



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA
SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

PATRÍCIA SUSANA CONSTANTINA SILVA PINTO

Orientadora: Professora Tânia Raposo
Coorientador: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2024

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

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

(Leonardo da Vinci)

Dedicado ao meu filho José Miguel

AGRADECIMENTOS

A todos as pessoas com quem cuidei ao longo deste percurso, pela sua colaboração e disponibilidade, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os profissionais das equipas que integrei no decorrer dos estágios, em particular aos enfermeiros supervisores, pela sua dedicação, disponibilidade, ensinamentos e partilhas que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Ao corpo docente da Escola Superior de Saúde Atlântica, em particular ao Professor Doutor Luís Sousa e Professora Tânia Raposo, que me acompanharam ao longo deste percurso, pela sua disponibilidade, apoio e motivação, que se revelaram essenciais em todo este percurso.

Às três pessoas da minha vida, a minha mãe, o meu filho e o meu marido, que são os meus pilares e que estiveram desde o primeiro momento ao meu lado neste percurso marcado por tantas ausências. Obrigada por serem o meu porto de abrigo e por toda a vossa paciência, compreensão e apoio incondicional. Obrigada por me motivarem diariamente a ser mais e melhor.

A cada um de vocês, MUITO MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: As doenças osteoarticulares assumem-se como um dos fatores mais incapacitantes a nível global, com impacto direto na realização das atividades de vida diária e na qualidade de vida das pessoas. A gonartrose resulta do desgaste gradual da cartilagem articular, sendo o tratamento de eleição a artroplastia total do joelho. Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação assume um papel de destaque na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho e da sua família, através da promoção da sua capacitação com ganhos na sua funcionalidade e melhoria da qualidade da sua vida.

Objetivo: Descrever as atividades desenvolvidas ao longo do meu percurso formativo no curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com ênfase no desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura, com intuito de aprofundar conhecimentos acerca da temática em estudo com ênfase na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho. Foi ainda utilizada a metodologia da análise crítico-reflexiva, acerca do meu percurso formativo ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com foco na aquisição e desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista, das competências específicas em Enfermagem de Reabilitação e das competências conferidas ao grau de Mestre.

Conclusão: No término do percurso formativo, após a descrição detalhada e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, verifica-se que foram atingidos os objetivos propostos no Estágio Profissionalizante, refletindo-se na aquisição das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e do grau de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Artroplastia Total do Joelho, capacitação, funcionalidade.

ABSTRACT

Introduction: Osteoarticular diseases are one of the most disabling factors globally, with a direct impact on the performance of daily activities and people's quality of life. Gonarthrosis results from the gradual wear and tear of the articular cartilage, with total knee arthroplasty being the treatment of choice. In this context, Rehabilitation Nursing assumes a prominent role in training the person undergoing total knee arthroplasty and their family, through promoting their training with gains in their functionality and improving the quality of their life.

Objective: To describe the activities developed throughout my training in the Master's in Rehabilitation Nursing course, with an emphasis on developing skills in Rehabilitation and Master's Nursing.

Methodology: A review of the literature was carried out, with the aim of deepening knowledge about the topic under study with emphasis on the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing with the person undergoing Total Knee Arthroplasty. The methodology of critical-reflective analysis was also used, regarding my training path throughout the Master's degree in Rehabilitation Nursing, focusing on the acquisition and development of common skills as a Specialist Nurse, specific skills in Rehabilitation Nursing and the skills conferred the degree of Master.

Conclusion: At the end of the training course, after a detailed description and critical-reflective analysis of the activities developed, it appears that the objectives proposed in the Professional Internship were achieved, reflected in the acquisition of common and specific skills of a Specialist Nurse in Nursing. Rehabilitation and the title of Master.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Total Knee Arthroplasty, training, functionality.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	19
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS.....	19
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
3.1 ANATOMIA DO JOELHO E GONARTROSE.....	25
3.2 ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO	28
3.3 LITERACIA EM SAÚDE.....	30
3.4 CAPACITAÇÃO	33
3.5 REFERENCIAIS TEÓRICOS	35
3.5.1 TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM ..	35
3.5.2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS.....	37
3.6 A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO	38
3.6.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO	40
3.6.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO	45
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	59
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	60
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	69
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE	72
5. ANÁLISE SWOT.....	74
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
APÊNDICES.....	87
APÊNDICE I – RELATO DE CASO CLÍNICO “PAPEL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO EQUILÍBRIO DA PESSOA COM PARKINSON, APÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO” .	88
APÊNDICE II – RELATO DE CASO CLÍNICO “CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO: ESTUDO DE CASO”	147
APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS E AVALIAÇÃO	208

APÊNDICE IV – SESSÃO DE FORMAÇÃO “CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO: ESTUDO DE CASO”	214
ANEXOS	223
ANEXO I – FOLHETO INFORMATIVO “CUIDADOS APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO”	224
ANEXO II – FOLHETO INFORMATIVO “COMO PREVENIR QUEDAS EM CASA”	228
ANEXO III – CERTIFICADOS DE FORMAÇÕES REALIZADAS.....	230

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Artroplastia total do joelho, 2011, 2019 e 2021. Fonte: OCDE, 2023	29
Gráfico 2 – Tempos de espera para Artroplastia total do joelho. Fonte: OCDE, 2023.....	29
Gráfico 3 – Níveis de literacia em saúde em Portugal VS União Europeia 2016. Fonte: Arriaga et al., 2022.....	31

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição e ilustração de intervenção educacional com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho no período de pós-operatório. Fonte: Sousa & Carvalho, 2023.....	48
Quadro 2 – Proposta de programa de ER com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho no período pré-operatório. Fonte: a própria.....	52
Quadro 3 – Proposta de programa de ER com a pessoa submetida a ATJ no período pós-operatório. Fonte: a própria.....	56

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AML – Área Metropolitana de Lisboa

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP – Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERO – Enfermagem de Reabilitação em Ortopedia

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

GCS – Escala de Coma de Glasgow

KOS – *Oxford Knee score*

MER- Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

OA – Osteoartrose

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TC – Tomografia Computorizada

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULS – Unidade Local de Saúde

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

VIAJA – Projeto Via Integrada Artroplastia Joelho e Anca

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante (EP), integrada no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), do 1º semestre do 2º ano da Escola Superior de Saúde Atlântica, para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e do grau de Mestre.

Este relatório visa descrever, analisar e refletir de forma crítica, o meu percurso formativo ao longo do curso de MER, das atividades desenvolvidas durante os estágios realizados e ainda sobre o processo de desenvolvimento das competências específicas de Enfermeiro Especialista (EE), EEER e de Mestre.

A Enfermagem de Reabilitação (ER), enquanto área científica de intervenção, está orientada para a prática clínica, que tem como foco de intervenção a pessoa, com necessidades especiais, ao longo de todo o seu ciclo vital em todos os contextos em que se encontra, contribuindo desta forma na aquisição de ganhos em saúde que podem ser monitorizados através dos indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de ER (Gaspar et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Neste sentido, o EEER assume um papel de destaque dentro da sua equipa, contribuindo através da sua praxis para a aquisição de ganhos em saúde, que através da sua monitorização e da produção de indicadores sensíveis aos cuidados de ER, permite a evolução do conhecimento científico da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Nesta perspetiva, durante o curso de MER, após as componentes teórica e teórico-práticas lecionadas, seguiu-se a componente prática que foi dividida em três momentos de aprendizagem. Com o intuito de dar resposta às minhas necessidades formativas e de forma a possibilitar a prestação de cuidados especializados em ER em diferentes processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e reumatológico), os três estágios decorreram em campos de estágio distintos, um dirigido ao contexto comunitário e dois a contexto hospitalar.

O primeiro estágio desenvolvido, foi direcionado ao contexto comunitário, o Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no 2º semestre do 1º ano do curso. Este estágio teve a duração de 231 horas e decorreu numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) do concelho de Sintra, entre 24 de abril e 14 de julho de 2023.

O EP, direcionado ao contexto hospitalar, subdividiu-se em duas fases, totalizando 346 horas de prestação de cuidados em duas unidades hospitalares distintas da Área Metropolitana de Lisboa (AML). A primeira fase do EP, decorreu no serviço de internamento de ortopedia de um hospital público, integrado numa Unidade Local de Saúde (ULS), entre 19 de setembro de 2023 e 9 de janeiro de 2024 (279 horas) e a segunda fase do EP decorreu entre os dias 3 e 12 de janeiro de 2024 (67 horas), numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) de outro hospital público pertencente a outra ULS.

Neste sentido, na génese da elaboração do presente relatório estiveram os planos de atividades elaborados no início de ambos os estágios, nos quais foram delineados os objetivos e as atividades a ser desenvolvidas durante os mesmos.

Como objetivos específicos deste relatório defini: demonstrar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos que foram sustentados na melhor evidência existente e ainda descrever, analisar e refletir de forma crítica, acerca das atividades desenvolvidas, correlacionando-as com as competências específicas de EE, EEER e de Mestre adquiridas.

As patologias osteoarticulares aliadas ao aumento da esperança média de vida surgem como a maior causa de incapacidade na população com idade superior a 60 anos de idade (Rocha, 2021).

Atualmente, a nível global, a osteoartrose (OA) do joelho, também intitulada por gonartrose assume-se como uma das dez patologias mais incapacitantes na população dos países desenvolvidos, estimando-se que afeta 528 milhões de pessoas, com impacto direto na sua qualidade de vida (Leitão et al., 2021; OCDE, 2023; Preto et al., 2019).

Nos casos mais avançados de gonartrose em que está presente dor, deformidade e rigidez articular, o tratamento de eleição é o tratamento cirúrgico denominado Artroplastia Total do Joelho (ATJ) que é realizado com o propósito de diminuir a dor e melhorar a funcionalidade

articular e muscular. Este procedimento consiste na substituição dos componentes articulares por um implante denominado prótese do joelho (Cruz et al., 2021).

Todo o processo de reabilitação é naturalmente um processo dinâmico que irá implicar um processo adaptativo, não somente da pessoa alvo dos nossos cuidados, mas também do seu familiar/ cuidador, o que exige uma redescoberta dos novos papéis e de novos caminhos que potenciem a capacitação, autonomia e empoderamento de ambos (Vigia et al., 2023).

Nesta perspetiva, o EEER assume um papel de relevo neste processo de transição saúde-doença, uma vez que enquanto detentor de conhecimentos diferenciados e experiência acrescida, cabe ao EEER identificar o mais precocemente possível as necessidades da pessoa, para posteriormente em conjunto com os intervenientes, conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de ER, com o intuito de a capacitar, maximizar a sua funcionalidade, promover a sua Independência e satisfação, preservando a sua autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Cabe ainda ao EEER ser elemento facilitador numa transição segura da pessoa submetida a ATJ para o domicílio, através da sua capacitação e reintegração no seu meio familiar e na sua comunidade (Cruz et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

É ainda fundamental que, no momento da alta, exista uma continuidade dos cuidados prestados, devendo para isso ser realizada pelo EEER a referenciação da pessoa para o EEER da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), através da transmissão do programa de reabilitação realizado após intervenção cirúrgica em meio hospitalar, ganhos obtidos e ensinamentos realizados, para posteriormente, o EEER da comunidade, após a sua avaliação, delinear um programa de reabilitação individualizado para dar continuidade ao processo de reabilitação (Sousa & Carvalho, 2023).

Desta forma, a escolha do tema central deste relatório surgiu aliado ao facto do estágio profissionalizante ter decorrido, maioritariamente, num serviço de internamento de ortopedia, no qual estavam internadas pessoas com diagnóstico de gonartrose e que eram submetidas a ATJ, o que suscitou em mim interesse pela temática com o intuito de evidenciar

a relevância da intervenção do EEER na prestação de cuidados de ER à pessoa submetida a ATJ.

A metodologia escolhida para a elaboração deste relatório foi a revisão de literatura, uma vez que este método de pesquisa permite fazer um resumo sobre o conhecimento teórico-científico atualmente existente sobre um tema em particular, descobrindo assuntos não resolvidos na sua totalidade e ainda permite abordar novas perspectivas acerca do mesmo (Rodrigues & Sequeira, 2022).

Desta forma foi realizada pesquisa bibliográfica na plataforma EBSCOhost, em livros e revistas de referência em Enfermagem e ainda no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com limitação da pesquisa aos últimos 5 anos. Os termos de pesquisa utilizados foram: artroplastia total do joelho, capacitação, funcionalidade, Enfermagem de Reabilitação.

Foi também utilizada a metodologia da análise crítico-reflexiva, acerca do meu percurso formativo ao longo do curso de MER e nas competências desenvolvidas.

Este relatório foi elaborado de acordo com as diretrizes da unidade curricular e está estruturado em sete capítulos.

Após a presente introdução ao tema e ao relatório onde são explanados o objetivo geral e os objetivos específicos para sua realização, no segundo e terceiro capítulos são apresentados, respetivamente, o enquadramento contextual do local de estágio e o enquadramento teórico da temática em estudo.

No quarto capítulo é realizada a descrição, análise e reflexão crítico-reflexiva acerca do meu percurso formativo e desenvolvimento das minhas competências enquanto mestranda, EE e EEER, seguida de uma análise SWOT no capítulo seguinte.

As considerações finais são apresentadas no sexto capítulo, no qual é realizado o balanço final do percurso realizado e por último, no sétimo capítulo, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas.

Este trabalho foi elaborado de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e referenciado pelas normas da American Psychological Association 7ª edição.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

A apreciação do contexto pretende caracterizar os diferentes contextos clínicos onde decorreram o estágio de reabilitação na comunidade e o estágio profissionalizante, durante os quais tive oportunidade de implementar os planos de atividades por mim desenvolvidos com vista ao desenvolvimento das minhas competências enquanto mestranda e futura EEER.

2.1 Caracterização do contexto de cuidados

Ao longo do percurso formativo enquanto mestranda e futura EEER, tive oportunidade de desenvolver três estágios em contextos clínicos diferentes.

O Estágio de Reabilitação na Comunidade decorreu entre 24 de abril e 14 de julho de 2023, numa UMDR, localizada no concelho de Sintra, que está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Esta UMDR visa a prestação de cuidados diferenciados à pessoa com necessidade de cuidados de saúde, reabilitação e de apoio psicossocial, consequentes de um processo agudo ou descompensação de um processo de doença crónica, do qual resultou perda transitória da sua independência funcional. O período de internamento expectável nesta unidade é de trinta a noventa dias consecutivos, que pode ser excedido, quando a pessoa esteja a aguardar vaga numa Unidade de Longa Duração e Manutenção, numa Unidade de Cuidados Paliativos ou ainda o apoio da ECCI da sua área de residência, para regressar ao domicílio (IHSCJ, 2023).

Tem uma capacidade máxima para vinte e um clientes distribuídos por sete quartos individuais e sete quartos duplos. Tem ainda disponível um ginásio equipado com diferentes materiais como espelho quadriculado, bolas de diferentes tamanhos, roldanas, escadas, espaldares, barras paralelas, entre outros materiais didáticos que estavam disponíveis para serem utilizados e que eram utilizados pelos EEER, pela fisioterapeuta e terapeuta ocupacional (IHSCJ, 2023).

Para a admissão nesta unidade, a pessoa deverá ser referenciada pelas equipas de gestão de alta hospitalar ou pelos centros de saúde da sua área de residência mediante a intervenção

da equipa coordenadora local de Sintra, estando assim condicionada ao cumprimento dos critérios definidos pela RNCCI (IHSCJ, 2023).

Os clientes referenciados deverão ter identificadas como necessidades: cuidados médicos e de enfermagem diários; programa de reabilitação para melhoria e/ou manutenção de capacidades; prevenção ou tratamento de feridas ou úlceras; medidas de suporte ventilatório com ventilação não invasiva, oxigenoterapia ou aspiração de secreções; necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais e ainda a impossibilidade de reinserção na comunidade por ausência de recursos sociofamiliares (IHSCJ, 2023).

A equipa multidisciplinar é constituída por: dois médicos especialistas em medicina interna e um médico fisiatra, treze enfermeiros (três dos quais EEER), uma fisioterapeuta, uma auxiliar de fisioterapia, uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala, uma assistente social, uma psicóloga, uma animadora, uma engenheira alimentar, dez auxiliares da ação médica e uma assistente espiritual (IHSCJ, 2023).

Na admissão nesta unidade, é elaborado em equipa multidisciplinar um plano individual de intervenção para cada cliente e definido qual o técnico de referência no processo de cuidados, ficando este o responsável pela sua monitorização e atualização. Todas as quartas-feiras, realiza-se uma reunião da equipa multidisciplinar na qual são analisadas e discutidas as necessidades dos clientes. Para facilitar uma maior coordenação e cooperação no acompanhamento do cliente e da sua família/ cuidador, mensalmente está presente nas reuniões multidisciplinares um elemento da equipa de coordenação local de Sintra (IHSCJ, 2023).

Nesta unidade, a equipa de enfermagem é constituída por dez enfermeiros generalistas e três EEER, dos quais um exerce funções de gestão e os outros dois estão em prestação de cuidados diretos, contudo sem horas dedicadas para cuidados de ER.

Assim sendo, compete aos EEER do serviço aquando da sua prestação de cuidados, a implementação e desenvolvimento de técnicas específicas de ER com o foco na capacitação com a pessoa, promovendo a sua independência funcional.

Existem três projetos atualmente instituídos: 1) Programa de Autocuidados, que é dinamizado pelos EEER e pela terapeuta ocupacional para acompanhamento e formação das auxiliares da ação médica; 2) Projeto de Autogestão Terapêutica que é dinamizado pelos Enfermeiros e tem como objetivo capacitar o cliente com alta prevista para o seu domicílio, para a sua gestão da terapêutica; 3) Projeto Follow-up, que é dinamizado por duas médicas e consiste no acompanhamento telefónico dos clientes que retornam ao seu domicílio sem apoio de outras equipas de saúde (IHSCJ, 2023).

Por sua vez, como referido anteriormente, o estágio profissionalizante decorreu entre os dias 19 de setembro de 2023 e 13 de janeiro de 2024, num serviço de internamento de ortopedia de um hospital central de Lisboa (279 horas) e na Unidade de Reabilitação Respiratória de outro hospital central de Lisboa (67 horas), totalizando 346 horas de prestação de cuidados.

O serviço de internamento de ortopedia onde decorreu o estágio, está integrado numa Unidade Local de Saúde (ULS) da AML, que tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população de acordo com as suas necessidades, articulando os mesmos com outras unidades de prestação de cuidados de saúde integradas no Sistema Nacional de Saúde, tendo ainda um papel de relevo na área da investigação e ensino assumindo-se como uma instituição de referência (ULSSJ, 2024).

A sua área de influência é composta por quinze freguesias, treze das quais pertencentes ao conselho de Lisboa e outras duas do Conselho de Loures, dando assim resposta direta a 310 mil habitantes (CHULC, 2023).

Contudo, pelo fato de ser uma instituição de referência na prestação de cuidados diferenciados, recebe ainda pessoas de outras áreas geográficas do país, nomeadamente zona sul e Açores e ainda a pessoas de países de língua oficial portuguesa (Sousa et al., 2017).

O serviço de internamento de ortopedia, é parte integrante da área de músculo esquelética e é formado por duas alas, ala A e B, disponibilizando 70 camas no seu total (Sousa et al., 2017).

De acordo com dados oficiais da instituição, a média de dias de internamento tem vindo a aumentar ao longo dos anos, verificando-se que em 2017 a mesma foi de 12,2 dias, em 2018 de 12,4 dias e em 2019 de 13 dias (CHULC, 2023).

O meu estágio decorreu na ala A do serviço de internamento de ortopedia, que tem capacidade de 42 camas, das quais apenas estão disponíveis 31 camas. Relativamente a equipamentos disponíveis, o serviço dispõe de cadeirões, triângulos abdutores, tábua de transferência, auxiliares de marcha diversos como cadeira de rodas, andarilho e canadianas. Contudo, este serviço não dispõe de um ginásio e por essa razão o treino de escadas (subir/descer) é realizado entre o 3º e 4º andar. Os equipamentos disponíveis eram utilizados pelos EEER e fisioterapeuta do serviço.

Atualmente, 90% das pessoas internados neste serviço têm patologias ou sofreram traumatismos do foro ortopédico, sobretudo na sua vertente cirúrgica. As restantes vagas são ocupadas por pessoas com patologias do foro da cirurgia geral devido a elevadas taxas de ocupação no internamento de cirurgia.

Os cuidados de saúde neste serviço são diferenciados e individualizados e são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída por: médicos, enfermeiros generalistas e EEER, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeuta, assistente social, administrativos e assistente espiritual.

A equipa de Enfermagem é constituída por trinta enfermeiros, nove dos quais são EEER, um que assume funções de segundo elemento do serviço e integra a Equipa de Gestão de Altas e os restantes em prestação de cuidados diretos. Contudo, apenas três EEER têm horas de cuidados dedicadas para cuidados de ER, sendo um deles distribuídos pelos turnos de manhã e tarde durante a semana e turno da manhã aos fim-de-semana.

Os restantes EEER integram as equipas de cuidados de enfermagem gerais em horário rotativo, contudo sem horas dedicadas para cuidados de ER. O método de trabalho utilizado é o método individual.

Atualmente, os projetos existentes são: o Projeto Enfermagem de Reabilitação em Ortopedia (ERO) e o Projeto Via Integrada Artroplastia Joelho e Anca (VIAJA).

O ERO começou a ser desenvolvido em setembro de 2010 pelo Grupo de Trabalho de Enfermeiros de Reabilitação em Ortopedia e foi implementado em 2011, com foco na melhoria do bem-estar das pessoas com patologias do foro ortopédico, com reflexo na sua

qualidade de vida e nos indicadores sensíveis aos cuidados de ER. Os objetivos deste programa são: garantir e promover cuidados de ER à pessoa com lesão do foro ortopédico e sua família, divulgar as boas práticas de ER sustentadas na melhor evidência, garantindo assim registos de ER rigorosos, promovendo assim a sua uniformização e facilitando a continuidade de cuidados de ER (Martinho et al., 2010).

O VIAJA é um projeto que consiste no acompanhamento do cliente em toda a fase de peri-operatório. Numa primeira fase, o cliente vai a uma consulta médica onde é feito o planeamento e proposta cirúrgica e de seguida o cliente tem também uma consulta de enfermagem. Posteriormente, o cliente participa numa sessão de grupo com o EEER durante a qual são realizados ensinamentos sobre cuidados a ter em toda a fase de peri-operatório. Após a alta do internamento, o cliente tem uma consulta médica e de enfermagem onde é feito o acompanhamento.

Atualmente, a maioria dos clientes internados neste serviço apresentam como patologia coxartrose e gonartrose. Assim, a temática central que escolhi para desenvolver ao longo do estágio prende-se com o impacto do papel do EEER na capacitação com a pessoa submetida a ATJ e quais os ganhos em saúde obtidos.

Por último, a URR onde decorreu a parte final EP, pertence a um outro hospital público de outra ULS da AML, que tem como sua missão a prestação de cuidados de qualidade centrados na pessoa de forma humanizada, eficaz, eficiente e equitativa. Tem também um papel de destaque na inovação, investigação e formação, assumindo-se como uma instituição de referência na investigação e formação (ULSSM, 2024).

O departamento de pneumologia deste hospital integra a URR, da qual faz parte o Centro de Referência de Fibrose Quística, a Unidade de Asma Grave e a Unidade de Ventilação Não Invasiva, que dão resposta às necessidades dos clientes em regime de ambulatório. No caso particular da URR, esta unidade dá resposta a clientes em regime de internamento ou em regime de ambulatório de modo presencial ou através de telereabilitação, colmatando assim as barreiras geográficas existentes que de outro modo impossibilitariam a todos os clientes o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

A equipa multidisciplinar é formada por seis EEER, pneumologistas, psicóloga, técnicos auxiliares de saúde e administrativa.

Nesta unidade, a equipa de EEER presta cuidados diferenciados a pessoas com diferentes patologias do foro respiratório, sendo as mais frequentes a doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, bronquiectasias, derrame pleural e fibrose quística.

O serviço está subdividido em 5 gabinetes: (a) o gabinete da telereabilitação, no qual o EEER de forma presencial ou remota realiza sessões de RFR; (b) o gabinete destinado a tratamento da pessoa com Asma, no qual os EEER administram terapêutica biológica para tratamento de asma grave sem resposta a tratamento convencional; (c) o gabinete de reabilitação respiratória, no qual são realizadas sessões de RFM; (d) o gabinete de consulta de enfermagem destinado a pessoas com fibrose quística.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Em Portugal, no ano de 2019, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a esperança média de vida em Portugal era de 81,6 anos de idade (OCDE, 2023; OMS, 2023).

Este fator aliado ao sedentarismo, alteração de hábitos alimentares e obesidade são fatores determinantes para a prevalência de patologias osteoarticulares, que se assumem na atualidade como as doenças causadoras de maior incapacidade em pessoas com idade superior a 60 anos (Rocha, 2021).

Aliado ao envelhecimento, o sistema músculo-esquelético, vai sofrendo alterações morfológicas e fisiológicas, como a perda de massa e força muscular que resultam em sobrecarga articular ficando assim comprometido devido a OA ou traumatismos, sendo os membros superiores e inferiores os mais afetados (Flamínio, 2018; Lourenço et al., 2021).

3.1 Anatomia do joelho e gonartrose

A articulação do joelho é descrita como uma das mais importantes e funcionais do corpo humano uma vez que pela sua localização anatómica, suporta o peso do corpo, estando assim sujeita a carga constante e a maior número de patologia de génese mecânica (Flamínio, 2018).

É uma articulação de elevada complexidade classificada como uma articulação sinovial do tipo bi-condilo-trocleartrose. É constituída pelo fémur, tibia e patela e é suportada por estabilizadores estáticos (ligamentos, meniscos, cartilagem e cápsula articular) e por estabilizadores dinâmicos (tendões e músculos) (Flamínio, 2018).

Através da ação conjunta de vários músculos a articulação do joelho permite realizar os movimentos de flexão, extensão, rotação interna e externa da perna se esta estiver semi-fletida. O movimento articular de flexão extensão é realizado no eixo transversal e os movimentos de rotação interna e externa da perna ocorre no eixo longitudinal (Flamínio, 2018; Leitão et al., 2021; Rocha, 2021).

A OA do joelho, também intitulada por gonartrose, resulta do desgaste progressivo da cartilagem articular que provocam alterações degenerativas na cartilagem articular e formação de osteófitos. Pode ser classificada como primária (causa idiopática) e secundária quando resulta de traumatismo, infecção, lesão dos ligamentos, meniscectomia ou em alguns casos não ter causa identificada (Carreiras, 2023; Chang et al, 2022; Rocha, 2021).

As causas da sua origem ainda não estão totalmente esclarecidas entre os diferentes autores, em virtude de esta ser uma patologia de causa multifatorial, que tem uma evolução diferente em cada pessoa, de acordo também com as suas características individuais, como fatores genéticos, sexo, idade, lesões articulares e excesso de peso (Flamínio, 2018).

A correlação com fatores genéticos tem sido estudada ao longo do tempo por diferentes autores como Kerkhof et al. (2010), que no seu estudo de 2010 na área da saúde ocupacional já sugeria esta relação (Flamínio, 2018).

Mais recentemente, Wang et al. (2023) concluíram na sua revisão sistemática e meta análise que não somente existe correlação da gonartrose com o gene GDF5rs143383SNP, como também que esta patologia é mais prevalente na população caucasiana, sem diferenças significativas relativamente ao sexo (Wang et al., 2023).

Por sua vez, a relação do excesso de peso com o aumento da prevalência de gonartrose na população mundial, é um fator amplamente reconhecido em diferentes estudos realizados a nível global (Carreiras, 2023; Flamínio, 2018).

Contudo, este fator não é unânime entre peritos que defendem que a obesidade ou excesso de peso não é fator de risco, pois o aumento de peso beneficiaria a nutrição articular conferindo-lhe robustez. Assim, defendem que somente após instalada a gonartrose primária de causa idiopática, o excesso de peso é fator de agravamento da sintomatologia pelo aumento da pressão exercida nas estruturas lesadas (Carreiras, 2023).

A sintomatologia frequentemente associada à gonartrose é: dor incapacitante, rigidez articular, edema, deformidade contínua em varo ou valgo, fraqueza muscular, diminuição da amplitude articular e marcha lenta e com claudicação (Leitão et al., 2021; Preto et al., 2019).

As pessoas com gonartrose primária, aquando da mobilização da articulação do joelho, sentem dor do tipo mecânico, que naturalmente está relacionada com o movimento, sendo mais acentuada no período da manhã, uma vez que toda a articulação esteve em repouso no período noturno, melhorando ao longo do dia e agravando novamente ao final do dia de acordo com os esforços realizados. Contudo, com o avanço do quadro clínico a dor agrava tornando-se permanente mesmo em períodos de repouso (Carreiras, 2023).

Neste sentido, esta patologia assume-se como altamente incapacitante limitando a pessoa na realização das Atividades de Vida Diárias (AVD) com impacto direto na sua qualidade de vida. Estima-se que a nível global existem 528 milhões de pessoas com gonartrose sintomática, estando assim entre as dez patologias causadoras de maior incapacidade em pessoas nos países desenvolvidos (Leitão et al., 2021; OCDE, 2023; Preto et al., 2019).

De acordo com estudos realizados, as pessoas do sexo feminino são as mais afetadas quando se fala em gonartrose primária bilateral, correspondendo a 80% dos casos. Esta diferença percentual não está totalmente ainda esclarecida entre autores, mas atribui-se à diferença estrutural anatómica entre ambos os sexos no que respeita ao diâmetro transversal da bacia do sexo feminino ser maior que dos homens (Carreiras, 2023).

Para o diagnóstico e posterior planeamento de tratamento são realizados exames imagiológicos como radiografias, que não sendo totalmente conclusivas, podem ser realizados outros exames de imagem como Ressonância Magnética Nuclear (RMN), Tomografia Computorizada (TC) ou cintilografia mais utilizada em casos de artroses secundárias (Carreiras, 2023).

De acordo com o *American College of Rheumatology*, a *European League Against Rheumatism* e a *Osteoarthritis Research Society International*, diretrizes nacionais e internacionais o tratamento da OA tem de ser alicerçado numa tríade formada por educação, atividade física e emagrecimento, que conjugado com medidas farmacológicas e não farmacológicas conduzirão a melhores resultados (Carreiras, 2023).

Desta forma, o tratamento conservador assume-se como o tratamento de primeira linha e consiste em medidas farmacológicas e físicas com o intuito de controlo da dor, restabelecer à articulação mobilidade e estabilidade. (Flamínio, 2018).

No entanto, quando o tratamento conservador se revela insuficiente, o tratamento cirúrgico emerge como o tratamento de eleição. Existem diferentes tratamentos cirúrgicos para a gonartrose sendo eles: artroscopia, osteotomia, artroplastia parcial e ATJ (Preto et al.,2019).

3.2 Artroplastia Total do Joelho

Como anteriormente referido, a ATJ é considerada o tratamento de eleição na gonartrose e consiste na substituição dos componentes articulares por um implante protésico. O objetivo principal deste procedimento é a diminuição da dor, melhoria da amplitude articular e da funcionalidade contribuindo para ganhos na qualidade de vida da pessoa submetida a ATJ (Preto et al.,2019).

Esta cirurgia apesar de na sua maioria ser realizada em pessoas com idade superior ou igual a 60 anos, pode também ser realizada em pessoas mais jovens ou em pessoas com artrite reumatoide (OCDE, 2023).

Vale & Varatojo (2021), defendem que aliado às características individuais de cada pessoa, a técnica cirúrgica utilizada, prótese implantada e o programa de reabilitação instituído são fatores determinantes na recuperação da pessoa e sua evolução clínica (Carreiras, 2023).

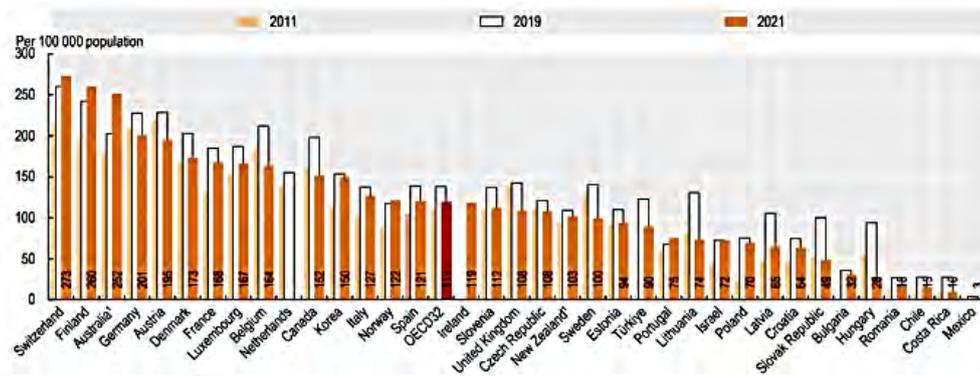
Contudo, aliado à evolução da ciência e da técnica cirúrgica, após a pessoa ser submetida a ATJ a rigidez articular assume-se ainda como um problema, associado à dor na maioria dos casos. Assim, um indicador do sucesso pós-operatório da ATJ é a recuperação da amplitude articular do joelho, sendo objetivo que a pessoa no momento da alta seja capaz de realizar flexão do joelho operado numa amplitude articular de 90º (Leitão et al., 2021).

A melhoria de amplitude articular no que respeita à flexão do joelho está relacionada com a realização das AVD e a extensão completa do joelho com a capacidade de marcha que, segundo Su (2012) citado por Carreiras (2023), quando não é eficazmente realizada conduz

não só à incapacidade na realização das AVD, mas ainda a uma sobrecarga do aparelho extensor e conseqüentemente a maior gasto energético, fadiga, dor e claudicação na marcha (Carreiras, 2023).

De acordo com dados da OCDE (2023), até 2019 existiu um aumento da incidência e prevalência de OA em todos os países da OCDE, tendo as taxas no Chile, Polónia e Costa Rica mais do que duplicaram (Gráfico 1).

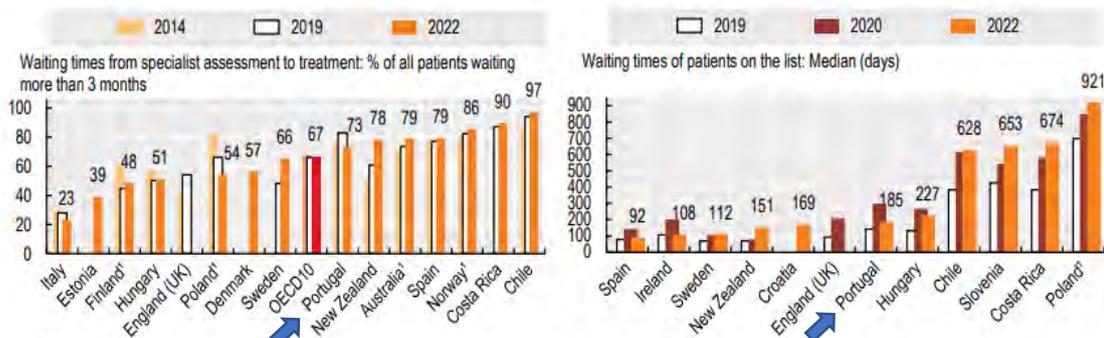
Gráfico 1 – Artroplastia total do joelho, 2011, 2019 e 2021. Fonte: OCDE, 2023.



1. Latest available data from 2020.
Source: OECD Health Statistics 2023.

Contudo, durante os anos da pandemia Covid-19, existiu um decréscimo acentuado do número de cirurgias realizadas, sobretudo no ano de 2020 que se estenderam até 2021, motivado pelo adiamento de inúmeras cirurgias eletivas não urgentes que conduziu naturalmente a um aumento dos tempos de espera como corroborado pelos dados apresentados no gráfico 2 (OCDE, 2023).

Gráfico 2 – Tempos de espera para Artroplastia total do joelho. Fonte: OCDE, 2023.



Note: OECD average based on 10 countries with all years available. 1. No 2022 data available, so 2021 data used.
Source: OECD Health Statistics 2023.

A OCDE aponta que a média de ATJ é de 119 por 100 000 habitantes, sendo que em 2021 a Suíça, Alemanha, Finlândia e Áustria foram os países com maior taxa de realização de ATJ em oposição a países como o México, Costa Rica e Chile que apresentaram taxas baixas (OCDE, 2023).

As próteses do joelho são classificadas como primárias, secundárias ou de revisão e ainda podem ser classificadas de acordo com: o número de componentes que a constituem ou articulações substituídas (unicompartimental, bicompartimental, tricompartmental ou condilar tibial), grau de restrição (restritiva, não restritiva ou livre) e método de fixação (cimentada, não cimentada e híbrida) (Cruz et al., 2021).

3.3 Literacia em saúde

A OMS define a literacia em saúde como um conjunto de competências cognitivas e sociais da pessoa que lhe permitem o acesso, compreensão e utilização da informação com o intuito da promoção e manutenção de uma boa saúde (Arriaga et al., 2019).

Atualmente, a literacia em saúde surge, como um importante desafio a nível global correlacionado intimamente com a capacidade individual da pessoa na autogestão da sua saúde e autocuidado (Arriaga et al., 2019).

Quando falamos de literacia em saúde estamos de imediato a abordar temas como a vida, saúde, longevidade, conhecimento, capacitação, tomada de decisões de forma informada e empoderamento (Belim, 2023).

A literacia em saúde é formada pelo: conhecimento em saúde, cuidados e sistemas de saúde; tratamento e a utilização da informação recebida e ainda pela capacidade de autogestão da pessoa em gerir a sua saúde em parceria com as instituições de saúde (Belim, 2023).

Assim, o construto essencial que deve estar na base da literacia em saúde é o conhecimento, pois é através dele que uma pessoa consegue tomar decisões informadas, desenvolver as suas ferramentas e capacidades para de forma empoderada enfrentar os desafios que surgem (Belim, 2023).

De acordo com Carvalho et al. (2024), pode assim afirmar-se que, dois elementos estruturais da literacia em saúde são as tarefas e as competências e ainda que os níveis de literacia variam de um nível funcional, no qual a pessoa é capaz de entender as informações que lhe são transmitidas, a um nível avançado, no qual a pessoa é capaz de fazer uso do autocontrole, do pensamento crítico e da reflexão (Carvalho et al., 2024).

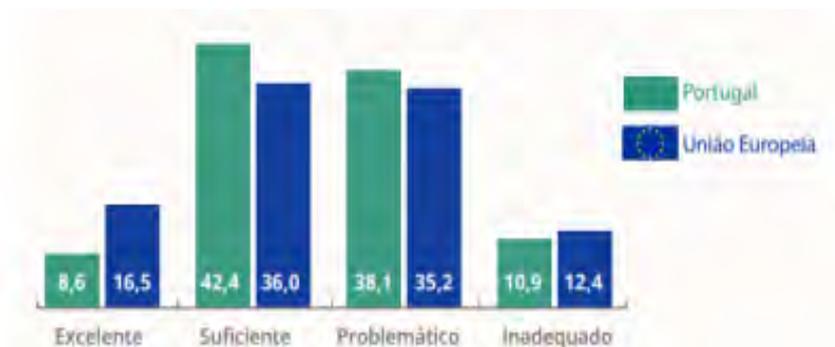
Neste sentido, em termos de saúde, uma pessoa literada está mais capacitada e empoderada para uma tomada de decisão informada sobre a sua saúde, tratamento e gestão de recursos disponíveis, tornando-se mais responsável pela sua saúde (Arriaga et al., 2019 & Belim, 2023).

Na Europa, o nível a literacia é considerado problemático ou inadequado nomeadamente entre a população idosa, imigrantes e pobres, sendo evidente uma relação direta com o aumento da idade e a diminuição do nível de escolaridade (Arriaga et al, 2022; Belim, 2023).

De acordo com o inquérito sobre literacia em saúde realizado em 2016 em Portugal, quando analisados os dados obtidos comparativamente a outros países que integraram o estudo, Portugal é o país que apresenta menor nível de literacia em saúde entre o grupo com nível de excelente (Portugal apresentou 8,6% de nível excelente comparativamente aos 16,5% correspondentes à média da União Europeia). Contudo, quando analisados os dados no grupo da União Europeia, em que a literacia em saúde era suficiente, a população portuguesa alcançou o segundo lugar (Belim, 2023), como representado de seguida no gráfico 3.

Gráfico 3 – Níveis de literacia em saúde em Portugal VS União Europeia 2016.

Fonte: Arriaga et al., 2022.



Estudos recentes revelam que uma população com baixo nível de literacia em saúde, tem impacto direto na saúde da população e na má utilização dos recursos de saúde disponíveis, resultando em impacto negativo a nível socioeconómico da população, que se traduz no aumento do número de internamentos e reinternamentos, aumento da mortalidade e da morte prematura, bem como na má adesão terapêutica e não adesão a programas de promoção da saúde e prevenção da doença (Belim, 2023; Carvalho et al., 2024).

Desta forma, a literacia em saúde assume-se como um recurso de relevo no empoderamento da população, prevenção de doenças e promoção da saúde que, por sua vez, é uma ferramenta de capacitação da população, que surge de uma necessidade identificada e implica aquisição de conhecimento, decisão e uma ação (Belim, 2023; Carvalho et al., 2024).

Contudo, é importante encarar a literacia em saúde não apenas como uma responsabilidade individual de cada pessoa, mas como uma responsabilidade partilhada dos governos e sistemas de saúde mundiais, que têm o dever de disponibilizar a melhor informação de forma clara, precisa e acessível aos diferentes níveis de literacia da população (Belim, 2023; Carvalho et al., 2024).

Assim sendo, no processo de saúde-doença é fundamental fornecer à pessoa alvo dos nossos cuidados e seu familiar/cuidador toda a informação necessária, sustentada e informada na melhor prática clínica para que fiquem capacitadas e empoderadas na sua tomada de decisão.

Os profissionais de saúde têm assim um papel central em todo o processo como promotores da literacia em saúde, adequando a sua atuação de acordo com o contexto em que estão inseridos, as equipas que integram e o nível de literacia da população com quem prestam cuidados (Carvalho et al., 2024).

