desse mesmo ciclo, conseguindo intervir em vários sistemas do corpo com foco na recuperação da pessoa e adaptação da mesma em caso de situações permanentes. O enfermeiro

especialista em enfermagem de reabilitação olha para a pessoa de uma forma holística com foco na promoção e capacitação da mesma para o seu dia-a-dia.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação vai intervir de uma forma muito direta e objetiva no processo de recuperação funcional, na autonomia e na capacitação da pessoa, após ser submetida a um procedimento cirúrgico (esta intervenção muito primordial através da realização de ensinamentos à pessoa deste o momento de admissão já com uma visão para o momento da alta).

O EEER possuidor de conhecimentos diferenciados, delinea um plano de cuidados que vai ao encontro das necessidades apresentadas pela pessoa. Através da identificação de diagnósticos pertinentes, intervenções e numa avaliação dos resultados após a realização das intervenções.

É fundamental a maximização do potencial funcional da pessoa, potenciando a sua independência.

Como objetivo base, o EEER, tem uma participação importante na diminuição do tempo de internamento, na recuperação da pessoa submetida a cirurgia e promovendo uma melhor qualidade de vida. Também igualmente importante o controlo dos gastos em saúde.

3. PLANO DE CUIDADOS À PESSOA SUBMETIDA A PRÓTSE DA ANCA

O plano de cuidados seguinte vai ser elaborado com base numa pessoa ao qual tive contato e possibilidade de realizar uma intervenção ao longo do meu estágio profissionalizante, acompanhei a doente quando foi realizado o pré contato, antes do momento de admissão, estive presente no momento de admissão da doente no hospital, sendo possível realização uma avaliação inicial e uma colheita de dados muito mais completa. Acompanhei a mesma na fase do pós-operatório em que tive a oportunidade de delinear e realizar uma intervenção diferenciada através de um plano de cuidados de reabilitação individualizado, com base nas necessidades e nas

perspetivas demonstradas pela doente e, por último, no momento da alta consegui reforçar todos os ensinamentos importantes para o regresso a casa.

3.1 Avaliação Inicial da doente submetida a prótese total da anca

A E.F foi admitida no dia 12 de outubro para realização de colocação da prótese da anca à direita no Hospital Ortopédico de Santana e teve alta no dia 16 de outubro de 2023, saliento ainda que no dia 11 de outubro foi realizado um pré contacto.

Durante a realização deste plano de cuidados, achei pertinente a divisão deste em 4 fases distintas: fase do pré-contacto, pré-operatória, pós-operatória e momento de alta.

Pré-contacto

No dia 11 de outubro pelas 15:30h foi realizada uma chamada telefónica para a E.F, esta foi realizada com a nora, pois a E.F. apresenta diminuição da acuidade auditiva, o que dificulta a realização das chamadas pelo telemóvel.

Durante esta chamada a enfermeira especialista em reabilitação realizou algumas questões nomeadamente a medicação que a doente faz em domicílio, alertando a importância de a trazer consigo no dia de admissão no hospital; se faz medicação antiagregante, alertado para que esta deve ser interrompida para a realização da cirurgia; se apresenta algumas queixas como tosse, febre, dores; se tem feridas; se fez alguma medicação recente diferente do habitual; se esta vacinou para a COVID-19 e se teve internamentos anteriores.

Por último realizou alguns ensinamentos/recomendações para a doente no momento da admissão entre eles:

- Trazer exames complementares de diagnóstico;
- Retirar verniz e maquilhagem;
- Não trazer objetos e adornos de valor;
- Trazer calçado adequado e confortável para a realização de treino de marcha;

- Trazer auxiliar de marcha, canadianas e/ bengala (realçando a importância do auxiliar de marcha, para esta ser iniciada mais brevemente logo após da cirurgia)

Pré-operatório

No dia 12 de outubro foi admitida no Hospital Ortopédico de Santa, a doente E. F. para realização de uma cirurgia de colocação de prótese da anca à direita. Após ser encaminhada pela consulta do Centro de Saúde, por apresentar um desgaste significativo da articulação da anca à direita e dor crónica associada e fica admitida com o diagnóstico de Coxartrose primária bilateral.

