



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL
DO JOELHO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO**

REALIZADO POR:

LUÍS PAULO SANTIAGO DA FONSECA

O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio Profissionalizante

**Relatório de Estágio Profissionalizante apresentado à Escola Superior de Saúde Atlântica
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

**O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL
DO JOELHO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO**

Luís Paulo Santiago da Fonseca

Orientação: Professora Cristina Mesquita

Barcarena,

outubro de 2024

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

“Não faças planos para a vida, que podes estragar os planos que a vida tem para ti.”

Agostinho da Silva

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, no âmbito deste curso, me concederam o privilégio de poder cuidar delas.

Agradeço aos Professores da ESSATLA, que me concederam o privilégio de “beber” um pouco do seu vasto conhecimento ao longo deste curso.

Agradeço a todos os colegas deste curso, sem exceção, pela amizade partilhada.

Agradeço aos profissionais que me acolheram nos seus espaços de trabalho, no âmbito dos estágios do curso.

Um agradecimento especial à Professora Cristina Mesquita, pelos ensinamentos ao longo do curso e pela orientação deste Relatório de Estágio Profissionalizante. O seu incentivo e a sua orientação neste meu percurso foram essenciais.

RESUMO

Introdução: A osteoartrose, resultando na gonartrose, é uma condição clínica de caráter degenerativo. Dessa forma, trata-se de uma das patologias crônicas mais comuns atualmente, prevendo-se que a sua incidência continue a crescer com o aumento da expectativa de vida. A artroplastia total do joelho é uma alternativa terapêutica que visa proporcionar alívio da dor, melhorar a amplitude articular e a funcionalidade dessa articulação. Para que isso se torne realidade, é fundamental a implementação de um plano de reabilitação composto por um conjunto de intervenções que promovam o fortalecimento muscular e o aumento da amplitude do movimento articular, visando reduzir a dependência ou assegurar a autonomia nas atividades quotidianas, promovendo assim uma maior funcionalidade e contribuindo para uma qualidade de vida superior e a capacitação para o exercício da cidadania do indivíduo.

Objetivo: O objetivo é relatar as atividades realizadas durante o Estágio Profissionalizante, bem como todo o percurso de desenvolvimento das competências gerais do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de Mestre, além de evidenciar os benefícios em saúde após a introdução de um programa de reabilitação para indivíduos que foram submetidos a artroplastia total do joelho.

Metodologia: Para demonstrar a aquisição das competências pretendidas neste curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi utilizada uma análise crítica e reflexiva, baseada numa revisão narrativa da literatura que fundamenta o conhecimento adquirido, apoiada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Resultados: Considerando as avaliações realizadas durante a admissão dos doentes, no dia seguinte à realização da intervenção cirúrgica e na data da alta, ficou evidenciado que as pessoas voltaram para o seu domicílio com melhoria nas funcionalidades, adquirindo conhecimentos a respeito da sua situação individual que os capacitarão a verificar os ganhos em saúde, com uma participação extremamente relevante dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Interpretação e principais conclusões: As competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

competências de Mestre foram desenvolvidas, ao promoverem melhorias na funcionalidade e na capacitação, levando ao empoderamento da pessoa submetida à artroplastia total do joelho.

Palavras chave: Enfermagem de Reabilitação; Artroplastia Total do Joelho; Capacitação; Empoderamento.

SUMMARY

Introduction: Osteoarthritis, resulting in gonarthrosis, is a degenerative clinical condition. Therefore, it is one of the most common chronic pathologies today, and its incidence is expected to continue to grow as life expectancy increases. Total knee arthroplasty is a therapeutic alternative that aims to provide pain relief, improve joint range and functionality of this joint. For this to become a reality, it is essential to implement a rehabilitation plan composed of a set of interventions that promote muscle strengthening and increase the range of joint movement, aiming to reduce dependence or ensure autonomy in daily activities, thus promoting greater functionality and contributing to a superior quality of life and training for the individual to exercise citizenship.

Objective: The objective is to report the activities carried out during the Professional Internship, as well as the entire development path of the General Skills of the Specialist Nurse, the specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the Master's skills, in addition to highlighting the benefits in health after introducing a rehabilitation program for individuals who underwent total knee arthroplasty.