O EEER em particular, aquando da sua intervenção com a pessoa, promove a literacia não somente através dos seus ensinamentos e disponibilização de recursos informativos adequados ao seu nível de escolaridade, mas também através da demonstração, instrução, treino e da validação dos conhecimentos adquiridos, promovendo assim a autonomia da pessoa para uma tomada de decisão livre, consciente e informada (Sousa et al., 2020).

3.4 Capacitação

Capacitar é um processo multidimensional, que engloba os domínios físico, cognitivo e material e abarca os conhecimentos adquiridos sustentados nas aprendizagens e nos valores individuais de cada pessoa, e que deste modo podem sofrer alterações ao longo da vida condicionados por fatores sociais, culturais e religiosos (Reis & Bule, 2023).

Ao longo do ciclo vital, uma pessoa vai adquirindo conhecimentos e desenvolvendo as suas competências para dar resposta às necessidades identificadas no seu quotidiano, resultantes de adaptações que podem acontecer de forma progressiva ou brusca. A nível pessoal, a capacitação de uma pessoa é traduzida na satisfação das suas AVD como por exemplo: comer, beber, lavar-se ou vestir-se, e ainda na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como por exemplo gerir os seus bens pessoais, realizar compras ou utilizar transportes para a sua deslocação. De salientar que a mesma pessoa pode em simultâneo experienciar transições distintas, tendo o direito de autonomamente tomar decisões informadas acerca de cada uma delas (Reis & Bule, 2023; Sousa et al., 2020).

Assim, a educação para a saúde deve ser vista como um processo durante o qual a aprendizagem deve ser encarada como uma construção e não somente uma aquisição de conhecimentos, pois implica o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, englobando por isso a tríade do conhecimento, da decisão e da ação (Sousa et al., 2020).

Desta forma, na educação para a saúde, a mudança de comportamento assume-se como um desafio para os profissionais de saúde, pois para que esta suceda é fundamental a existência de uma relação autêntica entre os intervenientes, devendo esta ser bem preparada e realizada de forma gradual para que esta adaptação se traduza numa transição eficaz (Reis & Bule, 2023).

Aliado à capacitação da pessoa, surge o seu empoderamento que se traduz no conhecimento e autonomia que a pessoa tem na sua tomada de decisão. Importante salientar que todo o processo de capacitação não é restrito à pessoa alvo dos nossos cuidados, mas também deve englobar pessoas do seu contexto familiar, laboral ou social que possam contribuir para uma transição segura (Sousa et al., 2020).

Desta forma, um desafio que emerge para os enfermeiros, enquanto elemento da equipa multidisciplinar de prestação de cuidados, é perceber o processo de transição que é vivenciado pela pessoa, e em conjunto com ela e seu familiar/ cuidador delinear estratégias adaptativas que facilitem a sua capacitação e empoderamento (Sousa et al., 2020).

Nesta perspetiva, as novas tecnologias de comunicação, quando aliadas à utilização de uma linguagem clara, acessível, assertiva e positiva, podem ser uma ferramenta facilitadora na capacitação da pessoa idosa para que a informação seja mais facilmente compreendida (Basílio, 2021).

Os focos de atenção basilares no processo de capacitação para o EEER são: o conhecimento, que o EEER utiliza como aliado no empoderamento da pessoa na sua tomada de decisão, maximizando a sua autonomia e a aprendizagem de capacidades, através da qual o EEER promove a independência da pessoa na realização das AVD (Sousa et al., 2020).

Neste sentido, de acordo com as necessidades identificadas, cabe ao EEER ensinar, instruir e treinar os intervenientes, com o objetivo de também capacitar a família/ cuidador para uma melhor gestão e prestação de cuidados (Gomes et al., 2021).

No caso particular de uma pessoa submetida a ATJ, a cirurgia conduz a processos de transição saúde-doença, não somente da pessoa afetada, mas também do familiar/ cuidador que passa a desempenhar papel de cuidador, obrigando a um reajuste de dinâmicas familiares. Assim, o envolvimento da família/cuidador como parceiro de cuidados, revela-se crucial para que seja assegurada uma continuidade de cuidados no momento da alta (Lourenço et al., 2021).

Por este motivo, a capacitação surge como elemento-chave e tema central na elaboração deste relatório uma vez que o EEER assume um papel de relevo em todo o processo terapêutico ao longo do período peri-operatório, uma vez que ao intervir diretamente junto da pessoa e seu familiar/cuidador, tem a oportunidade de delinear estratégias adaptativas aos novos papéis, potenciando assim o sucesso neste processo de transição saúde-doença (Pestana, 2023; Silva et al., 2019a).

Nesta perspetiva, a intervenção do EEER em contexto hospitalar, deve iniciar-se no período pré-operatório e estender-se até ao momento da alta, servindo ainda de elo facilitador na fase

de regresso ao domicílio através da transmissão de toda a informação relativa ao programa de ER desenvolvido ao EEER da equipa de cuidados de saúde primários (Pestana, 2023; Silva et al., 2019a; Sousa & Carvalho, 2023).

3.5 Referenciais teóricos

De acordo com diferentes autores, o futuro da Enfermagem passa por uma prática orientada pelas teorias de enfermagem, uma vez que estas ajudam os enfermeiros na recolha de dados, no planeamento sistemático e na implementação do seu plano de cuidados, facilitando ainda a análise e interpretação de dados (Ribeiro et al., 2018).

Nesta perspetiva, os dois referenciais teóricos que sustentaram e nortearam a minha prática foram: a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que tem o seu foco na promoção do autocuidado e a Teoria das Transições de Afaf Meleis segundo a qual cabe ao EEER ser elo facilitador durante o processo adaptativo da pessoa e sua família/cuidador aos novos papeis (Silva et al., 2019a; Trindade et al., 2020).

3.5.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

Autocuidado é definido por Dorothea Orem, como a execução de atividades específicas que são realizadas por uma pessoa com o propósito de manter a sua vida, saúde e o seu bem-estar. Este conceito é condicionado por fatores intrínsecos ou extrínsecos à pessoa e contempla quatro domínios: cognitivo, físico, emocional e comportamental (Foster & Bennett, 2000; Petronilho & Machado, 2023).

O referencial teórico de Dorothea Orem, intitulado *Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado*, é formado por três teorias interligadas: (1) Teoria do Autocuidado; (2) a Teoria do Défice do Autocuidado e a (3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Petronilho & Machado, 2023; Trindade et al., 2020).

Dorothea Orem defende que a pessoa e o ambiente são um só e que ao longo do ciclo vital todos as pessoas estão dispostas a se autocuidarem ou a cuidar de seus familiares dependentes (Costa, 2023).

Nesta perspectiva, de acordo com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, todas as pessoas ao longo da sua vida têm oportunidade de vivenciar diferentes situações que lhes permitem adquirir conhecimentos e competências que lhes conferem potencial para se autocuidarem ou cuidarem de seus familiares (Petronilho & Machado, 2023).

A Teoria do Défice do Autocuidado, assume-se como elemento basilar da *Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem* e de acordo com esta teoria, a enfermagem surge como resposta às necessidades identificadas quando a pessoa não é capaz de se autocuidar, e a figura do enfermeiro é visto como agente terapêutico em todo o processo (Petronilho & Machado, 2023).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, explica o modo como a pessoa e o enfermeiro, de modo individual ou em conjunto conseguem dar resposta às necessidades identificadas.

Assim, Dorothea Orem definiu três sistemas de enfermagem: (1) o sistema totalmente compensatório – situação em que a pessoa não consegue de modo autónomo dar resposta às suas necessidades de autocuidado, existindo a necessidade de substituir a pessoa no seu autocuidado, tornando-se socialmente dependente de terceiros; (2) o sistema parcialmente compensatório – situação na qual o enfermeiro ou o familiar/cuidador desempenha ações para colmatar as dificuldades que a pessoa apresenta no desempenho do seu autocuidado; (3) o sistema de apoio educativo – situação na qual a pessoa está capacitada para se autocuidar, necessitando somente de ensino, instrução e supervisão no seu autocuidado (Costa, 2023; Petronilho & Machado, 2017).

Assim, a *Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado*, assume-se como estruturante na prestação de cuidados do EEER uma vez que, perante a identificação das limitações de uma pessoa, a considera capaz de adquirir novas competências que facilitem o seu autocuidado (Ribeiro et al. 2021; Trindade et al., 2020).

Nesta perspectiva, um dos focos desta teoria é assistir a pessoa nas suas necessidades e promoção do autocuidado, motivo pelo qual Dorothea Orem defende que o EEER não pode assim substituir a pessoa, devendo ensinar, instruir e treiná-la através da utilização ou não de produtos de apoio, com o intuito de capacitar a pessoa para o autocuidado (Silva et al., 2019a; Trindade et al., 2020).

3.5.2 Teoria das transições de Afaf Meleis

O referencial teórico de Afaf Meleis, foi desenvolvido ao longo de quatro décadas e teve a sua gênese na observação de experiências vivenciadas pelos seres humanos e na forma como estes lidam com situações de mudança ou que impliquem alterações da sua vida. Assim, como conceito central da sua teoria intitulada *Teoria das Transições de Afaf Meleis*, surge o conceito de transição, que a autora defende como sendo um conceito basilar na Enfermagem (McEwen, 2016; Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010), uma transição é a passagem de um estado para outro, resultante da interação de uma ou mais pessoas com o ambiente, assumindo-se como um processo psicológico complexo de forma a permitir a adaptação da pessoa a um novo evento (Meleis, 2010; Silva et al., 2019a).

Nesta perspetiva, Meleis defende que uma pessoa pode, ao longo do seu ciclo de vida experienciar uma ou mais transições em simultâneo (Silva et al., 2019a).

Ao longo da sua pesquisa, Meleis categorizou as transições em quatro categorias: (1) de desenvolvimento - quando relacionadas com mudanças que surgem ao longo do ciclo de vida da pessoa, relacionada com o envelhecimento, como o nascimento, a adolescência, a menopausa, o envelhecimento e a morte; (2) situacionais - quando existe alteração de papéis previamente desempenhados); (3) saúde/ doença – quando existe a alteração de saudável para estado de doença); (4) organizacional – quando está relacionada com alterações ambientais, sociais ou políticas) (McEwen, 2016; Silva et al., 2019a).

Uma transição pode apresentar diferentes padrões. Podem ser simples ou múltiplas (dependendo se a pessoa experiêcia somente uma ou mais transições em simultâneo), sequenciais (quando ocorrem em intervalos temporais distintos ou em simultâneo), relacionadas ou não entre elas (Silva et al., 2019a).

Neste sentido, uma transição saudável está intimamente relacionada com os padrões de resposta de cada pessoa, que podem ser monitorizados através de indicadores de processo (o sentir-se ligado, interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança) e de indicadores de resultado (reformulação de uma nova identidade e mestria) (Meleis, 2010; Silva et al., 2019a).

Na perspetiva de Meleis, cabe ao Enfermeiro através da relação terapêutica entre enfermeiro/pessoa, ser capaz de identificar os elementos facilitadores e inibidores no processo de transição que está a ser vivenciado e posteriormente, deverá planear e executar “terapêuticas de enfermagem”, que sejam facilitadores em todo o processo de transição, tornando cada plano de intervenção único (Silva et al., 2019a, p.37).

As terapêuticas de enfermagem são assim as ações implementadas pelos enfermeiros junto da pessoa durante o período em que esta vivencia uma transição (Ribeiro et al., 2021).

O EEER enquanto detentor de conhecimentos diferenciados, assume um papel de destaque em todo o processo adaptativo da pessoa, família/ cuidador, devendo agir como elo facilitador durante o processo de adaptação aos novos papéis. Desta forma, para que esta transição aconteça de forma consciente e saudável, cabe ao EEER, através de uma responsabilidade partilhada com a pessoa, promover o desenvolvimento da mestria nos comportamentos e aquisição de novas competências para lidar com novas situações, (Silva et al., 2019a).

3.6 A Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho

Um programa de reabilitação por si só não é um processo linear e isolado, exclusivo à intervenção de um grupo profissional e por esse motivo para que o seu sucesso seja alcançado é exigida uma interdisciplinaridade entre os membros da equipe que prestam cuidados à pessoa, com o intuito de lhe proporcionar um programa de reabilitação adequado às suas necessidades (Calado, 2017, Pestana, 2023).

Na base do sucesso de um programa de reabilitação, está a necessidade inequívoca de uma continuidade de cuidados de saúde que muitas vezes fica comprometida pelo facto das pessoas continuarem a precisar de dispositivos ou meios para conseguirem aceder aos cuidados de saúde de que necessitam. Assim, segundo Pina & Baixinho (2020), citado por Nicolau (2021), é crucial a criação e implementação de programas de reabilitação individualizados e adaptados às necessidades da pessoa para que exista uma transição segura para o domicílio da pessoa no momento da alta (Nicolau, 2021).

Nesta perspetiva, a intervenção do EEER na capacitação com a pessoa submetida a ATJ deve ter início no período pré-operatório, com foco em instruir e capacitar a pessoa sobre os cuidados a ter, e estender-se ao longo de todo o período peri-operatório e na preparação para a alta, que deverá ser considerada desde o momento da admissão (Cruz, et al. 2021; da Silva et al., 2023; Dávila Castrodad et al., 2019; Moreira et al., 2020).

Deste modo, segundo Hesbeen (2001), citada por Ganito (2017), no caso particular da pessoa submetida a ATJ, no período pós-operatório ocorrem inúmeras mudanças na vida das pessoas, nomeadamente no que respeita a alterações na mobilidade condicionando a qualidade de vida das pessoas, o que exige ao EEER um papel importante na promoção de intervenções com foco na capacitação funcional da pessoa, mas também na prevenção de complicações e incapacidades com o intuito de garantir a satisfação da pessoa e da sua autoestima (Ganito, 2017).

Diferentes autores citados por Carreiras (2023), defendem que o plano de ER com a pessoa submetida a ATJ, deve ser realizado em três fases estipuladas de forma genérica (período pré-operatório, período pós-operatório e no domicílio) e que tem como finalidade o aumento da amplitude articular, melhoria do equilíbrio e da marcha e a promoção da independência no autocuidado (Carreiras, 2023).

Cabe assim ao EEER a avaliação e identificação dos problemas, a implementação de programas de reabilitação e a sua monitorização, fazendo os ajustes necessários de modo a dar resposta às necessidades identificadas, contribuindo dessa forma para uma continuidade de cuidados e para ganhos em saúde para a pessoa, sua família/cuidador e para os serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019b; Pestana, 2023).

No momento da alta, o EEER deve ser elo de ligação com a comunidade através da transmissão de informação para o EEER integrado na ECCL, permitindo através da continuidade do programa de reabilitação no domicílio contribuir para ganhos em saúde (Sousa & Carvalho, 2023).

Face ao exposto, sustentada na revisão bibliográfica realizada, foi elaborado um programa de cuidados de ER com o foco na capacitação com a pessoa submetida a ATJ, no que respeita ao

seu ganho de funcionalidade, que foi desenvolvido e aplicado na prática com as pessoas a quem prestei cuidados ao longo do estágio, no período de pré e pós-operatório até ao momento da sua alta clínica.

3.6.1 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no período pré-operatório

Como referido anteriormente, com o intuito de identificar precocemente as suas necessidades da pessoa, a intervenção do EEER junto da pessoa submetida a ATJ e da sua família/ cuidador, deverá começar o mais cedo possível (Flamínio, 2018; Sousa & Carvalho, 2023).

De acordo com recomendações internacionais, a implementação de programas de reabilitação no período pré-operatório com foco na pessoa submetida a ATJ e ao seu familiar/ cuidador, tem indiscutivelmente um impacto positivo na sua capacitação, funcionando como facilitador no processo de regresso ao domicílio (Cruz et al., 2021).

Barnes et al. (2018), citado por Carreiras (2023), conclui no seu estudo ainda que, para uma educação pré-operatória individualizada com sucesso, com resultados positivos, é importante existir o envolvimento dos profissionais envolvidos e a melhoria da sua comunicação e colaboração interprofissional (Carreiras, 2023).

Zhen et al. (2022) citado por Carreiras (2023), defende ainda que a implementação de um programa de reabilitação nesta fase, contribui para a diminuição das queixas álgicas, encurta o tempo do primeiro levante pós-operatório, capacita a pessoa e melhora o funcionamento articular contribuindo para aumento do nível de satisfação da pessoa (Carreiras, 2023).

Desta forma, a educação para a saúde no período pré-operatório, surge como fator decisivo na diminuição da ansiedade da pessoa e seu familiar/ cuidador, através da partilha de informações e esclarecimento das suas dúvidas, nomeadamente no que respeita à patologia, cuidados a ter no período pós-operatório e de exercícios e estratégias de alívio da dor nessa fase e ainda o ensino acerca da utilização de auxiliares de marcha (Carreiras, 2023; Sousa & Carvalho, 2023).

Sempre que possível, é importante que no período pré-operatório, o EEER realize o ensino,

instrução e treino acerca de exercícios musculares que deverão ser realizados na fase de pós-operatório, posicionamentos permitidos, técnica de transferência e técnica de se sentar/levantar, utilização de auxiliares de marcha em diferentes superfícies, subir/ descer escadas, e ainda acerca das vantagens da utilização de crioterapia (Cruz et al., 2021; Nicolau, 2021; Sousa & Carvalho, 2023). Devem ainda ser entregues à pessoa e ao seu familiar/cuidador informação adequada ao seu nível de escolaridade, como folhetos acerca da temática com o intuito de esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir.

De acordo com diferentes autores, um programa de reabilitação inclui ainda a Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e a Reeducação Funcional Motora (RFM), acerca das quais é fundamental que o EEER ensine, instrua e treine diferentes exercícios ajustados à situação clínica da pessoa (como por exemplo, a existência ou ausência de patologia cardio-respiratória), que serão determinantes para o êxito do programa de reabilitação instituído, contribuindo também para a redução da ansiedade da pessoa e ainda para o aumento da sua autoconfiança, conduzindo a menores tempos de internamento e de complicações (Flamínio, 2018; Nicolau, 2021).

Relativamente à RFR, esta integra exercícios como a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação costal, tosse dirigida e assistida. De acordo com diferentes autores, no período pós-operatório a RFR revela-se determinante na prevenção de complicações pós-anestésicas, para assegurar a permeabilidade das vias respiratórias, reeducar a pessoa relativamente ao esforço energético e conservação de energia, potenciando o desempenho dos músculos respiratórios (Cruz et al., 2021; Diz, 2021; Nicolau, 2021).

Por sua vez, a RFM integra exercícios isométricos (contração isométrica dos músculos abdominais, glúteos e quadricípites) e isotónicos (mobilizações ativas livres, assistidas ou resistidas do membro são; mobilizações ativas livres, assistidas ou ativas/resistidas do membro operado e mobilizações passivas do membro intervencionado através da utilização da tala dinâmica com amplitude inicial de 30º e aumento gradual) (Sousa & Carvalho, 2023).

Assim, a RFM assume-se também como muito importante nesta fase, pois é crucial o fortalecimento dos quadricípites e glúteos, responsáveis pela marcha e dos tricípites braquiais

importantes para a pessoa utilizar auxiliares de marcha (Sousa & Carvalho, 2023).

Nesta perspetiva, após a avaliação da pessoa e de acordo com as indicações médicas e adequado às necessidades individuais identificadas, deve ser elaborado e implementado um programa de ER, tendo em conta a sua estabilidade hemodinâmica, capacidade cognitiva, tolerância aos exercícios propostos e adesão da pessoa ao plano de ER proposto.

A avaliação inicial da pessoa, surge como o primeiro passo de todo o processo da elaboração de um plano de cuidados de ER individualizado para cada pessoa, e deve englobar dados obtidos através de uma observação subjetiva (que engloba a colheita de dados durante a entrevista e da consulta do processo clínico) e de uma observação objetiva que consiste na observação direta e no exame físico da pessoa (Flamínio, 2018).

A colheita de dados pode ser realizada pela consulta do processo clínico da pessoa, exames complementares de diagnóstico realizados e ainda durante a entrevista realizada com a pessoa e seu familiar/ cuidador. Consiste na recolha de dados como: antecedentes pessoais e familiares, terapêutica instituída, o estilo de vida da pessoa, capacidade funcional para a execução das AVD, condições socioeconómicas, familiares, profissionais e habitacionais (acessibilidade, presença de escadas) e ainda as expetativas existentes para o programa de reabilitação. É ainda nesta fase importante abordar a temática dos dispositivos de apoio para perceber acerca de quais a pessoa tem ou não conhecimento da sua existência e quais utiliza (Calado, 2017; Flamínio, 2018; Ganito, 2017).

Assim, esta primeira fase assume-se como fundamental em todo o processo pois é durante a qual o EEER consegue junto da pessoa identificar as suas necessidades e expetativas ao longo de todo o processo, para elaborar um programa de reabilitação individualizado às necessidades identificadas.

Posteriormente, a segunda fase é a realização de uma avaliação objetiva que engloba o exame objetivo e anamnese (Flamínio, 2018).

No exame objetivo, é fundamental que seja feita a inspeção e palpação do joelho e avaliado o seu alinhamento, presença ou ausência de crepitações, derrames, edema ou deformidades, amplitudes articulares, avaliação bilateral da sensibilidade, força e tónus muscular e ainda a

capacidade da pessoa em se sentar, levantar, e se manter em posição ortostática, desempenho na realização das AVD e as características da marcha (Flamínio, 2018; Ganito, 2017).

Em concordância com Hoeman (2011), citado por Flamínio (2018), toda a avaliação de sensibilidade, força e tónus muscular, bem como dos reflexos, devem ser realizadas no período pré-operatório e comparadas bilateralmente (Flamínio, 2018).

De acordo com Martins e Saraiva (2019), citado por Carreiras (2023), a marcha tem um papel muito importante na independência funcional da pessoa e todo o ciclo da marcha caracteriza-se por características particulares a este movimento em cada pessoa, nomeadamente, o comprimento da passada, velocidade, cadência e a amplitude de movimento. Por este motivo, aquando da avaliação da marcha deverá ainda ser avaliada a postura corporal da pessoa, ter-se em conta se a pessoa apresenta claudicação, assimetrias da coluna e pélvicas, comprimento da passada, velocidade da marcha (Carreiras, 2023; Ganito, 2017).

No caso de a pessoa utilizar dispositivos auxiliares de marcha, deve-se avaliar a sua forma de utilização e se existem alterações nos membros superiores e inferiores pela sua utilização (Calado, 2017).

Nesta perspetiva, considerando a realização de uma avaliação estruturada e norteada por objetivos claros e o seu respetivo registo, uma das competências basilares da ER, é da responsabilidade do EEER selecionar e utilizar instrumentos de avaliação com propriedades psicométricas no que respeita à sua validade, reprodutibilidade e responsividade. Isto é crucial para mensurar os ganhos obtidos em saúde, possibilitando posterior comparação e produção de resultados sensíveis aos cuidados de ER (Sousa et al., 2023).

Assim, para que seja realizada uma avaliação rigorosa da pessoa submetida a ATJ, deverão ser utilizados instrumentos e escalas validadas para população portuguesa como: a *Oxford Knee score* (KOS) (avaliação da qualidade de vida), o Índice de Barthel (avaliação das AVD), o Índice de Lawton & Brody (avaliação das AIVD), Escala de Berg ou Índice de Tinetti (avaliação do equilíbrio), o *Timed up and go test* (avaliação do desempenho físico), a goniometria (avaliação das amplitudes articulares), a escala *Medical Research Council modificada* (avaliação da força

muscular), *Escala de Quedas de Morse* (avaliação do risco de quedas), Escala de Borg modificada (avaliação da intolerância à atividade) e ainda a Medida de Independência Funcional (avaliação da funcionalidade) (Sousa & Carvalho, 2023).

De salientar ainda que, além da avaliação diferenciada do EEER, é fundamental a observação e análise de exames complementares de diagnóstico (por exemplo exames laboratoriais), e ainda avaliação sistemática de outros parâmetros como os cinco sinais vitais (tensão arterial, pulso, frequência respiratória, temperatura e dor), que quando alterados podem ser indicativos de alterações repentinas no estado clínico da pessoa (Calado, 2017).

O avanço tecnológico é uma realidade inequívoca num mundo em constante mudança razão que conduz a novos desafios na saúde aos quais os profissionais têm de conseguir dar resposta. É certo que em Portugal ainda não são todos os habitantes que têm literacia digital possuem dispositivos eletrónicos como smartphones ou computadores que permitam a utilização deste recurso na saúde, mas cada vez é mais comum a sua utilização pela população idosa (Araújo et al., 2021).

Surge assim o conceito de saúde digital ou E-saúde, que se refere à prestação de cuidados de saúde à população, suportados na utilização de novas tecnologias de informação e comunicação. Este conceito já está em uso no nosso país e permite às pessoas que integram o programa, um cuidado mais individualizado através do seu envolvimento no processo, e ainda permite derrubar barreiras geográficas existentes, com pequeno impacto no seu quotidiano dos intervenientes (Araújo et al., 2021).

Desta forma, de acordo com diferentes autores, o conceito de saúde digital integra a telemedicina e a telerreabilitação, através do uso de tecnologias inovadoras na área da saúde assumindo-se como uma premissa essencial na transformação do Sistema de Saúde em Portugal (Araújo et al., 2021).

A telerreabilitação revela-se assim, como uma mais-valia nos cuidados de ER uma vez que a sua utilização permite uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, através de um acompanhamento mais estruturado e da redução do tempo de internamento, funcionando como facilitador da transição no processo saúde-doença (Araújo et al., 2021), contribuindo

ainda a longo prazo para a diminuição dos gastos em saúde (Dávila Castrodad et al., 2019).

No caso específico da pessoa submetida a ATJ, a integração da telerreabilitação nos cuidados tem crescido na última década sustentada em literatura científica que corrobora as vantagens da sua utilização (Dávila Castrodad et al., 2019).

Atualmente, já existem programas de telereabilitação implementados a nível mundial e nacional, que comprovam os seus benefícios face ao seu custo, uma vez que implica que as pessoas no seu domicílio tenham dispositivos que permitam esta modalidade terapêutica (Araújo et al., 2021; Dávila Castrodad et al., 2019).

Em 2021, em Portugal, foi realizado um estudo por Araújo et al, que comprovou os benefícios da utilização da telerreabilitação com pessoas submetidas a ATJ em todo o período perioperatório uma vez que a população-alvo do estudo tem poucas acessibilidades geográficas (Araújo et al., 2021).

Apesar dos benefícios identificados, o uso das novas tecnologias em saúde, nomeadamente da telerreabilitação, emerge como um desafio para a Enfermagem, em particular para os EEER, uma vez que a sua arte de cuidar e reabilitar se baseia muito na observação, no toque físico e no apoio dado à pessoa que fica assim dificultado e não deve substituir de todo os cuidados prestados presencialmente. Assim, este desafio deve ser encarado como o início de um novo paradigma da saúde, pautado pela destruição de barreiras e preconceitos com o intuito de atingir a universalidade dos cuidados (Araújo et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Segundo Araújo et al. (2021), a ER deverá assim se reinventar num novo rumo tecnológico para estar na vanguarda da prestação de cuidados (Araújo et al., 2021).

3.6.2 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no período pós-operatório

De acordo com a literatura, no período pós-operatório, finalidade da implementação de um programa de reabilitação com a pessoa submtida a ATJ, é a diminuição da dor, aumento da amplitude articular do joelho e melhoria da capacidade funcional da pessoa, com impacto

direto na sua qualidade de vida (Calado, 2017; Carreiras, 2023; Flamínio, 2018; Sousa & Carvalho, 2023).

A nível mundial tem sido desenvolvido o conceito de *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), que visa a padronização de atuação no período perioperatório com foco na melhoria dos resultados obtidos. Este conceito tem sido desenvolvido em diferentes áreas cirúrgicas, sobretudo na área de Ortopedia, pois a sua aplicação promove uma recuperação mais célere e eficaz da pessoa submetida a ATJ e ainda reduz a mortalidade, a incidência de complicações e o período de internamento (Changjun et al., 2023).

Segundo as diretrizes do ERAS, é recomendada a mobilização pós-operatória precoce com resultados positivos documentados em diferentes países. São vários os benefícios documentados por diferentes autores, relacionados com a mobilização precoce após ATJ com elevado nível de evidência. De acordo com estudos realizados, está documentado que, comparativamente a um início tardio do programa de reabilitação às 48 ou 72 horas pós-cirúrgicas, quando o programa de reabilitação é iniciado nas primeiras 24 horas após a cirurgia, existe: diminuição do risco de tromboembolismos, diminuição da duração de internamento e do número de sessões de reabilitação necessárias à recuperação da pessoa, existindo ainda ganhos a nível da força muscular e amplitude articular, melhoria do equilíbrio e da marcha, com reflexo na sua independência funcional (Changjun et al., 2023; Lei et al., 2021; Lourenço et al., 2021; Vigia et al., 2023; Sousa & Carvalho, 2023).

Para além dos benefícios referidos anteriormente em estudos desenvolvidos com população ocidental, Lei et al. (2021) no seu estudo desenvolvido com a população asiática, conclui que associado à mobilização precoce está a diminuição dos casos de infeções respiratórias, referindo ainda que o controlo algico e melhoria da amplitude articular são fatores de satisfação entre as pessoas submetidas a ATJ (Lei et al., 2021)

Nesta perspetiva, no primeiro dia pós-operatório, é crucial que a intervenção do EEER seja precoce e que seja realizada, não somente a vigilância hemodinâmica da pessoa, avaliação dos sinais vitais e o controlo de compromisso neurocirculatório, mas também que seja aplicado crioterapia pelo período de vinte minutos de duas em duas horas, para gestão da dor e diminuição do edema (Cruz et al., 2021; Moreira et al., 2020; Sousa & Carvalho, 2023).

A crioterapia (aplicação de gelo), surge como fator importante na recuperação da pessoa uma vez que, quando utilizada, através da sua ação direta nas terminações nervosas promove a diminuição da dor e tem ainda um efeito vasoconstritor que contribui para a diminuição do risco de hemorragia, da hiperemia e edema (Jette et al., 2020; Sousa & Carvalho, 2023).

Outros recursos que podem ser utilizados pelo EEER nesta fase, são a massagem terapêutica, que promove a circulação sanguínea e linfática, produzindo na pessoa uma sensação de bem-estar e relaxamento favoráveis ao processo de reabilitação (Flamínio, 2018) e a estimulação elétrica neuromuscular, que melhora a capacidade de contratilidade isométrica dos músculos quadricípites e isquiotibiais (Jette et al., 2020)

Relativamente ao fortalecimento muscular é um aspeto que tem de ser considerado nas pessoas submetidas a ATJ, uma vez que está comprovado que aliado ao seu processo de envelhecimento, a força muscular apresenta uma diminuição de pelo menos 24% comparativamente ao lado contralateral (Dávila Castrodad et al., 2019).

Desta forma, segundo diferentes autores, é crucial a implementação de um programa de reabilitação de alta intensidade para colmatar estas diferenças, apostando para isso em exercício de alta velocidade que influencia diretamente a capacidade funcional (Berg et al., 2019; Dávila Castrodad et al., 2019).

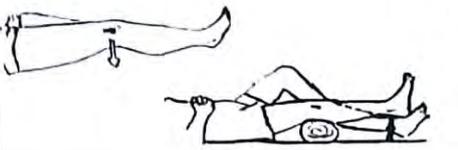
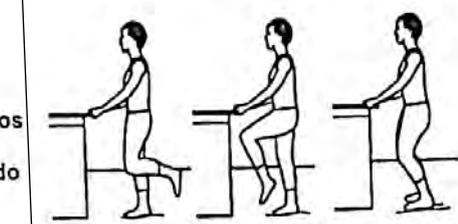
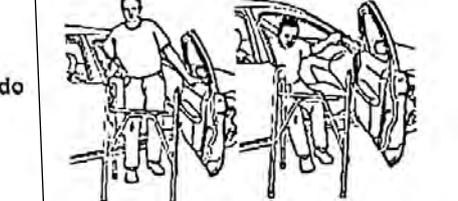
A intervenção do EEER no período pós-operatório, deve começar com exercícios realizados no leito, avançando gradualmente para exercícios na posição de pé, treino da utilização de auxiliares de marcha e o treino de AVD, sempre conforme a tolerância da pessoa (Sousa & Carvalho, 2023).

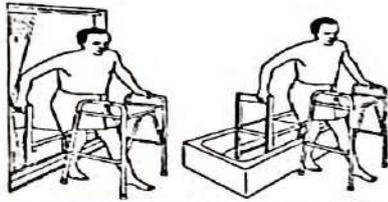
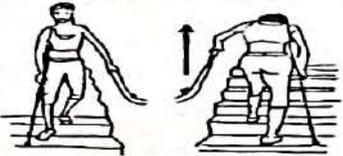
Zimmerman (2008), refere que o treino das AVD deve ser adaptado à individualidade de cada pessoa e aos recursos existentes no seu domicílio, sendo um parâmetro basilar a ter em conta num programa de reabilitação, pois é através do ensino, treino e instrução que o EEER consegue capacitar a pessoa, através do uso de dispositivos auxiliares de apoio, maximizando assim a sua independência funcional (Flamínio, 2018).

Desta forma, é nesta fase, que para além dos exercícios de RFR e RFM, anteriormente referidos no período de pré-operatório, cabe ao EEER ensinar, instruir e treinar a pessoa

submetida a ATJ acerca de como deverá se sentar/levantar da cadeira, sair da cama, tomar banho, utilizar o sanitário, treino de marcha com auxiliares de marcha (andarilho e canadianas), treino de escadas (subir/descer), exercícios de mobilização do joelho, como representado sumariamente no quadro 1 (Sousa & Carvalho, 2023).

Quadro 1 – Descrição e ilustração de intervenção educacional com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho no período de pós-operatório. Fonte: Sousa & Carvalho, 2023.

ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
Contrações isométricas dos glúteos e quadríceps		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar as contrações isométricas empurrando o membro contra o colchão • Realizar as contrações com um rolo ou bola • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia
Mobilização da articulação tibiotársica		<ul style="list-style-type: none"> • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia.
Levante da cama		<ul style="list-style-type: none"> • Sair pelo lado do membro intervencionado. • Sentar na cama, apoiado nos antebraços sem fletir o tronco, com o membro intervencionado em extensão. • Fletir o membro sã, rodar até tocar no chão.
Sentar e levantar da cadeira		<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o membro intervencionado em extensão, antes de se sentar. • Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores nos braços da cadeira. • Para se levantar, proceder de forma inversa.
Exercícios ativos do joelho intervencionado		<ul style="list-style-type: none"> • Junto a uma cadeira, pés da cama ou móvel (dispositivos de apoio). • Realizar exercícios com o MI intervencionado de flexão do joelho e flexão da coxofemoral. • Realizar agachamentos. • Fazer duas séries de oito a 10 repetições, três a quatro vezes por dia.
Entrar e sair do carro		<ul style="list-style-type: none"> • Sentar-se com os membros inferiores de fora. • Rodar os membros inferiores dentro. • Membro intervencionado em extensão. • Para sair, fazer o inverso.

<p>Uso do base de chuveiro / Banheira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar se possível base de chuveiro em vez da banheira. • Utilizar barras de apoio. • Tomar banho sentado. (Utilizar cadeira de banho / tabua de banho (banheira)). • Para entrar e sair da cadeira de banho ou tabua: primeiro entra o membro são e depois sai com o membro intervencionado em extensão.
<p>Uso do sanitário</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o alteador de sanita. • Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. • Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores. • Para se levantar, proceder de forma inversa.
<p>Treino de marcha com andarilho ou canadianas</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Avançar o andarilho ou as duas canadianas. • Deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas ou andarilho. • Avançar o membro inferior são. • Mudar de direcção virando-se sobre o lado são.
<p>Treino de subir e descer escadas</p>		<p>Subir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membro inferior são. • Membro inferior intervencionado. • Colocar as canadianas no degrau onde se encontram os pés. • Descer, fazer o inverso.
<p>Exercícios na cadeira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quando sentado pode mobilizar o MI intervencionado com ajuda do MI são. • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia.

O treino de equilíbrio também se revela muito importante no período pós-operatório imediato, pois através da sua integração no programa de ER, pode ajudar a diminuir o risco de queda da pessoa (Dávila Castrodad et al., 2019).

Por sua vez, a tala dinâmica ou artromotor, é descrita por Lesh (2005), citado por Sousa e Carvalho (2023), como um dispositivo mecânico que permite a realização de mobilizações passivas contínuas, que quando utilizado no período pós-operatório, contribui na prevenção da rigidez articular e promove não só a cicatrização da cartilagem e dos ligamentos como também a reabsorção do hematoma, a melhoria da circulação sanguínea e linfática e previne a ocorrência de tromboembolismos (Sousa & Carvalho, 2023).

Contudo, a sua utilização do artromotor nesta fase, não é consensual entre autores uma vez que se por um lado alguns estudos comprovam a sua eficácia na melhoria da flexão do joelho, há outros estudos que não revelam diferenças pela sua utilização (Dávila Castrodad et al., 2019).

Por sua vez, Huber & Wells (2009) e Denis et al (2006), também documentam atrasos na cicatrização, contracturas no movimento de flexão, que condicionam o processo de flexão

articular do joelho, não tendo assim a sua utilização qualquer impacto positivo na capacitação da pessoa ou diminuição do tempo de internamento (Flamínio, 2018).

Atualmente, existem diferentes protocolos acerca da utilização da tala dinâmica, os quais defendem a sua utilização inicial nas primeiras 24 horas pós cirúrgicas, com 30º de angulação, ou nas 48 horas com angulação de 60º, adequado à tolerância da pessoa (Sousa & Carvalho, 2023). Contudo, é documentado inicialmente por Dennis et al (2006) num ensaio clínico randomizado com três grupos, e mais tarde por Chen et al. (2013), que a mobilização passiva continua utilizada de forma rotineira, não é benéfica neste processo de reabilitação uma vez que não há evidências dos seus benefícios adicionais no que confere à flexão do joelho, melhoria da funcionalidade ou diminuição do tempo de internamento (Ganito, 2017; Sousa & Carvalho, 2023).

Desta forma, aliado ao seu elevado custo económico e à falta de evidência consensual dos benefícios na sua utilização, a utilização a tala dinâmica pode não ser justificada (Dávila Castrodad et al., 2019).

Berg et al (2019) concluem em seu estudo que, ao longo de todo o processo, desde a decisão de intervenção cirúrgica até ao momento de recuperação após a alta clínica, um fator decisivo para o sucesso, é a abordagem centrada na pessoa, que se traduz em melhores resultados, ganhos funcionais e maior nível de satisfação da pessoa (Berg et al., 2019; Chang et al., 2022).

No momento da alta clínica, é por isso crucial que exista uma continuidade dos cuidados prestados, devendo para isso existir uma passagem de informação acerca de todo o programa de reabilitação realizado. Assim sendo, o EEER assume mais uma vez um papel decisivo no sucesso da capacitação da pessoa submetida a ATJ, uma vez que, para além de delinear em conjunto com a pessoa e seu familiar/cuidador, estratégias adaptativas aos novos papéis, com foco na sua capacitação para o autocuidado, melhoria da funcionalidade e adaptabilidade, deve ainda ser elemento facilitador numa transição segura para o domicílio (Cruz et al., 2021).

Deste modo, é imperativo que o EEER faça a referenciação da pessoa a quem prestou cuidados em contexto hospitalar, para o EEER da comunidade (EEER da ECCI), transmitindo informação acerca do programa de reabilitação realizado em meio hospitalar, ganhos obtidos e ensinamentos realizados, para posteriormente, o EEER da comunidade, após a sua avaliação, delinear um

programa de ER individualizado para dar continuidade ao processo de reabilitação (Sousa & Carvalho, 2023).

É assim claro que o EEER desempenha um papel decisivo em todo o processo adaptativo de transição saúde-doença, uma vez que é através da intervenção do EEER com a pessoa, nos focos de conhecimento e aprendizagem de capacidades, que é promovido o seu empoderamento, uma tomada de decisão informada e a passagem à ação, com o intuito que a pessoa e família desenvolvam mestria e capacidades adaptativas a novas situações que possam surgir (Sousa et al., 2020).

Nesta perspetiva, como referido anteriormente, para que existam ganhos com a pessoa, após a implementação de um programa de reabilitação é fundamental que este seja elaborado de forma individualizada de acordo com as necessidades individuais identificadas (Sousa & Carvalho, 2023).

Na atualidade existem inúmeras modalidades de reabilitação com foco na pessoa submetida a ATJ, contudo, não existe um consenso entre autores acerca da sua intensidade e duração, e conseqüentemente ainda não existem práticas baseadas na evidência (Dávila Castrodad et al., 2019).

No mesmo estudo, conclui-se que se por um lado, a utilização do artromotor e a reabilitação hospitalar podem não trazer benefícios adicionais à pessoa submetida a ATJ ou aos sistemas de saúde, a reabilitação precoce, telerreabilitação, reabilitação em ambulatório com exercícios de alta intensidade e velocidade podem ser determinantes em todo o processo (Dávila Castrodad et al., 2019).

Por sua vez, para que exista uma padronização e sistematização dos cuidados de ER prestados que permitam a sua continuidade, torna-se crucial sustentar e documentar a nossa prática na melhor evidência existente. Assim, compete ao EEER conceber, implementar e monitorizar os cuidados de ER individualizados às necessidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Nesta perspetiva, durante o estágio constatei que não existia definido no serviço um protocolo de intervenção de ER com a pessoa submetida a ATJ, sendo que os EEER prestavam os

cuidados sustentados na sua prática clínica diária. Desta forma, senti a necessidade de elaborar uma proposta de programa de cuidados de ER, com o foco na capacitação com a pessoa submetida a ATJ, no que respeita ao seu ganho de funcionalidade, representada no quadro 2 e no quadro 3.

A sua elaboração foi sustentada na revisão bibliográfica realizada e suportada pela evidência obtida, tendo sido o mesmo aplicado na prática junto de pessoas a quem prestei cuidados ao longo do estágio, no período de pré-operatório e pós-operatório até ao momento da sua alta clínica, sob a supervisão de um EEER.