Ao momento de entrada no quarto, acompanhada pelo filho e nora, apresenta-se calma, vígil e orientada na pessoa, espaço e tempo. Independente nas atividades de vida diária, apenas utiliza uma bengala para auxílio na marcha.

Resumidamente a E.F. é uma doente do sexo feminino de 85 anos. Nasceu no dia 04 de setembro de 1938 em no conselho de Odemira no distrito de Beja. No 25 de Abril veio viver para Lisboa, do seu casamento nasceram 3 filhos, 1 filha e 2 filhos (um dos filhos faleceu com 46 anos), neste momento já tem 11 netos e 3 bisnetos. O seu marido faleceu há cerca de 2 anos, desta forma esta vive com o filho, nora e com as netas.

Ainda muito ativa nas suas atividades de vida diária, confeciona as refeições para a família, limpa e organiza as coisas na casa e ainda faz algumas compras para a casa quando vai acompanhada pelas netas.

De antecedentes relevantes apresenta apenas Hipotireoidismo, medicada com Eutirox 5mg e Dislipidemia, ao qual faz sinvastatina 20mg e recorre a Tramadol 100mg para controlo da dor. Como antecedentes cirúrgicos realizou uma Colecistectomia à certa de 26 anos. Não apresenta alergias a medicamentos ou alimentares. Tem o plano de vacinação atualizado e já contempla todas as doses da vacina da COVID-19.

Não usa próteses auditivas, embora apresente uma diminuição da acuidade auditiva, nem visuais, nem dentárias, apenas usa uma bengala de apoio na realização da marcha, esta refere que tem dias em que tem muita dor e a bengala é o seu apoio para conseguir andar.

Tem pele integra, sem presença de feridas.

Nunca consumiu drogas nem álcool. Não refere insónias, nem nunca fez medicação para ajudar a dormir, dorme cerca de 9/8 horas por dia.

Durante a minha recolha de dados saliento a aplicação de algumas escalas como a Escala de Coma de Glasgow (APÊNDICE I), Escala de Morse (APÊNDICE II), Escala de Barthel (APÊNDICE III), Escala de Braden (APÊNDICE IV), *Medical Research Council* (MRC) (APÊNDICE V) e Escala Numérica da Dor (Apêndice VI). Estas escalas escolhidas foram com base nas mais usadas e interpretadas pela equipa no meu local de estágio. Considero estas serem importantes e pertinentes para a criação de diagnósticos fundamentos e a delineação de um plano de cuidados que vá ao encontro das necessidades da doente alvo de estudo.

Após a recolha de todos dados realizei um exame físico da doente, podendo concluir e corroborar com a aplicação da escala MRC, que esta apresenta uma diminuição da força no membro inferior direito.

Para terminar a minha avaliação inicial realizei alguns ensinamentos, estes ensinamentos focam muito a preparação da doente para o momento da alta clínica, abordam temas como o evitar a rotação da anca; evitar realizar flexão da anca, por exemplo em situações de apanhar algum objeto do chão; não sentar em cadeiras/sofás baixos; a utilização de alçador de sanita; pedir sempre ajuda para calçar meias e sapatos; usar uma pega para apanhar objetos do chão; utilizar espojas com cabo no banho e se possível substituir a banheira por poliban na casa de banho; utilizar sempre calçado adequado; como deve ser realizado o levantar da cama e como deve ser utilizadas as canadianas para a realização de treino de marcha.

Pós-operatório

No primeiro dia pós-operatório a E.F. encontrava-se bem-disposta, sem dores, após os cuidados de higiene realizou o primeiro levantar que tolerou muito bem e iniciou treino de marcha com andarilho. Por apresentar ainda alguma insegurança em iniciar

a marcha, a opção de iniciar com o andarilho foi a mais consensual e adequada para a doente.

Durante a realização da intervenção com a doente tive a oportunidade de validar todos os ensinamentos realizados até ao momento, nomeadamente, na utilização do alçapão de sanitas, no uso de sapatos adequados durante a marcha, a utilização de canadianas e posteriormente de bengala em casa e no controlo sintomático, no caso da dor.