Methodology: To demonstrate the acquisition of the desired skills in this Master's in Rehabilitation Nursing course, a critical and reflective analysis was used, based on a narrative review of the literature that underlies the knowledge acquired, supported by Dorothea Orem's Self-Care Theory and the Theory of Transitions by Afaf Meleis.

Results: Considering the assessments carried out during the patients' admission, the day following the surgical intervention and on the date of discharge, it was evident that the patients returned to their homes with improvements in functionality, acquiring knowledge about their individual situation that will enable people to realize health gains, with an extremely relevant participation of rehabilitation nursing care.

Interpretation and main conclusions: The common competencies of the Specialist Nurse, the specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the Master's competencies were developed, promoting improvements in functionality and training, leading to the empowerment of the individual undergoing total knee arthroplasty .

Keywords: Rehabilitation Nursing; Total Knee Arthroplasty; Training; Empowerment.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. APRECIÇÃO – ANÁLISE DO CONTEXTO	14
2.1. Estágio em Contexto Comunitário	14
2.2. Estágio em Contexto Hospitalar	18
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	24
3.1. Teoria de Dorothea Orem e a Influência na Enfermagem de Reabilitação	25
3.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis na Enfermagem de Reabilitação	27
3.3. A Pessoa Submetida a Artroplastia Total do Joelho	29
3.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	30
3.5. Reabilitação à Pessoa Submetida a ATJ em Estágio Profissionalizante	38
4. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	45
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	45
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	47
4.3. Competências de Mestre	51
4.4. Padrões de Qualidade	53
5. ANÁLISE SWOT	56
6. CONCLUSÃO	58
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
8. ANEXOS	66

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATJ	Artroplastia Total do Joelho
AV	Alta Velocidade
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diária
BV	Baixa Velocidade
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
MPC	Movimento Passivo Contínuo
MRC	Escala Medical Research Council
PE	Processo de Enfermagem
TUGT	Time up and go test
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação

1. INTRODUÇÃO

No contexto da disciplina de Estágio Profissionalizante, que faz parte do currículo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, está prevista a elaboração de um Relatório do Estágio Profissionalizante, que levará à conclusão do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, resultando na atribuição do grau de Mestre e no reconhecimento como Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A prática clínica é composta por um total de 800 horas, sendo 395 horas dedicadas ao estágio, 5 horas para seminários e 90 horas de orientação tutorial que somam as horas de contato, além de 405 horas de trabalho independente, das quais 200 horas são destinadas à elaboração deste Relatório de Estágio Profissionalizante.

A elaboração deste Relatório visa evidenciar a aquisição de conhecimentos e habilidades que correspondem ao desenvolvimento de competências comuns e específicas na enfermagem de reabilitação, assim como as competências de Mestre, conforme definido em legislação específica, que se segue de forma resumida, tal como expresso no (Guia Orientador do Estágio Profissionalizante, 2.º Ano, 1.º Semestre, do Ano Letivo de 2023/2024):

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

(Regulamento n.º 140/2019):

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

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

(Regulamento n.º 392/2019):

- a) Cuida de indivíduos com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos de práticas de cuidados;
- b) Facilita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade ao desenvolver as capacidades do indivíduo.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Competências do Grau de Mestre.

(Decreto-Lei n.º 65/2018):

- a) Possuir conhecimentos e habilidades de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se no conhecimento adquirido no 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam estabelecer uma base para desenvolvimentos ou aplicações originais, frequentemente em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos, bem como sua compreensão e resolução de problemas em novas e desconhecidas situações, em contextos amplos e multidisciplinares, ainda que relacionados com sua área de estudo;
- c) Habilidade para integrar conhecimentos, abordar questões complexas, desenvolver soluções ou emitir julgamentos em situações de informações limitadas ou incompletas, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções e julgamentos ou que as condicionam;
- d) Ser apto a comunicar suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios subjacentes, tanto para especialistas quanto para leigos, de forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que possibilitem uma aprendizagem ao longo da vida, de maneira fundamentalmente auto-orientada ou autónoma.

O Estágio Profissional foi efetuado no Hospital de Sant'Ana, no Serviço 1, Internamento de Ortopedia, na Unidade de S. Domingos, além de uma breve experiência no serviço de reabilitação respiratória de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa.