Quadro 2 – Proposta de programa de ER com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho no período pré-operatório. Fonte: a própria.

Período Pré-operatório
<ol style="list-style-type: none">1. Acolhimento ao serviço2. Avaliação da pessoa e colheita de dados:<ul style="list-style-type: none">➤ Dados pessoais e situação socioeconómicas, apoios sociais e condições habitacionais;➤ Escalas/ instrumentos avaliação: escala numérica da dor; <i>Oxford Knee score</i> (KOS) (avaliação da qualidade de vida), o Índice de Barthel (avaliação das AVD), o Índice de Lawton & Brody (avaliação das AIVD), Escala de Berg ou Índice de Tinetti (avaliação do equilíbrio), o <i>Timed up and go test</i> (avaliação do desempenho físico), a goniometria (avaliação das amplitudes articulares), a escala <i>Medical Research Council modificada</i> (avaliação da força muscular), <i>Escala de Quedas de Morse</i> (avaliação do risco de quedas), Escala de Borg modificada (avaliação da intolerância à atividade) e ainda a Medida de Independência Funcional (avaliação da funcionalidade).3. Exame objetivo:

- Observação e palpação do joelho (alinhamento do joelho, tónus muscular, temperatura do joelho, presença de crepitações, derrame, edema localizado ou generalizado, equimoses, deformidades e alterações dinâmicas);
 - Características da marcha (postura, comprimento do passo, velocidade);
 - Capacidade de sentar/levantar;
 - Mobilidade articular (movimentos ativos/passivos e amplitude articular em flexão/extensão/rotação medial/lateral do joelho)
4. Avaliação do conhecimento da pessoa acerca da patologia e cuidados a ter na fase de pré-operatório e na fase de pós-operatório:
- Instruir acerca de período peri-operatório
 - Validar os conhecimentos adquiridos
 - Entregar folhetos informativos acerca de ATJ e risco de quedas em contexto de domicílio existentes no serviço (Anexos I e II)
5. Ensinar, instruir e treinar a pessoa acerca do processo de reabilitação:
- Instruir sobre complicações possíveis no processo de reabilitação (rigidez articular é o mais frequente e compromete funcionalidade);
 - Ensinar acerca de prevenção de complicações na fase de pós-operatório (importância da pessoa quando estiver em repouso manter o joelho operado posicionado em extensão completa para evitar rigidez articular; alertar a pessoa para o risco de aumento de peso corporal e da prática de atividades desportivas de impacto na articulação do joelho);
6. Incentivar na adesão ao processo de reabilitação.
7. Ensinar, instruir e treinar exercícios de RFR:
- Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;
 - Ensino da respiração abdomino-diafragmática;
 - Ensino tosse dirigida e assistida;
 - Em caso de patologia respiratória: fazer ensino dirigido.
8. Ensinar, instruir e treinar acerca de posicionamentos permitidos
9. Ensinar, instruir e treinar **exercícios isométricos** (contrações isométricas dos músculos abdominais, glúteos e quadricípites)

10. Ensinar, instruir e treinar **exercícios isotônicos** (movimento de flexão/extensão do joelho e dorsiflexão/ flexão palmar da articulação tibiotársica)

11. Ensinar, instruir e treinar acerca da utilização de auxiliares de marcha

12. Ensinar, instruir e treinar subir/descer escadas com auxiliares de marcha

13. Ensinar, instruir e treinar **exercícios isométricos**

- **Fortalecimento dos músculos flexores do joelho:**

* pessoa deitada em decúbito dorsal flete ligeiramente o joelho e faz força com o calcanhar contra superfície e mantém 10 segundos, sem efetuar movimento – 3 séries de 10 repetições;

* pessoa sentada – o EEER apoia o joelho no movimento de extensão. De seguida o EEER coloca a mão no pé da pessoa apoiando o calcanhar e de forma a evitar o movimento, e coloca a outra mão no joelho enquanto a pessoa faz movimento de flexão do joelho, o EEER faz resistência contrária – 3 séries de 10 repetições.

- **Fortalecimento dos músculos extensores do joelho:**

* pessoa deitada em decúbito dorsal faz força com a região popliteia contra a superfície da cama e para potenciar contração isométrica realiza dorsiflexão do pé e mantém 10 segundos, 3 séries de 10 repetições;

* pessoa deitada em decúbito dorsal eleva o membro inferior com o joelho em extensão faz força com a região popliteia contra a superfície da cama e para potenciar contração isométrica realiza dorsiflexão do pé e mantém 10 segundos – 3 séries de 10 repetições;

* pessoa deitada em decúbito dorsal com o membro inferior com o joelho em extensão realiza flexão plantar da articulação tibiotársica e mantém 10 segundos, 3 séries de 10 repetições;

* pessoa sentada eleva o membro inferior com o joelho em extensão com a ajuda do EEER. O EEER coloca uma mão na face anterior da coxa, evitando o movimento e a outra mão segura o membro inferior enquanto a pessoa faz extensão do membro, o EEER faz resistência contrária evitando o movimento, durante 10 segundos – 3 séries de 10 repetições.

14. Ensinar, instruir e treinar **exercícios isotônicos**

- **Exercícios musculares e articulares (exercícios passivos)**

* mobilização passiva da articulação do joelho (flexão/extensão)

* mobilização passiva da rótula (o EEER, utilizando o polegar e o indicador mobiliza a rótula da pessoa no sentido cefalo-caudal e latero-medial)

- Exercícios musculares e articulares (exercícios ativos-assistidos)

* pessoa deitada em decúbito dorsal flete o joelho, conforme tolerância e o EEER completa amplitude do movimento apoiando a articulação do joelho, 3 séries de 10 repetições;

* pessoa deitada em decúbito dorsal faz a extensão do joelho, conforme tolerância e o EEER completa amplitude do movimento apoiando a articulação do joelho, 3 séries de 10 repetições;

- Exercícios musculares e articulares (exercícios ativos-resistidos)

- Fortalecimento dos músculos flexores do joelho:

* pessoa deitada em decúbito dorsal, a pessoa faz extensão do joelho com ajuda do EEER e posteriormente faz flexão do joelho. De seguida, o EEER faz resistência contrária evitando o movimento, 3 séries de 10 repetições;

* pessoa sentada faz a extensão do joelho, com ajuda do EEER. O EEER coloca uma mão na face anterior da coxa, evitando o movimento e a outra mão segura o membro inferior enquanto a pessoa faz extensão do membro, o EEER faz resistência contrária ao movimento, 3 séries de 10 repetições;

- Fortalecimento dos músculos extensores do joelho:

* pessoa deitada em decúbito dorsal, a pessoa faz ligeira flexão do joelho - o EEER coloca uma mão sob o joelho da pessoa e com a outra realiza resistência contrária ao movimento de extensão do joelho, 3 séries de 10 repetições;

* pessoa sentada faz a extensão do joelho, com ajuda do EEER. O EEER coloca uma mão na face anterior da coxa, evitando o movimento e a outra mão segura o membro inferior enquanto a pessoa faz extensão do joelho, o EEER faz resistência contrária ao movimento, 3 séries de 10 repetições]

15. Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares ativos

Exercícios ativos:

- Exercícios musculares e articulares (exercícios passivos)

* pessoa deitada em decúbito dorsal realiza flexão e extensão do joelho, conforme tolerância, 3 séries de 10 repetições;

* pessoa deitada em decúbito lateral, mantendo a extensão do joelho, levanta e baixa o membro inferior operado conforme tolerância, 3 séries de 10 repetições;

* pessoa sentada realiza movimento de flexão/ extensão do joelho (a pessoa pode utilizar o membro inferior sã para ajudar a realização do movimento), 3 séries de 10 repetições;

* pessoa em pé realiza movimento de flexão/ extensão do joelho (com e sem realizar o movimento de flexão/ extensão da anca), 3 séries de 10 repetições.]

Treinar técnicas de exercício muscular e articular [exercícios isométricos, exercícios isotônicos e exercícios ativos].

16. Ensinar sobre:

- Posicionamentos permitidos (transferências e posicionamento no leito/ cadeira)
- Treino de marcha com auxiliar de marcha (andarilho e canadianas)
- Treino de escadas (subir/descer)
- Importância da crioterapia

Quadro 3 – Proposta de programa de ER com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho no período pós-operatório. Fonte: a própria.

Período Pós-operatório	
1º dia pós-operatório (24 horas após cirurgia)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da pessoa (escalas, goniometria...) ➤ Crioterapia - 20 minutos, 4-5 x dia ➤ Colocar meias de contensão elástica ➤ Realizar RFR (Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; Ensino da respiração abdomino-diafragmática; Ensino tosse dirigida e assistida; em caso de patologia respiratória: fazer ensino dirigido.) ➤ Realizar RFM (de acordo com indicação médica – exercícios isométricos e isotônicos) - Mobilizações ativas assistidas no leito (ensino, instrução e treino)

	<ul style="list-style-type: none"> * contrações isométricas dos abdominais, glúteos, quadricípites, isquiotibiais – 10 segundos/ 10 repetições 2xdia - 1º levante com andarilho (salvo contraindicação médica, ver valor de Hemoglobina) - Instrução e treino de marcha com andarilho no quarto - Instrução e treino de transferências cama/ cadeirão e vice-versa - Instrução e treino de AVD ➤ Reforçar ensino sobre risco de quedas em contexto de domicílio e sobre posicionamentos permitidos e proibidos ➤ Entrega de folhetos explicativos (do serviço)
<p>2º dia pós-operatório (48 horas após cirurgia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da pessoa (escalas, goniometria...) ➤ Crioterapia - 20 minutos, 4-5 x dia ➤ Manter meias de contensão elástica ➤ Realizar RFR ➤ Realizar RFM (de acordo com indicação médica – exercícios isométricos e isotônicos) - Levante - Instrução e treino de marcha com canadianas no quarto e corredor - Treino de transferências cama/ cadeirão e vice-versa - Treino de AVD ➤ Reforçar ensino sobre risco de quedas em contexto de domicílio e sobre posicionamentos permitidos e proibidos
<p>3º dia pós-operatório (72 horas após cirurgia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da pessoa (escalas, goniometria...) ➤ Crioterapia - 20 minutos, 4-5 x dia ➤ Manter meias de contensão elástica ➤ Realizar RFR ➤ Realizar RFM (de acordo com indicação médica) - Levante - Treino de marcha com canadianas no corredor

	<ul style="list-style-type: none">- Treino de escadas (subir/descer)- Treino de transferências cama/ cadeirão e vice-versa- Treino de AVD
4º dia pós-operatório (96 horas após cirurgia)	<ul style="list-style-type: none">➤ Avaliação da pessoa (escalas, goniometria...)➤ Crioterapia - 20 minutos, 4-5 x dia➤ Manter meias de contenção elástica➤ Realizar RFR➤ Realizar RFM (de acordo com indicação médica)- Levante- Treino de marcha com canadianas- Treino de escadas (subir/descer)- Treino de transferências cama/ cadeirão e vice-versa- Treino de AVD

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Ao longo da história da humanidade, têm surgido inúmeros desafios relacionados com a área da saúde-doença, que naturalmente implicam um aumento da complexidade dos cuidados prestados e de forma inerente exigem a evolução da disciplina de Enfermagem como ciência para dar resposta às necessidades identificadas nos diferentes contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Segundo Silva & Silva (2016), enquanto estudantes de enfermagem em processo formativo, o processo de aprendizagem não pode de todo ser circunscrito à fase de formação teórica, uma vez que é pela prática em contexto real que são desenvolvidas as competências do estudante (Silva & Silva, 2016).

Segundo Cantante et al. (2020), o exercício das competências do enfermeiro está fundamentado não somente na relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa/grupo, mas também na tomada de decisão inerente que deve ser sustentada em evidência científica, na deteção precoce dos diagnósticos, no juízo clínico fundamentado nas necessidades individuais ou de grupo identificadas e no respeito pelo regulamento e deontologia profissional que rege a boa prática (Cantante et al., 2020).

Nesta perspetiva, Mendonça (2021), afirma ainda que o raciocínio clínico é um pilar no exercício profissional do Enfermeiro, que quando desenvolvido de forma correta traz benefícios para a pessoa cuidada (Mendonça, 2021).

Assim, é crucial que os enfermeiros sejam profissionais dotados de um pensamento crítico e reflexivo acerca da sua prática, nomeadamente no que se refere ao seu juízo clínico e tomada de decisão. É ainda fundamental que invistam na sua formação contínua e no desenvolvimento das suas competências (Mártires et al., 2019; Mendonça, 2021).

A definição de pensamento crítico não é unânime entre os diferentes autores, contudo é consensual que é um processo complexo, que exige tempo e que aumenta com a experiência profissional, estando por isso na base de um julgamento preciso e disciplinado, necessário aquando da elaboração do processo de enfermagem (Mártires et al., 2019).

Enquanto estudantes de enfermagem em processo formativo, é fundamental o

desenvolvimento desta competência para melhoria dos cuidados prestados, sustentados na melhor evidencia existente, contribuindo para o seu sucesso e evolução pessoal e profissional (Mártires et al., 2019).

Desta forma, sendo o processo de aprendizagem contínuo e evolutivo, é crucial que o enfermeiro procure estar sempre atualizado, através de um investimento pessoal na sua formação contínua e especializada, com o intuito de desenvolver as suas competências profissionais e de o capacitar de conhecimentos diferenciados para dar resposta em diferentes contextos de prestação de cuidados (Mártires et al., 2019).

Nesta perspetiva neste capítulo, é realizada uma análise crítico-reflexiva acerca do meu percurso formativo ao longo do curso de mestrado em ER, sustentada nas competências de EE e EEER padronizadas pela OE e nas competências de mestre, contextualizando a sua aquisição ao longo do mesmo.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No *Regulamento das Competências Comuns do EE* (2019a), é definido que o EE é o profissional a quem é reconhecido competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem diferenciados em todos os contextos de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Segundo o mesmo documento, as competências comuns do EE compreendem quatro domínios: “a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, sendo assim o EE dotado de conhecimentos e capacidades necessárias à prática de uma enfermagem avançada (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

As competências a desenvolver no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, dizem respeito ao desenvolvimento de uma prática profissional especializada de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (competência A1) e a uma prática de cuidados que respeitam os direitos humanos as responsabilidades profissionais (competência A2) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Assim sendo, faz parte deste domínio, o meu processo de tomada de decisão, que está inerente aos cuidados prestados e é sustentado e norteado pelos princípios éticos e deontológicos da profissão respeitando a sua *legis artis*, documentada pelo *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.

De acordo com *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* (2018), a tomada de decisão do EEER é feita após a identificação das necessidades no âmbito da funcionalidade, da pessoa ou grupo-alvo dos seus cuidados, com posterior elaboração, implementação e monitorização de um plano de cuidados de ER individualizado (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No decurso do estágio, em todos os contextos de atuação, todos os cuidados por mim prestados, foram alicerçados nos cinco pilares éticos da profissão “a beneficência, a não maleficência, a justiça, o respeito pela autonomia e a vulnerabilidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) e tiveram como foco o respeito pelos direitos humanos e a dignidade humana, através do cuidar da pessoa, familiar/ cuidador, no que diz respeito à sua singularidade, valores e crenças espirituais através da promoção da sua privacidade e segurança.

De salientar que, aquando da elaboração do plano de intervenção de ER individualizado, a pessoa e seu familiar/ cuidador, foram sempre incluídos no processo de tomada de decisão, com o objetivo de os envolver como parceiros de cuidados. Desta forma, foi tido em conta o seu grau de motivação e o seu direito de opção, em aceitar ou recusar o plano de reabilitação, obtido o seu consentimento para a sua implementação e ajustada a minha intervenção sempre que necessário.

No que diz respeito aos relatos de caso elaborados em estágio intitulados “*Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico*” (Apêndice I), e “*Capacitação com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso*” (Apêndice II), foi dado aos participantes a informação adequada ao seu nível de literacia, tendo sido validado com ambos a compreensão da informação transmitida. Foi explicado que durante a realização do estudo de caso, enquanto participantes

voluntários do estudo em questão, têm o direito de poder desistir em qualquer fase do mesmo, sendo assim respeitada a sua liberdade de escolha e a sua dignidade (Deodato, 2022). De salientar que, no início do processo obteve-se por escrito o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes conforme a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, zelando sempre pelo seu anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Em relação ao **domínio da melhoria contínua da qualidade**, está intrínseca a necessidade permanente de atualização de conhecimentos técnico-científicos, com intuito de alcançar a excelência profissional que deve ser encarada como um percurso de procura constante com foco na capacitação e mestria profissional através do desenvolvimento das suas competências individuais (Marques-Vieira & Gonçalves 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Assim, com foco na excelência de cuidados e no desenvolvimento de uma prática informada na mais recente evidência disponível, foram inúmeros os caminhos por mim utilizados. Deste processo destaco a pesquisa bibliográfica dirigida aos temas em estudo, as conversas informais com enfermeiros da equipa, com o enfermeiro supervisor e com os orientadores de estágio, os momentos de passagem de turno e as reuniões multidisciplinares. Estes momentos de partilha de conhecimento, pautados por uma boa comunicação entre todos os intervenientes, revelaram-se de extrema importância pois permitiram-me delinear e reajustar os planos de ER, de acordo com as necessidades identificadas, estando desta forma envolvida na tomada de decisão referente à pessoa alvo dos meus cuidados. Desta forma, como descrito por Silva et al. (2023), é através de uma comunicação eficaz entre elementos da equipa multidisciplinar que é assegurada a segurança e bem-estar da pessoa ou grupo a quem prestamos cuidados.

A este domínio estão assim inerentes os *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*: “satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional, a reeducação funcional, estigma e exclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.8).

Nesta perspetiva, o EE enquanto profissional dotado de conhecimentos diferenciados e competências acrescidas, tem a responsabilidade de ser um elemento dinamizador dentro da

sua equipa (competência B1), promover um ambiente terapêutico seguro (competência B3), e ainda participar em programas de melhoria contínua (competência B2) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

É ainda da responsabilidade do EEER, produzir e gerir a informação acerca dos cuidados de ER prestados, devendo esta documentação ser realizada de forma correta e precisa constando da mesma o processo de tomada de decisão inerente, uma vez que todo o processo tem influência direta ou indireta não só na qualidade dos cuidados prestados, mas também nos resultados obtidos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Pode assim afirmar-se que, os registos da intervenção do EE têm um papel muito importante, devendo ser rigorosos de modo a possibilitar a sua análise e monitorização contínua dos cuidados, para posteriormente facilitar a recolha dos dados e criar evidência, contribuindo assim para a melhoria e continuidade dos cuidados prestados.

Uma das necessidades por mim sentidas ao longo dos estágios, prendeu-se com o facto da inexistência em ambos os contextos (UMDR e serviço ortopedia), de um documento para a recolha de dados e posterior avaliação dos cuidados de ER prestados.

Desta forma, elaborei um documento que me permitiu não só realizar a recolha de dados e avaliação da pessoa, como foi importante para organizar o meu raciocínio clínico e sistematizar os dados recolhidos, simplificando a elaboração dos meus registos (Apêndice III).

No momento da admissão de uma pessoa ao serviço, realizei uma avaliação inicial sistematizada, iniciando pela consulta e análise do histórico clínico e dos meios complementares de diagnóstico disponíveis, o que me permitiu um conhecimento mais profundo sobre a sua situação clínica, que facilitou o planeamento, implementação e posterior monitorização de um plano de cuidados de ER individualizado às necessidades identificadas.

De referir ainda que, aquando da admissão, com foco na preparação do momento da alta e com o intuito de facilitar a reintegração da pessoa no seu seio familiar e comunitário, foi minha preocupação desde o primeiro momento, perceber e gerir as expectativas da pessoa e seu familiar/ cuidador para todo o processo e após a alta clínica. Neste momento, era ainda realizado o levantamento das condições habitacionais e barreiras arquitetónicas existentes no

domicílio da pessoa com o intuito de fazer a gestão adequada dos recursos disponíveis.

Ao longo dos estágios efetuei registos da minha intervenção de forma rigorosa, nos quais era descrito o plano de intervenção de reabilitação realizado com a pessoa, os ajustes realizados e os ganhos obtidos, possibilitando a continuidade de cuidados. Estes registos eram submetidos em notas gerais no sistema informático usado no serviço, pois o sistema não possibilita o registo de intervenções sistematizadas e direcionadas ao trabalho desenvolvido pelo EEER.

Como referido anteriormente, de acordo com o *Regulamento das Competências do Comuns do Enfermeiro Especialista* (2019a), é esperado do EE que participe e colabore em programas de melhoria da qualidade.

Neste âmbito, em todos os contextos de estágio foi-me possível participar em projetos já implementados o que se revelou uma oportunidade de crescimento profissional.

No estágio de comunidade, tive a oportunidade de dinamizar sessões de formação informais junto das senhoras auxiliares, integrado no Programa dos Autocuidados que era dinamizado pelos EEER do serviço em conjunto com a Terapeuta Ocupacional e que tinha como objetivo o acompanhamento e formação das auxiliares de ação médica. Outro projeto existente no qual participei ativamente foi o Projeto de autogestão terapêutica que visava a capacitação da pessoa com alta prevista para o seu domicílio, para a gestão da sua terapêutica, facilitando assim a sua reintegração familiar e na comunidade.

Outros projetos em que participei tanto na UMDR como no serviço de internamento de ortopedia, foram projetos implementados em ambas as instituições, que se prendem com programas de qualidade em saúde relativos a: prevenção do risco de quedas, prevenção de úlceras por pressão, registo sistemático da dor, segurança do cliente, controlo de infeção e formação em serviço.

Na atualidade, aliado ao aumento da longevidade populacional, o número de quedas e lesões delas resultantes, representa um problema de saúde pública com impacto direto não somente na pessoa em particular, mas também a nível da comunidade em que está inserida (Sousa et al., 2024).

A origem das quedas em pessoas idosas é multifatorial e está correlacionada não só com as comorbidades individuais da pessoa, mas também com o seu estio de vida e com fatores demográficos (Sousa et al., 2024).

Em estudos recentes, são determinados vários fatores de risco que potenciam a queda na população idosa. Entre eles são destacados o ambiente em que a pessoa está inserida, nomeadamente no que diz respeito a condições habitacionais desadequadas às suas necessidades com iluminação desadequada, utilização de calçado desapropriado, mobilizações após utilização de terapêutica para dormir, baixa escolaridade, desnutrição, tabagismo, consumo de álcool, doenças cardiovasculares, diabetes, história anterior de quedas e doença de Parkinson (Sousa et al., 2024).

A nível hospitalar, as quedas são a ocorrência mais reportada, que compromete a sua segurança, sendo assim não só um indicador de segurança hospitalar, mas também um indicador sensível aos cuidados de enfermagem (Costa Dias et al., 2014).

A queda de uma pessoa em contexto hospitalar, tem impacto em vários vetores: pessoa, família e profissionais de saúde. Relativamente à pessoa que sofre a queda, tem impacto direto em si mesma, pois pode agravar o seu estado clínico manifestando-se por dor, lesões físicas, diminuição da autoconfiança ou perda de independência; a nível dos familiares, condicionados por uma insatisfação pelo sucedido, podem gerar processos litigiosos contra a instituição hospitalar; nos profissionais de saúde o impacto prende-se com o fato de alheio ao seu esforço na prevenção de quedas, não as conseguirem evitar na totalidade e assim ser esta uma fonte de desgaste e de ansiedade (Costa Dias et al., 2014).

O Programa de prevenção do risco de quedas, consiste na avaliação e registo do risco, utilizando a Escala de Morse, no momento de admissão e sempre que exista alterações na situação clínica da pessoa. Desta forma, de acordo com o risco de quedas associado, eram tomadas medidas de segurança como por exemplo uso de dispositivos de apoio na deambulação, barras de apoio na casa de banho ou uso de grades de segurança na cama.

Na prevenção do risco de quedas, o ensino acerca da sua prevenção, surge também como uma estratégia de relevo, como sendo uma das mais eficazes na diminuição de ocorrências

(Sousa et al., 2024).

De acordo com as guidelines da *Registered Nurses Association of Ontário*, a intervenção deve ser multidimensional com foco no ensino dirigido à pessoa e seu familiar (Sousa et al., 2024).

Assim, o EEER assume novamente um papel dinamizador e diferenciador no processo de cuidados através do ensino não somente com a pessoa e seu familiar, mas também junto de outros profissionais da equipa multidisciplinar, uma vez que é através do ensino, que os intervenientes conseguem consciencializar-se do risco existente e alterar o seu comportamento (Sousa et al., 2024).

Alguns exemplos dos ensinamentos realizados em contexto de estágio prendem-se com ensinamentos sobre cuidados a ter em ambiente hospitalar e domicílio, como por exemplo ter uma iluminação adequada no ambiente em que se encontra, evitar o chão molhado, retirar os tapetes ao chão, utilização de barra de apoio na casa de banho, utilização de calçado adequado, entre outros, tendo tido a preocupação de fornecer suporte documental existente no serviço (folhetos) acerca da temática.

Por sua vez, o Programa de prevenção de úlceras por pressão, consistia na avaliação de risco existente pela aplicação da Escala de Braden, no momento da admissão e sempre que exista alteração na situação clínica da pessoa. Assim, em concordância com o resultado obtido são priorizadas medidas como por exemplo a utilização de colchões de pressão alternada, almofadas de gel ou almofadas que permitam a alternância de decúbitos.

No serviço de ortopedia existe o Programa VIAJA, no qual devido a constrangimentos de compatibilidade de horários e número restrito de sessões realizadas inviabilizou a minha participação.

No serviço da URR, foi-me possível participar no programa de Telereabilitação instituído, que permite o acesso remoto da equipa de EEER hospitalar a pessoas que estão no seu domicílio em diferentes partes do país, tendo-se revelado uma mais-valia no meu percurso formativo.

De referir ainda que desenvolvi uma sessão de formação acerca do estudo de caso desenvolvido, que surgiu de uma necessidade identificada do serviço, com o intuito da partilha

de conhecimentos e melhoria dos cuidados prestados, tendo também sido realizado o respetivo plano de sessão (Apêndice IV). Aquando da realização de uma ação de formação é crucial realizar uma avaliação da mesma para uma melhor perceção dos conteúdos aprendidos. Assim o correto é aplicar um questionário aos participantes, antes do início e no final da sessão de formação, algo que não realizei em estágio. Contudo, apesar de não ter sido aplicado um questionário formal, é de salientar que existiu uma partilha de conhecimentos em ambos os momentos, um *brainstorming* acerca dos conteúdos programáticos que proporcionaram a partilha de conhecimentos e experiência entre os enfermeiros participantes. No final da sessão o feedback recebido pela equipa foi positivo, tendo sido assim a avaliação da sessão de formação contínua e qualitativa.

Relativamente a sessões de formação, no decurso de estágio, tive ainda a oportunidade de participar em algumas sessões de formação que configuram em anexo III, que contribuíram para o meu processo formativo.

Com foco na melhoria dos meus conhecimentos realizei algumas formações, nomeadamente acerca da gestão de risco e dor ainda realizei o curso “Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente” e “Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor”, ministrados pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo II).

No que concerne à gestão de risco, também inerente a este domínio de cuidados, considero que todas as intervenções de ER realizadas foram desenvolvidas num ambiente seguro e controlado, sem risco para os intervenientes, tendo sido feito o seu registo rigoroso e sistematizado, promovendo assim a melhoria e continuidade dos cuidados. Foram selecionados os recursos humanos e materiais indispensáveis para uma prestação de cuidados seguros e realizados ensinamentos formais e informalmente, entre pares, outros membros da equipa multidisciplinar, clientes e familiares/cuidadores, acerca da utilização de dispositivos de apoio (por exemplo barras de apoio na casa de banho), regras de segurança, prevenção de lesões musculoesqueléticas e prevenção de acidentes como as quedas.

O **domínio da gestão de cuidados**, é alicerçado pela competência C1, segundo a qual o EE “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e pela competência C2 segundo a qual o EE “adapta a liderança e a gestão

dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4748).

Em contexto formativo, existiu a necessidade de realizar uma gestão racional e eficaz dos recursos materiais e humanos disponíveis com o intuito de os rentabilizar de acordo com cada situação. Um caso ilustrativo é o fato de existir na UMDR, um ginásio equipado com diferentes materiais que estavam disponíveis para ser utilizados e partilhados por diferentes profissionais nas suas intervenções. Desta forma, uma vez que durante o turno da manhã o espaço do ginásio era destinado à intervenção da fisioterapeuta e da terapeuta ocupacional, em conjunto com ambas e com o meu enfermeiro supervisor, coordenei os períodos de intervenção de ER e negocieei quais os recursos que poderia utilizar fora do ginásio nesse período. Durante o período de fim de semana, foi-me possível utilizar todos os recursos existentes, o que se revelou uma contribuição valiosa no desenvolvimento das minhas competências individuais, permitindo também uma a continuidade de cuidados.

Sob este ponto de vista, considero que a elaboração e implementação de planos de cuidados de ER fundamentados no *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação*, delineados em concordância com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e ajustados às necessidades identificadas da pessoa, se revelaram um recurso valioso para uma praxis segura e para uma gestão de tempo adequada. Estes foram sempre discutidos com o enfermeiro supervisor, tendo ainda sido feita a sua avaliação contínua e atualização sempre que necessário, o que permitiu a monitorização dos ganhos em saúde obtidos.

Pelo feedback recebido, posso afirmar que no decorrer dos estágios desempenhei um papel dinâmico e proativo dentro da equipa multidisciplinar, o que me proporcionou uma interação positiva com todos os intervenientes, manifestado através da criação de relações de interajuda que facilitaram o trabalho em equipa.

Importante ainda destacar que, na minha perspetiva, eu tive uma participação ativa na partilha de informação relevante, fundamentada na evidência científica mais recente dentro da equipa multidisciplinar. Exemplos disso são os conhecimentos partilhados entre pares, acerca da importância do posicionamento em padrão antispástico na pessoa após AVC, exercícios de automobilização no leito, sinais de alerta de disfagia ou o programa de ER na fase pré e pós-operatória da pessoa submetida a ATJ e ainda os ensinamentos realizados a outros

elementos da equipa multidisciplinar sobre a prevenção de lesões músculo-esqueléticas aquando da prestação e cuidados. Desta forma, acredito que dei o meu contributo para a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, é da responsabilidade do EE desenvolver “o autoconhecimento e a assertividade” (competência D1) e basear “a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (competência D2) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4749).

Face ao exposto, considero que o desenvolvimento desta competência se traduz pela constante procura da evidência científica mais atual, pela elaboração de dois estudos de caso e ainda pela participação em ações e cursos de formação já referidos anteriormente.

4.2 Competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Aliado às competências comuns de EE referidas anteriormente, a Ordem dos Enfermeiros (2019b), definiu que cada área de especialidade é dotada de um corpo de conhecimentos próprio sendo a reabilitação definida como uma especialidade multidisciplinar, que abarca um “corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e a sua independência” e que tem como objetivos “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa” preservando a sua autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13565).

Segundo o mesmo documento, o EEER é aquele que: “cuida de pessoas com necessidades de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (competência J1); “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (competência J2) e “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (competência J3) (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13566).

A ER assume-se assim, como uma área de intervenção de excelência, uma vez que através da intervenção do EEER podem ser obtidos ganhos em saúde em todos os contextos de prática clínica, seja na prevenção de incapacidades, recuperação de capacidades remanescentes ou

promoção da autonomia da pessoa em qualquer fase do seu ciclo vital, com necessidades especiais e no contexto em que se encontra (Gaspar et al., 2021).

Nesta perspectiva, enquanto detentor de conhecimentos científicos distintos e de maior experiência, cabe ao EEER identificar precocemente as necessidades reais da pessoa, para de seguida, conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de ER individualizados, com foco na promoção da saúde e prevenção de complicações, contribuindo assim para ganhos em saúde para a pessoa, sua família/ cuidador e para os serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Face ao exposto, as três competências referidas estão correlacionadas entre si pelo que considero difícil a sua dissociação, aquando da reflexão acerca das competências desenvolvidas, uma vez que todos eles visam o cuidar da pessoa, capacitando-a de ferramentas que promovam a sua independência funcional.

Nos estágios realizados em três contextos distintos entre si, foi-me possível delinear, implementar e monitorizar planos de cuidados de reabilitação individualizados em diferentes processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório e orto-traumatológico e reumatológico), tendo sempre realizado ajustes de acordo com a situação clínica da pessoa.

Na minha perspectiva, aliado à necessidade constante de procura de informação, este processo revelou-se crucial no desenvolvimento das minhas competências de EEER, pois permitiu sistematizar as minhas intervenções com a pessoa, e ainda sustentar a minha tomada de decisão desenvolvendo assim uma prática informada na melhor evidência existente.

Em todos os contextos, utilizei instrumentos de avaliação válidos, fiáveis e sensíveis a cada situação com o objetivo de avaliar e monitorizar os ganhos em saúde obtidos após intervenção do EEER, que permitiram obter evidência, promovendo assim a melhoria contínua dos cuidados prestados (Sousa et al., 2023), corroborado nos relatos de caso elaborados em estágio (Apêndices I e II). Em ambos os casos, o programa de ER implementado com a pessoa demonstrou a relevância da intervenção do EEER.

Durante os estágios tive ainda a oportunidade de implementar diferentes estratégias de ensino adaptadas às características individuais de cada pessoa, adequando à sua literacia, capacidade cognitiva e gostos pessoais. Neste âmbito, destaco a utilização de jogos como facilitador na realização das atividades propostas, com intuito deste ser utilizado na observação da pessoa durante as atividades propostas, cativando-a para a sua participação e

envolvimento no processo de reabilitação, corroborado por Dávila Castrodad et al. (2019) em seu estudo.

Algumas das atividades/ jogos desenvolvidos foram exercícios de estimulação de motricidade fina (jogo de berlindes, jogo de molas em que a pessoa as tem de colocar em determinada posição, abotoar/ desabotar botões, exercícios de transferência de feijões entre dois recipientes), exercícios de estimulação cognitiva (por exemplo utilizadas molas coloridas para construir sequências de cores, jogos de identificação de objetos utilizados no dia a dia).

Outro recurso que utilizo na minha praxis diária com as pessoas a quem presto cuidados é a música, recurso que também se revelou um instrumento de trabalho importante.

Está documentado por Thompson (2022), citado por Carvalho (2023), que a utilização da música na reabilitação de uma pessoa com patologia do foro neurológico promove, através da neuroplasticidade, a recuperação de capacidades cognitivas, motoras e comunicativa e contribui para a diminuição de sintomas depressivos, melhorando o humor e a motivação da pessoa (Carvalho, 2023).

No estágio na UMDR, prestei cuidados de ER, na maioria dos casos a pessoas com patologias do foro neurológico, como por exemplo Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença de Parkinson e Traumatismo Cranioencefálico.

Desta forma, aquando da implementação das intervenções de ER planeadas utilizei a música como elemento facilitador no processo de cuidados, tendo funcionado em alguns casos como vetor de interação com a pessoa, uma vez que, de acordo com diferentes autores, a música facilita e promove a comunicação e o relacionamento interpessoal (Silva et al., 2019b).

A utilização do humor surge de forma inata na minha prestação de cuidados, uma vez que através da sua utilização conseguimos fazer alcançar uma gestão de stress e dor, promovendo o bem-estar físico, psicológico e fortalecimento do sistema imunitário. Na utilização deste recurso, devemos ter em consideração as características individuais de cada um e o contexto em que estamos inseridos, adequando assim a nossa intervenção (Sousa & José, 2016).

Um exemplo da utilização deste recurso prendeu-se com uma situação ocorrida durante o estágio em ortopedia. Durante a implementação do programa de ER planeado, foi sugerido à pessoa realizar treino de escadas (subir/ descer) com recurso à utilização de canadianas, tendo a pessoa se mostrado apreensiva e ansiosa com a situação. Nesse momento senti que a pessoa claramente não me estava a escutar e por essa razão os ensinamentos que estava a fazer não iriam

ter frutos. Assim, por meio de algumas brincadeiras educativas e analogias com situações do cotidiano como por exemplo a expressão “Para cima vão os bons e para baixo vão os maus, mas para isso temos de colocar a canadianas para lhe darmos com ela” (a subir: sobe primeiro o membro são, depois o membro operado e por último as canadianas; a descer: primeiro avança a canadiana, depois o membro operado e por último o membro são) consegui trazer a pessoa para o presente, trazendo o seu foco para os ensino, instrução e treino da atividade proposta que a pessoa conseguiu realizar com sucesso.

No final dos estágios desenvolvidos posso concluir após a avaliação e monitorização dos cuidados de ER prestados, que as intervenções no âmbito da RFM em conjunto com a RFR, são extremamente importantes e se traduzem em ganhos na capacitação e na melhoria da funcionalidade da pessoa, como é relatado em ambos os estudos de caso elaborados.

4.3 Competências de Mestre

Segundo o definido em legislação, o grau de mestre é outorgado numa área de especialidade, à pessoa que demonstrar ter: conhecimento diferenciado e a capacidade de o compreender, integrar e partilhar através da investigação; capacidade de integrar os conhecimentos na resolução de situações complexas em contextos multidisciplinares; capacidade de comunicar as suas conclusões e processo de tomada de decisão inerente; competência que lhe possibilitem uma aprendizagem continua ao longo da sua vida, de forma auto-orientada e autónoma (Decreto de Lei nº. 65/2018).

Atualmente, a nível global existe diariamente avanços tecnológicos e científicos que nos obrigam a uma constante autoformação e atualização do nosso conhecimento para conseguirmos dar resposta às novas situações ou contextos.

No decurso do meu percurso formativo foi-me possível prestar cuidados em diferentes contextos clínicos, fator que se revelou uma mais-valia na minha formação profissional e pessoal, motivando-me enquanto mestranda a uma incessante procura de novos conhecimentos sustentados na melhor evidência científica existente, na qual fosse possível fundamentar a minha tomada de decisão e prática clínica com foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim, considero que as competências de mestre estão correlacionadas com o desenvolvimento das competências de EE e EEER, uma vez que a minha prestação de cuidados especializados em ER, foi norteada pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, sustentada e informada na melhor evidência existente.

O desenvolvimento de dois estudos de caso, bem como os resultados obtidos e sua partilha com os pares e na ação de formação realizada, contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências na área de investigação que a nível individual não era uma área muito desenvolvida.

A elaboração do presente relatório também contribui de forma irrefutável para a aquisição das competências de mestre, através da análise crítico-reflexiva que é realizada das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios.

5. ANÁLISE SWOT

O meu percurso formativo enquanto mestranda e futura EEER, foi pautado por vários momentos que se revelaram oportunidades de aprendizagem através do desenvolvimento das minhas competências, contribuindo assim de forma irrefutável para o meu crescimento pessoal e profissional.

Relativamente aos contextos de estágio, considero que a integração nas equipas multidisciplinares foi simples e facilitada pela forma acolhedora como fui recebida. Contudo, em concordância com feedback recebido pelos diferentes elementos da mesma, outro fator decisivo neste processo foi a minha forma de saber estar e saber ser com o Outro, tendo assim ganho o meu próprio espaço dentro das equipas conseguindo deste modo participar na tomada de decisão multidisciplinar acerca do plano de cuidados delineado.

Assim, enquanto elemento da equipa, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, considero que consegui contribuir de forma positiva para o espírito de equipa e interajuda através da partilha de conhecimentos e gestão dos recursos disponíveis.

Em relação à equipa pedagógica que me acompanhou neste percurso considero que se estabeleceu uma boa relação, pautada por disponibilidade constante no esclarecimento de dúvidas e acompanhamento, promovendo assim um bom e facilitador ambiente de aprendizagem.

Por sua vez, da relação estabelecida com os EEER supervisores durante os estágios, tenho de realçar a sua disponibilidade e interesse demonstrado pelo meu bem-estar que também contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências. Desta forma, posso afirmar que o envolvimento e colaboração da equipa multidisciplinar, em particular dos EEER forma sem dúvida uma mais-valia, funcionando como facilitadores no meu processo de aprendizagem contribuindo assim para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Relativamente a inibidores internos que dificultaram o meu percurso, realço o facto do meu primeiro contacto *in loco* com um EEER na prática das suas funções específicas, ter sido precisamente no primeiro estágio realizado na UMDR. Esta dificuldade revelou-se como um desafio nos primeiros dias de estágio aquando da realização de técnicas de intervenção específicas de ER, uma vez que embora tivesse os conhecimentos teóricos necessários à realização das técnicas, apenas os tinha aplicado em contexto formativo. Esta dificuldade foi

facilmente ultrapassada pelos ensinamentos *in loco* do EEER supervisor que me acompanhou e se mostrou sempre disponível no esclarecimento de dúvidas.

Algumas das oportunidades de aprendizagem que surgiram ao longo do percurso foram os diferentes contextos de estágio, formações realizadas e oportunidade de participar nos programas instituídos nos serviços que visavam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito a barreiras externas ao processo de aprendizagem, realço o fato de os EEER pertencentes à equipa da UMDR não terem horas destinadas à prestação de cuidados de ER, estando assim afetos a cuidados de enfermagem gerais.

Nesta perspetiva, indo de encontro ao defendido por Ferrazoli et al. (2018), que defende que um programa de reabilitação interdisciplinar intensiva tem impacto positivo na capacitação da pessoa e melhoria da sua funcionalidade, considero que neste contexto, não a ser valorizadas as capacidades técnicas e especializadas destes profissionais influenciando assim o processo de reabilitação das pessoas internadas nesta unidade.

Esta barreira foi facilmente ultrapassada sem repercussão na minha aprendizagem ou no desenvolvimento das minhas competências, dado que desde o primeiro dia me foi possibilitado pelo EEER supervisor, focar a minha atenção na prestação de cuidados específicos de ER o que indiscutivelmente contribuiu para a minha aprendizagem e crescimento pessoal e profissional. A elaboração dos planos de ER individualizados, sua implementação e posterior avaliação e monitorização, permitiu-me obter e registar dados sensíveis aos cuidados de ER que corroboram a importância do EEER em todo no processo.