No momento da alta

No dia 16 de outubro foi efetivada a alta da E.F. para domicílio. Ainda durante o turno da manhã a doente realizou exercícios ativos assistidos no leito, depois dos cuidados de higiene realizou treino de marcha com canadianas e ainda realizou treino de subida e descida de escadas com apoio das canadianas. A doente apresentava ainda alguma relutância na marcha com as canadianas, por isso, os familiares acabaram por afirmar que iriam comprar um andarilho, para que a doente se sentisse mais segura e confiante na marcha e também que iriam adquirir um alçapão e sanitas.

No final ainda foram novamente sintetizados alguns ensinamentos com as posições que a pessoa tem que evitar, como deve ser feito o controlo da dor; a importância de vigiar sinais de alarme do membro e da ferida; os posicionamentos no leito, o levantar/sentar na cadeira; a entrada e saída do carro; o uso da sanitas com alçapão e o recomeçar de uma forma gradual nas atividades de vida diária.

Estes são alguns dos ensinamentos que foram realizados à E.F. no momento da alta, esta não mostra muito interesse e até mesmo capacidade para assimilar todos os ensinamentos que foram realizados, por isso realço a importância do envolvimento da família na gestão destes processos desde o momento da admissão, durante o internamento e em todo o processo de recuperação da pessoa. Este envolvimento vai contribuir de uma forma muito positiva na adesão da pessoa ao seu processo de reabilitação para que este não seja um caminho solitário e penoso para o doente.

Ao longo da descrição destas fases diferenciadas saliento sempre a importância da presença do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no

acompanhamento da pessoa, desde uma fase muito prematura com a realização do pré contato. No momento da admissão da pessoa para a realização da cirurgia, neste momento o enfermeiro tem contacto direto com os anseios, com as dúvidas e com os medos transmitidos pela pessoa, sobre todo o estigma que envolve a cirurgia. No pós-operatório quando afirma que a pessoa pode realizar o primeiro levante e andar, muitas das vezes, as pessoas verbalizam que não vão ser capazes, ou porque têm medo de sentir dor, acabando por se retrair e tornarem-se menos colaborantes. Por último e não tão menos importante no momento da alta, este, é quase como um espelho de toda a evolução do doente e o cominar de todos os ensinamentos realizados à pessoa.

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação torna-se bastante importante na promoção e capacitação da autonomia da pessoa ao longo deste processo, não só através da realização dos ensinamentos, mas também através da monitorização das capacidades da pessoa e acompanhamento da sua evolução ao longo da aplicação do seu plano de cuidados individualizado e personalizado à pessoa.

Em seguida segue esquematizado o plano de cuidados, com alguns dos diagnósticos que considere mais pertinentes expor neste trabalho. A criação deste plano surge através da definição de diagnósticos, intervenções e avaliação dos resultados obtidos. Os esquemas seguintes seguem a orientação do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar

- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar;
- Avaliar conhecimento sobre a técnica de adaptação para andar;
- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar;
- Ensinar sobre técnica do domicílio para andar.

Numa fase inicial é realizada uma chamada telefónica 24h antes da admissão do doente no serviço para realização de cirurgia.

Neste momento e durante a realização deste pré contato é essencial iniciar os ensinamentos ao doente que vão ao encontro das necessidades que poderão surgir no momento pós- cirúrgico e no momento da alta.

Um dos ensinamentos é tentar perceber qual o nível de conhecimento existe sobre a utilização de auxiliar de marcha, nomeadamente canadianas (esse é um dos auxiliares de marcha utilizados na fase pós cirúrgicos do doente).

Perceber com o doente que tipo de conhecimento tem sobre a utilização de auxiliar de marcha, e consequentemente perceber se o doente alguma vez realizou marcha com apoio de um auxiliar de marcha e se tem na sua posse um auxiliar de marcha.

Neste momento é pedido ao doente que traga o seu auxiliar de marcha no momento de admissão no hospital.