Esta instituição de saúde é principalmente direcionada para a reabilitação de indivíduos com patologias ortopédicas e/ou traumatológicas, que frequentemente passam por intervenções cirúrgicas. Dessa maneira, enquanto estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos nas disciplinas do MER com o intuito de alcançar os objetivos e habilidades deste estágio profissional, conforme elencado no Guia Orientador:

- Relacionar os conhecimentos adquiridos durante o curso com a prática de cuidados em enfermagem diferenciada na área da reabilitação ortopédica e traumatológica.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

- Empregar e unir os conhecimentos e a capacidade de compreensão na resolução de problemas em circunstâncias inéditas e de alta complexidade na prática clínica de Enfermagem de Reabilitação.
- Intensificar habilidades de organização, administração e supervisão de cuidados na Enfermagem de Reabilitação.
- Estimular o raciocínio crítico acerca das implicações e obrigações éticas e sociais.
- Cultivar e evidenciar competências de avaliação e intervenção clínica no campo da Enfermagem de Reabilitação, assim como na supervisão de profissionais de enfermagem, promovendo o avanço de aprendizados.
- Compartilhar informações, concepções, desafios e respostas, assegurando a continuidade do atendimento e a incorporação das evidências mais significativas.
- Utilizar conhecimentos e competências para implementar o plano de desenvolvimento profissional e a elaboração do relatório do estágio profissional.

Neste Relatório, pretende-se apresentar os contextos da prática clínica e o enquadramento teórico, com o desenvolvimento do tema em questão e a análise crítica e reflexiva do progresso das competências de Enfermeiro Especialista, das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de Mestre. Abordarei os modelos conceptuais e, tendo em vista o tema do Relatório, demonstrar que o meu raciocínio clínico baseou-se em modelos conceptuais de Enfermagem, para uma eficaz sistematização e desenvolvimento dos planos de cuidados, em particular, as teorias de Enfermagem que apoiaram a prática das competências já mencionadas, ou seja, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. É ainda objetivo deste relatório evidenciar a aquisição de conhecimentos técnicos e científicos sobre a gonartrose por osteoartrose em indivíduos idosos afastados da vida profissional, tratados cirurgicamente com artroplastia total do joelho, assim como a demonstração da relevância de um plano de reabilitação, projetado e implementado por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

A Reabilitação não deve definir-se só pelo modelo das especialidades médicas, não obstante tratar-se de uma delas. Aquilo que distingue a Enfermagem de Reabilitação não são só as suas especificações técnicas, mas principalmente o espírito que anima o processo de Reabilitação (Hesbeen, W., 2001).

2. APRECIÇÃO – ANÁLISE DO CONTEXTO

A aplicação da prática clínica do MER materializa-se nos Estágios de Enfermagem de Reabilitação em instituições de saúde, especificamente em ambientes comunitários e hospitalares. O Estágio Profissionalizante, que é o foco deste relatório, concretizou-se num ambiente hospitalar. Através dos estágios, procura-se facilitar o processo de ensino/aprendizagem, bem como o contínuo desenvolvimento de competências, tanto gerais do Enfermeiro Especialista, quanto específicas do EEER e de Mestre.

O estágio em ambiente comunitário ocorreu numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), enquanto o estágio profissionalizante foi, predominantemente, num serviço de ortopedia e traumatologia de um Hospital Ortopédico, além de breves experiências num serviço de Reabilitação Respiratória de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa.

2.1. Estágio em Contexto Comunitário

O estágio na área comunitária foi realizado na UMDR Bento Menni, que faz parte integrante da Casa de Saúde Santa Rosa de Lima, situada em Belas, no município de Sintra e no Distrito de Lisboa.

Essa unidade de saúde é vinculada à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, uma instituição religiosa estabelecida em Ciempozuelos, Madrid, no dia 31 de Maio de 1881, por S. Bento Menni.

A UMDR em questão acolhe, especialmente para fins de reabilitação, pessoas que sofreram acidentes vasculares cerebrais (AVC).

Neste serviço, sob a supervisão da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, desempenhei funções que estavam alinhadas com o plano curricular e com o perfil de competências, tanto gerais do enfermeiro especialista quanto específicas do EEER.