Contrariamente a esta realidade, tanto no serviço de ortopedia e da URR, os EEER têm horas dedicadas à prestação de cuidados de reabilitação e este revelou-se sem dúvida como um fator facilitador.

Outra dificuldade sentida em ambos os contextos clínicos e aquando da elaboração dos estudos de caso, foi a falta de evidência existente na área da reabilitação com a pessoa com doença de Parkinson e com pessoa submetida a ATJ, particularmente evidência produzida por EEER, considerando assim que também estou a dar o meu contributo na evolução da ER com a elaboração destes trabalhos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No término deste percurso formativo, é impreterível realizar um balanço acerca do percurso realizado na aquisição de competências enquanto mestranda e futura EEER. Considero que a descrição e análise das atividades desenvolvidas servem de catalisador para a continuidade do investimento em autoformação e projetos de investigação na minha futura vida profissional.

A elaboração do presente relatório possibilitou uma reflexão critico-reflexiva acerca de todo o percurso formativo ao longo do curso de mestrado em ER, com maior ênfase nas atividades desenvolvidas em contexto de prática clínica nos estágios desenvolvidos, considerando por isso que consegui atingir o objetivo inicial proposto.

Como referido anteriormente, a oportunidade de em estágios me ter sido permitido intervir com pessoas com diferentes necessidades nomeadamente do foro neurológico, cardiorrespiratório e orto-traumatológico e reumatológico foi uma mais-valia pois através da utilização de escalas e instrumentos de avaliação para a documentação dos cuidados de ER, padronizados pela Ordem dos Enfermeiros. Através dos dados obtidos, é possível afirmar que a intervenção do EEER é diferenciadora nos cuidados prestados que se traduziram em ganhos efetivos em saúde com impacto na qualidade de vida das pessoas com quem intervir. Posso por exemplo destacar os ganhos na sua independência funcional, verificados e documentados em ambos os participantes dos estudos de caso. Por outro lado, destaco ainda o caso de pessoas que por situações inerentes à sua condição clínica, por agravamento do seu estado clínico ou que implicaram o seu isolamento profilático de contacto, condicionaram a intervenção diária do EEER, tendo esta situação conduzido a retrocessos nos ganhos já obtidos verificando-se um aumento da rigidez articular e espasticidade.

No caso particular da pessoa submetida a ATJ, um elemento crucial no programa de intervenção de ER é uma abordagem focada na pessoa ao longo de todo o período perioperatório, que se deverá alargar ao período pós-alta hospitalar. É através da articulação com a equipa de ECCI, a quem o EEER da equipa hospitalar deverá transmitir o programa de intervenção de ER desenvolvido, ganhos obtidos e ensinios realizados, que é promovida a continuidade de cuidados, assumindo-se assim o EEER como elo facilitador no processo.

Por sua vez, um maior foco no período pós-alta hospitalar pode potenciar a recuperação funcional da pessoa, aumentando assim o seu grau de satisfação.

Todo este percurso formativo desde o primeiro dia, foi um percurso desafiante não só a nível pessoal, no que respeita à gestão familiar, mas também a nível laboral no que concerne a gestão de tempo e carga horária na conciliação de horário laboral com o de estágio, conduzindo-me ao desenvolvimento de estratégias adaptativas para superar estas dificuldades. Contudo, como costumo muitas vezes afirmar, “se fosse um percurso fácil não era para mim, nem tinha piada ou interesse”, uma vez que é nas adversidades que conseguimos crescer e tornar-nos melhores pessoas e profissionais, ficando mais preparadas para o mundo que nos rodeia.

Ao concluir esta jornada, posso afirmar que estou muito feliz com o meu percurso, que em conjunto com o trabalho desenvolvido, à minha motivação e empenho diários para ultrapassar as dificuldades sentidas, se revelou uma oportunidade excepcional no desenvolvimento das minhas competências de EEER e de Mestre. Posso afirmar que hoje sinto maior segurança e autonomia na minha tomada de decisão em todo o processo terapêutico com a pessoa alvo dos meus cuidados, através de uma prática informada na evidência e com o objetivo de produzir evidência sustentada na minha prática.

Como sugestão futura, com foco na melhoria e excelência dos cuidados prestados, destaco a importância da continuação de produção de evidência científica, através do desenvolvimento de estudos de ER na área do perioperatório mas também em contexto domiciliário que verifico também ser muito escassa a evidência existente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, T., Rodrigues, E., Novo, A., Moreira, J., & Ribeiro Nunes, J. (2021). Reabilitar em casa com o hospital +perto. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 31–36. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.156>

Arriaga, M. T., Santos, B., Ferreira, C. S., Wilson, G. S., Raposo, B., Mata, F., Chaves da Silva, N., Freitas, G. (2022). Relatório – Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Direção-Geral da Saúde. Consultado em <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

Basílio, C. C. S. (2021). *A Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa idosa residente na comunidade com marcha comprometida* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Belim, C. (2023). A literacia em saúde: um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da revista Portuguesa de Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 1 (1), pp. 4-15. Disponível em <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>

Berg, U., Berg, M., Rolfson, O., & Erichsen-Andersson, A. (2019). Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee-patients' experiences of the clinical pathway and care process. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 14(1), 186. DOI: 10.1186/s13018-019-1232-8

Calado, S. C. F. (2017). *Capacidade Funcional dos Doentes Submetidos a Artroplastia Tota do Joelho – Contributos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Cantante, A. P. da S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C. & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1), 261-272. Disponibilidade <http://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Carreiras, C. M. M. (2023). *A Pessoa Submetida a Artroplastia Total do Joelho. Intervenção do*

Enfermeiro de Reabilitação (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Carvalho, B. P. (2023). *A musicoterapia em contexto de reabilitação neurológica* (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/82466529/Beatriz_Carvalho_relatorio_musicoterapia_.pdf

Carvalho, ML, Carvalho, MI., Carvalho, M., Valido, S., Tomás, J., Severino, S., & Sousa, L. (2024). Alfabetização em Saúde: Competência Profissional para a Saúde do Século XXI. *Salud, Ciência e Tecnologia*, 4, 910. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024910>

Chang, J., Fu, M., Cao, P., Ding, C., & Wang, D. (2022). Patient-Reported Quality of Life Before and After Total Knee Arthroplasty: A Multicenter Observational Study. *Patient preference and adherence*, 16, 737–748. <https://doi.org/10.2147/PPA.S357632>

Changjun, C., Zhao, X., Yue, L., Liyile, C. & Pengde, K. (2023). Key Elements of Enhanced Recovery after Total Joint Arthroplasty: A Reanalysis of the Enhanced Recovery after Surgery Guidelines. *Orthopaedic Surgery*, 15 (3), pp 671-678. DOI 10.1111/os.13623

CHULC (2023). Relatório Anual sobre Acesso a Cuidados de Saúde. Disponível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/05/Relatorio-do-Acesso-2018.pdf>

Costa-Dias, M. J. M., Ferreira, P. L. & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, Série 2. pp.7-17 DOI 10.12707/RIII1382

Costa, T. I. B. (2023). *Capacitação para o Autocuidado da Pessoa idosa hospitalizada: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Cruz, A. G., Carvalho e Sá, M. R., Conceição, V. C., Castro, J. R., Baixinho, C. L. & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo-Esquelética. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp.761-785). Sintra: Sabooks Lusodidacta.

da Silva, D. V., Silva, I. F. de C. & da Silva, T. E. A. (2023). Os cuidados de enfermagem ao paciente em recuperação pós cirurgia ortopédica. *Brazilian Journal of Development*, 9(7), 21939–21952. DOI: 10.34117/bjdv9n7-052

Dávila Castrodad, I. M., Recai, T. M., Abraham, M. M., Etcheson, J. I., Mohamed, N. S., Edalatpour, A., & Delanois, R. E. (2019). Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: a review of study designs and outcome measures. *Annals of translational medicine*, 7(Suppl 7), S255. DOI: 10.21037/atm.2019.08.15

Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República nº 157/2018, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

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

Direção-Geral da Saúde (2023). Fundação Portuguesa de Cardiologia. Disponível em <https://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/obesidade/>

Direção-Geral da Saúde (2024a). Normas Clínicas – Graus de Recomendação e Níveis de Evidência. Consultado em <http://normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia-pdf.aspx> (dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde (2024b). Norma nº 054/2011. Consultado em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Diz, A. F. (2021). *A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com défice de mobilidade para o Autocuidado transferir-se* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Flamínio, J. L. C. (2018). *A pessoa submetida a artroplastia total do joelho: impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação e benefícios em saúde* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Foster, P. C. & Bennet, A. (2000). Dorothea E. Orem. In Teorias de Enfermagem, Os

Fundamentos à Prática Profissional. 4ª ed. (pp.). 83-102. Porto Alegre: Artmed Editora

Ganito, C. S. F. (2017). *Efetividade clínica do protocolo de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, ao doente submetido a Artroplastia Total do Joelho* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem e reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lisboa: Lidel

Gomes, C., Marques-Vieira, C. & Braga, R. (2021). A pessoa com doença cerebrovascular. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Eds). *Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença aguda*. (pp.387-408). Sintra: Sabooks Lusodidacta

IHSCJ (2023). Casa Saúde da Idanha - Planificação da unidade 13. Sintra. Documento não editado.

Jette, D. U., Hunter, S. J., Burkett, L., Langham, B., Logerstedt, D. S., Piuze, N. S., Poirier, N. M., Radach, L. J. L., Ritter, J. E., Scalzitti, D. A., Stevens-Lapsley, J. E., Tompkins, J., Zeni, J., Jr, & American Physical Therapy Association (2020). Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. *Physical therapy*, 100(9), 1603–1631. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa099>

Kerkhof, H. J., Lories, R. J., Meulenbelt, I., Jonsdottir, I., Valdes, A. M., Arp, P., Ingvarsson, T., Jhamai, M., Jonsson, H., Stolk, L., Thorleifsson, G., Zhai, G., Zhang, F., Zhu, Y., van der Breggen, R., Carr, A., Doherty, M., Doherty, S., Felson, D. T., Gonzalez, A., ... van Meurs, J. B. (2010). A genome-wide association study identifies an osteoarthritis susceptibility locus on chromosome 7q22. *Arthritis and rheumatism*, 62(2), 499–510. <https://doi.org/10.1002/art.27184>

Lei, Y. T., Xie, J. W., Huang, Q., Huang, W., & Pei, F. X. (2021). Benefits of early ambulation within 24 h after total knee arthroplasty: a multicenter retrospective cohort study in China. *Military Medical Research*, 8(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s40779-021-00310-x>

Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, A., & Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso.

Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 5 (1), 51–59. DOI: 10.33194/per.2022.188

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Robeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Eds). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas* (pp.281-328). Lisboa: Lidel

Marques-Vieira & Gonçalves, T. (2021). A Tomada de Decisão em Enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 51-60). Sintra: Sabooks Lusodidacta.

Martinho, A.M.P., Menoita, E.C.P.C., Testas, J.C.D. & Mendes, L.F.S. (2010). Projeto de Enfermagem de Reabilitação em Ortopedia (ERO). Lisboa, Hospital Curry Cabral. Documento não editado.

Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, C. & Casteo-Branco, M. Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes e enfermagem. *Revista Lusófona da Educação*, 44, 159-172. DOI 10.24140/issn.1645-7250.rle44.10

McEwen, M. (2016). Visão geral de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. In McEwen, M. & Wills, E. M. (Eds). *Bases teóricas de Enfermagem*. 4ª ed. (pp. 233-264). Porto Alegre: Artmed Editora Lda.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Reserarch and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mendonça, S. (2021). *Raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência* (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP

Moreira, J., Flamínio J., Grilo E. (2020). Patients undergoing total knee arthroplasty: Impact of a Rehabilitation Nursing program, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (1): 151-173. DOI 10.36957/jai.2182-696X.v9i1-11

Nicolau, C. M. A. P. G. (2021). *Preparação do regresso a casa da pessoa submetida a artroplastia da anca – capacitação para a transição segura* (Tese de Doutoramento).

Disponível no RCAAP

OCDE (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

OMS (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Consultado em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II Série, nº 26, (pp.4744-4750). Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II Série, nº 85, (pp. 13565-13568).

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Consultas de Enfermagem À distância – Teleenfermagem: Guia de Recomendações*. Região Regional Centro. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: enquadramento. In C. Marques-

Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.47-56). Sintra: Sabooks Lusodidacta

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

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

Reis, G. & Bule, M. J. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: enquadramento. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.57-65). Sintra: Sabooks Lusodidacta

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R. & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto e Cintexto – Enfermagem*, 27 (2). DOI: 10.1590/0101-07072017005360016

Ribeiro, O., Moura, M. I. & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas* (pp.48-57). Lisboa: Lidel

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

Rodrigues, A. M. & Sequeira, C. (2022). Otimização da Pesquisa de Informação. In M. Néné & C. Sequeira (Eds). *Investigação em Enfermagem* (pp. 107-134). Lisboa: Lidel

Sattler, L.N., Hing, W.A. & Vertullo, C.J. What is the evidence to support early supervised exercise therapy after primary total knee replacement? A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 20, 42 (2019). DOI: 10.1186/s12891-019-2415-5

Silva, D. M. da, & Silva, E. M. V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, (30), 103–119. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019a). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26 (2), 35-44. Acedido a 01-05-2023. Disponível em http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

Silva, R. A. da, Ribeiro, O. M. P. L. & Neves, H. F. dos S. (2019b). Contributos da música na reabilitação da pessoa após acidente vascular cerebral. *Enfermagem Brasil*, 18 (5), 710-720. <http://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2844>

Sousa L. & Carvalho M. (2023). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 405-420). Sintra: Sabooks Lusodidacta

Sousa, L. M. M. & José, H. M. G. (2016). Benefícios do humor na saúde – Revisão Sistemática da Literatura. *Enformação*. 2182-8261. 22-32. Acedido a 01-09-2024. Disponível https://repositorio-cientifico.ualantica.pt/bitstream/10884/992/1/enformacao_07_2016_Benef%C3%ADcios%20do%20humor%20na%20sa%C3%BAde.pdf

Sousa, L. M. M., Vigia, C. R., Mendes, L. F. S., Martinho, A. M. P., Sousa, E. M. de, Massena, E. S., Magalhães, C. S., Rosa, M. F., Testas, J. C. D., Duque, H. P., Dionísio, I. M. T. G. L. & Santos, M. M.F. (2017). Grupo de Trabalho de Enfermeiros de Reabilitação em Ortopedia: A Intervenção de Enfermagem no Serviço de Ortopedia. *Revista Enformação*; ed. julho- outubro 2017. Acedido a 06-10-2023. Disponível <https://www.acenfermeiros.pt//files/upload/revistas/enformacao-08-2017-w.pdf>

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

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

Sousa, L., Tomás, J., Severino, S., Valido, S., Santos, MJ, & José, H. (2024). Prevenção de quedas em idosos: um desafio na segurança do paciente. *Salud, Ciência e Tecnologia*, 4, 1000. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241000>

Trindade, I., Marranita, S. & Sousa, L. (2020). Empowerment of the person with dependence for self-care: Case Study, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3), 164-183. DOI:

ULSSJ (2024). *Missão, Visão, Valores e Objetivos*. Disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos>

ULSSM (2024). *Missão, Valores e Visão*. Disponível em <http://> <https://www.ulssm.min-saude.pt/missao-e-valores>

Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2023). Treino de Atividades de Vida Diárias. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.351-364). Sintra: Sabooks editora

Wang, Y. P., Di, W. J., Yang, S., Qin, S. L., Xu, Y. F., Han, P. F., & Hou, K. D. (2023). The association of growth differentiation factor 5 rs143383 gene polymorphism with osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 18(1), 763. <https://doi.org/10.1186/s13018-023-04245-y>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Relato de caso clínico “Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico”



1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação
Estágio de Reabilitação na Comunidade

Estudo de caso

Papel da Enfermagem de Reabilitação no Equilíbrio da Pessoa com Parkinson, após Traumatismo Cranioencefálico

Elaborado por:

Patrícia Constantina Pinto nº 202230119

Professora Orientadora: Mestre Cristina Mesquita

Enfermeiro Supervisor: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Carlos Leão

Barcarena

junho 2023

Escola Superior de Saúde Atlântica

1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade

Estudo de caso

Papel da Enfermagem de Reabilitação no Equilíbrio da Pessoa com Parkinson, após Traumatismo Cranioencefálico

Elaborado por:

Patrícia Constantina Pinto nº 202230119

Professora Orientadora: Mestre Cristina Mesquita

Enfermeiro Supervisor: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Carlos Leão

Barcarena

junho 2023

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diárias

DP – Doença de Parkinson

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GCS – Escala de Coma de Glasgow

MIF – Medida de Independência Funcional

TCE – Traumatismo cranioencefálico

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO	6
2.1. RESUMO	6
2.2. INTRODUÇÃO	7
2.3. MATERIAL E MÉTODOS	11
2.4. APRESENTAÇÃO DO CASO	12
2.4.1 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	13
2.4.2 PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	14
2.5. RESULTADOS	18
2.6. DISCUSSÃO	20
2.7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
3. CONCLUSÃO	23
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO ASSINADO PELA PESSOA PARTICIPANTE NO ESTUDO DE CASO	27
ANEXO II - ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA E ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	29
ANEXO III - ÍNDICE DE TINETTI	31
ANEXO IV - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE	35
ANEXO V - ESCALA DE BARTHEL	38
ANEXO VI - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	41
ANEXO VII – PLANO DE CUIDADOS DE ER COM AS AVALIAÇÕES	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Avaliação do equilíbrio corporal através da aplicação do Índice de Tinetti18

Gráfico 2 - Avaliação da independência na realização das AVD através da Escala de Barthel e da independência funcional através da MIF20

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Reabilitação	15
Quadro 2 - Programa de exercícios	17
Quadro 3 - Avaliação da dimensão do conhecimento e aprendizagem do foco equilíbrio corporal	19
Quadro 4 - Avaliação do risco de quedas através da aplicação da Escala de quedas de Morse	19

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrada no plano de estudos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem - Ramo de Enfermagem de Reabilitação, do 2º semestre do 1º ano, foi elaborado o presente estudo de caso intitulado: Papel da Enfermagem de Reabilitação do Equilíbrio da Pessoa com Parkinson, após Traumatismo Cranioencefálico.

Este estudo de caso foi elaborado durante o estágio de reabilitação na comunidade que decorre entre 24 de abril e 14 de julho de 2023, na Casa de Saúde da Idanha em Belas – Unidade de Média Duração e Reabilitação São Bento de Núrsia, pertencente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Os meus objetivos para aquando a realização deste trabalho são: aprofundar os meus conhecimentos em Enfermagem de Reabilitação (ER), e produzir evidência científica que me permita avaliar os ganhos obtidos após a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no equilíbrio da pessoa com doença de Parkinson, em status após traumatismo cranioencefálico, dando assim o meu contributo para reflexão futura acerca do tema.

Este trabalho está organizado em quatro partes. Na presente introdução estão explanados os meus objetivos e a estruturação do trabalho. Na segunda parte é apresentado o estudo de caso e por último é apresentada a conclusão seguida das referências bibliográficas utilizadas.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

2. ESTUDO DE CASO

2.1. Resumo

Resumo

Introdução: A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa, multissistêmica e progressiva que está relacionada com o envelhecimento da população e o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) assume-se como a segunda causa de lesões neurológicas e causa major de morte e disfunção global. Assim, as alterações a nível do equilíbrio são frequentes em ambos os casos, tendo um elevado impacto na qualidade de vida dessas pessoas pois interfere na realização das Atividades de Vida Diárias (AVD).

Objetivo: Avaliar os ganhos obtidos após a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com DP, em status pós TCE.

Método: Estudo de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso. É apresentado o caso de uma pessoa com DP, em status pós TCE, com alterações no equilíbrio. Os princípios éticos foram cumpridos.

Resultados: Após 16 sessões de Enfermagem de Reabilitação, são evidentes os ganhos obtidos no equilíbrio e na capacitação da pessoa, promovendo a sua independência funcional.

Conclusão: Após a análise de dados obtidos, é evidente o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com DP após TCE, com ganhos que se refletem na sua independência funcional.

Palavras chave: Enfermagem de Reabilitação, Equilíbrio, Parkinson, Traumatismo cranioencefálico.

Abstract

Introduction: Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative, multisystem and progressive disease that is related to the aging of the population and Traumatic Brain Injury (TBI) is assumed as the second cause of neurological lesions and major cause of death and global dysfunction. Thus, changes in the level of balance are frequent in both cases, having a high impact on the quality of life of these people because it interferes with the performance of Activities of Daily Living (ADL).

Objective: To evaluate the gains obtained after the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the balance of the person with PD, in post-TBI status.

6

Patrícia Constantina Pinto – junho 2023 - Atlântica

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Method: Study of qualitative approach, case study type. The case of a person with PD, in post-TBI status, with changes in balance is presented. Ethical principles have been adhered to.

Results: After 16 sessions of Rehabilitation Nursing, the gains obtained in the balance and training of the person are evident, promoting their functional independence.

Conclusion: After the analysis of the data obtained, it is evident the contribution of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in training the person with PD after TBI, with gains that are reflected in their functional independence.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Balance, Parkinson's, Traumatic Brain Injury.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa, multisistémica y progresiva que se relaciona con el envejecimiento de la población y la lesión cerebral traumática (LCT) se asume como la segunda causa de lesiones neurológicas y la principal causa de muerte y disfunción global. Así, los cambios en el nivel de equilibrio son frecuentes en ambos casos, teniendo un alto impacto en la calidad de vida de estas personas porque interfiere con el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Objetivo: Evaluar las ganancias obtenidas tras la intervención de la Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación en el balance de la persona con EP, en estado post-LCT.

Método: Estudio de enfoque cualitativo, tipo estudio de caso. Se presenta el caso de una persona con EP, en estado post-LCT, con cambios en el equilibrio. Se han respetado los principios éticos.

Resultados: Después de 16 sesiones de Enfermería de Rehabilitación, las ganancias obtenidas en el equilibrio y entrenamiento de la persona son evidentes, promoviendo su independencia funcional.

Conclusión: Después del análisis de los datos obtenidos, es evidente la contribución del Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación en la formación de la persona con EP después de TCE, con ganancias que se reflejan en su independencia funcional.

Palabras clave: Enfermería de rehabilitación, equilibrio, Parkinson, lesión cerebral traumática

2.2. Introdução

Atualmente, o envelhecimento da população mundial aliado ao aumento da esperança média de vida, sedentarismo e processos degenerativos neurológicos e musculares é um desafio que

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craniocéfálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

assume um papel de destaque na nossa sociedade e impõe desafios para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Aliado a estes fatores surge uma diminuição da propriocepção (capacidade do corpo em se adaptar a diferentes posturas), alterações de equilíbrio e da força muscular, conduzindo a um maior risco de queda ⁽¹⁾.

O equilíbrio corporal pode ser definido como a capacidade de manter o centro de massa corporal dentro da base de sustentação, devendo por isso a pessoa ser capaz de adquirir e adotar determinados posicionamentos de modo a conseguir-se deslocar de forma rápida e precisa em diferentes direções ⁽¹⁾.

A DP é uma doença neurodegenerativa, multissistémica e progressiva. A sua prevalência está intimamente relacionada com o envelhecimento da população, ocupando o segundo lugar a nível mundial entre as doenças neurodegenerativas ^{(2) (3) (4)}.

Em Portugal no ano de 2017, a DP foi responsável por 935 óbitos, o que corresponde a 0,8% da mortalidade nacional, atingindo mais os homens que as mulheres numa relação de 126,9 óbitos masculinos por cada 100 óbitos femininos ⁽⁵⁾.

De acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (2019), a idade assume-se como um fator de risco importante na DP uma vez que a idade média ao óbito por DP foi de 82,7 anos, o que corresponde a 97% dos óbitos em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e 85% em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos ⁽⁵⁾.

Os fatores que estão na gênese da DP continuam ainda desconhecidos, contudo, de acordo com estudos realizados, pensa-se que a DP resulta de uma interação entre uma predisposição genética e fatores ambientais. Estudos recentes demonstram que pessoas portadoras de deleção de cromossoma 22q11.2 apresentam um risco aumentado para desenvolver DP ⁽³⁾.

A DP clinicamente pode ser caracterizada por disfunções motoras e não motoras causadas pela degeneração progressiva de neurónios dopaminérgicos na substância negra do mesencéfalo. Deste modo, sendo a dopamina o principal neurotransmissor de sinais neuronais do cérebro para os centros motores, o seu deficit provoca alterações motoras nas pessoas com DP que condicionam a qualidade de vida das pessoas portadoras da doença afetando a sua autoestima e também a sua família ^{(2) (3) (5) (6)}.

Os sintomas motores mais frequentes são: bradicinesia (lentidão na execução de movimentos), rigidez articular, tremores em repouso, instabilidade postural e distúrbios na marcha caracterizada por ser lenta e arrastada ^{(2) (3) (5) (6)}.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

A instabilidade postural é um sinal de agravamento da DP, manifestado por: postura encurvada com anteriorização da cabeça, queixo em direção ao tórax, cifose torácica, membros superiores em extensão com rotação interna e paralelos ao corpo que quase não balanceiam, flexão da anca, e joelhos. Deste modo, ao andar existe alteração do centro de gravidade da pessoa, resultando num padrão de marcha denominado “festinação” que aliado a congelamento da marcha impede a pessoa de iniciar o movimento ^{(3) (4) (6) (7)}.

De acordo com estudos realizados, as alterações no equilíbrio e os distúrbios na marcha são os fatores que mais interferem na qualidade de vida das pessoas com DP sendo considerados os sintomas mais incapacitantes⁽⁶⁾.

Assim, a instabilidade postural conjugada com distúrbios da marcha e diminuição dos reflexos corporais condiciona o equilíbrio corporal da pessoa com DP existindo assim um aumento do risco de quedas em 62% comparativamente a pessoas com outras patologias do foro neurológico ^{(2) (6)}.

A DP é reconhecida a nível internacional como a doença do movimento, contudo para além dos sintomas motores já referidos anteriormente, existem também sintomas não motores altamente incapacitantes e frequentes como: hipotensão ortostática, incontinência urinária, obstipação, disfunção sexual, alterações do ciclo de regulação do sono-vigília, hipofonia, alterações cognitivas, alterações comportamentais e de perceção da dor ^{(3) (4)}.

Assim sendo, a DP assume-se como uma patologia altamente incapacitante que condiciona a funcionalidade, autonomia e independência e qualidade de vida da pessoa portadora da doença bem como da sua família ⁽⁴⁾.

Por este motivo, não existindo ainda uma cura para a DP é fundamental uma intervenção conjunta farmacológica e não farmacológica, visto que os fármacos que numa fase inicial são eficazes para controlo da sintomatologia, com a progressão natural da doença estes vão perdendo a sua eficácia. Por este motivo, é atualmente defendida a importância de uma intervenção multidisciplinar na reabilitação da pessoa com DP com foco em intervenções diferenciadas e inovadoras integradas num programa de reabilitação ⁽⁴⁾.

De acordo com estudo realizado por Ferrazoli et al. (2018), a reabilitação intensiva multidisciplinar (enfermagem de reabilitação, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala) assume-se como uma abordagem privilegiada no tratamento da DP com resultados documentados que se traduziram em benefícios na qualidade de vida das pessoas portadoras da doença ⁽⁸⁾.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Por sua vez, o TCE, tem um impacto importante a nível económico e social na sociedade atual, sendo a segunda causa de lesões neurológicas e causa major de morte e disfunção global ⁽⁹⁾.

O TCE pode ser definido como uma agressão que se traduz numa lesão estrutural ou funcional do cérebro, da qual podem resultar lesões primárias que causam lesão imediata a nível estrutural e lesões secundárias que resultam de processos fisiopatológicos resultantes das anteriores ⁽¹⁰⁾.

As lesões primárias são classificadas em lesões: difusas, localizadas e lesões vasculares, tendo consequências diversas dependendo da sua localização e estruturas afetadas, sendo classificado, de acordo com a sua gravidade, utilizando a Escala de Coma de Glasgow (GCS). Esta classificação pode ser: ligeiro (Score de GCS 14-15), moderado (Score de GCS 9-13) e grave (Score de GCS 3-8) ^{(9) (10)}.

Em muitos casos de pessoas após TCE existem alterações a nível do equilíbrio que consequentemente têm elevado impacto na qualidade de vida dessas pessoas pois interfere na realização das Atividades de Vida Diárias (AVD) ⁽⁹⁾.

Assim, o equilíbrio surge como tema central deste estudo de caso, em virtude da sua perda ser um dos fatores decisivos no aumento do risco de quedas, e diminuição da qualidade de vida na pessoa com DP aliada a status pós-TCE. A ocorrência de uma queda poderá desta forma ser o fator determinante para um processo de transição saúde-doença da pessoa que passa de uma situação de autonomia para uma situação em que fica dependente da ajuda de terceiros, e de um familiar que passa a assumir o papel de cuidador.

De acordo com o modelo teórico de Afaf Meleis e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é detentor de conhecimentos científicos e fundamentados que lhe permite ser um elemento facilitador no processo de transição saúde-doença com o intuito de maximizar a funcionalidade e capacitar a pessoa para o autocuidado.

Neste sentido, a questão norteadora da pesquisa que esteve na génese deste estudo de caso é: Qual o impacto da intervenção do EEER na pessoa com DP, após TCE.

A escolha da pessoa que participou no presente estudo de caso deveu-se a: 1) o foco do EEER ser a capacitação da pessoa maximizando a sua funcionalidade e independência; 2) o fato de ser uma pessoa com potencial de reabilitação; 3) ser uma pessoa que, apesar de já ter o diagnóstico de DP de base, era previamente autónoma nas AVD e após TCE ficou dependente

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

nas AVD, obrigando-a a uma alteração de papeis; 3) as expectativas da pessoa e sua família serem o regresso ao domicílio.

Os meus objetivos para este estudo de caso são: a) aprofundar os meus conhecimentos em Enfermagem de Reabilitação; b) produzir evidência científica que me permita avaliar os ganhos obtidos após a intervenção do EEER no equilíbrio da pessoa com DP após TCE.

Desta forma, uma vez que a evidência científica existente acerca do tema é escassa, acredito que os dados obtidos poderão ser relevantes, dando assim o meu contributo para uma reflexão futura acerca do tema.

2.3. Material e métodos

O estudo de caso é um método estruturado de pesquisa que permite, ao investigador, utilizar múltiplas fontes de pesquisa para estudar de forma aprofundada fenómenos individuais ou de grupo em contexto real. Segundo Yin e Stake o estudo de caso é realizado com o intuito de explorar, descrever e explicar um evento com base numa pergunta de investigação ⁽¹¹⁾.

O presente estudo de caso foi elaborado de acordo com as seis etapas definidas por Yin e Stake: 1) definição do problema em estudo; 2) definição do caso; 3) enquadramento teórico; 4) elaboração do protocolo de estudo; 5) colheita de dados; 6) análise e interpretação de resultados ⁽¹²⁾.

O estudo descreve o caso de uma pessoa idosa com DP em status pós TCE, previamente autónoma nas AVD e que após TCE apresenta compromisso do equilíbrio corporal, sendo demonstrado pelos resultados obtidos a importância do papel do EEER após a sua intervenção. O estudo decorreu durante os meses de Maio e Junho de 2023 numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da região de Lisboa (Portugal), integrado no estágio de comunidade do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A pessoa envolvida no estudo foi designada por “Sr. J” com o intuito de salvaguardar o seu anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, tendo o “Sr. J” sido informado dos seus direitos enquanto participante do estudo. Foi assim obtido por escrito o seu consentimento livre e esclarecido previamente à colheita de dados (ANEXO I).

Com o intuito de avaliar e monitorizar os ganhos obtidos após a intervenção do EEER, foram utilizados como instrumentos de medida: o Índice de Tinetti, a Escala de quedas de Morse, a Escala de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF).

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

2.4. Apresentação do caso

Anamnese

O Sr. J. é um utente do sexo masculino de 73 anos de idade, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa casado com dois filhos e com 12º ano de escolaridade. Como antecedentes pessoais tem: DP, Hipertensão arterial, Dislipidemia; Diabetes Mellitus II e desconhece-se alergias.

Utente previamente autónomo na realização das AVD, deu entrada no serviço de urgência de um hospital de Lisboa, no dia 17/12/2022 após queda da própria altura da qual resultou TCE. À admissão, o utente apresentou GCS 11, ferida occipital e otorragia ativa à esquerda. No serviço de urgência realizou: tomografia computadorizada cranioencefálica que revelou foco de contusão temporobasal alto sem indicação cirúrgica e tomografia computadorizada da coluna vertebral que não revelou sinais evidentes de fraturas. Foi ainda observado por Otorrinolaringologista, tendo sido objetivado hemotímpano e pequena laceração da membrana timpânica esquerda, tendo cumprido antibioterapia tópica. Esteve em observação quatro dias com evolução favorável apresentando GCS 14, sem défices neurológicos focais, sem alterações da linguagem e sem novos achados imagiológicos. Após o período referido, o utente ficou no hospital a aguardar resolução social por incapacidade da família em receber o utente no seu domicílio. Durante o internamento apresentou no dia 10/02/2023, um episódio de perda de consciência associado a hipotensão com recuperação espontânea. Foi identificada labilidade tensional em contexto de possível disautonomia tendo sido realizado ajuste terapêutico pela Neurologia, com indicação para cumprir midodrina se episódios frequentes.

Posteriormente, no dia 13/03/2023, o Sr. J. foi admitido numa unidade de Convalescência de Lisboa e durante o período de internamento nesta unidade o Sr. J. apresentou episódios frequentes de hipotensão ortostática sintomática de difícil controlo, que condicionaram o programa de reabilitação delineado, tendo por esta razão introduzida a midodrina e diminuída a dose de monoditrato de isossorbida até à sua suspensão. O utente apresentou ainda períodos de maior agitação noturna com levantes noturnos, feito ajuste da terapêutica pela Neurologista.

No dia 05/05/2023 o utente foi admitido na UMDR com o intuito de continuar em programa de reabilitação psico-motora com a expectativa de ganhos em autonomia para posterior regresso ao seu domicílio. À entrada na unidade o Sr. J. estava vigil, orientado na pessoa, tempo e espaço, participativo nos cuidados prestados. Eupneico em repouso sem sinais de dificuldade

12

Patrícia Constantina Pinto – junho 2023 - Atlântica

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

respiratória, normotenso, normocárdico, apirético e normoglicémico. Apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas. Para a realização das AVD, o Sr. J. apresentava um grau de dependência moderada. Estava medicado com: ropinirol 2mg, levodopa + carbidopa 250+25mg, midodrina 2.5mg, safinamida 100mg, sinvastatina 20mg, quetiapina 25mg, bromazepam 1.5mg, levodopa + benserazida 100+25mg LP e lactulose.

2.4.1 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A implementação de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação (ER) pressupõe a análise de dados obtidos através de: *anamnese*, exame neurológico, avaliação da força muscular, avaliação das amplitudes articulares, avaliação da coordenação motora, avaliação do equilíbrio, avaliação do risco de quedas, avaliação do grau de dependência, da observação de exames complementares de diagnóstico e ainda da utilização de instrumentos de medida.

Exame neurológico

No momento da admissão na UMDR o Sr. J. estava vígil, orientado na pessoa, tempo e espaço, participativo nos cuidados prestados revelando motivação e iniciativa para cumprir com as atividades propostas. Apresentava hipofonia, sem alterações na linguagem e com compreensão mantida.

O Sr. J. não apresentou alterações ao nível dos pares cranianos nem de sensibilidade.

Avaliação da força muscular, tónus e amplitudes articulares

Apresentava uma força muscular global de grau 5 (Escala Medical Research Council modificada) em todos os segmentos corporais, sem compromisso do tónus muscular (escala de Ashworth) e sem alteração das amplitudes articulares. (ANEXO II)

Avaliação da coordenação motora

Para a avaliação da coordenação motora foi realizada a prova dedo-nariz que o utente não teve dificuldades em cumprir com sucesso.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Avaliação do equilíbrio

O equilíbrio pode ser avaliado pelo Índice de Tinetti (ANEXO III), que se divide em avaliação do equilíbrio estático sentado e de pé e a avaliação do equilíbrio dinâmico durante a marcha. Este instrumento de avaliação foi aplicado em três momentos distintos, correspondendo à 1ª, 8ª e 16ª sessão de intervenção de ER. O score inicial total foi de 2/28, tendo o Sr. J. apresentado uma evolução positiva em ganhos no equilíbrio, com um score 14/28 na avaliação intermédia e na avaliação final um score de 20/28.

Avaliação do risco de quedas

Na primeira sessão de ER, foi aplicada a Escala de Quedas de quedas de Morse (ANEXO IV), que se traduziu inicialmente num score total de 65, (alto risco de queda) tendo o Sr. J. apresentado uma evolução positiva ao longo do programa, diminuindo o score total para 40 (baixo risco de queda) na última sessão de intervenção de ER.

Avaliação do grau de dependência

O treino de AVD são um dos focos basilares do EEER, pois é através da aquisição de competências para a realização das AVD que a pessoa é capacitada e é assim promovida a sua funcionalidade e melhorada a sua qualidade de vida ⁽¹³⁾.

Desta forma, para a avaliação do grau de dependência do Sr. J. foi aplicada a Escala de Barthel (ANEXO V) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO VI).

2.4.2 Programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação

A pergunta de partida para a elaboração deste estudo de caso foi, como referido anteriormente, quais foram os ganhos obtidos, após a intervenção do EEER, no equilíbrio da pessoa com DP em status pós TCE.

Desta forma, após a avaliação inicial, foram identificados os diagnósticos de ER de modo a dar resposta à questão de partida. Estes foram formulados com base no *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação* e foram delineadas intervenções de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, apresentadas no quadro 1.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

De seguida, com o intuito de promover e potencializar o fortalecimento muscular da pessoa, fator decisivo para obtenção de ganhos no equilíbrio na pessoa idosa, foi elaborado um programa de treino tendo em conta o tipo de exercício, a intensidade, a duração e a frequência, apresentado no quadro 2.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none">⇒ Monitorizar o equilíbrio corporal através de escala [índice de Tinetti];⇒ Avaliar o equilíbrio corporal [equilíbrio estático sentado, equilíbrio dinâmico sentado, equilíbrio ortostático estático e equilíbrio ortostático dinâmico];⇒ Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural, <u>1 série de 10 repetições de cada exercício:</u><ul style="list-style-type: none">- reeducação postural utilizando espelho quadriculado;- alternância de carga nos membros superiores e inferiores através de movimentos de oscilação do tronco;- exercício de coordenação motora;- facilitação cruzada; exercícios de cadeia fechada;⇒ Executar técnicas de treino de equilíbrio deitado, sentado e de pé, <u>1 série de 10 repetições de cada exercício:</u><ul style="list-style-type: none">- correção postural utilizando espelho quadriculado;- exercícios de coordenação de movimentos;- exercício da ponte;- dissociação das cinturas escapular e pélvica;- facilitação cruzada;- contorno de obstáculos;- apoio unipodal;- exercício de equilíbrio estático sentado na cama (com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão; sentado na cama com os braços esticados para a frente e para a esquerda/ direita);

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

	<p>- exercício de equilíbrio dinâmico sentado na cama, cadeira ou bola suíça (induzir ligeiro balanço nos ombros da pessoa);</p> <p>- exercício de equilíbrio estático de pé (de pé com os braços esticados para a frente e para a esquerda e para direita);</p> <p>- exercício de equilíbrio dinâmico de pé (exercícios realizados com apoio em barra paralela ou cadeira: alternância de carga nos membros inferiores, flexão plantar, flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral do membro inferior (abdução), agachamentos com correção postural, levantar e sentar em cadeira sem apoio de mãos);</p> <p>⇒ Orientar a técnica de treino de equilíbrio.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	<p>⇒ Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>⇒ Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal</p> <p>[correção postural utilizando espelho quadriculado; exercícios de coordenação de movimentos; exercício da ponte; dissociação das cinturas escapular e pélvica; facilitação cruzada; exercícios de alternância de carga nos membros superiores e inferiores; contorno de obstáculos; apoio unipodal; exercício de equilíbrio estático sentado na cama; exercício de equilíbrio dinâmico sentado na cama, cadeira ou bola suíça; exercício de equilíbrio estático de pé; exercício de equilíbrio dinâmico de pé].</p>
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	<p>⇒ Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>⇒ Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal</p> <p>[correção postural utilizando espelho quadriculado; exercícios de coordenação de movimentos; exercício da ponte; dissociação das cinturas escapular e pélvica; facilitação cruzada; exercícios de alternância de carga nos membros superiores e inferiores; contorno de obstáculos; apoio unipodal; exercício de equilíbrio estático sentado na cama; exercício de equilíbrio dinâmico sentado na cama, cadeira ou bola suíça; exercício de equilíbrio estático de pé; exercício de equilíbrio dinâmico de pé];</p>

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

	⇒ Treinar técnica de equilíbrio corporal.
--	---

Quadro 1 - Diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Tempo	Exercícios	Material necessário
Aquecimento 10 minutos	⇒ Exercícios respiratórios: consciencialização dos tempos respiratórios e dissociação dos mesmos), <u>1 série de 10 repetições de cada exercício</u> ; ⇒ Na posição de sentado realizar, <u>1 série de 10 repetições de cada exercício</u> : - contração isométrica dos glúteos e do core;	⇒ Cama ou colchão de ginásio ⇒ Cadeira ⇒ Bola suíça
Fortalecimento muscular e equilíbrio 30 minutos	⇒ Marcha com supervisão em barras paralelas e/ ou corredor com recurso a espelho quadriculado para correção postural; ⇒ Marcha com transposição de obstáculos de diferentes tamanhos; ⇒ Com apoio em barras paralelas ou cadeira realizar: - alternância de carga nos membros inferiores; - flexão plantar, flexão do joelho; - flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral do membro inferior (abdução); - agachamentos com correção postural, levantar e sentar em cadeira sem apoio de mãos; ⇒ Treino de subir e descer escadas;	⇒ Barras paralelas ⇒ Corredor da unidade que tem marcações no chão ⇒ Escadas ⇒ Espelho quadriculado ⇒ Obstáculos para transposição ⇒ Bola suíça
Arrefecimento 10 minutos	⇒ Exercícios respiratórios (consciencialização dos tempos respiratórios e dissociação dos mesmos). ⇒ Alongamentos (membros superiores, membros inferiores, coluna).	⇒ Cama ou colchão de ginásio

Quadro 2 - Programa de exercícios

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

2.5. Resultados

O programa de reabilitação foi implementado no sexto dia de internamento do Sr. J. e instituído durante os meses de maio e junho, perfazendo um total de 16 sessões com duração entre 30 a 45 minutos cada.