		<p>No momento de admissão da doente no hospital verificou-se que não trazia consigo canadianas como foi sugerido, apenas trazia a sua bengala.</p> <p>Durante o internamento a doente mostrou-se sempre muito renitente à utilização de canadianas, nesse sentido optou-se pela utilização do andarilho, pois esta mostrava-se mais segura no treino de marcha.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento sobre adaptação de domicílio para autocuidado: higiene; • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; • Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; 	<p>Desde o momento do pré contato, na admissão no pré-operatório, no pós-operatório e no momento da alta foram sempre realizados ensinamentos sobre os cuidados a ter no momento do banho. Este local deve ter um ambiente seguro e confortável para o doente, para evitar situações de queda, por exemplo.</p> <p>É importante falar ao doente na forma como entra e sai da banheira, a substituição de banheira por poliban sempre que for possível, pedir sempre auxílio para lavar os membros inferiores para evitar a flexão da anca.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene. 	<p>Nesta situação consegui perceber que a casa de banho da E.F. já estava adaptada e que teria apoio dos seus familiares para a realização dos cuidados de higiene.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio: ir ao sanitário; • Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; • Ensinar sobre adaptação auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; • Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário 	<p>Na realização do ensino sobre a adaptação do sanitário, é importante referir ao doente a importância de adquirir um alteador de sanita, para evitar a flexão da anca.</p> <p>A dona E.F. já tinha adquirido um alteador para a sanita antes do momento da admissão no hospital. Saliento a importância do ensino realizado já no pré contato sobre o alteador de sanita, pois assim no momento da alta e regresso a casa a sanita já estava adaptada á doente.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMAGEM		DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS
Equilíbrio comprometido	Corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio corporal • Avaliar conhecimento sobre técnica de treino de equilíbrio • Ensinar sobre a técnica de equilíbrio corporal • Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal [através da alternância de carga nos membros inferiores e exercícios de coordenação do movimento dos membros inferiores] • Instruir sobre a técnica de equilíbrio corporal • Treinar técnica de equilíbrio corporal 	<p>Numa fase inicial o doente tinha algum receio na realização do levante, e a transferência para a cadeira de rodas ou cadeira sanitária e para iniciar o treino de marcha com canadianas, tendo sido mudado posteriormente para o andarilho.</p> <p>Foram realizados treino exercícios para manter o equilíbrio tais como, apoiada no topo da cama realizar flexão plantar (elevação dos calcanhares), abdução da anca, extensão da anca e flexão da perna. Os exercícios eram realizados em series de 2 com 10 repetições cada.</p> <p>A doente era bastante colaborante na realização dos exercícios propostos, embora muitas das vezes ainda se mostrava um bocado renitente na realização da carga total do membro intervencionado.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural. 	
<p>Movimento muscular diminuído inferior direito]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido • Executar técnica de exercício muscular ativo-resistido • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articulares [Automobilizações] • Monitorizar força muscular através da escala MRC • Supervisionar o movimento articular. 	<p>Antes da realização do autocuidado de higiene, eram realizados exercícios musculares e articulares ainda com o doente no leito, com o principal objetivo de aumentar a capacidade muscular e articular do doente.</p> <p>Ainda no leito eram realizados exercícios de fortalecimento muscular com a doente através da mobilização ativa assistida das articulações, iniciando pela do tornozelo, do joelho, da anca, dos do ombro, do cotovelo e punho, adoente realizava series de 3 com 10 repetições cada.</p> <p>Esta mostrava-se colaborante durante a realização dos exercícios, o que favorecia posteriormente a autonomia na realização do autocuidado de higiene, no autocuidado de transferir-se e no treino de marcha.</p> <p>Refiro que anteriormente a iniciar qualquer intervenção com a doente era realizada RFR, com exercícios de controlo e</p>

		<p>dissociação dos tempos respiratórios, consciencialização dos tempos respiratórios e realização de exercícios de abertura costal através da atualização de bolas e do bastão</p>
<p>Risco de Rigidez articular [Anca direita]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar movimento articular • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- assistido • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- resistido • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo • Executar técnica de posicionamento 	<p>Com base em alguns pressupostos da Reabilitação respeitar sempre a tolerância do doente ao movimento e à dor e respeitar a amplitude articular do movimento do membro superior.</p> <p>Foram sempre realizados exercícios de forma evitar a rigidez articular, não de forma a resolver, mas sim de forma preventiva.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar amplitude articular através do goniómetro Vigiar sinais de dor ou desconforto	A dona E.F. era bastante colaborante e ativa, por isso o risco de rigidez articular encontrava-se bastante reduzido. Em doentes com determinadas idades e com a possibilidade de se tornarem menos ativos após a realização da cirurgia, é importante realizar ensinios neste mesmo sentido.
--	---	--