O equilíbrio do Sr. J. foi avaliado através da utilização do Índice de Tinetti (ANEXO III) que na sua aplicação se divide em avaliação do equilíbrio estático sentado e de pé e a avaliação do equilíbrio dinâmico durante a marcha. Este instrumento de avaliação foi aplicado em três momentos distintos alvo de avaliação, que corresponderam à 1ª, 8ª e 16ª sessão de intervenção de ER, como pode ser observado no gráfico 1.

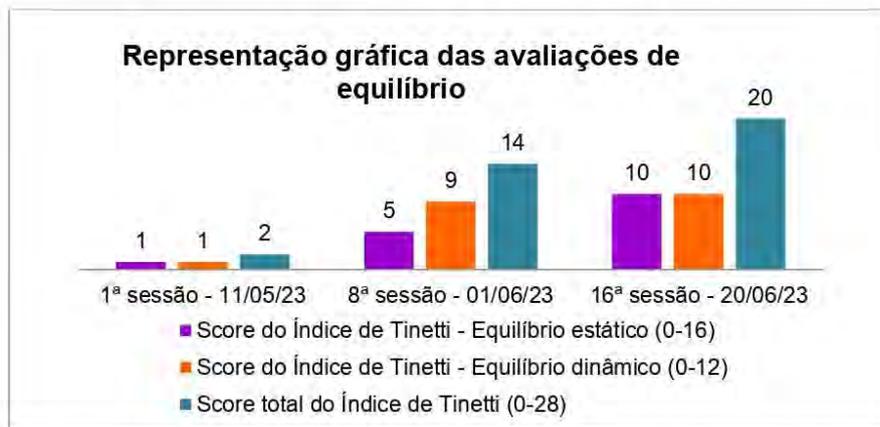


Gráfico 1 - Avaliação do equilíbrio corporal através da aplicação do Índice de Tinetti

O Sr. J. na primeira sessão de intervenção de ER, não conseguia manter um equilíbrio estático sentado eficaz, deslizando na cadeira quando sentado, e com tentativas de levante diversas sem que tivesse um equilíbrio dinâmico de pé (marcha) eficaz, e demonstrou não ter conhecimentos acerca de técnicas de equilíbrio corporal ou capacidade para as realizar. (Quadro 3).

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico

1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Diagnóstico de Enfermagem: Equilíbrio corporal comprometido	1ª sessão 11/05/2023	8ª sessão 01/06/2023	16ª sessão 20/06/2023
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	Não demonstra	Demonstra	Demonstra
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	Não demonstra	Demonstra	Demonstra

Quadro 3 - Avaliação da dimensão do conhecimento e aprendizagem do foco equilíbrio corporal

Por este motivo, para segurança do doente e prevenção de quedas, foi colocada ao Sr. J. contenção de tronco, pois existia um alto risco de queda associado, avaliado pela aplicação de Escala de quedas de Morse (Quadro 4).

Escala de quedas de Morse	1ª sessão - 11/05/2023	16ª sessão - 20/06/2023
Score Total	65	40

Quadro 4 - Avaliação do risco de quedas através da aplicação da Escala de quedas de Morse.

Ao longo das primeiras sessões de intervenção de ER, foi evidente a dificuldade do Sr J. em manter um equilíbrio estático e dinâmico eficaz, com necessidade de apoio de duas pessoas para realizar marcha. Contudo, ao longo das sessões, esta limitação foi gradualmente ultrapassada pelo Sr. J., necessitando no final das 16 sessões apenas do apoio de uma pessoa para realizar uma marcha eficaz e segura, apresentando um score total de 20/28 no índice de Tinetti contrastando com o score inicial de 2/28 na 1ª sessão.

Os dados apresentados demonstram uma evolução positiva relativamente à aquisição de equilíbrio estático e dinâmico e por esta razão considero que se o programa de reabilitação de ER fosse aplicado por um período temporal maior, os ganhos obtidos globalmente seriam mais aproximados do score máximo do Índice de Tinetti.

Ao longo da implementação do programa de ER, através da aplicação da Escala de Barthel e da MIF verificaram-se ganhos efetivos na funcionalidade e independência do Sr J, como corroborado pelos dados apresentados no gráfico 2.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

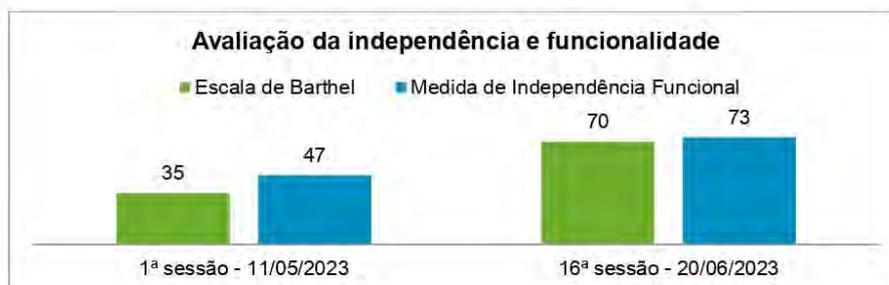


Gráfico 2 - Avaliação da independência na realização das AVD através da Escala de Barthel e da independência funcional através da MIF.

Após o cruzamento dos dados obtidos, ao longo do programa de ER, os exercícios de fortalecimento muscular e treino de AVD revelaram-se não somente fundamentais na melhoria do equilíbrio do Sr. J., mas também contribuíram para a melhoria da sua funcionalidade e capacitação.

2.6. Discussão

Até à atualidade não foi ainda descoberta a cura para a DP, sendo por isso defendido por diferentes autores a importância da implementação de um programa de reabilitação em sinergia com um tratamento farmacológico adequado, são fatores decisivos para travar a progressão da DP ⁽⁶⁾.

É também descrito na literatura que um programa de reabilitação com base em exercícios de fortalecimento muscular, treino de marcha, exercícios de equilíbrio e de resistência influenciam o desempenho da marcha no que diz respeito à velocidade, ritmo e comprimento da passada, capacidade e resistência da marcha para pessoas com DP ⁽⁷⁾.

De acordo com estudos realizados na última década, alguns autores introduziram nos seus programas de reabilitação novas estratégias de intervenção como: o yoga, programas tecnológicos, realidade virtual, exercitação mental associada à reabilitação física e motora e treino proprioceptivo no controlo postural, que se revelaram eficazes na melhoria de mobilidade, prevenção do risco de quedas, melhoria nas AVD e no bem estar psicossocial das pessoas em estudo com DP ⁽⁴⁾.

Assim, com base nas competências específicas do EEER, cujo foco é maximizar as capacidades e com base nos resultados apresentados neste estudo de caso referentes a: ganhos obtidos no

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

equilíbrio, diminuição do risco de quedas e melhoria da funcionalidade e independência da pessoa em estudo, pode afirmar-se que o EEER tem um papel de destaque na capacitação da pessoa com DP, após TCE.

2.7. Considerações finais

Com a elaboração deste estudo de caso foi-me possível aprofundar e mobilizar conhecimentos acerca do papel do EEER na capacitação da pessoa com DP, após TCE.

De salientar que o processo de reabilitação de uma pessoa é um processo que deve ser realizado em equipa multidisciplinar da qual o EEER faz parte, com o intuito de ser contemplado a reabilitação física/motora, cognitiva, emocional, social e familiar.

Desta forma, norteados pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, o EEER deve construir pontes e ser um elo facilitador durante o processo de adaptação da pessoa e da sua família aos novos papéis, para que esta transição ocorra de forma consciente e saudável ⁽¹⁴⁾.

O EEER deve assim, através de uma responsabilização partilhada, delinear em conjunto com a pessoa e família, estratégias adaptativas aos novos papéis de modo a promover a capacitação dos intervenientes para o autocuidado, melhoria da funcionalidade e adaptabilidade ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

Assim sendo, o EEER através de intervenção nos focos de conhecimento e aprendizagem de capacidades, assume um papel crucial, pois promove o empoderamento, a tomada de decisão e a passagem à ação com o intuito que a pessoa e família desenvolvam mestria e capacidades adaptativas a novas situações que possam surgir decorrentes do processo de transição ⁽¹⁶⁾.

Por sua vez, de acordo com a Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, um dos objetivos do EEER é assistir a pessoa nas suas necessidades, promovendo o autocuidado. Deste modo, segundo este referencial teórico, o EEER com o intuito de capacitar a pessoa para o autocuidado não a pode substituir, devendo para isso realizar ensinar, instruir e treinar a pessoa com recurso ou não a produtos de apoio facilitadores ⁽¹⁷⁾.

Assim, posso afirmar que ambas as teorias comprovam a importância do papel do EEER na capacitação e empoderamento da pessoa e família que vivenciam processos de transição.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Com a realização deste estudo de caso e implementação do programa de ER descrito, considero que é evidente a relevância que o papel do EEER assume na capacitação da pessoa, devendo a sua intervenção ser o mais precoce possível.

As limitações encontradas aquando da realização deste estudo de caso foi a existência de poucos estudos científicos na área de ER que corroboram a relevância da intervenção do EEER na capacitação e promoção da autonomia e independência da pessoa com DP e TCE e ainda a pouca existência de estudos com planos de treino sem recurso a equipamentos tecnológicos.

Desta forma, sugiro a realização de estudos posteriores que permitam implementar programas de ER com maior duração, realização de estudos quantitativos para criação de evidência científica e ainda a elaboração de programas de reabilitação com abordagens terapêuticas mistas (p. ex. utilização de novas tecnologias ou yoga) pois de acordo com diferentes autores existe evidência nos ganhos obtidos.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

3. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste estudo de caso, penso ter conseguido cumprir com os objetivos a que me propus inicialmente aquando a sua realização, pois através dos dados obtidos considero ser evidente a relevância do papel do EEER nos ganhos obtidos no equilíbrio da pessoa com DP após TCE, contribuindo assim para uma melhoria da sua funcionalidade e da qualidade de vida.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 66–77. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>
2. Instituto Nacional de Estatística - Causas de Morte: 2017. Lisboa: INE, 2019. Disponível <https://www.ine.pt/xurl/pub/358633033>. ISSN 2183-5489. ISBN 978-989-25-0481-0
3. Chibante, E. & Pereira, L. (2021). Doenças Neurológicas Degenerativas: cuidados de Enfermagem ao Longo do seu Percurso. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. L. (eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.409-431). Sintra: Lusodidata
4. Muthukrishnan, N., Abbas, J. J., Shill, H. A., & Krishnamurthi, N. (2019). Cueing Paradigms to Improve Gait and Posture in Parkinson's Disease: A Narrative Review. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 19(24), 5468. <https://doi.org/10.3390/s19245468>
5. Dantas V. M., Guiduce R. O., Foss M. H. D., Ferreira L. L. Programa de reabilitação de equilíbrio e marcha em pacientes com doença de Parkinson. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2020;22(3):93-8. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i3a>
6. KARINE Brito, K. S., Santos, T. R. & Magalhães, A. T. (2022). Os efeitos da Reabilitação baseada em exercícios sobre a marcha de pacientes com doença de Parkinson: uma revisão sistemática. *Fisioterapia Brasil*, 23 (1), 152-172. DOI 10.33233/fb.v23i1.5003
7. Ricardo Loureiro, Rosa Martins, Joana Bernardo, & Susana Batista. (2021). Efficacy of Rehabilitation on Mobility, Prevention and Reduction of the Fall's Risk in Parkinson's Patients. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 163–171. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171>
8. Ferrazzoli D, Ortelli P, Zivi I, et al. (2018). Efficacy of intensive multidisciplinary rehabilitation in Parkinson's disease: a randomised controlled study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 89, 828-835. DOI:10.1136/jnnp-2017-316437
9. Correia, A. D. (2018). Reeducação vestibular em indivíduos pós traumatismo crânio-encefálico: série de casos. *Saúde e Tecnologia*. 19, 35-42 DOI: 10.25758/set.2021
10. Varanda, E., Gonçalves, A.S., Rodrigues, F. & Almeida, A. . (2021). Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Patologia Neurocirúrgica. In Marques-Vieira C., Sousa, L. &

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

- Baixinho, C. L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença aguda*. (pp.387-408). Sintra: Lusodidata
11. Andrade, S.R., Ruoff, A.B., Piccoli, T., Schmitt, M.D., Ferreira, A., & Xavier, A.C. (2017). O Estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26, 1-12. DOI: 10.1590/0101-07072017005360016
12. Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2021). Treino de Atividades de Vida Diárias. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. L. (eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.351-364). Sintra: Lusodidata
13. Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
14. Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., et al. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26 (2), 35-44. Disponível em http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf
15. Gomes, C., Marques-Vieira, C. & Braga, R. (2021). A pessoa com doença cerebrovascular. In Marques-Vieira C., Sousa, L. & Baixinho, C. L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença aguda*. (pp.387-408). Sintra: Lusodidata
16. Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
17. Trindade, I.Marranita, S., Sousa, L. (2020). Empowerment of the person with dependence for self-care: Case Study, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3), 164-183. DOI: 10.36957/jai.2182-696X.v9i3-9

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXOS

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

**ANEXO I - Consentimento informado, livre e esclarecido assinado pela pessoa
participante no estudo de caso**

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a Informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assinie o consentimento.

Título do estudo: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Média Duração e Reabilitação São Bento de Núrria, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Mestre Cristina Mesquita e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Carlos Leão.

Explicação do estudo: A temática do estudo são as alterações de equilíbrio na pessoa com doença de Parkinson, após traumatismo cranioencefálico e os ganhos obtidos após intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, solicita-se a sua participação no estudo de caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e instrumentos/testes de avaliação que permitem identificar as áreas em que o Senhor necessita de intervenção feita por enfermeiros de reabilitação. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Patrícia Constantina Pinto, contatos: 917417426 / patriciaconstantina@gmail.com

Assinatura: _____

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: 10/05/2023

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____
BI/CD Nº: _____ DATA OU VALIDADE: ____/____/_____
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____
ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE [1] PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinqula.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

**ANEXO II - Escala Medical Research Council Modificada e Escala de Ashworth
Modificada**

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Escala de monitorização da força muscular MRC, modificada (adaptada Brooke, 1981)

5: - Força normal
-5: - Fraqueza dificilmente detetável
+4: - A mesma que 4 mas o musculo suporta a articulação contra uma resistência moderada a máxima
4: - O musculo suporta a articulação contra uma resistência moderada
-4: - A mesma que 4, mas o musculo suporta a articulação contra uma resistência mínima
+3: - O musculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória
3: - O musculo não consegue suportar a articulação, mas move contra a gravidade
-3: - O musculo move a articulação, mas não realiza todos os movimentos
2: - O musculo move a articulação, mas não contra a gravidade
1: - Observa-se contração muscular, mas não há movimento
0: - Não há movimento

Escala de Ashworth Modificada

0	Tônus muscular normal.
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude do movimento, quando a região afetada é movida em extensão ou flexão.
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguido de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular durante a maior parte da amplitude do movimento, mas a região afetada é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular. O movimento passivo é fácil.
4	Parte rígida em flexão ou extensão.

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXO III - Índice de Tinetti

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craneoencefálico
 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Identificação: S.J.

FORMA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS E SAÚDE DE BRAGA
 AVALIAÇÃO DE FORTALECIMENTO DE EQUILÍBRIO E REABILITAÇÃO
 TESTE DE LINHA

DATA: 20.06.2023

EQUILÍBRIO ESTÁTICO

1. EQUILÍBRIO ESTÁTICO
 0 - inclina-se ou senta na cadeira
 1 - inclina-se ligeiramente de súbita e distorcida, não para ao processo de caduça
 2 - estável, seguro

2. LEVANTAR-SE
 0 - incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
 1 - necessita de ajuda para levantar
 2 - capaz de 11 tentativas sem usar os braços
 3 - capaz de 11 tentativas com os braços

3. EQUILÍBRIO MANTIDO (inclinação e sustentação)
 0 - estável (combustível, move-se para trás, mantém as opções do tronco, tenta agarrar algo para suportar)
 1 - estável, mas utiliza suporte de marcha para suportar-se
 2 - estável sem qualquer tipo de ajuda

4. EQUILÍBRIO EM FLOCOS PARALELOS
 0 - inverte
 1 - estável mas ultrapassa base de sustentação (calculadora afastada > 10 cm) de repente e voltar
 2 - marcha para a frente
 3 - marcha para trás

5. FICAR DE DEBILITADO NA MESMA POSIÇÃO (durante de pé com os pés juntos, o observador aponta e levanta com a palma da mão, 3 vezes ao mesmo tempo)
 0 - começa a cair
 1 - mantém-se, agarra-se, mas instável
 2 - estável

6. FICAR DE DEBILITADO NA MESMA POSIÇÃO
 0 - inverte
 1 - estável

7. VOLTAR 360º (3 vezes)
 0 - não consegue voltar
 1 - estável, mas de passo descontinuo
 2 - estável e passo continuo

8. APÓDIPRODIA (capacidade de manter o equilíbrio de forma estável)
 0 - não consegue ou tenta recuperar-se e cair
 1 - recupera-se rapidamente de forma estável

9. MARCHA DE
 0 - não consegue ou cai no cadáver (de cabeça para trás)
 1 - usa os braços para movimento (de cabeça para trás)
 2 - marcha, movimento harmonioso

Pontuação: 10 / 18
 © Filipe Peix
 FCT/FAP 2001

EQUILÍBRIO DINÂMICO - MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 2m, na sua passada normal e volta com passo mais rápido e à caduça. Deverá utilizar os seus suportes de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (independente após o sinal de partida)
 0 - hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
 1 - sem hesitação

11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
 0 - não ultrapassa 3/4 do pé esquerdo
 1 - ultrapassa o pé esquerdo um pouco

12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
 0 - o pé não se toca completamente e contacto com o solo
 1 - o pé se toca apenas parcialmente

13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
 0 - não ultrapassa 3/4 do pé direito
 1 - ultrapassa o pé direito um pouco

14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
 0 - o pé não se toca completamente e contacto com o solo
 1 - o pé se toca apenas parcialmente

15. SIMETRIA DO PASSO
 0 - comprimento do passo aparentemente semelhante
 1 - comprimento do passo aparentemente diferente

16. CONTINUIDADE DO PASSO
 0 - não há um pé descontinuo
 1 - passo contínuo

17. FICAR DE DEBILITADO NA MESMA POSIÇÃO (durante de pé com os pés juntos, o observador aponta e levanta com a palma da mão, 3 vezes ao mesmo tempo)
 0 - começa a cair
 1 - mantém-se, agarra-se, mas instável
 2 - estável

18. ESTABILIDADE DO TRONCO
 0 - não consegue ou cai no cadáver (de cabeça para trás)
 1 - usa os braços para movimento (de cabeça para trás)
 2 - marcha, movimento harmonioso

19. BOM DE SUSTENTABILIDADE NA MARCHA
 0 - não consegue ou cai no cadáver (de cabeça para trás)
 1 - estável, mas de passo descontinuo
 2 - estável e passo continuo

Pontuação: 10 / 18
 Pontuação total: 20 / 36
 © Filipe Peix
 FCT/FAP 2001

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXO IV - Escala de quedas de Morse

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craneoencefálico
 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXO II - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE, Versão portuguesa

A escala de Quedas de Morse integra seis itens: (1) história anterior de queda; (2) existência de um diagnóstico secundário; (3) ajuda para caminhar; (4) terapia intencional; (5) postura no andar e na transferência; (6) estado mental.

a) Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotómica Não/Sim em que "Não" toma sempre o valor zero e "Sim" o valor 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1) *.

b) O item 3 tem como respostas possíveis "Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador /acumador/cadeiras de rodas" (0), "Muitas/acumador/acumador/andarilho" (15) ou "Ajuda-se no mobiliário para andar" (20). Por fim, o item 5 tem como respostas possíveis "Normal/acumador/móvel" (0), "Desbilhado" (10) e "Dependente de ajuda" (20) *.

c) A pontuação total da Escala de Quedas Morse varia entre 0 e 125 pontos e as pessoas são discriminadas em função da sua pontuação ** em (Nível de Evidência III, Grau de Recomendação B):

- i. Sem risco (0 e 24 pontos);
- ii. Baixo risco (25 e 50 pontos);
- iii. Alto risco (51 pontos).

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE, Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. História de queda: nos últimos 12 meses ou nos últimos três meses	0
Não	25
Sim	0
2. Diagnóstico secundário	0
Não	15
Sim	20
3. Ajuda para caminhar	0
Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador /acumador/cadeiras de rodas	15
Muitas/acumador/acumador/andarilho	20
Ajuda-se no mobiliário para andar	25
4. Terapia intencional	0
Não	20
Sim	0
5. Postura no andar e na transferência	0
Normal/acumador/móvel	10
Desbilhado	20
Dependente de ajuda	0
6. Estado mental	0
Consciente das suas capacidades	10
Equívoco das suas limitações	20
Esquente-se das suas limitações	0
Dependente de ajuda	15

TOTAL = 65

ALTO RISCO

Identificação: Sr. J.

DATA: 11.05.2023

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craneoencefálico
 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXO II - ESCALA DE QUEDAS DE MOSES, Versão portuguesa

A escala de Quedas de Morse integra seis itens: (1) história anterior de queda; (2) existência de um diagnóstico secundário; (3) ajuda para caminhar; (4) terapia intravenosa; (5) posura no andar e na transferência; (6) estado mental.

a) Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotómica Não/Sim em que "Não" toma sempre o valor zero e "Sim" o valor 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1);

b) O item 3 tem como respostas possíveis: "nenhuma ajuda de profissional/colaborador /acompanhador de rodar" (0), "utilização de bengala/caneta/canele" (15) ou "ajuda no mobilidade para andar" (20). Por fim, o item 5 tem como respostas possíveis "Normal/semelhante" (0), "débilitado" (10) e "dependente de ajuda" (20).

c) A pontuação total da Escala de Quedas de Morse varia entre 0 e 125 pontos e as pessoas são classificadas em função de sua pontuação: "sem (Nen) de Quedas" (0-20 pontos); "Baixo Risco" (21-30 pontos); "Alto Risco" (31-125 pontos).

Bc

I. Sem risco (0 e 24 pontos);
 II. Baixo risco (25 e 50 pontos);
 III. Alto risco (51 pontos).

ESCALA DE QUEDAS DE MOSES, Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. História de quedas; neste momento ligeiral ou nos últimos 6 meses	0
Não	25
2. Di. (ou) diagn. secundário	0
Não	15
Sim	0
3. Ajuda para caminhar	0
Nenhuma ajuda de profissional/colaborador /acompanhador de rodar	0
Utilização de bengala/canele/caneta	15
Ajuda no mobilidade para andar	20
4. Terça da ajuda	0
Não	20
Sim	0
5. Normal/semelhante	0
Débilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	0
Normal/semelhante	20
Débilitado	10
Dependente de ajuda	20

TOTAL = 40

BAIXO RISCO

Identificação: S.J.

DATA: 20.06.2023

Norma nº 606/2019 de 09/12/2019
 Alterada à 10/06/2020 (Linha - Portugal) (N.º 10) / 10/06/2020 (Linha - Portugal) (N.º 10) / 23/05/2021 (Linha - Portugal) (N.º 10)

Norma nº 606/2019 de 09/12/2019
 Alterada à 10/06/2020 (Linha - Portugal) (N.º 10) / 10/06/2020 (Linha - Portugal) (N.º 10) / 23/05/2021 (Linha - Portugal) (N.º 10)

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXO V - Escala de Barthel

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craneoencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Identificação: S. J Data: 11. maio 2023

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo III – Escala de Barthel e Instruções

1. Alimentação	
Independente	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar órteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo escuras	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input checked="" type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo alagado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou alagado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input checked="" type="checkbox"/> 0
TOTAL	35

Norma nº 054/2011 de 27/12/2011

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craneoencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Identificação: S. J.

NORMA Data: 20.06.2023
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



111 **anos**
Direcção-Geral de Saúde
Ministério da Saúde

Anexo III – Escala de Barthel e Instruções

1. Alimentação	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	30

Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXO VI - Medida de Independência Funcional

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craneoencefálico
 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____ **NOME** Sr. J.
IDADE 73 ANOS **SEXO** M **P.U.N.º** _____
DIAGNÓSTICO DOENÇA DE PARKINSON, STATUS PÓS TCE

NÍVEL	7 Independência completa (em segurança em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)		MIF AJUDA			
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo <= 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo <= 25%) 1 Ajuda total (indivíduo < 25%)		AJUDA			
	ANTES	1M	3M	6M	12M	
AUTO-CUIDADOS						
A. Alimentação	3	5				
B. Higiene pessoal	3	4				
C. Banho	3	4				
D. Vestir metade superior	3	4				
E. Vestir metade inferior	4	4				
F. Utilização de sanita	4	4				
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES						
G. Bexiga	4	4				
H. Intestino	4	5				
MOBILIDADE						
TRANSFERÊNCIAS						
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	3	4				
J. Saneira	3	4				
K. Banheira, Duche	3	4				
LOCOMOÇÃO						
L. Marcha, Cadeira de Rodas	3	4				
M. Escadas	3	4				
COMUNICAÇÃO						
N. Compreensão	3	4				
O. Expressão	3	4				
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR						
P. Interação social	4	4				
Q. Resolução dos problemas	3	4				
R. Memória	3	4				
TOTAL	43	35				

NOTA: Não deixar nenhum campo em branco, se não testável marque 1

Norma nº 054/2011 de 27/12/2011

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo
cranioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

ANEXO VII – Plano de Cuidados de ER com as avaliações

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craniocéfalico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Rano Reabilitação

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Nome: Sr. J. **Diagnóstico:** DP, status pós TCE

Focos: Equilíbrio corporal; Autocuidado: higiene; Autocuidado: vestuário; Autocuidado: arranjar-se; Autocuidado: ir ao sanitário.

EQUILÍBRIO CORPORAL	AVALIAÇÃO
<p><u>Diagnóstico:</u> Equilíbrio corporal comprometido</p> <p><u>Intervenções de ER</u></p>	
<p>⇒ Monitorizar o equilíbrio corporal através de escala [índice de Tinetti];</p> <p>⇒ Avaliar o equilíbrio corporal [equilíbrio estático sentado, equilíbrio dinâmico sentado, equilíbrio ortostático estático e equilíbrio ortostático dinâmico];</p> <p>⇒ Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural, 1 série de 10 repetições de cada exercício;</p> <p>- redução postural utilizando espelho quadrado;</p> <p>- alternância de carga nos membros superiores e inferiores através de movimentos de oscilação do tronco;</p> <p>- exercício de coordenação motora;</p>	<p>11/05/2023 – Score Escala Tinetti 2/28; Score Escala de Quedas de Morse 65</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado (sem alterações) e treino de equilíbrio ortostático.</p> <p>Realizado treino de marcha em barras paralelas – utente apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Feito ensino, instrução e treino de marcha com apoio unilateral com uma pessoa, com necessidade frequente de correção postural. Percorridos dois percursos de 40m com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 3), com necessidade de paragens para correção postural.</p> <p>14/05/2023 * Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado (sem alterações) e treino de equilíbrio ortostático.</p> <p>Realizado treino de marcha em barras paralelas – utente apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Feito ensino, instrução e treino de marcha com apoio unilateral com uma pessoa, com necessidade frequente de correção postural. Percorridos dois percursos de 20m com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 3), com necessidade de paragens para correção postural.</p> <p>No ginásio foi ainda realizado reeducação costal global com bastão, exercícios de fortalecimento de biceps com peso de 0.5 Kg com boa tolerância. Feitos exercícios de dissociação de cintura pélvica e escapular e treino de transferências com bolas.</p>

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>- facilitação cruzada; exercícios de cadeia fechada; ⇒ Executar técnicas de treino de equilíbrio deitado, sentado e de pé, 1 série de 10 repetições de cada exercício; - correção postural utilizando espelho quadrado; - exercícios de coordenação de movimentos; - exercício da ponte; - dissociação das cinturas escapular e pélvica; - facilitação cruzada; - contorno de obstáculos; - apoio unipodal; - exercício de equilíbrio estático sentado na cama (com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão; sentado na cama com os braços esticados para a frente e para a esquerda/ direita); - exercício de equilíbrio dinâmico sentado na cama, cadeira ou bola suíça (induzir ligeiro balanço nos ombros da pessoa); - exercício de equilíbrio estático de pé (de pé com os braços esticados para a</p>	<p>15/05/2023 * Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado (sem alterações) e treino de equilíbrio ortostático. Realizado treino de marcha em barras paralelas – utente apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Feito ensino, instrução e treino de marcha com apoio unilateral com uma pessoa, com necessidade frequente de correção postural. Percorridos dois percursos de 30m com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 2), com necessidade de paragens para correção postural. No ginásio foram ainda realizado exercícios isotónicos de fortalecimento muscular dos membros inferiores utilizando a barra paralela como suporte, exercícios de fortalecimento do core e glúteos, reeducação costal global com bastão (feita tentativa de exercício de reeducação costal global utilizando pesos de 0,5Kg que utente não conseguiu cumprir por descoordenação motora), exercícios de dissociação de cintura pélvica e escapular. 20/05/2023 * Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado (sem alterações) e treino de equilíbrio ortostático. Utente percorreu dois percursos de 20m com boa tolerância ao esforço com necessidade de paragens para correção postural. No ginásio, foi realizado treino de marcha em barras paralelas – utente apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Feito ensino, instrução e treino de marcha com apoio unilateral com uma pessoa, com necessidade frequente de correção postural. Foram ainda realizados exercícios isotónicos de fortalecimento muscular dos membros inferiores utilizando a barra paralela como suporte, exercícios de fortalecimento do core e glúteos, reeducação costal global com bastão (feita tentativa de exercício de reeducação costal global utilizando pesos de 0,5Kg que utente não conseguiu cumprir por descoordenação motora), exercícios de dissociação de cintura pélvica, exercícios de motricidade fina utilizando as molas. Realizada RFR com ensino e instrução de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p>
---	---

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>frente e para a esquerda e para direita);</p> <ul style="list-style-type: none"> - exercício de equilíbrio dinâmico de pé (exercícios realizados com apoio em barra paralela ou cadeira: alternância de carga nos membros inferiores, flexão plantar, flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral do membro inferior (abdução), agachamentos com correção postural, levantar e sentar em cadeira sem apoio de mãos); ⇒ Orientar a técnica de treino de equilíbrio. 	<p>21/05/2023 * Realizado treino de equilíbrio ortostático, tendo percorrido dois percursos de 20m com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 2), com necessidade de paragens para correção postural.</p> <p>No ginásio, foi realizado treino de marcha em barras paralelas – utente ainda apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Feito ensino, instrução e treino de marcha com apoio unilateral com uma pessoa, com necessidade frequente de correção postural.</p> <p>Foram ainda realizados exercícios isotónicos de fortalecimento muscular dos membros inferiores utilizando a barra paralela como suporte e exercícios de motricidade fina ao efetuar transferências utilizando berlindes.</p> <p>Hoje, o utente esteve mais focado nos exercícios realizados, demonstrando interesse e realizado os exercícios propostos com sucesso.</p> <p>27/05/2023 * Utente percorreu dois percursos de 15 metros de manhã, com apoio unilateral de uma pessoa, e após o almoço dois percursos de 45 metros com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 2), sem intercorrências mas com necessidade de paragens para correção postural. Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>29/05/2023 * De manhã foram realizados exercícios de motricidade fina com uso de molas que o doente cumpriu com sucesso demonstrando interesse na atividade desenvolvida. O utente percorreu ainda dois percursos de 15 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com boa tolerância ao esforço sem intercorrências mas com necessidade de paragens para correção postural. Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Após o lanche, no ginásio, foi realizado treino de marcha em barras paralelas e com a colocação de obstáculos para sua transposição que o utente cumpriu com sucesso. Contudo, o utente ainda apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Feito ensino, instrução e treino de marcha com apoio unilateral com uma pessoa, com necessidade frequente de correção postural. Foram ainda realizados exercícios isotónicos de fortalecimento muscular dos membros inferiores utilizando a barra paralela como suporte, exercícios de fortalecimento do core e glúteos, exercícios de dissociação de cintura pélvica.</p>
<p>Intervenções de ER</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; ⇒ Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal <p>[correção postural utilizando espelho quadriculado; exercícios de coordenação de movimentos; exercício da ponte; dissociação das cinturas escapular e pélvica; facilitação cruzada; exercícios de</p>	

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>alternância de carga nos membros superiores e inferiores; contorno de obstáculos; apoio unipodal; exercício de equilíbrio estático sentado na cama; exercício de equilíbrio dinâmico sentado na cama, cadeira ou bola suíça; exercício de equilíbrio estático de pé; exercício de equilíbrio dinâmico de pé].</p>	<p>01/06/2023 * – Score Escala Tinetti 14/28 Após o lanche foram realizados exercícios de motricidade fina, utilizando berlines, que o doente cumpriu com sucesso demonstrando interesse na atividade desenvolvida. O utente percorreu ainda dois percursos de 15 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com necessidade de paragens para correção postural e com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 3). Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. No ginásio, foi realizado treino de marcha em barras paralelas com a colocação de obstáculos de diferentes tamanhos para sua transposição que o utente cumpriu com sucesso mas com necessidade de correção postural com recurso a espelho quadrado. O utente ainda apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha mas com uma base de sustentação mais alargada relativamente a intervenções anteriores. Feito ensino, instrução e treino de subir e descer degraus de diferentes alturas sem intercorrências, 10 repetições. Utilizando a bola suíça foram ainda realizados exercícios de equilíbrio, de fortalecimento do core e glúteos e de oscilação pélvica com sucesso, 10 repetições. Realizado exercício da ponte tendo tolerado 10 repetições com 7 segundos de contração.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>Realizada RFR com ensino e instrução de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p>
<p>Intervenções de ER ⇒ Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; ⇒ Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural utilizando espelho quadrado; exercícios de coordenação de movimentos; exercício da ponte; dissociação das cinturas escapular e pélvica; facilitação cruzada; exercícios de alternância de carga nos membros superiores e inferiores; contorno de obstáculos; apoio unipodal; exercício de equilíbrio estático sentado na cama; exercício de equilíbrio</p>	<p>05/06/2023 * Após o lanche o utente percorreu dois percursos de 15 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com necessidade de paragens para correção postural e com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 3). 08/06/2023 * Após o lanche o utente percorreu dois percursos de 15 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com necessidade de paragens para correção postural e com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 2). No ginásio, foi realizado treino de marcha em barras paralelas com a colocação de obstáculos de diferentes tamanhos para sua transposição que o utente cumpriu com sucesso. Contudo, mantém necessidade de correção postural com recurso a espelho quadrado. O utente ainda apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha mas com uma base de sustentação mais alargada relativamente a intervenções anteriores. Feito ensino, instrução e treino de subir e descer degraus de diferentes alturas sem intercorrências, 10 repetições.</p>

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>dinâmico sentado na cama, cadeira ou bola suíça; exercício de equilíbrio estático de pé; exercício de equilíbrio dinâmico de pé]; ⇨ Treinar técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>Realizados exercícios isotônicos de fortalecimento muscular dos membros inferiores utilizando a barra paralela como suporte, exercícios de fortalecimento do core e glúteos e exercícios de reeducação postural global com bastão com boa tolerância do utente. Realizado ainda ensino, instrução e treino de exercícios de automobilização dos membros superiores e realizada RFR com ensino, instrução e treino de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p> <p>09/06/2023 * Após o almoço o utente percorreu dois percursos de 20 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com necessidade de paragens para correção postural e com boa tolerância ao esforço. (Score na Escala de Borg modificada 2). Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída. Realizada RFR com ensino e instrução de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p> <p>10/06/2023 * Após o lanche o utente percorreu dois percursos de 15 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com necessidade de paragens para correção postural e com boa tolerância ao esforço.</p> <p>No ginásio, foi realizado treino de marcha em barras paralelas num percurso de 30 metros com a colocação de obstáculos de diferentes tamanhos para sua transposição que o utente cumpriu com sucesso. Contudo, mantém ainda necessidade de correção postural com recurso a espelho quadrado. O utente ainda apresenta algum desequilíbrio ortostático dinâmico, com ataxia da marcha, mas com uma base de sustentação mais alargada relativamente a intervenções anteriores. Feito ensino, instrução e treino de subir e descer degraus de diferentes alturas sem intercorrências, 10 repetições. (Score na Escala de Borg modificada 3)</p> <p>Realizados exercícios isotônicos de fortalecimento muscular dos membros inferiores utilizando a barra paralela como suporte e exercícios de fortalecimento do core com boa tolerância do utente. Realizado ainda ensino, instrução e treino de exercícios de automobilização dos membros superiores e realizada RFR com ensino, instrução e treino de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p> <p>11/06/2023 * Após o almoço o utente percorreu dois percursos de 15 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 2) e sem intercorrências mas com necessidade de várias paragens para correção postural. Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída, feito ensino, instrução e treino.</p>
---	--

Estado de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>No ginásio, utilizando a bola suíça foram ainda realizados: exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, de fortalecimento dos membros superiores do core e glúteos e de oscilação pélvica com sucesso, reeducação costal global com bastão, 10 repetições. No colchão, o utente realizou exercício da ponte tendo tolerado 10 repetições com 10 segundos de contração e de dissociação da cintura pélvica. Realizada RFR com ensino e instrução de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p> <p>13/06/2023 * Após o lanche, o utente percorreu dois percursos de 15 metros, com apoio unilateral de uma pessoa com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 2) e sem intercorrências e com necessidade de menos paragens para correção postural relativamente a intervenção anterior. Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída, feito ensino, instrução e treino.</p> <p>No ginásio, utilizando a bola suíça foram ainda realizados: exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, de fortalecimento dos membros superiores utilizando pesos de 0.5Kg, do core e glúteos, oscilação pélvica, reeducação costal global utilizando pesos de 0.5Kg todos com sucesso e 10 repetições de cada. No colchão, o utente realizou com sucesso exercício da ponte tendo tolerado 10 repetições com 10 segundos de contração e de dissociação da cintura pélvica. Realizada RFR com ensino e instrução de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p>	
<p>17/06/2023 * Antes do almoço o utente percorreu dois percursos de 15 metros, com supervisão com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 3), e sem intercorrências mas com necessidade de várias paragens para correção postural. Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída, feito ensino, instrução e treino.</p> <p>No ginásio, utilizando a bola suíça foram ainda realizados com sucesso: exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, de fortalecimento do core e glúteos, oscilação pélvica e dissociação da cintura escapular. Utilizando pesos de 0.5Kg foi ainda realizado exercício de fortalecimento dos membros superiores e reeducação costal global. No colchão, o utente realizou exercício da ponte tendo tolerado com 10 segundos de contração e exercícios de dissociação da cintura pélvica, 10 repetições de cada. Realizada RFR com ensino e instrução de consciencialização de tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, com sucesso.</p>	

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

	<p>20/06/2023 * – Score Escala Tinetti 20/28; Score Escala de Quedas de Morse 40 Após o lanche, o utente percorreu dois percursos de 15 metros, com supervisão com boa tolerância ao esforço (Score na Escala de Borg modificada 2) e sem intercorrências com necessidade de menos paragens para correção postural comparativamente a intervenções anteriores. Mantém ataxia da marcha e base de sustentação diminuída, feito ensino, instrução e treino. No ginásio, foi realizado ensino, instrução e treino de subir e descer escadas e rampa com apoio bilateral de membros superiores - realizadas 10 repetições com sucesso.</p>
--	--

AUTOCUIDADO: HIGIENE	Avaliação
<p><u>Diagnóstico:</u> Potencial para melhorar o conhecimento sobre: adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>11/05/2023 * Score Escala BARTHTEL 35 e MIF 43 Após o jantar, foram realizados ensinios acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arranjar-se, instruído sobre os procedimentos e treinado os mesmos. Utente conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, apresentando limitação ao despir metade inferior do corpo. Doente autoposicionou-se no leito com ajuda de triângulo.</p>
<p>Intervenções de ER</p>	
<p>⇒ Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; ⇒ Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (acessibilidade à casa de banho, se tem banheira ou duche e necessidade de colocar barras de apoio, para usar banheira ou</p>	<p>15/05/2023 * Após o jantar foram realizados ensinios, instrução e treino acerca do autocuidado: higiene (lavar os dentes) e vestir. Utente manteve equilíbrio ortostático estático com sucesso. Doente foi participativo tendo cumprido as atividades propostas com sucesso. 20/05/2023 * Cuidados de higiene prestados no WC com supervisão. Realizada massagem terapêutica. Realizados ensinios acerca dos autocuidados: higiene, vestir-se e arranjar-se, instruído sobre os procedimentos e treinado os mesmos. Utente conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, utente apresenta limitações no banho a nível da higiene da região posterior, mas sem dificuldade em secar a mesma.</p>

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craneoencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>chuveiro, necessidade de usar banco de apoio); ⇒ Providenciar material educativo.</p>	<p>27/05/2023 * Cuidados de higiene realizados no WC com supervisão sem intercorrências. Realizados ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene, vestir-se e arrumar-se, instruindo sobre os procedimentos e feito o seu treino. Utente conseguiu realizar os autocuidados referidos com sucesso, exceto na higiene da região posterior do tronco, contudo sem dificuldade em secar a mesma.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>29/05/2023 * Após o jantar, foram realizados ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arrumar-se, instruindo sobre os procedimentos e treinado os mesmos. Utente conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, apresentando limitação ao despir metade inferior do corpo.</p>
<p>Intervenções de ER</p> <p>⇒ Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; ⇒ Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; ⇒ Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>01/06/2023 * Após o jantar, foram realizados ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arrumar-se, instruindo sobre os procedimentos e treinado os mesmos, contudo com necessidade de orientação verbal acerca do planeamento das atividades descritas. Utente conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, apresentando menor limitação ao despir metade inferior do corpo.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio e sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>05/06/2023 * Após o jantar, foram reforçados os ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arrumar-se, instruindo sobre os procedimentos e treinado os mesmos, contudo mantêm necessidade de orientação verbal acerca do planeamento das atividades descritas. Utente conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, apresentando menor limitação ao despir metade inferior do corpo.</p>
<p>Intervenções de ER</p>	<p>08/06/2023 * Após o jantar, foram reforçados os ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arrumar-se, instruindo sobre os procedimentos e treinado os mesmos, contudo mantêm necessidade de orientação verbal acerca do planeamento das atividades descritas. Utente conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, apresentando menor limitação ao despir metade inferior do corpo.</p>
<p>⇒ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene [o prestador de cuidados conhece a necessidade de adaptação do domicílio para autocuidado: higiene e identifica</p>	<p>09/06/2023 * Realizado ensino acerca dos autocuidados: higiene, vestir-se e arrumar-se, instruindo sobre os procedimentos e feito o seu treino. Utente conseguiu realizar os autocuidados referidos com sucesso, exceto na higiene da região posterior do tronco, contudo sem dificuldade em secar a mesma. Os cuidados de higiene foram realizados no WC com supervisão sem intercorrências. Realizado ensino à filha do Sr. Joaquim acerca de estratégias adaptativas que se poderão adotar no futuro no regresso a casa, pedido a sua colaboração para trazer</p>

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo craniocéfalico
 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>barreiras arquitetónicas para autocuidado: higiene]; ⇒ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [escova de banho de cabo longo]; ⇒ Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; ⇒ Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; ⇒ Providenciar material educativo.</p>	<p>escova de banho de cabo longo. Partilhado também com a filha informações acerca das Associações existentes que podem ser um elo de apoio na fase da alta. 10/06/2023 * Após o jantar, foram reforçados os ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arranjá-lo, contudo o utente revelou desinteresse e desorganização mental no planeamento das atividades. O doente foi posicionado no leito. 11/06/2023 * Realizado ensino acerca dos autocuidados: higiene, vestir-se e arranjá-lo, instruindo sobre os procedimentos e feito o seu treino. Uteunte conseguiu realizar os autocuidados referidos com sucesso, exceto na higiene da região posterior do tronco, contudo sem dificuldade em secar a mesma. Os cuidados de higiene foram realizados no WC com supervisão sem intercorrências. 13/06/2023 * Após o jantar, foram reforçados os ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arranjá-lo, instruindo sobre os procedimentos e treinados os mesmos, contudo mantém necessidade de orientação verbal acerca do planeamento das atividades descritas. Uteunte conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, apresentando menor limitação ao despir metade inferior do corpo. O utente autopositionou-se no leito.</p>
<p>Autocuidado: vestuário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário</p>	<p>20/06/2023 * – Score Escala BARTHEL 70 e MIF 73 Após o jantar, foram reforçados os ensinamentos acerca dos autocuidados: higiene (lavar os dentes), vestir-se e arranjá-lo, instruindo sobre os procedimentos e treinados os mesmos. O utente mantém necessidade de orientação verbal acerca do planeamento das atividades descritas. Uteunte conseguiu realizar os autocuidados com sucesso, apresentando menor limitação ao despir metade inferior do corpo comparativamente a intervenções anteriores.</p>
<p>Intervenções de ER</p> <p>⇒ Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; ⇒ Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário [utilização de calça deira de cabo longo e sapatos com velcro]; ⇒ Providenciar material educativo.</p>	

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Rano Reabilitação

<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</p> <p style="text-align: center;">Intervenções de ER</p> <p>⇒ Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário [despe e veste a parte superior e inferior do corpo, descalça e calça as meias, desabotoa e abotoa a roupa, calça os sapatos, usa fechos];</p> <p>⇒ Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;</p> <p>⇒ Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</p> <p style="text-align: center;">Intervenções de ER</p> <p>⇒ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário;</p>

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>⇨ Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; ⇨ Providenciar material educativo.</p>	
<p>Autocuidado: arranjar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se.</p>	
<p>Intervenções de ER</p> <p>⇨ Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; ⇨ Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; ⇨ Providenciar material educativo.</p>	
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se.</p>	
<p>Intervenções de ER</p> <p>⇨ Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se;</p>	

Estudo de caso: Papel da Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio da pessoa com Parkinson, após traumatismo crânioencefálico
1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

<p>⇒ Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjarse; ⇒ Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjarse.</p>	<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: arranjarse.</p>
<p>Intervenções de ER</p>	
<p>⇒ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: arranjarse [o prestador de cuidados conhece a necessidade de adaptação do domicílio para autocuidado: arranjarse e identifica barreiras arquitetônicas para andar]; ⇒ Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: arranjarse; ⇒ Providenciar material educativo.</p>	

APÊNDICE II – Relato de caso clínico “Capacitação com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso”



1º Curso de Mestrado em Enfermagem
Ramo Reabilitação
Estágio Profissionalizante

Capacitação com a pessoa submetida a
Artroplastia Total do Joelho:
estudo de caso

Patrícia Constantina Pinto n° 202230119

Orientadora: Professora Tânia Raposo

Coorientador: Professor Doutor Luis Sousa

EEER Supervisor: Luis Mendes

Barcarena

fevereiro 2024

Escola Superior de Saúde Atlântica

1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação

Estágio Profissionalizante

**Capacitação com a pessoa submetida a
Artroplastia Total do Joelho:
estudo de caso**

Patrícia Constantina Pinto nº 202230119

Orientadora: Professora Tânia Raposo

Coorientador: Professor Doutor Luis Sousa

EEER Supervisor: Luis Mendes

Barcarena

fevereiro 2024

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

OA – Osteoartrite

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

RESUMO

Introdução: As doenças osteoarticulares assumem-se como um dos fatores mais incapacitantes a nível global, causadoras de incapacidade, com impacto direto na realização das atividades de vida diária (AVD) e na qualidade de vida das pessoas. A gonartrose resulta do desgaste gradual da cartilagem articular, sendo o tratamento de eleição a artroplastia total do joelho (ATJ).