5. CONCLUSÃO

A realização deste relato de caso durante o estágio profissionalizante teve como objetivo principal transparecer a importância do enfermeiro especialista em reabilitação no processo cirúrgico, neste caso concreto na PTA. Ao longo deste estágio realizado no âmbito da orto-traumatologia em que foi frequentemente a intervenção em pessoas que realizaram PTA, como aluna da especialidade de reabilitação percebi que seriam muito importantes a presença e a interação do enfermeiro especialista em reabilitação junto destas pessoas de uma forma cada vez mais precoce. Os ensinamentos realizados, na minha perspectiva, quanto mais cedo forem iniciados, maior vai ser a aceitação, validação e adesão por parte da pessoa. Todos estes aspectos vão contribuir para o melhor desenvolvimento do processo de recuperação da pessoa.

Neste sentido considero que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel fulcral na fase do pré-operatório e no pós-operatório, até mesmo na continuação da intervenção no momento de regresso a casa da pessoa.

A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação reflete ganhos significativos nomeadamente na diminuição da dor, aumento da força muscular, recuperação da amplitude articular, melhoria no equilíbrio, num melhor desempenho nas atividades de vida diária (AVD's), na diminuição de complicações associadas à limitação do movimento e na duração do tempo de internamento.

Todas estas intervenções são consideradas como ganhos para o processo de reabilitação da pessoa, e mostram o trabalho especializado e adequado do enfermeiro especialista em reabilitação.

De acordo com o regulamento das competências do enfermeiro especialista em reabilitação são clarificadas algumas competências específicas que vão ao encontro do meu objetivo explícito com a realização deste relato de estudo, em que o enfermeiro especialista em reabilitação mostra competências essenciais de intervenção ao longo do ciclo de vida da pessoa, em todos os contextos na prática de cuidados, na capacitação da pessoa com deficiência nas limitações nas atividades e ou restrição da

participação e em maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa

O cuidado realizado pelo enfermeiro especialista em reabilitação agrupa um conjunto de técnicas/procedimentos que se encontra regulamentados e passivos de serem colocados em prática durante a aplicação de um plano de cuidados à pessoa.

Em suma gostaria que ao longo deste trabalho esteja refletida a importância do enfermeiro especialista em reabilitação e como a sua intervenção é genuína e enriquecedora para a pessoa. Acrescento ainda que durante a realização deste estágio senti a necessidade de criar um poster ilustrativo de alguns dos materiais de apoio que faziam sentido para o tipo de pessoas que era nossa população e os ensinamentos que eram realizados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação e pela restante equipa (Apêndice VII).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP (2023). Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Disponível em: aesop-enfermeiros.org)

Barros, Cristina (2019). Reabilitação na Atroplastia da Anca. Disponível em: [344118.pdf](#) (up.pt)

ERAS (2023). Enhanced Recovery after surgery. Disponível em: Home - ERAS® Society (erassociety.org)

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Requisitos para a Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito da Prática de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível: [gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf](#) (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Disponível:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Santa casa da Misericórdia de Lisboa (2018) Disponível em: Parede- Hospital Ortopédico Sant'Ana – (Hospital Ortopédico de Sant'Ana - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (scml.pt))

Shirley. P. Hoeman (2011) - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ªed). Rio de Mouro: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didático.

Unidade da Anca- The Porto Hip Unit (2023) Disponível em: Unidade da Anca | The Porto Hip Unit

Vieira, Cristina, Sousa Luís (2016) - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (1ª ed). Loures: LUSODIDACTA-Soc. Port. de Material Didático,

Apêndices

Apêndice I (Escala de Coma de Glasgow)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
Resposta motora	Nenhuma	1
	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Total 14

Apêndice II (Escala de Morse)

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <i>(Última vez há 2 anos)</i>	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/caadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Muletas/canadianas/bengala/andarilho <input type="checkbox"/> Apoiar-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência <input type="checkbox"/> Normal/acamado/imóvel <input checked="" type="checkbox"/> Debilidado <input type="checkbox"/> Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental <input checked="" type="checkbox"/> Consciente das suas capacidades <input type="checkbox"/> Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, MJ, Ferreira, P, Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Total: 60

Apêndice III (Escala de Barthel)

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	10
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	5
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	5
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	10
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	10
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	10

Total: 50

Apêndice IV (Escala de Braden)

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: E. Saldanha Santos Nome do avaliador: Ricarda Data de avaliação: 2010
 Serviço: Stalobom Santos Cama: 102 Idade: 69

Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa da dor/disconforto.	1. Completamente limitada: Não sente a estímulos dolorosos (não sente, não se mexe nem se agita a não ser um nível mínimo de consciência da sensação). OU capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Sente unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou rosnado. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiências sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir ou expressar dor ou desconforto.	4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade.	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados aos intervalos habituais.	3
Atividade Nível de atividade física.	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga útil sem de ser ajudado e sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtos períodos, sem ou sem ajuda. Não se mexe parte das pernas deitada ou sentado.	4. Andar frequentemente: Andar fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente mobilizado: Não faz qualquer movimento com a cabeça ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinhos.	3. Levemente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	3
Nutrição Alimentação habitual.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactícos). Ingerir poucas líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum além a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Parcialmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactícos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactícos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma periodicamente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo aproximadamente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactícos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	3
Fricção e forças de dealignamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra as lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É possível que durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outro dispositivo. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	3	
Pontuação total: <u>30</u>					

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986. Validada para Portugal por Margareta C. Mjödsjö, C. Ferraz, P. Gomes, J. Faria, R. (2001)



Materiais de apoio após cirurgia ortopédica

Autora: estudante de mestrado em enfermagem de Reabilitação
Supervisora de estágio: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Susana Matos

Introdução: Hoje em dia a nossa população experimenta alterações que condicionam a sua autonomia e independência, por isso, é muito importante ensinar e orientar a pessoa e a sua família para determinadas estratégias que poderão ser utilizadas. A escolha e aplicação de um produto de apoio vai ao encontro da necessidade e da limitação observada. Esta necessidade pode apenas ser apenas transitória no seu processo de reabilitação pós-cirúrgico.

Barra de Apoio




- Diminuição da força muscular dos membros inferiores;
- Diminuição da amplitude articular dos membros inferiores;
- Equilíbrio comprometido;

Alteador de sanita



- Diminuição da força muscular dos membros inferiores;
- Diminuição da amplitude articular;
- Pessoa submetida a colocação da prótese de anca;

Banca de apoio / tábuas banheira




- Alterações da mobilidade dos membros superiores e inferiores;
- Paraplegias, amputações dos membros inferiores;
- Diminuição da força nos membros inferiores;
- Equilíbrio comprometido;
- Pessoas dependentes nos autocuidados de andar e higiene;

Espunja com cabo



- Diminuição da amplitude articular;
- Indicado em doentes que realizarem colocação de prótese de anca ao qual não podem realizar flexão/ rotação da articulação coxo-femoral;

Cadeira sanitária com pés



- Dependentes total ou parcial na autocuidado de andar e higiene;
- Dependentes na autocuidado de eliminação e uso da sanitária;
- Pessoas que apresenta cansaço fácil e pequenos/grandes esforços;
- Equilíbrio comprometido;

Cadeira rotativa de banheira



- Dependentes total ou parcial na autocuidado de andar e higiene;
- Pessoa que apresenta cansaço fácil e pequenos/grandes esforços;
- Equilíbrio comprometido;

Canalinas com suporte de braço / canalinas axilares




- Alterações neurológicas relacionadas com especificidade;
- Paraparesias;
- Pós-operatório a cirurgia do membro inferior com necessidade de alívio de peso e controlo da dor;
- Osteotomias com necessidade de alívio de peso unilateral e controlo sintomático;
- Amputações isleterais do membro inferior;

Préimide de base larga (tripe) / bengala




- Ataxias com marcha instável e descoordenada;
- Pós-operatório a cirurgia do membro inferior com necessidade de alívio de peso e controlo da dor;
- Neuro ou miopatas com alterações isleterais como por exemplo hemiparesias/hemiplegias;
- Osteotomias com necessidade de alívio de carga e controlo sintomático;