Objetivo: Avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) após a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho.

Método: Estudo de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso. É apresentado o caso de uma pessoa com gonartrose, submetida ATJ. Os princípios éticos foram cumpridos.

Resultados: Após cinco sessões de ER, verificou-se a diminuição da dor, aumento das amplitudes articulares, da força muscular e ganhos na funcionalidade.

Conclusão: Enquanto detentor de conhecimentos diferenciados, o EEER, assume um papel de destaque nos cuidados prestados, que podem ser corroborados pelos ganhos funcionais identificados, após a análise dos dados obtidos, dando assim o seu contributo na capacitação com a pessoa submetida a ATJ.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Artroplastia Total do Joelho, capacitação, funcionalidade.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. MATERIAIS E MÉTODOS	13
3. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	15
3.1 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	16
3.2 PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	17
4. RESULTADOS	27
5. DISCUSSÃO	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
7. CONCLUSÃO	10
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
ANEXOS	15
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO	16
ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	18
ANEXO III – ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA E ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	20
ANEXO IV – ÍNDICE DE TINETTI	22
ANEXO V – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE	24
ANEXO VI – ESCALA DE BARTHEL	26
ANEXO VII – ESCALA DE LAWTON & BRODY	28
ANEXO VIII – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	30
ANEXO IX – FOLHETO INFORMATIVO “CUIDADOS APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO”	32
ANEXO X – FOLHETO INFORMATIVO “COMO PREVENIR QUEDAS EM CASA”	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – RX de diagnóstico pré-operatório, 23-11-2023 15

Figura 2 – RX de controlo pós-operatório, 24-11-2023 16

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados obtidos após intervenção do EEER.	28
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de cuidados de ER para a pessoa submetida a ATJ	18
Quadro 2 – Programa de exercícios de ER	26
Quadro 3 – Resultados obtidos após intervenção do EEER	27

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso intitulado Capacitação com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho (ATJ), foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, integrada no plano de estudos do 1.º Curso de Mestrado em ER, do 1º semestre do 2º ano. O estágio profissionalizante decorreu num hospital central de Lisboa, entre os dias 19 de setembro de 2023 e 21 de dezembro de 2024 e o presente estudo de caso foi realizado entre os dias 23 e 27 de novembro de 2023. Os meus objetivos aquando da realização deste trabalho são: aprofundar os meus conhecimentos em ER e produzir evidência científica que me permita avaliar os ganhos funcionais obtidos após a intervenção do EEER na capacitação com a pessoa submetida a ATJ, dando assim o meu contributo para reflexão futura acerca do tema.

Este trabalho está organizado em quatro partes. Na presente introdução estão explanados os meus objetivos e a estruturação do trabalho. Na segunda parte é apresentado o estudo de caso e por último é apresentada a conclusão seguida das referências bibliográficas utilizadas.

O sistema músculo-esquelético, ao longo do ciclo vital, vai sofrendo alterações morfológicas e fisiológicas, como a perda de massa e força muscular que resultam em sobrecarga articular (Flamínio, 2018 & Lourenço et al., 2021).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2019, a esperança média de vida em Portugal era de 81,6 anos de idade (OMS, 2023 & OCDE, 2023).

A idade assume-se assim, como um fator decisivo na progressão da doença osteoarticular que associado a outros fatores como sedentarismo, obesidade, tabagismo, consumo de álcool e lesões, constituem fatores determinantes para a prevalência de patologias osteoarticulares como a osteoartrite (OA). É mais comum nas mulheres após os 50 anos de idade (OMS, 2023 & OCDE, 2023).

A articulação do joelho é uma articulação de elevada complexidade, classificada como uma articulação sinovial do tipo bi-condilo-trocleeartrose sendo formada pelo fémur, tibia e patela. É descrita como uma das mais importantes e funcionais do corpo humano uma vez que, pela

sua localização anatômica, está sujeita a carga constante, suportando assim o peso do corpo. (Rocha, 2021 & Leitão et al., 2021).

Assim, a OA do joelho também denominada por gonartrose, resulta do desgaste progressivo da cartilagem articular e a sintomatologia frequentemente associada é: dor incapacitante, rigidez articular, edema, deformidade contínua em varo ou valgo, fraqueza muscular, diminuição da amplitude articular e marcha lenta com claudicação (Preto et al., 2019 & Leitão et al., 2021).

Atualmente, estima-se que existem 528 milhões de pessoas com gonartrose sintomática, assumindo-se como uma das dez patologias causadoras de maior incapacidade em pessoas nos países desenvolvidos, uma vez que condiciona a realização das suas AVD com impacto direto na sua qualidade de vida (OCDE, 2023).

Existem diferentes tratamentos cirúrgicos para a gonartrose: artroscopia, osteotomia, artroplastia parcial e ATJ. A ATJ é considerada o tratamento de eleição na gonartrose e consiste na substituição dos componentes articulares por um implante protésico. Tem como objetivo principal a diminuição da dor, melhoria da amplitude articular e da funcionalidade, contribuindo para ganhos na qualidade de vida da pessoa submetida a ATJ (Preto et al., 2019).

Um indicador do sucesso pós-operatório de ATJ é a recuperação da amplitude articular do joelho, contrariando a rigidez articular que se assume como um problema em muitos casos associado à dor. Assim, o objetivo no momento da alta, é que a pessoa submetida a ATJ, seja capaz de realizar flexão do joelho operado numa amplitude articular de 90° (Leitão et al., 2021).

Todo este processo conduz naturalmente a processos de transição saúde-doença, não somente da pessoa afetada, mas também do familiar que passa a desempenhar papel de cuidador que conduz a um reajuste de dinâmicas familiares (Lourenço, et al., 2021).

Deste modo, o envolvimento da família/cuidador como parceiro de cuidados, é crucial para que seja assegurada uma continuidade de cuidados no momento da alta.

Assim, sustentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, cabe ao EEER construir pontes e ser elo facilitador durante o processo adaptativo da pessoa e sua família aos novos papéis, potenciando assim o sucesso neste processo de transição saúde-doença. Contudo, de acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem, o EEER não pode substituir a pessoa, devendo

ensinar, instruir e treiná-la utilizando ou não produtos de apoio facilitadores, com o intuito de a capacitar para o autocuidado (Silva et al., 2019; Trindade, I. et al., 2020).

O EEER enquanto detentor de competências acrescidas com foco na capacitação com a pessoa, maximizando a sua funcionalidade, assume um papel de relevo em todo o processo terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Portanto, pode afirmar-se que o EEER tem um papel fundamental em todo o período de peri-operatório, devendo a sua intervenção ter início na fase pré-operatória e estender-se até ao momento da alta.

Neste sentido, a questão norteadora da pesquisa que esteve na génese deste estudo de caso foi qual o papel do EEER na capacitação com a pessoa submetida a ATJ.

A escolha da pessoa que participou no presente estudo de caso deveu-se a: o foco do EEER ser a capacitação da pessoa maximizando a sua funcionalidade; o fato de ser uma pessoa com potencial de reabilitação; o diagnóstico da pessoa ser uma gonartrose primária; a pessoa não apresentar comorbilidades prévias que possam condicionar a sua reabilitação, nem incapacidades motoras ou psíquicas.

Desta forma, o objetivo geral deste estudo de caso é: produzir evidência científica que me permita avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de ER, na capacitação da pessoa submetida a ATJ. Os objetivos específicos são: identificar os focos de diagnóstico de ER dirigidos à pessoa submetida a ATJ; elaborar um plano de cuidados de ER direcionado para a pessoa submetida a ATJ; implementar o plano de cuidados de ER elaborado dirigido à pessoa submetida a ATJ; produzir evidência científica após a intervenção do EEER na capacitação da pessoa submetida a ATJ.

Outro fator que esteve na génese da elaboração deste estudo de caso foi a escassa evidência científica existente acerca do tema, acreditando por isso que os dados obtidos poderão ser relevantes, contribuindo assim para uma reflexão futura acerca do tema.

MATERIAIS E MÉTODOS

Um estudo de caso é um método estruturado de pesquisa que permite, ao investigador, utilizar múltiplas fontes de pesquisa para estudar de forma aprofundada fenómenos individuais ou de grupo em contexto real, com o intuito de explorar, descrever e explicar um evento com base numa pergunta de investigação (Andrade et al., 2017; Galdeano et al., 2003).

Existem assim dois tipos de estudo de caso: estudos de caso formais que são elaborados com o intuito de fazer uma descrição, análise e entendimento de fenómenos específicos e ainda o estudo de caso informais mais direcionados para a prática clínica. Um estudo de caso informal é elaborado com o intuito de realizar um estudo aprofundado dos problemas e necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados, família e comunidade, permitindo ao profissional de saúde que sejam adquiridos conhecimentos e experiência que permitam no futuro uma tomada decisão de forma mais sustentada. (Galdeano et al., 2003).

Assim sendo, o presente estudo de caso foi elaborado de acordo com as diretrizes de um relato de caso (Riley et al., 2017), após uma revisão da literatura em livros, revistas de referência de enfermagem e nas bases de dados EBSCO, PUBMED e Google académico, com graus de recomendação I, II e IIa e níveis de evidência A e C definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2024a).

Foi realizado durante o mês de novembro de 2023, numa unidade hospitalar de Lisboa, integrado no estágio profissionalizante do mestrado em ER.

A pessoa participante no estudo foi informada dos seus direitos enquanto participante do mesmo, tendo sido obtido por escrito o seu consentimento livre e esclarecido previamente à colheita de dados. Foram assim respeitados os princípios da dignidade e da privacidade, princípio da não maleficiência, vulnerabilidade e decisão livre e informada, respeitando os princípios éticos de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia e convenção de Oviedo (ANEXO I).

Para salvaguardar o anonimato da pessoa envolvida no estudo e a confidencialidade dos dados recolhidos, foi escolhida a letra B.

Com o intuito de realizar uma avaliação inicial o mais completa possível, a colheita de dados foi realizada através da consulta do processo clínico da utente disponível no sistema

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

informático SClínico, entrevista e observação da pessoa em estudo. Posteriormente, foi elaborado e implementado um plano de cuidados de ER individualizado às necessidades identificadas, para numa fase posterior ser realizada uma análise dos dados obtidos.

Para avaliar e monitorizar os ganhos obtidos após a intervenção do EEER, foram utilizados como instrumentos de medida: goniometria (avaliação das amplitudes articulares), escala de Medical Research Council modificada (MRCm) (avaliação da força), o Índice de Tinetti (avaliação do equilíbrio), a Escala de Quedas de Morse (avaliação do risco de quedas), a Escala de Barthel (avaliação das AVD's), a Escala de Lawton & Brody (avaliação das atividades instrumentais de vida diária) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (avaliação da funcionalidade).

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

Anamnese

O presente estudo, descreve o caso de uma pessoa do sexo feminino de 66 anos de idade, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa. Casada com duas filhas e com o 4º ano de escolaridade. Atualmente reformada e reside com seu marido, filha, genro e neta em moradia de dois andares. A sua residência tem boas condições habitacionais, com iluminação adequada, chão antiderrapante, divisões amplas, com tapetes fixos ao chão e casa de banho com poliban. Na fase de pós-operatório, ficará a residir no R/C da moradia sem degraus. Reside em zona urbana com acesso a transportes públicos.

Como antecedentes pessoais conhecidos tem: insuficiência venosa dos membros inferiores, roncopatia, obesidade, depressão e zona (2013 e 06/2023). Desconhece-se alergias alimentares ou medicamentosas. Estava medicada com: alprazolam 0,5 mg ½ comprimido ao deitar, diclofenac 25 mg em SOS, suplemento Arkomag Bio (magnésio) em SOS.

A Sr^a. B tem uma altura de 1,50 metros e 86 kilogramas de peso, apresentando um Índice de Massa Corporal de 38,2 estando classificada como obesidade de classe 2 (DGS, 2023).

Utente previamente autónoma, contudo, com limitação funcional a nível dos joelhos, com claudicação da marcha, o que condiciona a sua mobilidade e consequentemente as realização das suas AVD. Desta forma, desde há 6 meses, após agravamento da sua situação clínica, a Sr^a. B apresenta uma marcha lentificada, claudicante e com passada curta, tendo por isso a necessidade de utilizar uma canadiana para deambular.

A Sr^a. B é acompanhada desde janeiro de 2023, em consulta de ortopedia por diagnóstico de gonartrose primária do joelho direito, tendo-lhe sido proposta na última consulta da especialidade, cirurgia eletiva para ATJ a 23/11/2023. Na fase pré-operatória a utente realizou exames complementares de diagnóstico como análises, eletrocardiograma, RX tórax, todos descritos como estando dentro dos parâmetros normais. Realizou ainda RX ao joelho direito que comprova diagnóstico efetuado.



Figura 1 – RX de diagnóstico pré-operatório, 23-11-2023. Fonte: processo clínico da utente.

No dia 23/11/2023, foi admitida no

serviço de internamento de um hospital de Lisboa, com diagnóstico de gonartrose primária do joelho direito, tendo no mesmo dia, sido submetida sob anestesia loco-regional e sedação a ATJ direito. O RX realizado para controlo pós-operatório revelou que a prótese estava bem colocada.



Figura 2 – RX de controlo pós-operatório, 24-11-2023. Fonte: processo clínico da utente.

Analiticamente, como valor de hemoglobina de referência pré-operatório de 07/11/2023, apresentava 14,7 g/L. No pós-operatório imediato, a 24/11/2023 o valor de hemoglobina era 11,7 g/L. A Sr^a. B manteve-se hemodinamicamente estável durante o período de internamento que decorreu sem intercorrências e com boa evolução clínica. Teve alta para o seu domicílio ao 5º dia de internamento tendo saído do serviço acompanhada pela sua filha.

3.1 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A intervenção do EEER direcionada à pessoa submetida a ATJ deve contemplar toda a fase peri-operatória, compreendendo as fases de pré-operatório, pós-operatório e preparação para a alta que deverá ser considerada desde o momento da admissão do utente. (Moreira et al., 2020; da Silva et al., 2023; Dávila Castrodad et al., 2019).

De acordo com o referido anteriormente, a avaliação inicial foi realizada no dia 23/11/2023, através da observação direta e exame físico da utente, da recolha de dados durante a entrevista (ANEXO II) e consulta do processo clínico disponível no sistema informático SClinico.

Exame neurológico, físico e coordenação motora: Na admissão, a Sr^a. B estava vígil, orientada na pessoa, tempo e espaço, revelando interesse nos cuidados de ER. Eupneica em repouso sem sinais de dificuldade respiratória, normotensa, normocárdica, apirética e normoglicémica. Apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas. Não apresentava alterações da visão, da audição, da comunicação nem da compreensão. A nível da coordenação motora, a Sr^a. B também não apresentou alterações verificadas através da prova dedo-nariz que não teve dificuldades em cumprir com sucesso.

Avaliação da força muscular, tônus e amplitudes articulares: A Sr^a. B apresentava uma força muscular global de grau 5 (Escala MRC modificada) em todos os segmentos corporais, sem compromisso do tônus muscular (score 0 na escala de Ashworth), com exceção dos membros inferiores que apresentava força muscular de grau 3- no membro inferior direito e de grau 4 no membro inferior esquerdo (ANEXO III).

A nível articular, apresentava limitações funcionais bilateralmente a nível dos joelhos. A nível do joelho direito apresentava 90° no movimento de flexão e 20° na extensão. A nível do joelho esquerdo apresentava 110° no movimento de flexão e 10° na extensão.

Avaliação do equilíbrio: Após aplicação do índice de Tinetti (ANEXO IV), que se divide em avaliação do equilíbrio estático sentado e de pé e a avaliação do equilíbrio dinâmico durante a marcha, foi obtido um score total de 13/28.

Avaliação do risco de quedas: Relativamente ao risco de quedas, a Sr^a. B apresentava um alto risco de quedas traduzido pelo valor total obtido de 55 após a aplicação da Escala de Quedas de Morse (ANEXO V).

Avaliação do grau de dependência: Na avaliação da realização das AVD, foi aplicada a Escala de Barthel (ANEXO VI), obtendo-se um total de 75 (ligeiramente dependente) e na realização das AIVD foi aplicada a Escala de Lawton & Brody (ANEXO VII), tendo sido obtido um total de 5 que se traduz numa dependência moderada. Foi ainda aplicada a MIF que se traduziu num score final de 114 (ANEXO VIII).

Na admissão, a Sr^a. B não demonstrou conhecimento relativamente a reeducação funcional respiratória (controlo e dissociação dos tempos respiratórios) ou reeducação funcional motora.

3.2 Programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Como referido anteriormente, cabe ao EEER a avaliação e identificação dos problemas, a implementação de programas de reabilitação e a sua monitorização, fazendo os ajustes necessários de modo a dar resposta às necessidades identificadas (Pestana, 2021).

Por este motivo, todo o programa de cuidados de ER deve ser elaborado e implementado de acordo com as indicações médicas e adequado às necessidades individuais de cada pessoa, tendo em conta a sua estabilidade hemodinâmica, capacidade cognitiva, tolerância aos exercícios propostos e adesão da pessoa ao plano de ER proposto.

De acordo com diferentes autores, no caso particular da pessoa submetida a ATJ, o programa de ER, deverá ser implementado o mais precocemente possível (Sousa & Carvalho, 2016; Flamínio, 2018).

Neste sentido, a intervenção do EEER deverá iniciar-se na fase de pré-operatório e estender-se ao longo da fase de pós-operatório até ao momento da alta clínica, devendo ainda o EEER ser elo de ligação com a comunidade através da passagem de informação para o EEER integrado nos cuidados de saúde primários, permitindo a continuidade do programa de reabilitação no domicílio e contribuindo para ganhos em saúde (Sousa & Carvalho, 2016).

A intervenção do EEER deve iniciar-se pela realização de exercícios passivos no leito e evoluir gradualmente para exercícios ativos em pé e treino de AVD. De salientar ainda que a aplicação de crioterapia pelo período de vinte minutos de 2 em 2 horas se revela fundamental na gestão da dor e diminuição do edema (Sousa & Carvalho, 2016; Moreira et al., 2020).

Assim, com o intuito de obter resultados sensíveis aos cuidados de ER, de acordo com as necessidades identificadas na avaliação da Srª. B, foram identificados os focos e formulados os diagnósticos de ER sustentados no *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação* (Ordem dos Enfermeiros, 2014) e elaborado um plano de cuidados de ER individualizado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016), apresentadas no quadro 1.

Os focos identificados foram: movimento muscular, rigidez articular; equilíbrio corporal; andar com auxiliar de marcha; autocuidado: higiene; autocuidado: ir ao sanitário; autocuidado: vestuário; autocuidado: arranjar-se e transferir-se.

Quadro 1 – Plano de cuidados de ER para a pessoa submetida a ATJ

Diagnóstico de ER	Intervenções de ER
Movimento muscular diminuído no membro inferior direito	⇒ Monitorizar força muscular através da escala [MRC modificada]; ⇒ Executar técnica de <u>exercício muscular e articular passivo</u> [- mobilização passiva da rótula: o EEER, utilizando o polegar e o indicador, mobiliza a rótula da pessoa no sentido céfalo-caudal e latero-medial; - mobilização passiva da articulação do joelho: movimento de flexão/extensão; - mobilização passiva do membro operado, utilizando o artromotor, para a

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>realização do movimento de flexão/ extensão do joelho, começando com 30º a 40º de amplitude e evoluindo de forma gradual até 90º – 45 a 50 minutos, 2 vezes dia]</p> <p>⇒ Executar técnica de <u>exercício muscular e articular ativo-assistido</u> [pessoa deitada em decúbito dorsal realiza, conforme tolerância, o movimento de flexão e extensão do joelho e o EEER completa amplitude do movimento apoiando a articulação do joelho – 3 séries de 10 repetições];</p> <p>⇒ Executar técnica de <u>exercício muscular e articular ativo-resistido</u></p> <p>[Fortalecimento dos músculos flexores do joelho:</p> <ul style="list-style-type: none">- pessoa deitada em decúbito dorsal, realiza extensão do joelho com ajuda do EEER e posteriormente faz flexão do joelho, enquanto o EEER realiza resistência contrária ao movimento – 3 séries de 10 repetições;- pessoa sentada faz a extensão do joelho, com ajuda do EEER, de seguida, o EEER coloca uma mão na face anterior da coxa da pessoa, evitando o movimento e a outra mão segura o pé, enquanto esta tenta realizar a flexão do joelho, o EEER faz resistência contrária ao movimento, 3 séries de 10 repetições;- pessoa sentada faz a extensão do joelho, com ajuda do EEER, de seguida, o EEER coloca a mão no pé da pessoa apoiando o calcanhar e de forma a evitar o movimento; o EEER coloca a outra mão no joelho de modo a fazer resistência contrária, enquanto a pessoa faz movimento de flexão do joelho, evitando assim o movimento – 3 séries de 10 repetições] <p>[Fortalecimento dos músculos extensores do joelho: pessoa deitada em decúbito dorsal, faz ligeira flexão do joelho e o EEER coloca uma mão sob o joelho da pessoa e com a outra mão, realiza resistência contrária ao movimento de extensão do joelho efetuado – 3 séries de 10 repetições;</p> <p>Com a ajuda do EEER, a pessoa sentada faz a flexão do joelho, e posteriormente, enquanto o EEER coloca uma mão na face anterior da coxa, evitando o movimento e com a outra mão segura o membro inferior, a pessoa tenta realizar o movimento de extensão do joelho, contrariando a resistência exercida pelo EEER contrária ao movimento – 3 séries de 10 repetições]</p> <p>⇒ Incentivar a pessoa a executar <u>exercícios musculares e articulares ativos</u> [- contrações isométricas dos glúteos, quadríceps e isquiotibiais – manter</p>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>contração durante 10 segundos, 2 séries de 10 repetições, 3-4 vezes dia;</p> <p>- exercício de elevação da cintura pélvica “ponte”, mantendo o joelho operado em extensão – 2 séries de 8 repetições, 3-4 vezes dia;</p> <p>Exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos flexores do joelho: pessoa deitada em decúbito dorsal, faz flexão ligeira do joelho e força com o calcanhar contra superfície, mantém 10 segundos, sem efetuar movimento; este exercício também pode ser realizado na posição de sentado – 3 séries de 10 repetições;</p> <p>Exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos extensores do joelho:</p> <p>- pessoa deitada em decúbito dorsal, faz força com a região popliteia contra a superfície da cama e para potenciar contração isométrica, realiza simultaneamente dorsiflexão do pé ipsilateral e mantém 10 segundos; este exercício também pode ser realizado na posição de sentado – 3 séries de 10 repetições, 3-4 vezes dia;</p> <p>- pessoa deitada em decúbito dorsal, realiza a extensão do joelho elevando ligeiramente o membro inferior e mantém a posição 10 segundos; este exercício também pode ser realizado na posição de sentado – 3 séries de 10 repetições;</p> <p>- pessoa deitada em decúbito dorsal, com o membro inferior em extensão realiza dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica, mantendo as posições durante 10 segundos – 3 séries de 10 repetições, 3-4 vezes dia;</p> <p>Exercícios isotônicos no leito: a pessoa deitada em decúbito dorsal, realiza movimento de flexão/ extensão do joelho, conforme tolerância – 3 séries de 10 repetições, 3-4 vezes dia;</p> <p>pessoa deitada em decúbito lateral, mantendo a extensão do joelho, levanta e baixa o membro inferior operado, conforme tolerância – 3 séries de 10 repetições;</p> <p>Exercícios isotônicos com pessoa na posição de sentada: realiza movimento de flexão/ extensão do joelho (a pessoa pode utilizar o membro inferior não operado para ajudar na realização do movimento) – 3 séries de 10 repetições, 3 vezes dia;</p> <p>Exercícios isotônicos com pessoa de pé com apoio na base da cama:</p>
--

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<p>realiza movimento de flexão/ extensão do joelho (com e sem realizar o movimento de flexão/ extensão da anca) e agachamentos – 3 séries de 10 repetições, 3 vezes dia]</p> <p>⇒ Supervisionar o movimento muscular.</p>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<p>⇒ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>⇒ Ensinar sobre técnica de exercício muscular e articular [3-4 vezes por dia: contrações isométricas dos glúteos, quadríceps e isquiotibiais; mobilizações ativas e ativas resistidas de todos os segmentos do membro inferior direito];</p> <p>⇒ Providenciar folheto informativo [“Cuidados após artroplastia total do joelho” (Anexo IX), à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].</p>
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	<p>⇒ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>⇒ Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [mobilizações ativas e exercícios de fortalecimento muscular];</p> <p>⇒ Treinar técnicas de exercício muscular e articular [descritas no ensino].</p>
Risco de rigidez articular [no joelho direito]	<p>⇒ Avaliar movimento articular;</p> <p>⇒ Monitorizar amplitude de movimento articular através de goniómetro;</p> <p>⇒ Executar técnica de exercício muscular (ativo-assistido; ativo-resistido; passivo; passivo com dispositivo auxiliar);</p> <p>⇒ Incentivar execução de exercício muscular e articular [3-4 vezes por dia: contrações isométricas dos glúteos, quadríceps e isquiotibiais; mobilizações ativas e ativas resistidas de todos os segmentos do membro inferior direito];</p> <p>⇒ Supervisionar exercícios musculares e articulares;</p> <p>⇒ Executar técnica de posicionamento.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<p>⇒ Avaliar conhecimento sobre condições de risco para prevenção de rigidez articular e sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>⇒ Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular [quando a pessoa está deitada em repouso, deve manter o joelho em extensão completa com a região popliteia completamente apoiada sobre a superfície, sem o uso de almofada ou rolo por baixo do joelho; quando a pessoa está em decúbito</p>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

sobre prevenção de rigidez articular	<p>lateral deve manter o membro operado alinhado com o joelho em extensão; a pessoa deve evitar permanecer períodos longos na posição de sentado ou com flexão do joelho];</p> <p>⇒ Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular [3-4 vezes por dia: contrações isométricas dos glúteos, quadricípedes e isquiotibiais; mobilizações ativas e ativas resistidas de todos os segmentos do membro inferior direito];</p> <p>⇒ Providenciar folheto informativo [<i>“Cuidados após artroplastia total do joelho”</i>, à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].</p>
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, não demonstrado	<p>⇒ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>⇒ Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [descritas no ensino];</p> <p>⇒ Treinar técnicas de exercício muscular e articular [descritas no ensino].</p>
Equilíbrio corporal comprometido	<p>⇒ Avaliar equilíbrio corporal;</p> <p>⇒ Estimular a manter equilíbrio corporal [correção postural];</p> <p>⇒ Executar técnica de treino de equilíbrio [estático e dinâmico];</p> <p>⇒ Monitorizar equilíbrio corporal através de índice de Tinetti;</p> <p>⇒ Aplicar dispositivo auxiliar;</p> <p>⇒ Orientar a técnica de treino de equilíbrio [estático e dinâmico];</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	<p>⇒ Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>⇒ Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal (estático e dinâmico)</p> <p>[- treino de equilíbrio na posição de sentado: levantar e sentar na cadeira;</p> <p>- treino de equilíbrio na posição de pé (na fase inicial o treino é feito com a pessoa apoiada numa superfície firme e estável e numa fase posterior realizado sem apoio): agachamentos; ficar apoiado sobre os dedos dos pés, após levar os calcanhares do chão; ficar apoiado sobre os calcanhares após levantar as pontas dos pés; realizar o movimento de adução/ abdução até à linha média; realizar o movimento de flexão/ extensão dos joelhos – 10 repetições de cada exercício, 3 vezes dia];</p> <p>⇒ Providenciar folheto informativo [<i>“Cuidados após artroplastia total do</i></p>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<i>joelho</i> ”, à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	<p>⇒ Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>⇒ Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal (estático e dinâmico) [descritas no ensino];</p> <p>⇒ Treinar técnica de equilíbrio corporal (estático e dinâmico) [descritas no ensino].</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha	<p>⇒ Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;</p> <p>⇒ Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha</p> <p>[- ensinar como fazer o ajuste correto do auxiliar de marcha e as condições de segurança inerentes à sua utilização como a importância do bom estado de conservação das borrachas dos auxiliares de marcha;</p> <p>canadianas: o apoio do antebraço deverá ficar nivelado 2-3 cm abaixo do cotovelo e o apoio das mãos deverá estar à mesma altura do grande trocânter;</p> <p>- Andar com andarilho ou duas canadianas em plano horizontal:</p> <p>1) Situação em que a pessoa pode fazer carga parcial ou total no membro operado (técnica de marcha a três pontos): 1º avança o andarilho ou as canadianas; 2º avança o membro inferior operado até ao nível do auxiliar de marcha; 3º avança o membro inferior são; 4º mudar de direção virando sobre o lado são;</p> <p>2) Situação em que a pessoa não pode fazer carga no membro operado (técnica de marcha a dois pontos): 1º fazer ligeira flexão do membro inferior operado para não tocar no chão; 2º avança o andarilho ou as canadianas; 3º passar o peso corporal para os membro superiores; 4º dar impulso para avançar com o membro inferior são até ao auxiliar de marcha; 4º mudar de direção virando sobre o lado são;</p> <p>- Subir escadas: 1º avança o membro inferior são; 2º avança o membro inferior operado; 3º avançam as canadianas para o degrau onde estão os pés;</p> <p>- Descer escadas: 1º avança as canadianas; 2º avança o membro inferior operado; 3º avança o membro inferior são.];</p> <p>⇒ Providenciar folhetos informativos [“<i>Cuidados após artroplastia total do joelho</i>” e “<i>Como prevenir quedas em casa</i>” (ANEXO X), à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador] e material auxiliar de marcha [andarilho, canadianas]</p>
Potencial para	⇒ Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;	auxiliar de marcha; ⇒ Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha [arrumar os móveis de modo a permitir a andar com auxiliar de marcha, retirar ou fixar os cabos soltos e os tapetes ao chão]; ⇒ Providenciar folheto informativo [“ <i>Cuidados após artroplastia total do joelho</i> ”] e material auxiliar de marcha [andarilho, canadianas]
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha	⇒ Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; ⇒ Instruir sobre andar com auxiliar de marcha [descrito no ensino]; ⇒ Treinar a andar com auxiliar de marcha [distâncias gradualmente maiores, treino de subir/descer escadas].
Potencial para melhorar o conhecimento sobre: adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	⇒ Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; ⇒ Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [barras de apoio colocadas na parede para a pessoa se agarrar de modo a evitar quedas; utilização de escova de cabo longo]; ⇒ Providenciar folheto informativo [“ <i>Cuidados após artroplastia total do joelho</i> ”, à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	⇒ Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; ⇒ Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [descrito no ensino]; ⇒ Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [descrito no ensino].
Potencial para melhorar o conhecimento sobre: adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar para autocuidado e técnica de adaptação para	⇒ Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário [barras de apoio colocadas na parede para a pessoa se agarrar de modo a evitar quedas]; ⇒ Ensinar sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário [1º colocar-se de costas para a sanita apoiando uma mão na barra de apoio existente ou na parede; 2º manter a extensão do membro operado, fazendo o mesmo deslizar para a frente; 3º passar o peso do corpo para os membros superiores e fletir o membro inferior

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

autocuidado: ir ao sanitário	são; 4º baixar-se lentamente até ficar sentado; ⇒ Providenciar folheto informativo [<i>“Cuidados após artroplastia total do joelho”</i> , à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	⇒ Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; ⇒ Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário [descrito no ensino]; ⇒ Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário [descrito no ensino].
Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário	⇒ Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; ⇒ Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário [vestir primeiro o membro operado e depois o membro são; para despir fazer o inverso; utilizar sapatos com sola rígida e antiderrapante]; ⇒ Providenciar folheto informativo [<i>“Cuidados após artroplastia total do joelho”</i> , à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário	⇒ Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; ⇒ Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário [descrito no ensino]; ⇒ Treinar o uso de dispositivo auxiliar e de técnica de adaptação para autocuidado: vestuário [descrito no ensino].
Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para	⇒ Avaliar conhecimento sobre adaptação e dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; ⇒ Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; ⇒ Providenciar folheto informativo [<i>“Cuidados após artroplastia total do joelho”</i> , à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

autocuidado: arranjar-se	
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se	<p>⇒ Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se;</p> <p>⇒ Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se;</p> <p>⇒ Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre: adaptação do domicílio para transferir-se, técnica de adaptação para transferir-se e dispositivo auxiliar para transferir-se	<p>⇒ Avaliar conhecimento sobre: adaptação do domicílio para transferir-se, técnica de adaptação para transferir-se e dispositivo auxiliar para transferir-se;</p> <p>⇒ Ensinar sobre: adaptação do domicílio para transferir-se, dispositivo auxiliar para transferir-se e técnica de adaptação para transferir-se</p> <p>[- Transferência cama/cadeira/cama: entrar e sair da cama pelo lado do membro operado</p> <p>(1º manter o membro inferior operado em extensão; 2º fletir o membro inferior são e deslizar até a extremidade da cama; 3º colocar o pé do membro são por baixo do pé do membro operado de modo a suportar o peso do membro e evitar a flexão brusca; 4º rodar o tronco e os membros inferiores até tocar no chão; 5º manter o membro inferior operado em extensão e levantar-se com o auxílio dos membros superiores e membro inferior são; para entrar na cama fazer o inverso);</p> <p>- Sentar-se: 1º colocar-se de costas para a cadeira; 2º manter o membro operado em extensão, fazendo o mesmo deslizar para a frente; 3º passar o peso do corpo para os membros superiores e fletir o membro inferior são; 4º baixar-se lentamente até ficar sentado];</p> <p>⇒ Providenciar folheto informativo [<i>“Cuidados após artroplastia total do joelho”</i>, à pessoa submetida a ATJ e seu cuidador].</p>
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para	<p>⇒ Avaliar capacidade para usar: técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se;</p> <p>⇒ Instruir sobre uso de técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se [descrito no ensino];</p> <p>⇒ Treinar técnica de adaptação para transferir-se [descrito no ensino].</p>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

transferir-se	
---------------	--

Posteriormente, foi ainda elaborado um programa de exercícios de reabilitação funcional, sustentado numa revisão da literatura existente, apresentado de seguida no quadro 2.

Este programa de exercícios deverá ser implementado pelo EEER, que na fase inicial deverá exemplificar a execução dos exercícios propostos, adaptando os mesmos às necessidades e capacidades de cada pessoa alvo dos seus cuidados.

Cada sessão teve a duração necessária à realização das actividades propostas.

Quadro 2 – Programa de exercícios de ER. Fonte: a própria

Tempo	Exercícios	Material necessário
Aquecimento 10 minutos	⇒ Na posição de sentado realizar: - exercícios de reeducação funcional respiratória: consciencialização dos tempos respiratórios e dissociação dos mesmos; respiração abdomino-diafragmática; reeducação costal global – 1 série de 10 repetições de cada exercício; - contrações isométricas dos glúteos, quadricípedes e isquiotibiais, manter contração durante 10 segundos, 2 séries de 10 repetições.	⇒ Cama ou cadeirão
Fortalecimento muscular e treino de equilíbrio 20 minutos	⇒ Exercício muscular e articular passivo; ⇒ Exercício muscular e articular ativo-assistido; ⇒ Exercício muscular e articular ativo-resistido; ⇒ Exercício muscular e articulares ativos; ⇒ Treino de marcha com auxiliar de marcha; ⇒ Treino de escadas (subir/descer).	⇒ Cama ou cadeirão ⇒ Corredor do internamento ⇒ Escadas de serviço da unidade
Arrefecimento 10 minutos	⇒ Na posição de sentado realizar exercícios respiratórios (consciencialização dos tempos respiratórios e dissociação dos mesmos; respiração abdominodiafragmática; reeducação costal global) – 1 série de 10 repetições de cada exercício; ⇒ Alongamentos (membros superiores, membros inferiores, coluna).	⇒ Cama ou cadeirão

RESULTADOS

O EEER para realizar a avaliação da pessoa a quem presta cuidados, deve utilizar instrumentos de avaliação válidos, fiáveis e responsáveis de modo a permitir obter resultados sensíveis que traduzam alterações clínicas importantes (Sousa L. et al, 2016).

Neste sentido, o programa de reabilitação proposto foi implementado durante o internamento da Sr.^a B, com início no período pré-operatório e ao longo de todo o período de internamento de 23 a 27 de novembro de 2023, perfazendo um total de cinco sessões com duração de 40

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

minutos cada. Importante ressaltar que a continuidade dos cuidados de ER e aplicação do programa de intervenção de ER foi assegurado também pelos EEER do serviço, nos restantes turnos da manhã e tarde. Neste sentido foram seguidas as recomendações do programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), que tem como objetivo a padronização dos cuidados prestados no período perioperatório com foco na melhoria dos resultados obtidos (Changjun et al., 2023).

A dor é um dos fatores mais incapacitantes e limitativos para a realização dos exercícios propostos e por este motivo o seu controlo assume-se como uma prioridade. Neste sentido, a avaliação da dor foi realizada em três momentos: antes, durante e no final do programa de ER.

Durante o período de internamento a Sr.^a B manteve-se estável hemodinamicamente, tendo cumprido analgesia prescrita.

Desta forma, após a implementação do programa delineado para a Sr.^a B foram obtidos os resultados apresentados no quadro 3 e gráfico 1.

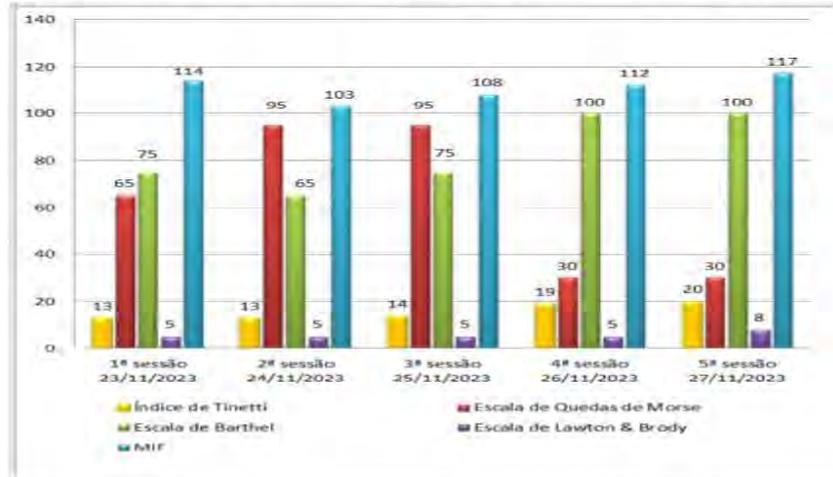
De salientar que no primeiro dia de pós-operatório, 24/11/2023, a avaliação da amplitude articular foi condicionada à presença de ligadura.

Quadro 3 – Resultados obtidos após intervenção do EEER. Fonte: a própria

Instrumento ou escala utilizada	Item avaliado	23 novembro 2023	24 novembro 2023	25 novembro 2023	26 novembro 2023	27 novembro 2023	
Escala numérica da dor	De						
	Antes do programa de ER	4	2	0	0	0	
	Durante o programa de ER	4	4	2	0	0	
	Após o programa de ER	4	4	2	1	0	
Goniómetro	Amplitude articular do joelho direito	Movimento de flexão	90°	90°	110°	115°	120°
		Movimento de extensão	20°	10°	5°	0°	0°
Escala MRC modificada	Força muscular no joelho direito	3-	3-	4	4	4+	

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Gráfico 1 – Resultados obtidos após intervenção do EEER. Fonte: a própria.



Perante os dados apresentados que foram obtidos após a implementação do programa de exercícios, pode constatar-se que, a Sr^a. B apresentou uma evolução positiva em todos os parâmetros avaliados, que se traduziram em ganhos na amplitude articular, força e funcionalidade com impacto direto na realização das suas AVD e AIVD e consequentemente na sua qualidade de vida.

Relativamente à dor, a Sr^a. B também apresentou melhoria significativa das suas queixas álgicas, constatando-se que no momento da alta clínica a dor estava ausente. Aliado à administração de analgesia prescrita a crioterapia demonstrou ser essencial uma vez que a sua utilização potencia a diminuição da dor, risco de hemorragia, hiperemia e edema (Sousa & Carvalho, 2017; Jette et al., 2020)

Relativamente à avaliação do equilíbrio e risco de quedas, ambos os parâmetros apresentaram melhorias significativas, tendo a Sr^a. B na fase pré-operatória apresentado alto risco de queda e no momento da alta, baixo risco de queda. Estes dados vão de encontro às conclusões de Dávila Castrodad et al., em seu estudo de 2019, que no seu estudo concluiu que o treino de equilíbrio é crucial ser realizado no período pós-operatório imediato pois ajuda a diminuir o risco de quedas a pessoa submetida a ATJ.

Na fase pré-operatória, tanto a Sr^a. B como a sua familiar não demonstraram conhecimentos acerca da patologia, cuidados a ter na fase de pós-operatório, medidas de prevenção do risco de quedas nem de possíveis complicações pós-operatório.

Por este motivo, ao longo do período de internamento foram realizados e reforçados os ensinamentos, instrução e treino acerca das temáticas referidas e entregues folhetos informativos a ambas. No momento da alta, foi feita a validação dos conhecimentos adquiridos após os ensinamentos ministrados, tendo a Sr^a. B e a sua familiar demonstrado os ter adquirido, o que demonstra a importância do papel do EEER em toda o período de peri-operatório.

DISCUSSÃO

A intervenção do EEER deve estender-se ao longo de todo o período de perioperatório com o intuito de potenciar a recuperação da pessoa submetida a ATJ, contribuindo para a prevenção de complicações pós-operatórias, diminuição do tempo de internamento, melhoria da funcionalidade e melhoria da sua qualidade de vida (Moreira et al., 2020; da Silva et al., 2023; Dávila Castro et al., 2019).

Pode ainda afirmar-se que, através dos exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de flexibilidade, controlo da dor, treinos de autocuidado e transferências, a implementação do programa de ER individualizado foi determinante na capacitação da pessoa submetida a ATJ, indo de encontro ao defendido por Moreira et al., 2020 e Rocha 2021 em seus estudos.

Desta forma, sendo os objetivos da realização de ATJ a diminuição da dor, melhoria das amplitudes articulares e consequentemente melhoria da funcionalidade e qualidade de vida (Preto et al., 2019), é possível afirmar que após a análise dos dados obtidos ao longo da implementação do programa de ER, a implementação de um programa de ER individualizado às necessidades identificadas, a pessoa participante no estudo teve uma evolução positiva relativamente a ganhos em saúde.

Assim, acredito que ao ter intervindo junto da Sr^a. B e dos seus familiares potencieei a aquisição de conhecimentos e capacidades, contribuindo para a evolução positiva em todo o seu processo de reabilitação, como corroborado pelo estudo realizado por Flaminio (2018).

É ainda possível afirmar que, com a realização deste estudo de caso, foi-me possível enquanto mestranda e futura EEER, integrada numa equipa multidisciplinar, o desenvolvimento do meu

juízo clínico e das minhas competências de planeamento e gestão de cuidados através da prestação de cuidados diferenciados à pessoa submetida a ATJ e seus familiares. Por este motivo, através da capacitação da pessoa e seu familiar alvo dos meus cuidados, consegui pelos resultados obtidos ajudar na maximização da sua funcionalidade, indo assim de encontro às competências específicas do EEER.

A dificuldade sentida pendeu-se com o fato do período de internamento ser muito reduzido, entre 3 a 5 dias, que me obrigou a reorganização familiar e laboral com o intuito de estar presente todos os dias de internamento da pessoa participante no estudo, para desta forma conseguir realizar a sua avaliação nos diferentes momentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste estudo de caso e implementação do programa de ER descrito, considero que os objetivos propostos na sua génese foram alcançados, traduzindo-se na relevância do papel do EEER na capacitação com a pessoa submetida a ATJ.

Neste sentido, o EEER enquanto elemento integrado numa equipa multidisciplinar, deverá em conjunto com a pessoa e seu cuidador delinear estratégias adaptativas aos novos papéis, com o intuito de as empoderar e capacitar para o autocuidado, maximizando a sua funcionalidade e contribuir para ganhos em saúde.

O EEER assume assim um papel de destaque em todo o processo atuando como elo facilitador em todo o processo de saúde-doença, através da sua intervenção nos focos de conhecimento e aprendizagem de capacidades atuando como promotor do empoderamento, tomada de decisão e passagem à ação com o objetivo que a pessoa e seu familiar desenvolvam mestria e capacidades adaptativas resultantes do processo de transição (SOUSA et al., 2020).

Uma das limitações encontradas aquando da realização deste estudo de caso foi a existência de poucos estudos científicos na área de ER que corroborem a relevância do EEER na capacitação com a pessoa submetida a ATJ. Outra limitação foi o fato de ainda não existir um consenso científico acerca da melhor modalidade de reabilitação nomeadamente em relação aos exercícios implementados, sua duração e intensidade. É relatada por diferentes autores a falta de diretrizes e recomendações sustentadas em evidência científica, motivo pelo qual é evidente a necessidade de investigação nesta temática (Dávila Castrodad et al., 2019; Sattler et al., 2019).

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pelos motivos supracitados, sugiro a realização de estudos posteriores que permitam implementar programas de ER e criação de evidência científica, nomeadamente com incidência na reabilitação precoce, exercícios de alta intensidade e alta velocidade, e após a alta hospitalar o recurso à telerreabilitação, que de acordo com a revisão sistemática de Dávila Castrodad et al. (2019), podem ser determinantes e facilitadores na recuperação da pessoa submetida a ATJ.

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CONCLUSÃO

Considero ter cumprido com os objetivos a que me propus inicialmente aquando da realização do presente estudo de caso, porque os dados obtidos corroboram a relevância do papel do EEER na capacitação com a pessoa submetida a ATJ, contribuindo assim para uma melhoria da sua funcionalidade e da qualidade de vida.

Assim sendo, acredito que os resultados obtidos através da realização deste estudo de caso podem ser um importante contributo para o desenvolvimento do conhecimento relacionado com a ER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, S. R., Ruoff, A.B., Piccoli, T., Schmitt, M.D., Ferreira, A., & Xavier, A.C. (2017). O Estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26, 1-12. DOI: 10.1590/0101-07072017005360016

Berg, U., Berg, M., Rolfson, O., & Erichsen-Andersson, A. (2019). Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee-patients' experiences of the clinical pathway and care process. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 14(1), 186. DOI: 10.1186/s13018-019-1232-8

Costa-Dias, M. J. M., Ferreira, P. L. & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, Série 2. pp.7-17 DOI 10.12707/RIII1382

da Silva, D. V., Silva, I. F. de C. & da Silva, T. E. A. (2023). Os cuidados de enfermagem ao paciente em recuperação pós cirurgia ortopédica. *Brazilian Journal of Development*, 9(7), 21939–21952. DOI: 10.34117/bjdv9n7-052

Dávila Castrodad, I. M., Recai, T. M., Abraham, M. M., Etcheson, J. I., Mohamed, N. S., Edalatpour, A., & Delanois, R. E. (2019). Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: a review of study designs and outcome measures. *Annals of translational medicine*, 7(Suppl 7), S255. DOI: 10.21037/atm.2019.08.15

Direção-Geral da Saúde (2023). Fundação Portuguesa de Cardiologia. Disponível em <https://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/obesidade/>

Direção-Geral da Saúde (2024a). Normas Clínicas – Graus de Recomendação e Níveis de Evidência. Consultado em <http://normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia-pdf.aspx> (dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde (2024b). Norma nº 054/2011. Consultado em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Duque, A. S.; Gruner, H.; Clara, J. G.; Ermida, J. G. & Veríssimo, M. T.; Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Consultado em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Flamínio (2018). *A pessoa submetida a artroplastia total do joelho: impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação e benefícios em saúde* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3), 371-375. DOI: 10.1590/S0104-11692003000300016

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

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Robeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro, O. (Cord.). *Enfermagem de reabilitação Conceções e Práticas* (pp.281-328). Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda

Moreira J., Flamínio J., Grilo E. (2020) Patients undergoing total knee arthroplasty: Impact of a Rehabilitation Nursing program, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (1): 151-173. DOI 10.36957/jai.2182-696X.v9i1-11

OCDE (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

OMS (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Consultado em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II Série, nº 85, (pp. 13565-13568).

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pestana, H. (2021). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: enquadramento. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. L. (eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.47-56). Sintra: Sabooks editora

Petiz, E. M. (2002). A actividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados. Tese de Mestrado, não publicada. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

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

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

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

Sattler, L.N., Hing, W.A. & Vertullo, C.J. What is the evidence to support early supervised exercise therapy after primary total knee replacement? A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 20, 42 (2019). DOI: 10.1186/s12891-019-2415-5

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 35-44. Acedido a 01-05-2023. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

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

Trindade, I. Marranita, S. & Sousa, L. (2020). Capacitação da pessoa com dependência para o autocuidado: estudo de caso. *Journal of aging and Innovation*, 9 (3), 164-183

Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2021). Treino de Atividades de Vida Diárias. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. L. (eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.351-364). Sintra: Sabooks editora

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO I – Consentimento informado, livre e esclarecido

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsinque¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assinie o consentimento.

Título do estudo: Capacitação da pessoa submetida a artroplastia total do joelho: estudo de caso.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio profissionalizante, que está a decorrer no Hospital de Curry Cabral – serviço Ortopedia 7A, no âmbito do mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Tânia Raposo e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Luis Mendes e António Massena.

Explicação do estudo: A temática do estudo são as alterações funcionais da pessoa submetida a artroplastia do joelho e os ganhos funcionais obtidos após a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, solicita-se a sua participação no estudo de caso do modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e instrumentos/testes de avaliação que permitem identificar as áreas em que a Senhora necessita de intervenção feita por enfermeiros de reabilitação. Não se identificam riscos para a utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantida o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Patrícia Constantina Pinto, contactos: 917417426 / patriciaconstantina@gmail.com

Assinatura: _____

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) a ato Indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRINCÍPIO A ASSINAR, POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)	
NOME: _____	DATA ou VALIDADE: ____/____/____
BI/CD Nº: _____	
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____	
ASSINATURA: _____	

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ <https://www.unhcr.org/refugees/article/2372015/02/declaracao-de-helsinque.pdf>

² <https://www.unhcr.org/refugees/article/2372015/02/declaracao-de-helsinque.pdf>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO II – Instrumento de colheita de dados

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Avaliação da marcha	Largura da passada: curta Velocidade: lenta Postura: _____ Alterações da marcha existentes: Equilíbrio comprometido por claudicação da marcha	Auxiliar de marcha utilizado: <input type="checkbox"/> Andarilho <input checked="" type="checkbox"/> Canadianas <input type="checkbox"/> Outro: _____ Esta bem adaptado ao auxiliar de marcha? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Avaliação do equilíbrio	<input checked="" type="checkbox"/> Equilíbrio comprometido <input type="checkbox"/> Equilíbrio não comprometido Score do Índice de Tinetti= 13/28	
Avaliação da força	Membros superiores <input checked="" type="checkbox"/> Força mantida <input type="checkbox"/> Força diminuída Escala MRC modificada = 5	Membros inferiores <input type="checkbox"/> Força mantida <input checked="" type="checkbox"/> Força diminuída Escala MRC modificada (Mí dño= 3-, Mí esq = 4)
Amplitude articular	Amplitude articular MI dño MI esq	Mov: Flexão 90º 110º Mov: Extensão 20º 10º
Risco de queda	Score da Escala de Morse = 55 (Alto risco de queda)	
Avaliação de AVDs e ANP	Score da Escala de Barthel = 75 (Dependência moderada) Score da Escala de Lawton & Brody = 5 (Dependência moderada) Score MIF = 114	

Avaliação Inicial	
Identificação do processo	Nº Processo: XXXXXXXXXXXX Data de admissão: 23-11-2023
Identificação Pessoal	Nome: Sr. B. Idade: 66 anos
	Morada: XXXXXXXXXXXXXXXX
	Contactos: XXXXXXXXXXXXXXXX
Identificação Profissional	Escolaridade: (assinilar com X) <input type="checkbox"/> Não sabe ler <input checked="" type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input checked="" type="checkbox"/> 1º ciclo <input type="checkbox"/> 2º ciclo <input type="checkbox"/> 3º ciclo
	Profissão: Reformada (trabalhava em mercearia)
Situação Sócio-Familiar	Mora com/Agredado Familiar: _____ Pessoa de referência e contacto: Filha - 9XXXXXXXXX Marido, filha, genro e neta
Situação Clínica	Diagnóstico: gonartrose direita Antecedentes Pessoais: insuficiência venosa dos membros inferiores, roncopiaia, obesidade, depressão e zona (2013 e 06.2023). Alergias: Desconhece-se alergias alimentares ou medicamentosas. Terapêutica: alprazolam 0,5 mg ^{1/2} ; comprimido ao deitar, diclofenac: 2,5 mg em SOS; suplemento Arkomag Bio (magnésio) em SOS
Avaliação Condições Habitacionais	Largura das Portas ampla Largura Corredores ampla Presença de Obstáculos Sim X Tapetes <input type="checkbox"/> Fios no chão Iluminação adequada X Sim <input type="checkbox"/> Não Chão Antiderrapante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de calçado (assinilar com X)	Tipologia da habitação: <input type="checkbox"/> Elevador <input checked="" type="checkbox"/> Escadas <input type="checkbox"/> Rampa de acesso <input type="checkbox"/> Outro _____ Tipologia do WC: <input type="checkbox"/> Acesso a Banheira <input checked="" type="checkbox"/> Polibau <input type="checkbox"/> Barra Apoio <input checked="" type="checkbox"/> Tapete antiderrapante Nº do andar: _____ <input type="checkbox"/> Sem calcanhar <input checked="" type="checkbox"/> Com calcanhar <input type="checkbox"/> Sola normal <input checked="" type="checkbox"/> Sola antiderrapante
dados antropométricos	Peso 86 Kg Altura 150 cm IMC 38,2 – Obesidade classe 2

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**ANEXO III – Escala Medical Research Council Modificada e Escala de Ashworth
Modificada**

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escala de monitorização da força muscular MRC, modificada (adaptada Brooke, 1981)

5: - Força normal
-5: - Fraqueza dificilmente detetável
+4: - A mesma que 4 mas o musculo suporta a articulação contra uma resistência moderada a máxima
4: - O musculo suporta a articulação contra uma resistência moderada
-4: - A mesma que 4, mas o musculo suporta a articulação contra uma resistência mínima
+3: - O musculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória
3: - O musculo não consegue suportar a articulação, mas move contra a gravidade
-3: - O musculo move a articulação, mas não realiza todos os movimentos
2: - O musculo move a articulação, mas não contra a gravidade
1: - Observa-se contração muscular, mas não há movimento
0: - Não há movimento

Escala de Ashworth Modificada

0	Tônus muscular normal.
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude do movimento, quando a região afetada é movida em extensão ou flexão.
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguido de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular durante a maior parte da amplitude do movimento, mas a região afetada é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular. O movimento passivo é fácil.
4	Parte rígida em flexão ou extensão.
Fonte: https://pt.scribd.com/document/57370549/Escala-de-Ashworth-Modificada	

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO IV – Índice de Tinetti

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Índice de Tinetti		Data de Avaliação				
		23 nov. 2023	24 nov. 2023	25 nov. 2023	26 nov. 2023	27 nov. 2023
Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Devera utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.						
10) SENTAR-SE		1	1	1	1	1
0 - Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar						
1 - Sem hesitação						
11) LARGURA DO PASSO (pé direito)		1	1	1	1	1
0 - Não ultrapassaa frente do pé de apoio						
1 - Ultrapassa o pé esquerdo em apoio						
12) ALTURA DO PASSO (pé direito)		0	0	0	0	0
0 - O pé direito não perde completamente o contacto com o solo						
1 - O pé direito eleva-se completamente do solo						
13) LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)		1	1	1	1	1
0 - Não ultrapassaa frente do pé de apoio						
1 - Ultrapassa o pé direito em apoio						
14) ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)		1	1	1	1	1
0 - O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo						
1 - O pé esquerdo eleva-se completamente do solo						
15) SIMETRIA DO PASSO		0	0	0	0	0
0 - Comprimento do passo aparentemente assimétrico						
1 - Comprimento do passo aparentemente simétrico						
16) CONTINUIDADE DO PASSO		0	0	0	0	0
0 - Para ou dá passos descontinuos						
1 - Passos contínuos						
17) PERCURSO DE 3M (previamente marcado)		1	1	1	1	1
0 - Desvia-se da linha marcada						
1 - Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha						
2 - Sem desvios e sem ajudas						
18) ESTABILIDADE DO TRONCO						
0 - Nenhã oscilação ou utiliza auxiliar de marcha						
1 - Sem oscilação mas com flaco dos joelhos ou coluna ou afetar os braços do tronco enquanto caminha		0	0	0	0	0
2 - Sem oscilação, sem flaco, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha						
19) BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE AMARCHEA		0	0	0	0	0
0 - Calcabares muito afastados						
1 - Calcabares próximos, quase se tocam						
PONTUAÇÃO PARCIAL ___/12		5	5	6	9	9
PONTUAÇÃO FINAL ___/28		13	13	14	19	20
Legenda						
Indicador de risco de queda por comprometido do equilíbrio:						
= Score menor ou igual a 18 - Alto risco de queda						
= Score 19 a 23 - Médio risco de queda						
= Score maior ou igual a 24 - Baixo risco de queda						
Adaptado de: Patr. E. M. (2002)						

Índice de Tinetti		Data de Avaliação				
		23 nov. 2023	24 nov. 2023	25 nov. 2023	26 nov. 2023	27 nov. 2023
CADEIRA:						
1) EQUILIBRIO SENTADO		1	1	1	2	2
0 - Inclina-se ou desliza na cadeira						
1 - Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira						
2 - Estável, seguro						
2) LEVANTAR-SE		1	1	1	1	1
0 - Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio						
1 - Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa						
2 - Capaz na 1ª tentativa e sem usar os braços						
3) EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)						
0 - Instável (cambaleando, move o pé, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)		1	1	1	1	1
1 - Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se						
2 - Estável, sem qualquer tipo de ajudas						
4) EQUILIBRIO EMPE COM OS PÉS PARALELOS		1	1	1	1	1
0 - Instável						
1 - Estável, mas alargando a base de sustentação (calcabares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio						
2 - Pés próximos e sem ajudas						
5) PEQUENOS DESEQUILIBRIOS NA MESMA POSIÇÃO		1	1	1	2	2
0 - Consegue a car						
1 - Vacilante, agarra-se, mas estabiliza						
2 - Estável						
6) FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO		1	1	1	1	1
0 - Instável						
1 - Estável						
7) VOLTA DE 360° (2 vezes)		1	1	1	1	1
0 - Instável (agarra-se, vacilã)						
1 - Estável, mas dá passos descontinuos						
2 - Estável e passos contínuos						
8) APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)		0	0	0	0	0
0 - Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto						
1 - Aguenta 2 segundos de forma estável						
9) SENTAR-SE		1	1	1	1	2
0 - Pouco seguro ou cai na cadeira ou calculmal a distância						
1 - Usa os braços ou movimento não harmonioso						
2 - Seguro, movimento harmonioso						
PONTUAÇÃO PARCIAL ___/16		8	8	8	10	11

Patricia Constantina Pinto – fevereiro 2024 – Atlântica

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO V– Escala de Quedas de Morse

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escala de Quedas de Morse					
	Data de Avaliação				
	23 NOV. 2023	24 NOV. 2023	25 NOV. 2023	26 NOV. 2023	27 NOV. 2023
1) Historial de quedas; neste internamento ou nos últimos três meses 0 – Não 25 – Sim	0	0	0	0	0
2) Diagnóstico(s) secundário(s) 0 – Não 15 – Sim	15	15	15	15	15
3) Ajuda para caminhar 0 – Nenhuma/ ajuda de enfermeiro/ acamado/ cadeira de rodas 15 – Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho 30 – Apoia-se no mobiliário para andar	15	15	15	15	15
4) Terapia intravenosa 0 – Não 20 – Sim	0	20	20	0	0
5) Postura no andar e na transferência 0 – Normal/ acamado/ móvel 10 – Debitado 20 – Dependente de ajuda	10	20	20	0	0
6) Estado mental 0 – Instável 15 – Estável	0	0	0	0	0
PONTUAÇÃO TOTAL	55	95	95	30	30
Legenda: ⇨ 0 a 24 – Sem risco de queda ⇨ 25 a 50 – Baixo risco de queda ⇨ Superior a 51 – Alto risco de queda Adaptado de: Costa-Dias et al. (2014)					

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO VI – Escala de Barthel

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escala de Barthel					
	Data de Avaliação				
	23 nov. 2023	24 nov. 2023	25 nov. 2023	26 nov. 2023	27 nov. 2023
1) Alimentação 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) 0 – Dependente	10	10	10	10	10
2) Transferências 15 – Independente 10 – Precisa de alguma ajuda 5 – Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado	10	5	10	15	15
3) Toalete 5 – Independente a fazer a barba, lavara cara, lavar os dentes 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	5	0	5	5	5
4) Utilização do WC 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda 0 – Dependente	5	5	5	10	10
5) Banho 5 – Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0	5	5
6) Mobilidade 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 – Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 – Imóvel	10	10	10	15	15
7) Subir e descer escadas 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 – Precisa de ajuda 0 – Dependente	5	5	5	10	10
8) Vestir 10 – Independente 5 – Com ajuda 0 – Impossível	10	10	10	10	10
9) Controlo intestinal 10 – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 – Acidente ocasional 0 – Incontinente ou precisa de uso de clisteres	10	10	10	10	10
10) Controlo urinário 10 – Controla perfeitamente, mesmoalgiado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 – Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 – Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	10	10	10	10	10
PONTUAÇÃO TOTAL	75	65	75	100	100
Legenda:					
⇐ 0 a 54 – Dependência grave					
⇐ 55 a 90 – Dependência moderada					
⇐ Superior a 99 – Dependência ligeira					
⇐ Igual ou superior a 100 – Independente					
Adaptado de Norma nº 054/2011 da DGS (2024)					

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO VII – Escala de Lawton & Brody

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escala de Lawton & Brody					
	Data de Avaliação				
	23 nov. 2023	24 nov. 2023	25 nov. 2023	26 nov. 2023	27 nov. 2023
1) Utilização de telefone 1 - Utiliza o telefone por iniciativa própria 1 - É capaz de marcar bem alguns números familiares 1 - É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar 0 - Não é capaz de utilizar o telefone	1	-	-	-	1
2) Fazer compras 1 - Realiza todas as compras necessárias independentemente 0 - Realiza independentemente pequenas compras 0 - Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra 0 - É totalmente incapaz de comprar	0	-	-	-	1
3) Preparação das refeições 1 - Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente 0 - Prepara adequadamente se se fornecerem os alimentos 0 - Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta equilibrada 0 - Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	0	-	-	-	1
4) Tarefas domésticas 1 - Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados) 1 - Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama 1 - Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza 0 - Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas 0 - Não participa em em nenhuma tarefa doméstica	1	-	-	-	1
5) Lavagem da roupa 1 - Lava sozinho toda a sua roupa 1 - Lava sozinho pequenas peças de roupa 0 - A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros	1	-	-	-	1
6) Utilização de meios de transporte 1 - Viaja sozinho em transporte público ou condiz o seu próprio carro 1 - É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte 1 - Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado 0 - Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros 0 - Não viaja	0	-	-	-	1
7) Manejo da medicação 1 - É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas 0 - Toma a medicação se a dose é preparada previamente 0 - Não é capaz de administrar a sua medicação	1	-	-	-	1
8) Responsabilidade de assuntos financeiros 1 - Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho 0 - Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco 0 - Incapaz de manusear o dinheiro	1	-	-	-	1
PONTUAÇÃO TOTAL	5	-	-	-	8
Legenda para utente mulher: = 0 a 1 - Dependência total = 2 a 3 - Dependência grave = 4 a 5 - Dependência moderada = 6 a 7 - Dependência ligeira = 8 - Independente	Adaptado de: Duque, A. S.; Gruner, H.; Clara, J. G.; Ermida, J. G. & Veríssimo, M. T.; Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Consultado em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf				

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO VIII – Medida de Independência Funcional

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME Sr^a. B.				
IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº <input type="text"/>			
DIAGNÓSTICO _____					

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL						
NIVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)					SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)					AJUDA

		Mês Ano		novembro 2023						
		Dia		23	24	25	26	27		

AUTO-CUIDADOS	7	7	7	7	7	7			
A. Alimentação	7	7	7	7	7	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Higiene pessoal	7	7	7	7	7	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Banho	6	6	6	6	6	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. Vestir metade superior	7	7	7	7	7	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. Vestir metade inferior	4	3	4	5	5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F. Utilização da sanita	6	5	5	6	6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTROLO DOS ESFINCTERES									
G. Bexiga	7	7	7	7	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H. Intestino	7	7	7	7	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE									
TRANSFERÊNCIAS									
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	6	5	5	5	6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J. Sanita	6	5	5	5	6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K. Banheira, Duche	6	5	5	5	6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LOCOMOÇÃO									
L. Marcha Cadeira de Rodas	MS	A3	C4	C5	C5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M. Escadas	MS	1	C4	C5	C6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMUNICAÇÃO									
N. Compreensão	7	7	7	7	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O. Expressão	7	7	7	7	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR									
P. Interação social	7	7	7	7	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q. Resolução dos problemas	7	7	7	7	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
R. Memória	7	7	7	7	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOTAL	114	105	108	112	117		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Adaptado de Norma nº 054/2011 da DGS (2024)

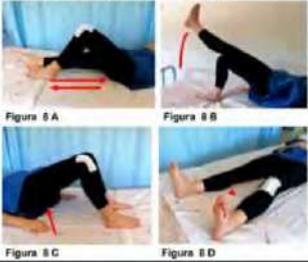
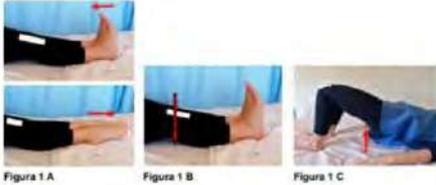
Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO IX – Folheto informativo “Cuidados após artroplastia total do joelho”

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>CONTACTOS</p>	<p>INFORMAÇÃO PARA O UTENTE</p>
	<p>CUIDADOS APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO</p>  <p><small>CHULC - HCC - Arquivo da Unidade de Internamento de Ortopedia</small></p>
	<p>Maio 2023</p>
<p>ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO (ATJ)</p>	
<p>O QUE É?</p> <ul style="list-style-type: none">A ATJ consiste na substituição da articulação do joelho devido (geralmente) ao desgaste da articulação.A articulação é substituída por uma prótese, que promove o alívio da dor e a melhoria da amplitude dos movimentos do joelho.  <p>VANTAGENS DE UMA PRÓTESE DO JOELHO</p> <ul style="list-style-type: none">Alívio da dorRecuperar a mobilidade e a marchaPromover uma maior e melhor qualidade de vida <p>COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES APÓS A CIRURGIA</p> <ul style="list-style-type: none">HemorragiaInfeçãoFalência do material implantadoDoenças relacionadas com a circulação de sangue (tromboses, embolias).	<p>RECOMENDAÇÕES GERAIS</p> <ul style="list-style-type: none">Aplique gelo 2/3 vezes por dia durante 30 minutos de cada vez.Evite molhar o penso operatório.Durante o dia alterne períodos de repouso com pequenos passeios/deslocações.Use calçado fechado, confrontável e antiderrapante (evite saltos altos para prevenção de quedas). <p>CONSULTE O MÉDICO OU RECORRA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM CASO DE:</p> <ul style="list-style-type: none">Dor intensa.Inchaço (edema da perna).Se o penso repassar e a pele estiver muito quente, contacte o seu médico assistente ou recorra ao serviço de urgência.Alteração do aspeto da cicatriz.Febre superior a 38°C. <p><small>Imagem: CHULC - HCC - Arquivo da Unidade de Internamento de Ortopedia</small></p>
<p>ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!</p>	<p>A HIGIENE DAS MÃOS É A PRINCIPAL MEDIDA DE CONTROLO DA INFEÇÃO. AJUDE-NOS A AJUDA-LO!</p>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	REABILITAÇÃO
<p>NA CAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deitado de costas na cama, dobre e estique o joelho fazendo-o deslizar ao longo da cama. Repita este exercício 5 vezes (Figura 8 A). • Levante a perna com o joelho esticado, depois dobre o joelho o mais possível e volte a esticar a perna. Repita este exercício 5 vezes (Figura 8 B). • Dobre os joelhos com os pés assentes e levante a bacia (Figura 8 C). • Deitado o joelho esticado, afaste a perna operada. Repita este exercício 5 vezes (Figura 8 D).  <p>Figura 8 A Figura 8 B Figura 8 C Figura 8 D</p>	<p>Se não houver contra-indicação médica, depois da cirurgia deverá realizar alguns exercícios durante os próximos três meses, seguindo as orientações do enfermeiro e/ou fisioterapeuta.</p> <p>EXERCÍCIOS A PRATICAR NA CAMA DEITADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilize o tornozelo - puxe o pé para si e depois para baixo (Figura 1 A) • Contraia o músculo das nádegas - aperte-as bem uma contra a outra. • Contraia o músculo da coxa - empurre o joelho contra a cama como se estivesse a fazer força contra o colchão (Figura 1 B) • Levante a bacia - dobre as pernas, faça força nos calcanhares e nos cotovelos (Figura 1 C).  <p>Figura 1 A Figura 1 B Figura 1 C</p>
<p>CASO SINTA MÁ DISPOSIÇÃO DO MAL ESTAR, PEÇA AJUDA, NÃO CORRA RISCOS DESNECESSÁRIOS!</p>	<p>FAÇA ESTES EXERCÍCIOS 4/5 VEZES POR DIA E VÁ AUMENTANDO TODOS OS DIAS A FREQUÊNCIA, MEDIANTE A SUA TOLERÂNCIA.</p>
EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • A primeira vez que se levantar após a cirurgia deve ser na presença do enfermeiro ou do fisioterapeuta, e após indicação médica • Os exercícios de reabilitação devem ser iniciados após indicação médica e na presença do enfermeiro de reabilitação ou do fisioterapeuta. • Quando estiver sentado na beira da cama/cadeira, com as pernas pendentes, deve dobrar e esticar o joelho operado (Figura 2). • Se for confortável, pode utilizar a perna não operada para auxiliar a perna operada (Figura 3).  <p>Figura 2 Figura 2</p>	<p>APANHAR OBJETOS DO CHÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoie a mão do lado operado num local firme. • Transfira o seu peso para a perna não operada, evitando fazer esforço com a perna operada • Dobre o corpo para a frente e levante a perna operada para trás. <p>EXERCÍCIOS QUE DEVE PRATICAR - SENTADO E EM PÉ</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Apoie as mãos num local fixo e dobre o joelho operado.
<p>ALIMENTE-SE E HIDRATE-SE, EXCETO SE INDICAÇÃO DA EQUIPA EM CONTRÁRIO</p>	<p>FAÇA ESTES EXERCÍCIOS 4/5 VEZES POR DIA E VÁ AUMENTANDO TODOS OS DIAS A FREQUÊNCIA, MEDIANTE A SUA TOLERÂNCIA.</p>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>SUBIR E DESCER ESCADAS COM CANADIANAS (utilize o corrimão sempre que possível)</p> <p>SUBIR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aproxime-se de frente para as escadas. 2. Utilize a força dos braços nas canadianas e mova a perna não operada para o 1º degrau (Figura 6 A). 3. Faça força na perna não operada e mobilize a perna operada para o mesmo degrau (Figura 6 B). 4. Mova agora as canadianas. 5. Repita os passos 2 a 4 para os degraus seguintes.   <p>Figura 6 A Figura 6 B</p> <p>DESCER</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coloque as canadianas no 1º degrau da descida (Figura 7 A). 2. Utilize a força dos braços nas canadianas e mova a perna operada, para o mesmo degrau (Figura 7 A). Mova de seguida a perna não operada (Figura 7 B). 3. Repita os passos 1 e 2 para descer os degraus seguintes.   <p>Figura 7 A Figura 7 B</p>	<p>POSIÇÃO DEITADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode adotar todos os posicionamentos, sempre com o joelho esticado. • Não coloque almofadas por baixo do joelho operado.  <p>SAIR DA CAMA/ ENTRAR NA CAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saia sempre pelo lado operado. • Sente-se na cama, ficando apoiado nos antebraços sem inclinar o tronco para a frente e mantendo a perna operada esticada. • Dobre a perna não operada e chegue-se para fora, rode o tronco e as pernas até que os pés toquem no chão. • Levante-se com a ajuda dos braços e da perna não operada. • Para entrar na cama o procedimento é o inverso. 
<p>ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!</p>	<p>EM CASO DE DIFICULDADE PARA SE LEVANTAR PEÇA AJUDA À EQUIPA - NÃO CORRA RISCOS DESNECESSÁRIOS!</p>
<p>SENTAR-SE E LEVANTAR-SE</p> <p>Sente-se em cadeiras com costas firmes e apoio de braços, na metade anterior do assento da cadeira com os joelhos fletidos e com os pés totalmente apoiados no chão.</p> <p>A carga exercida na perna operada depende da indicação médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chegue-se para trás até sentir a cadeira nas suas pernas 2. Estique a perna operada para a frente e baixe-se com o apoio dos braços da cadeira (Figura 4 A). Deve manter a perna operada dobrada enquanto está sentado (Figura 4 B). 3. Poderá sentar-se numa cadeira com a perna operada elevada no primeiro dia de pós-operatório, se não existir contra indicação (Figura 4 C).    <p>Figura 4 A Figura 4 B Figura 4 C</p>	<p>NA CASA DE BANHO</p> <p>(Siga os passos 1, 2 e 3 - Sentar-se e levantar-se)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estique a perna operada para a frente antes de se sentar e antes de se levantar. De acordo com a tolerância da dor, deverá ir dobrando o joelho operado. • Baixe-se lentamente usando a força de ambos os braços. <p>MARCHA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use calçado bem adaptado ao pé com sola antiderrapante. • Dê passos pequenos, ande devagar passo a passo. <ol style="list-style-type: none"> 1. Avance as duas canadianas ou andarilho (Figura 5 A). 2. Avance a perna operada até ao nível das canadianas ou andarilho (Figura 5 B). 3. Avance a perna não operada (Figura 5 C).    <p>Figura 5 A Figura 5 B Figura 5 C</p> <p>Para mudar de direção vire-se para o lado da perna não operada, seguindo os passos 1,2 e 3.</p>
<p>ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!</p>	<p>A HIGIENE DAS MÃOS É A PRINCIPAL MEDIDA DE CONTROLO DA INFECÇÃO. AJUDE-NOS A AJUDA-LO!</p>

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO X – Folheto informativo “Como prevenir quedas em casa”

Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p style="text-align: center;">RECOMENDAÇÕES</p>	<p style="text-align: center;">INFORMAÇÃO PARA OS UTENTES</p>
<ul style="list-style-type: none"> Caso tenha alterações da tensão arterial, procure avaliá-la regularmente Procure o seu médico se tiver: tonturas; problemas de visão; problemas de audição; problemas do coração e /ou diabetes. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>É melhor prevenir que remediar. Habitualmente só prestamos atenção à queda, quando esta acontece e pode ser tarde demais.</p> <p>Se cair, procure ajuda imediata!</p>  <p>Tenha sempre o seu telefone à mão. Alguém ajudará.</p> </div>	<h2 style="text-align: center;">COMO PREVENIR QUEDAS EM CASA</h2> 
	<p style="text-align: right;">Maio 2023</p>

<p style="text-align: center;">ESTE FOLHETO FOI FEITO A PENSAR EM SI, QUE APRESENTA MAIOR RISCO DE QUEDA</p>	<p style="text-align: center;">A SUA MARCHA E OS SEUS MOVIMENTOS JÁ SE ENCONTRAM ALTERADOS</p>
<p>ALGUNS CONSELHOS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> O espaço onde circula deve estar desimpedido de móveis ou de peças decorativas; Sente-se em cadeiras com apoio de braços; Os puxadores das portas devem estar em bom estado de funcionamento; Evite apoiar-se em pequenos móveis ou mesas de apoio para se levantar; Proteja as extremidades aguçadas dos seus móveis; Tenha atenção aos animais de estimação (pode tropeçar ou cair); O telefone deve estar em local de fácil acesso; Tenha uma lista com números grandes para onde ligar; As paredes devem ter tons que façam contraste com o chão. <p>CHÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Evite tapetes no chão. Evite produtos que tomem o chão escorregadio (ceras, etc.). Evite fios elétricos e tomadas espalhados no chão (mantenha o piso desobstruído).  <p style="font-size: small; text-align: center;">portalmareadapromessa.blogspot.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> CASA DE BANHO <ul style="list-style-type: none"> Prepare a roupa antes de iniciar o banho. Não se agarre a toalheiros, torneiras ou manipuladores de portas. Coloque barras de apoio junto da sanita e da banheira. Utilize o sabonete líquido com doseador em vez de sabonete de barra. Tome banho sentado num banco estável. Utilize tapete antiderrapante para a saída do banho. ILUMINAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> Boa iluminação em todas as divisões da casa (aproveite a luz natural através das janelas durante o dia). À noite tenha uma boa iluminação entre o quarto e a casa de banho. Tenha luz de presença na mesa de cabeceira. CALÇADO <ul style="list-style-type: none"> Utilize calçado antiderrapante que não saia do pé (fechado). Evite chinelos ou saltos altos. QUARTO <ul style="list-style-type: none"> Quando estiver sentado na cama os seus pés devem chegar ao chão. Durma no quarto que fica mais perto da casa de banho. Tenha telefone/ telemóvel no quarto.
<p style="text-align: center;">ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!</p>	<p style="text-align: center;">EM CASO DE DIFICULDADE PARA SE LEVANTAR PEÇA AJUDA. NÃO CORRA RISCOS DESNECESSÁRIOS!</p>

APÊNDICE III – Instrumento de recolha de dados e avaliação

Colheita de dados			
Identificação do processo	Nº Processo:	Data de admissão:	
	Unidade Saúde Familiar/ Centro de Saúde:	Médico de Família:	Enf.º de Família:
Identificação Pessoal	Nome:		Data de nascimento:
	Morada:		
	Contactos:		
	Doc. identificação:	N.º Beneficiário:	NIF:
	Escolaridade: (assinalar com X) <input type="checkbox"/> Não sabe ler <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1º ciclo <input type="checkbox"/> 2º ciclo <input type="checkbox"/> 3º ciclo <input type="checkbox"/> Ensino Secundário		Profissão:
Situação Sociofamiliar	Mora com/Agredado Familiar:	Apoios sócio familiares:	
	Pessoa de referência/contacto:	Apoios económicos:	
Situação Clínica	Diagnóstico:		
	Antecedentes Pessoais:		
	Alergias:		
	Terapêutica:		
Avaliação Condições Habitacionais (assinalar com X)	Tipologia da habitação: <input type="checkbox"/> Meio urbano <input type="checkbox"/> Meio rural <input type="checkbox"/> Vivenda <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Acesso a transportes públicos	Tipologia do WC: <input type="checkbox"/> Banheira <input type="checkbox"/> Duche <input type="checkbox"/> Barra Apoio Tapete antiderrapante Largura das Portas _____ Largura Corredores _____ Presença de Obstáculos ____	Tapetes _____ Fios no chão _____ Iluminação adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Chão Antiderrapante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Nº do andar _____ <input type="checkbox"/> Elevador <input type="checkbox"/> Escadas <input type="checkbox"/> Rampa de acesso <input type="checkbox"/> Outro		

Dados antropométricos	Peso _____ Altura _____ IMC _____	Edema? Sim Não	Tecido cicatricial Sinais inflamatórios? Sim _____ Não
		Perímetro articular: _____ cm	
Avaliação da marcha	Largura da passada: _____ Velocidade: _____ TUG: _____	Auxiliar de marcha utilizado: Andarilho Canadianas Outro _____	
	Avaliação do ciclo da marcha: _____ Alterações da marcha existentes: _____ _____	Está bem-adaptado ao auxiliar de marcha? Sim Não	
Avaliação do equilíbrio	<input type="checkbox"/> Equilíbrio comprometido <input type="checkbox"/> Equilíbrio não comprometido Score de escala de Tinetti _____		

Exame neurológico

1.1 Estado mental

	AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	Avaliação
Estado de consciência	vígil, sonolento, estuporoso ou coma	
Orientação	pessoa, espaço e tempo	
Atenção		
Memória	Avaliar: memória recente/ de fixação; remota/de evocação- declarativa e não declarativa	
Linguagem	Fonação e ressonância: aaah Função dos lábios: pa pa pa Função da língua: ta ta ta Função da laringe posterior: ca ca ca	
	Fluência verbal (N=120 palavras) Compreensão (avaliar se cumpre ordens simples/complexas)	

	Nomeia (5 objetos)	
	Repete	
	Parafasia	
	Lexia	
	Grafia	
	Calculia	

1.2 Avaliação dos pares cranianos

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS	
Par craniano	Avaliação
I – Olfativo Pedir ao doente para fechar os olhos e identificar odores forte como por exemplo tabaco/ café	
II – Ótico Pedir à pessoa para fechar um dos olhos e avaliar campo visual por confrontação dos dedos a várias distâncias	
III – Motor ocularcomum; IV – Patético; VI – Motor ocularexterno Pedir à pessoa para fechar os olhos e avaliar campovisual: à distância de uma mão fazer movimentos para cima e para baixo. Avaliar simetria dos movimentos oculares.	
V – Trigêmeo <u>Função motora:</u> pedir para abrir/ fechar a mandíbula, verificando se há assimetrias <u>Função sensitiva:</u> avaliar sensibilidade superficial com algodão e dolorosa utilizando uma caneta Avaliar o reflexo córneo-palpebral	
VII – Facial Pedir à pessoa para sorrir e franzir o sobrolho, encerrando firmemente as pálpebras. <u>Função motora:</u> verificar se há assimetrias <u>Função sensitiva:</u> teste realizado com açúcar e sal	
VIII – Vestíbulo-coclear Tapar o ouvido da pessoa e aproximar relógio ou estalar os dedos. Procurar nistagmo. Avaliar presença de vertigens ou tonturas. Fazer tese de Romberg. Avaliar equilíbrio estático e dinâmico.	
IX – Glossofaríngeo Reconhecer o doce e salgado.	
X – Vago Verificar posição do véu palatino e reflexo de vômito.	
XI – Espinhal Avaliar existência de assimetrias, e força muscular contar resistência do pescoço, ombro e escápula.	
XII – Grande hipoglosso Avaliar presença de fasciculações e trofismo da língua.	