Andarilha convencional / andarilha de rodas




- Diminuição da força muscular;
- Alteração do equilíbrio;
- Alterações do padrão de marcha, marcha descoordenada;
- Ataxias cerebelares e padrão de marcha patológico;

Pegas



- Diminuição da amplitude articular;
- Indicado em doentes que realizarem colocação de prótese de anca ao qual não podem realizar flexão/ rotação da articulação coxo-femoral;

Conclusão: O conjunto de produtos de apoio descritos no trabalho, foram selecionados com base das necessidades observadas pelas pessoas submetidas a cirurgias do tipo orto-traumatológico e ajuda na fundamentação dos ensinos realizados à pessoa e à família.

Bibliografia: 

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de participação no 2º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Micaela Alexandra Oliveira Correia

Participou no Congresso tendo assistido ao total da carga horária científica do Congresso.

COMISSÃO ORGANIZADORA:
ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO





CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Micaela Alexandra Oliveira Correia

Frequentou o Workshop: Descomplicando a radiografia do tórax com uma carga horária formativa de 2 horas.

COMISSÃO ORGANIZADORA:
ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO



ACE
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Micaela Alexandra Oliveira Correia

Frequentou o Workshop: Terapêutica inalatória - câmaras expansoras com uma carga horária formativa de 2 horas.





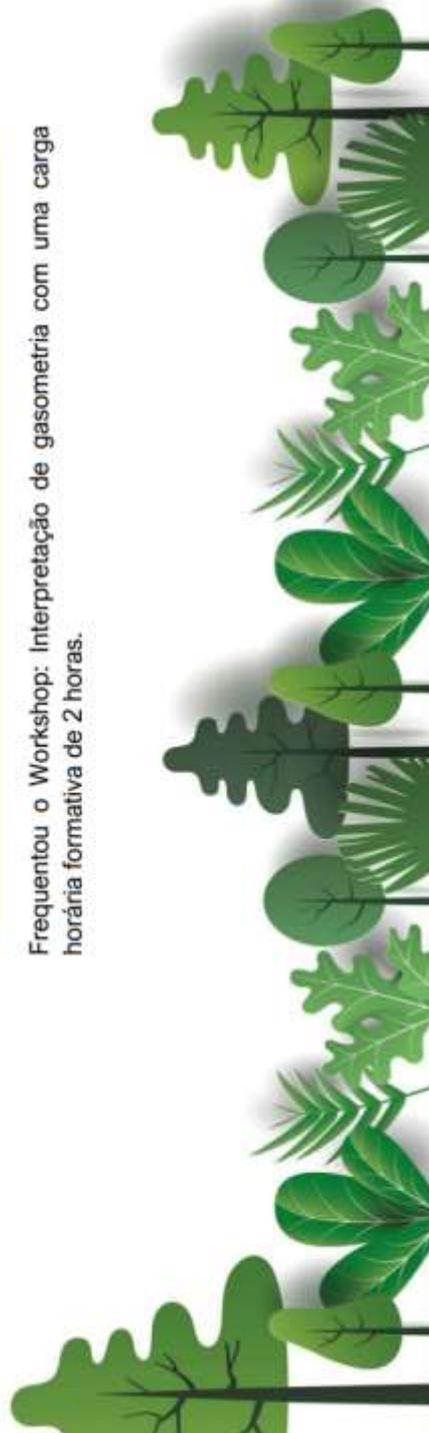
CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Micaela Alexandra Oliveira Correia

Frequentou o Workshop: Interpretação de gasometria com uma carga horária formativa de 2 horas.

COMISSÃO ORGANIZADORA:
ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO



ANEXO V - Certificado de Presença na Conferência- “Investigação em Enfermagem”

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE. EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que, **Micaela Alexandra Correia**, participou no dia 15 de Dezembro de 2023 com a duração total de 2 horas na Conferência

Investigação em Enfermagem

Lisboa, em 09 de janeiro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHULN

Mod.087/007/CF-CHULN

CENTRO DE FORMAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 108 – Fax: 217 805 803

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000

www.chln.pt

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