1.3 Avaliação da sensibilidade

(Avaliar dermatomas e tipo sensibilidade – superficial, proprioceptiva e discriminativa)

1.4 Avaliação da coordenação motora

(Prova dedo-nariz)

Avaliação da motricidade, tónus muscular e amplitudes articulares

Segmento corporal	Movimento	Avaliação da força (Escala MRC modificada)		Avaliação do tónus muscular (Escala de Ashworth)		Amplitude articular	
		Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.
Cabeça e pescoço	Flexão						
	Extensão						
	Flexão lateral esquerda						
	Flexão lateral direita						
	Rotação						
Membros superiores		Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.
Escápulo-umeral	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação Interna						
	Rotação Externa						
Cotovelo	Flexão						
	Extensão						
Antebraço	Pronação						
	Supinação						
Punho	Flexão palmar						
	Dorsi-flexão						
	Desvio radial						

	Desvio cubital						
Dedos	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Circundação						
	Oponência do polegar						
Membros inferiores		Dto.	Esq.	Dto.	Esq.	Dto	Esq
Coxo- femural	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação interna						
	Rotação Externa						
Joelho	Flexão						
	Extensão						
Tibiotársica	Flexão plantar						
	Flexão dorsal						
	Inversão						
	Eversão						
Dedos	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						

Avaliação do equilíbrio

(Avaliar utilizando índice de tinetti)

Avaliação da marcha

(Avaliar características da marcha)

Avaliação do risco de queda

(Avaliar utilizando a escala de Morse)

APÊNDICE IV – Sessão de formação “Capacitação com a Pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: Estudo de Caso”

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Capacitação com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho: estudo de caso.

Local: **Data:** 09/01/2024 Hora: 14h às 15h

Objetivo geral: Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho (ATJ).

Objetivos específicos:

- ⇒ Rever a anatomia da articulação do joelho;
- ⇒ Compreender e integrar os referenciais teóricos de Afaf Meleis e de Dorothea Orém;
- ⇒ Identificar e definir as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a ATJ.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<u>Introdução:</u> Apresentação da preletora e do tema.	Expositivo	PowerPoint	5 Minutos	
<u>Desenvolvimento:</u> - Breve descrição da anatomia da articulação do joelho; - Descrição de ATJ; - Referências teóricas de Afaf Meleis e Dorothea Orem; - Apresentação de caso clínico e avaliação de Enfermagem de Reabilitação de uma pessoa submetida a ATJ; - Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;	Interrogativo Interativo Expositivo	PowerPoint	40 minutos	Enfermeira Aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação Patrícia Constantina Pinto
<u>Conclusão:</u> - Resumo da Temática; - Esclarecimento de dúvidas	Interrogativo Interativo Expositivo	PowerPoint	15 minutos	

C.H.L.C. Mod. 0003

ESSATIA
Enfermagem de Reabilitação

1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo de Reabilitação
Estágio Profissionalizante em Enfermagem de Reabilitação

Capacitação com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho!

Estudo de caso

Elaborado por: Patrícia Constantina Pinto nº 202230119
Enfermeiro Supervisor: EEER Luis Mendes
Docente orientador: Tânia Raposo

junho 2024

Objetivo geral:

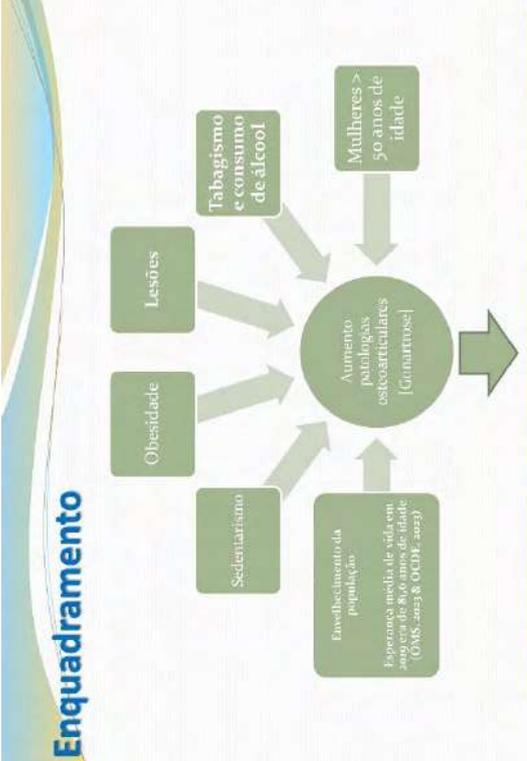
- Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho (ATJ).

Objetivos específicos:

- Rever a anatomia da articulação do joelho;
- Compreender e integrar os referenciais teóricos de Afaf Meleis e de Dorothea Orém;
- Identificar e definir as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a ATJ.

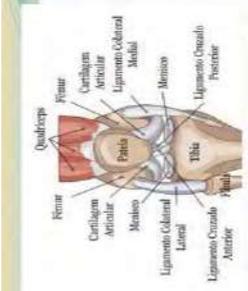
Palavras chave: EEER, ATJ, Capacitação e Funcionalidade

Enquadramento

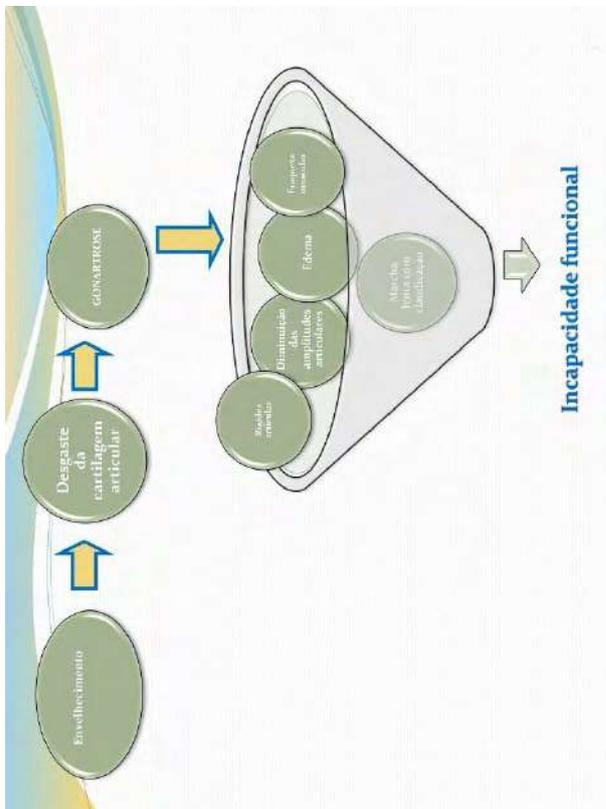


Tratamento Cirúrgico – Artroplastia Total do Joelho

Anatomia da articulação do joelho



- ❖ Articulação sinovial do tipo bi-condilo-trocleartrose sendo formada pelo fêmur, tibia e patela;
- ❖ É uma das mais importantes e funcionais do corpo humano uma vez que, pela sua localização anatómica, está sujeita a carga constante, suportando assim o peso do corpo;
- ❖ É suportada por estabilizadores estáticos como ligamentos, meniscos, cartilagem e cápsula articular e ainda por estabilizadores dinâmicos como tendões e músculos;
- ❖ Permite os movimentos de: flexão e extensão, mas também de rotação interna e externa da perna se esta estiver semi-fletida.



Fonte: <https://simonalberty.com.br/protese-total-de-joelho>

Modelos orientadores

- Segundo a OE (2015) defende que os modelos orientadores para a prática de cuidados de ER são os modelos de autocuidado e das transições, sendo considerados basilares para a excelência da qualidade do exercício profissional do EEEER, através do Regulamento no 350/2015 de 22 de junho - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

Teoria das Transições de Afaf Meleis

- Teoria de médio alcance situada no paradigma da transformação;
- Quatro tipo de transições: saúde/doença, desenvolvimento, situacional e organizacional;
- Influenciadas por três componentes: a natureza das transições (desenvolvimento, situacionais e saúde/doença); condições para a transição (pessoais, da comunidade e da sociedade) e padrões de resposta (Indicadores de processos e indicadores de resultados).

- É um processo dinâmico que resulta da mudança ou passagem de um estado para outro fruto da interação entre pessoa e ambiente, que pode ter vários intervenientes, da qual se espera uma adaptação ao novo papel ou situação (Meleis, 2010).

Caso Clínico

Qual o impacto da intervenção do EEER na capacitação da pessoa submetida a ATJ?

Crítérios de inclusão:

- ✓ Diagnóstico: gonartrose primária;
- ✓ Pessoa com potencial de reabilitação;
- ✓ Pessoa sem comorbidades prévias que possam condicionar a sua reabilitação.

Caso Clínico

Seguida em consulta de ortopedia desde janeiro 2023, tendo sido diagnosticado gonartrose primária do joelho direito

Sintomas: dor incapacitante nos joelhos com limitação funcional; marcha lenta, claudicame e com passada curta, tendo por isso a necessidade de utilizar uma canadiana para deambular

Agravamento da sua situação clínica nos últimos seis meses, a Sr. B. tendo sido proposta cirurgia.

Pedido e assinado consentimento informado e esclarecido.

Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

- Orem (2001) define autocuidado como uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.
- A Teoria Geral do Autocuidado está subdividida em três teorias relacionadas entre si, a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.
- O conceito de autocuidado torna-se central quando se fala em reabilitação, a compreensão da essência deste conceito é indispensável quando aliada ao papel do EEER (Fialho, 2022).

Caso Clínico

Seio feminino, 66 anos de idade, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa.

Diagnóstico de gonartrose primária do joelho direito

Reformada e reside com marido, filha, genro e neta

Vive em moradia de dois andares com boas condições habitacionais - Exa é viver no R/C

AP: hipertensão, renome alto, membros inferiores: varicose, obesidade, depressão e ansiedade (2023). Desconhece-se alergias alimentares ou medicamentosas.

Ficava medicada com alprazolam 0,5 mg 3x comprimido ao deitar, digluzina 25 mg em SOS, suplemento At-venag-lio (magnésio) em SOS.

Atual de 1,5 metros e 86 Kg (Índice de Massa Corporal 38,1) (obesidade de classe 2, DGS, 2023)

MCDT's pré-operatórios



- ❖ Hb= 14,7 g/L
- ❖ Rx tórax e restante controle analítico sem alterações.

Avaliação do EEER

A implementação de um programa de intervenção de ER pressupõe a análise de dados obtidos através de:

- ❖ Anamnese;
- ❖ Exame neurológico;
- ❖ Avaliação da força muscular;
- ❖ Avaliação das amplitudes articulares;
- ❖ Avaliação da coordenação motora
- ❖ Avaliação do equilíbrio;
- ❖ Avaliação do risco de quedas;
- ❖ Avaliação do grau de dependência;
- ❖ Observação de exames complementares de diagnóstico;
- ❖ Utilização de instrumentos de medida.

MCDT's pós-operatórios



- ❖ Hb= 11,7 g/L
- ❖ Restante controle analítico sem alterações.

Avaliação do EEER



- Na admissão, a Sra. B. estava vigil, orientada na pessoa, tempo e espaço, revelando interesse nos cuidados de ER. Espineira em repouso sem sinais de dificuldade respiratória, normotensa, normocárdica, apnétrica e normoglicêmica.
- Apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas. Não apresentava alterações da visão, audição, comunicação nem da compreensão. A nível da coordenação motora a Sr. B. também não apresentou alterações verificadas através da prova dedo-nariz que não teve dificuldades em cumprir com sucesso.
- Força muscular global de grau 5 (Escala MRC modificada) em todos os segmentos corporais, sem compromisso do tônus muscular (escala de Ashworth), com exceção dos membros inferiores:
 - * Membro inferior direito = grau -3
 - * Membro inferior esquerdo = grau 4
- A nível articular, apresentava limitações funcionais bilateralmente a nível dos joelhos.
 - * Joelho direito - apresentava 90° no movimento de flexão e 20° na extensão;
 - * Joelho esquerdo - apresentava 110° no movimento de flexão e 10° na extensão.

Avaliação do EEER

- Índice de Tinetti = 13/28
- Escala de Morse = 65 [alto risco de quedas]
- Escala de Barthel = 75 [ligeiramente dependente]
- Escala de Lawton & Brody = 5 [dependência moderada]
- MIF = 114
- A Sra. B. não demonstrou conhecimento relativamente a reeducação funcional respiratória (controle e dissociação dos tempos respiratórios) ou reeducação funcional motora.

Avaliação do EEER – focos de ER

Movimento muscular

Rigidez articular

Equilíbrio corporal

Andar com auxílio de marcha

Autocuidado: higiene

Autocuidado: ir ao sanitário

Autocuidado: vestir-se

Transferir-se

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Indicadores de Avaliação
Mobilização passiva	Mobilização passiva do membro afetado	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar frequência cardíaca antes e depois da mobilização Evitar movimentos bruscos Aplicar gelo após a mobilização Manter o membro afetado em posição funcional Realizar movimentos ativos e passivos 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar movimentos ativos e passivos
Equilíbrio corporal	Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exercícios de equilíbrio 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar movimentos ativos e passivos
Andar com auxílio de marcha	Andar com auxílio de marcha comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exercícios de marcha 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar movimentos ativos e passivos

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Indicadores de Avaliação
Transferir-se	Transferir-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exercícios de transferência 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar movimentos ativos e passivos
Autocuidado: ir ao sanitário	Autocuidado: ir ao sanitário comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exercícios de ir ao sanitário 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar movimentos ativos e passivos
Autocuidado: vestir-se	Autocuidado: vestir-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exercícios de vestir-se 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar movimentos ativos e passivos

Programa de exercícios

1. Objetivo

Realizar o programa de exercícios para a pessoa submetida a artroplastia total do joelho, visando a recuperação funcional, redução da dor e aumento da capacidade funcional.

2. Indicadores de avaliação

• Escala de dor (0-10)

• Escala de mobilidade (0-10)

• Escala de força (0-10)

• Escala de equilíbrio (0-10)

• Escala de qualidade de vida (0-10)

• Escala de satisfação (0-10)

• Escala de adesão (0-10)

• Escala de conhecimento (0-10)

• Escala de participação (0-10)

• Escala de suporte social (0-10)

• Escala de suporte emocional (0-10)

• Escala de suporte prático (0-10)

• Escala de suporte espiritual (0-10)

• Escala de suporte intelectual (0-10)

• Escala de suporte físico (0-10)

• Escala de suporte psicológico (0-10)

• Escala de suporte social (0-10)

• Escala de suporte emocional (0-10)

• Escala de suporte prático (0-10)

• Escala de suporte espiritual (0-10)

• Escala de suporte intelectual (0-10)

• Escala de suporte físico (0-10)

• Escala de suporte psicológico (0-10)

3. Descrição dos exercícios

1. Exercícios de aquecimento: caminhada leve, alongamento, respiração profunda.

2. Exercícios de fortalecimento: levantamento de peso, flexões de braço, abdominais.

3. Exercícios de equilíbrio: caminhada com obstáculos, exercícios de equilíbrio em uma perna.

4. Exercícios de mobilidade: alongamento, exercícios de mobilidade articular.

5. Exercícios de qualidade de vida: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

6. Exercícios de satisfação: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

7. Exercícios de adesão: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

8. Exercícios de conhecimento: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

9. Exercícios de participação: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

10. Exercícios de suporte social: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

11. Exercícios de suporte emocional: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

12. Exercícios de suporte prático: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

13. Exercícios de suporte espiritual: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

14. Exercícios de suporte intelectual: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

15. Exercícios de suporte físico: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

16. Exercícios de suporte psicológico: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

Programa de exercícios

1. Objetivo

Realizar o programa de exercícios para a pessoa submetida a artroplastia total do joelho, visando a recuperação funcional, redução da dor e aumento da capacidade funcional.

2. Indicadores de avaliação

• Escala de dor (0-10)

• Escala de mobilidade (0-10)

• Escala de força (0-10)

• Escala de equilíbrio (0-10)

• Escala de qualidade de vida (0-10)

• Escala de satisfação (0-10)

• Escala de adesão (0-10)

• Escala de conhecimento (0-10)

• Escala de participação (0-10)

• Escala de suporte social (0-10)

• Escala de suporte emocional (0-10)

• Escala de suporte prático (0-10)

• Escala de suporte espiritual (0-10)

• Escala de suporte intelectual (0-10)

• Escala de suporte físico (0-10)

• Escala de suporte psicológico (0-10)

3. Descrição dos exercícios

1. Exercícios de aquecimento: caminhada leve, alongamento, respiração profunda.

2. Exercícios de fortalecimento: levantamento de peso, flexões de braço, abdominais.

3. Exercícios de equilíbrio: caminhada com obstáculos, exercícios de equilíbrio em uma perna.

4. Exercícios de mobilidade: alongamento, exercícios de mobilidade articular.

5. Exercícios de qualidade de vida: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

6. Exercícios de satisfação: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

7. Exercícios de adesão: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

8. Exercícios de conhecimento: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

9. Exercícios de participação: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

10. Exercícios de suporte social: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

11. Exercícios de suporte emocional: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

12. Exercícios de suporte prático: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

13. Exercícios de suporte espiritual: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

14. Exercícios de suporte intelectual: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

15. Exercícios de suporte físico: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

16. Exercícios de suporte psicológico: caminhada, alongamento, exercícios de mobilidade articular.

Resultados

1. Objetivo

Realizar o programa de exercícios para a pessoa submetida a artroplastia total do joelho, visando a recuperação funcional, redução da dor e aumento da capacidade funcional.

2. Indicadores de avaliação

• Escala de dor (0-10)

• Escala de mobilidade (0-10)

• Escala de força (0-10)

• Escala de equilíbrio (0-10)

• Escala de qualidade de vida (0-10)

• Escala de satisfação (0-10)

• Escala de adesão (0-10)

• Escala de conhecimento (0-10)

• Escala de participação (0-10)

• Escala de suporte social (0-10)

• Escala de suporte emocional (0-10)

• Escala de suporte prático (0-10)

• Escala de suporte espiritual (0-10)

• Escala de suporte intelectual (0-10)

• Escala de suporte físico (0-10)

• Escala de suporte psicológico (0-10)

3. Descrição dos resultados

1. Redução da dor: 10% de redução da dor em 10 dias.

2. Aumento da mobilidade: 10% de aumento da mobilidade em 10 dias.

3. Aumento da força: 10% de aumento da força em 10 dias.

4. Aumento do equilíbrio: 10% de aumento do equilíbrio em 10 dias.

5. Aumento da qualidade de vida: 10% de aumento da qualidade de vida em 10 dias.

6. Aumento da satisfação: 10% de aumento da satisfação em 10 dias.

7. Aumento da adesão: 10% de aumento da adesão em 10 dias.

8. Aumento do conhecimento: 10% de aumento do conhecimento em 10 dias.

9. Aumento da participação: 10% de aumento da participação em 10 dias.

10. Aumento do suporte social: 10% de aumento do suporte social em 10 dias.

11. Aumento do suporte emocional: 10% de aumento do suporte emocional em 10 dias.

12. Aumento do suporte prático: 10% de aumento do suporte prático em 10 dias.

13. Aumento do suporte espiritual: 10% de aumento do suporte espiritual em 10 dias.

14. Aumento do suporte intelectual: 10% de aumento do suporte intelectual em 10 dias.

15. Aumento do suporte físico: 10% de aumento do suporte físico em 10 dias.

16. Aumento do suporte psicológico: 10% de aumento do suporte psicológico em 10 dias.

Resultados

1. Objetivo

Realizar o programa de exercícios para a pessoa submetida a artroplastia total do joelho, visando a recuperação funcional, redução da dor e aumento da capacidade funcional.

2. Indicadores de avaliação

• Escala de dor (0-10)

• Escala de mobilidade (0-10)

• Escala de força (0-10)

• Escala de equilíbrio (0-10)

• Escala de qualidade de vida (0-10)

• Escala de satisfação (0-10)

• Escala de adesão (0-10)

• Escala de conhecimento (0-10)

• Escala de participação (0-10)

• Escala de suporte social (0-10)

• Escala de suporte emocional (0-10)

• Escala de suporte prático (0-10)

• Escala de suporte espiritual (0-10)

• Escala de suporte intelectual (0-10)

• Escala de suporte físico (0-10)

• Escala de suporte psicológico (0-10)

3. Descrição dos resultados

1. Redução da dor: 10% de redução da dor em 10 dias.

2. Aumento da mobilidade: 10% de aumento da mobilidade em 10 dias.

3. Aumento da força: 10% de aumento da força em 10 dias.

4. Aumento do equilíbrio: 10% de aumento do equilíbrio em 10 dias.

5. Aumento da qualidade de vida: 10% de aumento da qualidade de vida em 10 dias.

6. Aumento da satisfação: 10% de aumento da satisfação em 10 dias.

7. Aumento da adesão: 10% de aumento da adesão em 10 dias.

8. Aumento do conhecimento: 10% de aumento do conhecimento em 10 dias.

9. Aumento da participação: 10% de aumento da participação em 10 dias.

10. Aumento do suporte social: 10% de aumento do suporte social em 10 dias.

11. Aumento do suporte emocional: 10% de aumento do suporte emocional em 10 dias.

12. Aumento do suporte prático: 10% de aumento do suporte prático em 10 dias.

13. Aumento do suporte espiritual: 10% de aumento do suporte espiritual em 10 dias.

14. Aumento do suporte intelectual: 10% de aumento do suporte intelectual em 10 dias.

15. Aumento do suporte físico: 10% de aumento do suporte físico em 10 dias.

16. Aumento do suporte psicológico: 10% de aumento do suporte psicológico em 10 dias.

alcobia

Pontos fortes e limitações do estudo de caso

Pontos fortes

- Fomenta uma prática baseada na evidência, promove o desenvolvimento científico da própria profissão e a sucessiva reflexão sobre a prática, elevando assim os níveis de qualidade, a excelência da prática de enfermagem traduzindo-se em ganhos em saúde para a pessoa alvo dos cuidados.

Limitações

- Pouca existência de programas de exercícios destinados a pessoas submetidas a ATJ.



1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo de Reabilitação
Estágio Profissionalizante em Enfermagem de Reabilitação

Capacitação com a pessoa submetida à Artroplastia Total do Joelho!

Estudo de caso

Elaborado por: Patrícia Constantina Pinto nº 2022340119

Enfermeiro Supervisor: EGER Luis Mendes
Docente orientador: Tânia Raposo

janeiro 2024

Conclusão

- O processo de reabilitação é um processo contínuo que deve ter início no momento da admissão e estender-se por todo o período perioperatório;
- A intervenção do EEEER, integrada numa equipa multidisciplinar, é diferenciadora nos cuidados prestados com reflexo nos ganhos obtidos na capacitação da pessoa submetida a ATJ, contribuindo assim para uma melhoria da sua funcionalidade e da qualidade de vida.

Bibliografia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. (2017). Manual de Procedimentos de Enfermagem em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2018). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2019). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2020). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2021). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2022). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2023). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2024). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2025). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2026). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2027). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2028). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2029). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2030). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2031). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2032). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2033). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2034). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2035). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2036). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2037). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2038). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2039). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2040). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2041). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2042). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2043). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2044). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2045). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2046). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2047). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2048). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2049). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2050). Guia de Referência de Qualidade em Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde.

ANEXOS

ANEXO I – Folheto informativo “Cuidados após Artroplastia Total do Joelho”

CONTACTOS

INFORMAÇÃO PARA O UTENTE

CUIDADOS APÓS
ARTROPLASTIA TOTAL
DO JOELHO



CHULC - HCC - Arquivo da Unidade de Internamento de Ortopedia

Maio 2023

ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO (ATJ)

O QUE É?

- A **ATJ** consiste na substituição da articulação do joelho devido (geralmente) ao desgaste da articulação.
- A articulação é substituída por uma prótese, que promove o alívio da dor e a melhoria da amplitude dos movimentos do joelho.



VANTAGENS DE UMA PRÓTESE DO JOELHO

- Alívio da dor
- Recuperar a mobilidade e a marcha
- Promover uma maior e melhor qualidade de vida

COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES APÓS A CIRURGIA

- Hemorragia
- Infecção
- Falência do material implantado
- Doenças relacionadas com a circulação de sangue (tromboses, embolias).

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Aplique gelo 2/3 vezes por dia durante 30 minutos de cada vez.
- Evite molhar o penso operatório.
- Durante o dia alterne períodos de repouso com pequenos passeios/deslocações.
- Use calçado fechado, confrontável e antiderrapante (evite saltos altos para prevenção de quedas).

CONSULTE O MÉDICO OU RECORRA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM CASO DE:

- Dor intensa.
- Inchaço (edema da perna).
- Se o penso repassar e a pele estiver muito quente, contacte o seu médico assistente ou recorra ao serviço de urgência.
- Alteração do aspeto da cicatriz.
- Febre superior a 38°C.

Imagem: CHULC - HCC - Arquivo da Unidade de Internamento de Ortopedia

ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!

A HIGIENE DAS MÃOS É A PRINCIPAL MEDIDA DE CONTROLO DA INFEÇÃO. AJUDE-NOS A AJUDA-LO!

REABILITAÇÃO

NA CAMA

- Deitado de costas na cama, dobre e estique o joelho fazendo-o deslizar ao longo da cama. Repita este exercício 5 vezes (Figura 8 A).
- Levante a perna com o joelho esticado, depois dobre o joelho o mais possível e volte a esticar a perna. Repita este exercício 5 vezes (Figura 8 B).
- Dobre os joelhos com os pés assentes e levante a bacia (Figura 8 C).
- Deitado o joelho esticado, afaste a perna operada. Repita este exercício 5 vezes (Figura 8 D).

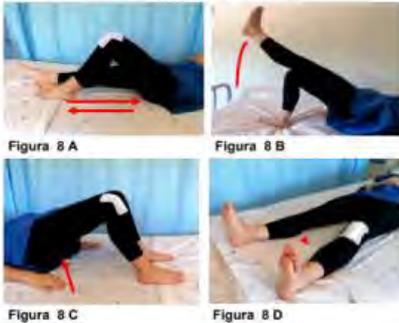


Figura 8 A

Figura 8 B

Figura 8 C

Figura 8 D

Se não houver contra-indicação médica, depois da cirurgia deverá realizar alguns exercícios durante os próximos três meses, seguindo as orientações do enfermeiro e/ou fisioterapeuta.

EXERCÍCIOS A PRATICAR NA CAMA DEITADO

- **Mobilize o tornozelo** - puxe o pé para si e depois para baixo (Figura 1 A)
- **Contraia o músculo das nádegas** - aperte-as bem uma contra a outra.
- **Contraia o músculo da coxa** - empurre o joelho contra a cama como se estivesse a fazer força contra o colchão (Figura 1 B)
- **Levante a bacia** - dobre as pernas, faça força nos calcanhares e nos cotovelos (Figura 1 C).



Figura 1 A

Figura 1 B

Figura 1 C

CASO SINTA MÁ DISPOSIÇÃO OU MAL ESTAR, PEÇA AJUDA.
NÃO CORRA RISCOS DESNECESSÁRIOS!

FAÇA ESTES EXERCÍCIOS 4/5 VEZES POR DIA E VÁ AUMENTANDO
TODOS OS DIAS A FREQUÊNCIA, MEDIANTE A SUA TOLERÂNCIA.

EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO

- A primeira vez que se levantar após a cirurgia deve ser na presença do enfermeiro ou do fisioterapeuta, e após indicação médica
- Os exercícios de reabilitação devem ser iniciados após indicação médica e na presença do enfermeiro de reabilitação ou do fisioterapeuta.
- Quando estiver sentado na beira da cama/cadeira, com as pernas pendentes, deve **dobrar e esticar o joelho operado** (Figura 2).
- Se for confortável, pode utilizar a perna não operada para auxiliar a perna operada (Figura 3).



Figura 2

Figura 3

APANHAR OBJETOS DO CHÃO

- Apoie a mão do lado operado num local firme.
- Transfira o seu peso para a perna não operada, evitando fazer esforço com a perna operada
- Dobre o corpo para a frente e levante a perna operada para trás.

EXERCÍCIOS QUE DEVE PRATICAR - SENTADO E EM PÉ



- Apoie as mãos num local fixo e dobre o joelho operado.



ALIMENTE-SE E HIDRATE-SE, EXCETO SE INDICAÇÃO
DA EQUIPA EM CONTRÁRIO

FAÇA ESTES EXERCÍCIOS 4/5 VEZES POR DIA E VÁ AUMENTANDO
TODOS OS DIAS A FREQUÊNCIA, MEDIANTE A SUA TOLERÂNCIA.

SUBIR E DESCER ESCADAS COM CANADIANAS
(utilize o corrimão sempre que possível)

⇒ **SUBIR**

1. Aproxime-se de frente para as escadas.
2. Utilize a força dos braços nas canadianas e mova a **perna não operada** para o 1º degrau (Figura 6 A).
3. Faça força na perna não operada e mobilize a **perna operada** para o mesmo degrau (Figura 6 B).
4. Mova agora as canadianas.
5. Repita os passos 2 a 4 para os degraus seguintes.



Figura 6 A

Figura 6 B

⇒ **DESCER**

1. Coloque as **canadianas no 1º degrau** da descida (Figura 7 A).
2. Utilize a força dos braços nas canadianas e mova a **perna operada**, para o mesmo degrau (Figura 7A). Mova de seguida a perna não operada (Figura 7 B).
3. Repita os passos 1 e 2 para descer os degraus seguintes.



Figura 7 A

Figura 7 B

POSIÇÃO DEITADO

- Pode adotar todos os posicionamentos, sempre com o **joelho esticado**.
- **Não** coloque almofadas por baixo do joelho operado.



SAIR DA CAMA/ ENTRAR NA CAMA

- Saia sempre pelo **lado operado**.
- Sente-se na cama, ficando apoiado nos antebraços sem inclinar o tronco para a frente e mantendo a perna operada esticada.
- Dobre a perna não operada e chegue-se para fora, rode o tronco e as pernas até que os pés toquem no chão.
- Levante-se com a ajuda dos braços e da perna não operada.
- Para entrar na cama o procedimento é o inverso.



ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!

EM CASO DE DIFICULDADE PARA SE LEVANTAR PEÇA AJUDA À EQUIPA - NÃO CORRA RISCOS DESNECESSÁRIOS!

SENTAR-SE E LEVANTAR-SE

Sente-se em cadeiras com costas firmes e apoio de braços, na metade anterior do assento da cadeira com os joelhos fletidos e com os pés totalmente apoiados no chão.

A carga exercida na perna operada depende da indicação médica.

1. Chegue-se para trás até sentir a cadeira nas suas pernas
2. Estique a perna operada para a frente e baixe-se com o apoio dos braços da cadeira (Figura 4 A). Deve manter a perna operada dobrada enquanto está sentado (Figura 4 B).
3. Poderá sentar-se numa cadeira com a perna operada elevada no primeiro dia de pós-operatório, se não existir contra indicação (Figura 4 C).



Figura 4 A

Figura 4 B

Figura 4 C

NA CASA DE BANHO

(Siga os passos 1, 2 e 3 - **Sentar-se e levantar-se**)

- Estique a perna operada para a frente antes de se sentar e antes de se levantar. De acordo com a tolerância da dor, deverá ir dobrando o joelho operado.
- Baixe-se lentamente usando a força de ambos os braços.

MARCHA

- Use calçado bem adaptado ao pé com sola antiderrapante.
- Dê passos pequenos, ande devagar passo a passo.

1. Avance as duas canadianas ou andarilho (Figura 5 A).
2. Avance a perna operada até ao nível das canadianas ou andarilho (Figura 5 B).
3. Avance a perna não operada (Figura 5 C).



Figura 5 A



Figura 5 B



Figura 5 C

Para mudar de direção vire-se para o lado da perna não operada, seguindo os passos 1,2 e 3.

ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!

A HIGIENE DAS MÃOS É A PRINCIPAL MEDIDA DE CONTROLO DA INFEÇÃO. AJUDE-NOS A AJUDÁ-LO!

ANEXO II – Folheto informativo “Como prevenir quedas em casa”

<h3>RECOMENDAÇÕES</h3>	<h3>INFORMAÇÃO PARA OS UTENTES</h3>
<ul style="list-style-type: none">• Caso tenha alterações da tensão arterial, procure avaliá-la regularmente• Procure o seu médico se tiver: tonturas; problemas de visão; problemas de audição; problemas do coração e /ou diabetes.  <p>É melhor prevenir que remediar Habitualmente só prestamos atenção à queda, quando esta acontece e pode ser tarde demais.</p> <p>Se cair, procure ajuda imediata!</p> <p>Saúde 24 808 24 24 24</p> <p>Vizinhos</p> <p>Familiares</p> <p>112</p> <p>Tenha sempre o seu telefone à mão. Alguém ajudará.</p>	<h2>COMO PREVENIR QUEDAS EM CASA</h2>  <p>lulilemos.com.br</p>
	<p>Maio 2023</p>

<h3>ESTE FOLHETO FOI FEITO A PENSAR EM SI, QUE APRESENTA MAIOR RISCO DE QUEDA</h3>	<h3>A SUA MARCHA E OS SEUS MOVIMENTOS JÁ SE ENCONTRAM ALTERADOS</h3>
<p>ALGUNS CONSELHOS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none">• O espaço onde circula deve estar desimpedido de móveis ou de peças decorativas;• Sente-se em cadeiras com apoio de braços;• Os puxadores das portas devem estar em bom estado de funcionamento;• Evite apoiar-se em pequenos móveis ou mesas de apoio para se levantar;• Proteja as extremidades aguçadas dos seus móveis;• Tenha atenção aos animais de estimação (pode tropeçar ou cair);• O telefone deve estar em local de fácil acesso;• Tenha uma lista com números grandes para onde ligar;• As paredes devem ter tons que façam contraste com o chão. <p>⇒ CHÃO</p> <ul style="list-style-type: none">• Evite tapetes no chão.• Evite produtos que tornem o chão escorregadio (ceras, etc.).• Evite fios elétricos e tomadas espalhados no chão (mantenha o piso desobstruído).  <p>portalmarcadapromessa.blogspot.com</p>	<p>⇒ CASA DE BANHO</p> <ul style="list-style-type: none">• Prepare a roupa antes de iniciar o banho.• Não se agarre a toalheiros, torneiras ou manípulos de portas.• Coloque barras de apoio junto da sanita e da banheira.• Utilize o sabonete líquido com doseador em vez de sabonete de barra.• Tome banho sentado num banco estável.• Utilize tapete antiderrapante para a saída do banho. <p>⇒ ILUMINAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none">• Boa iluminação em todas as divisões da casa (aproveite a luz natural através das janelas durante o dia).• À noite tenha uma boa iluminação entre o quarto e a casa de banho.• Tenha luz de presença na mesa de cabeceira. <p>⇒ CALÇADO</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilize calçado antiderrapante que não saia do pé (fechado).• Evite chinelos ou saltos altos. <p>⇒ QUARTO</p> <ul style="list-style-type: none">• Quando estiver sentado na cama os seus pés devem chegar ao chão.• Durma no quarto que fica mais perto da casa de banho.• Tenha telefone/ telemóvel no quarto.
<p>ESTAMOS DISPONÍVEIS PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA!</p>	<p>EM CASO DE DIFICULDADE PARA SE LEVANTAR PEÇA AJUDA. NÃO CORRA RISCOS DESNECESSÁRIOS!</p>

ANEXO III – Certificados de formações realizadas



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Patrícia Susana Constantina Silva Pinto natural de Lisboa nascida em 26/10/1985, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12823556 válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente, em 02/03/2023, com a duração de 15:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução à Segurança do Cliente	6:00	-
Literacia em Saúde e Capacitação do Cliente para a sua Segurança	4:00	-
Gestão do Risco em Saúde	5:00	-

Lisboa, 31 de março de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional

Ilus. Banerio
(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 195/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Patrícia Susana Constantina Silva Pinto natural de Lisboa nascida em 26/10/1985, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12823556 válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor - Básico, em 31/03/2023, com a duração de 30:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Enquadramento Conceptual	1:00	-
Natureza Multidimensional da Dor	4:00	18
Avaliação da Pessoa com Dor	4:00	20
Gestão e Tratamento da Dor: Intervenções Farmacológicas	4:00	20
Gestão e Tratamento da Dor: Intervenções não Farmacológicas	2:00	20
Especificidades na Gestão de Dor: Dor Aguda Pós-operatória	2:00	20
Especificidades na Gestão de Dor: Dor oncológica / Dor em Cuidados Paliativos	3:00	18
Especificidades na Gestão de Dor: Dor Neuropática	2:00	20
Especificidades na Gestão de Dor: Dor na Pessoa Idosa	2:00	20
Especificidades na Gestão de Dor: Dor relacionada com as Feridas	2:00	20
Papel e Intervenção do Enfermeiro na Gestão da Pessoa com Dor	4:00	20
Nota Final		20

Lisboa, 03 de maio de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional

Luís Barreto
 (Assinatura e selo branco ou carimbado)

Certificado n.º 302/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

O Serviço de Pneumologia

Certifica que

Patricia Susana Constantina Pinto

frequentou a acção de formação

Terapêutica por Nebulização na Doença Respiratória

com a duração de 1 hora

que decorreu no dia 11 de janeiro de 2024.

Lisboa, 11 de janeiro de 2024

Unidade de Reabilitação Respiratória
Prof. Responsável
Raquel Bolas; N.º Mec. 11 899

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Diretora: Pro^{fa}. Doutora Cristina Bárbara

IMP074 02

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



1 / 2