Dessa forma, ao finalizar o estágio clínico, avancei no desenvolvimento dos conhecimentos teórico-práticos referentes às funções e intervenções do EEER.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) possuem um conjunto de habilidades, tanto gerais quanto específicas, assentes no conhecimento científico, que lhes

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

permite prestar cuidados a pessoas com patologias agudas e crónicas, capacitando-os, em situações de deficiência ou limitações das suas atividades diárias, além de otimizar as funções preservadas, mesmo que restritas, visando a reintegração social e o exercício da cidadania.

Nesse contexto, cabe ao EEER, ao cuidar de um paciente com uma patologia aguda ou crónica que apresente alterações ou limitações das suas capacidades funcionais, desenvolver e implementar, em colaboração com a pessoa, um Plano de Reabilitação que tenha como meta alcançar a máxima autonomia funcional possível, ao mesmo tempo em que reabilita a autoestima da pessoa, contribuindo para o aumento da sua qualidade de vida e para o seu desenvolvimento pessoal.

Para o desenvolvimento, no contexto clínico, das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências do EEER, estabeleci os seguintes objetivos que fazem parte de um plano de atividades, os quais irei detalhar a seguir:

- Compreensão e conexão da lógica e da atuação do Enfermeiro de Reabilitação no serviço onde a prática é realizada.
- Análise do estado de saúde dos pacientes, aplicando conhecimentos teóricos.
- Reconhecimento das necessidades de intervenções em Enfermagem de Reabilitação, levando em conta a individualidade e a complexidade de cada caso específico.

A UMDR mencionada está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados. A equipa de recursos humanos é composta por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especializados em enfermagem de reabilitação, médicos de família, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes operacionais, terapeutas ocupacionais e a colaboração de algumas freiras da congregação, em atividades não específicas.

As pessoas admitidas para reabilitação na UMDR apresentam predominantemente doenças do sistema vascular, principalmente AVC's e num número menor, pessoas com lesões da coluna vertebral e ortopédicas.

Os EEER prestam cuidados de enfermagem dentro das suas competências especializadas, entretanto, prestam na maioria das vezes cuidados de competência geral, em virtude da escassez de enfermeiros, com que a UMDR se depara. As ações de reabilitação nesta UMDR são principalmente conduzidas por fisioterapeutas. A EEER que supervisionou a prática clínica

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

mencionou que estava planeada a execução de vários projetos visando a melhoria e a organização dos cuidados, contudo, durante o período do estágio, isso não foi viável devido ao elevado volume de trabalho e à falta de recursos humanos qualificados.

Durante o estágio, tive a oportunidade e o privilégio de participar em processos de reabilitação, essencialmente dirigidos a pessoas afetadas por AVC, o que me possibilitou realizar diagnósticos de enfermagem, elaborar planos de reabilitação e implementá-los. Abaixo, apresento alguns dos focos, diagnósticos, intervenções e técnicas mais frequentemente executadas, assim como os instrumentos de avaliação utilizados.

Na pessoa afetada por AVC, durante a anamnese, são avaliados, principalmente, o estado mental, a sensibilidade, a força, a coordenação e o equilíbrio.

Para a avaliação da força muscular, equilíbrio e funcionalidade, utilizei vários instrumentos de medição que constam no documento da Ordem dos Enfermeiros “Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação”, especificamente a Medical Research Council Muscle Scale para aferir a força muscular dos membros superiores e inferiores, a Escala de Morse, destinada à avaliação do risco de quedas, o Índice de Tinetti para medir o equilíbrio em posição sentada e ortostática, e o Índice de Barthel para determinar o nível de dependência na realização de dez atividades da vida diária.

Foco:

- Movimento muscular.

Diagnóstico de Enfermagem

- Movimento muscular diminuído no hemicorpo direito e/ou esquerdo.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Executar técnica de exercício muscular e articular passivo e ativo assistido.

- No sentido distal-proximal, respeitando o limiar da dor e a amplitude articular, em ambos hemicorpos (direito e esquerdo).

- Flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oponência do polegar.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

- Flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital.
- Flexão/extensão do cotovelo.
- Flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa, circundação, levacção/depressão do ombro.
- Flexão/extensão dos dedos do pé.
- Inversão/eversão tibiotársica.
- Dorsiflexão/flexão plantar.
- Flexão/extensão do joelho.
- Rotação interna e externa, adução/abdução, flexão/extensão, circundação da coxofemoral, rotação interna e externa com flexão do joelho e coxofemoral.

Executar as mobilizações 10 vezes em cada hemicorpo (direito e esquerdo)

Diagnóstico de Enfermagem

- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no hemicorpo direito e/ou esquerdo.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.
- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.
- Técnica de automobilização do hemicorpo direito e/ou esquerdo membros superiores.
- Entrelaçar as mãos com as palmas em contacto, estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça.
- Membros inferiores.
- Colocar a perna afetada por cima da perna não afetada e promover a flexão e extensão.

Executar as mobilizações 10 vezes em cada hemicorpo (direito e esquerdo).

Foco:

Equilíbrio corporal

Diagnóstico de Enfermagem

- Equilíbrio corporal comprometido.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

- Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada e ortostático.
- Equilíbrio estático de pé.
- De pé com braços ao longo do tronco.
- De pé com braços estendidos.
- De pé com os olhos fechados

Executar as mobilizações 10 vezes

Foco:

- Andar.

Diagnóstico de Enfermagem

- Potencial para melhorar conhecimento sobre andar.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

- Avaliar capacidade para andar.
- Ensinar sobre técnica de adaptação para andar.
- Anda com passadas eficazes a diferentes ritmos.

2.2. Estágio em Contexto Hospitalar

O Estágio Profissionalizante foi realizado maioritariamente no Hospital de Sant'Ana, no Serviço 1, Internamento de Ortopedia, Unidade de S. Domingos e uma breve parte realizou-se numa

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Unidade de Reabilitação Respiratória do Centro Hospitalar Universitário de Santa Maria, em Lisboa.

A Unidade de S. Domingos é composta por 30 camas. O Quadro de recursos humanos é composto por médicos de várias especialidades, com especial preponderância nas especialidades de ortopedia e medicina interna, por uma equipa de 23 enfermeiros em serviço a tempo integral, dos quais 6 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Fazem também parte do referido quadro de recursos humanos, 3 fisioterapeutas, 3 auxiliares de fisioterapia, e 16 auxiliares de enfermagem. São também parte integrante da equipa multidisciplinar, 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 nutricionista.

Trata-se de uma unidade de saúde com um espaço físico amplo e bem organizado para servir as pessoas. Está munido de um bom conjunto de ajudas técnicas e materiais para reabilitação tais como máquinas de mobilização passiva, diversos meios auxiliares de marcha e outros equipamentos para treino funcional. As atividades de reabilitação são realizadas em complementaridade entre os EEER e os Fisioterapeutas, o que contribui positivamente para a reabilitação das pessoas utilizadoras dos serviços desta unidade.

Esta unidade, conforme referido anteriormente, está inserida no Hospital de Sant'Ana, que se situa na Parede, freguesia da Parede, concelho de Cascais.

Trata-se de um instituição da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sendo uma referência a nível nacional e internacional na área da ortopedia e traumatologia.

A instalação aonde está sediada a unidade de saúde foi inaugurada em 2018. No piso da Unidade de S. Domingos existe também a Unidade de Sta. Catarina. Ambas trabalham em relativa parceria, embora tenham equipas distintas, apesar de se prever, a curto prazo, a junção das duas Unidades com uma única equipa de enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito das suas competências específicas, cuida de pessoas com necessidades especiais, em processo de reabilitação, que chegam a esta unidade de saúde e capacita essas pessoas, que apresentam uma deficiência, limitação e ou restrição da sua participação social, para a sua reinserção sócio familiar e exercício

da sua cidadania. Contribui ainda para a maximização das funcionalidades dessas pessoas, desenvolvendo as suas capacidades.

De acordo com o Manual de Procedimentos dos Serviços de Internamento do Hospital de Sant'Ana, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação exerce as suas competências de acordo com o seguinte procedimento organizacional de serviço:

- Consultar o Processo Clínico Eletrónico da pessoa.
- Efetuar avaliação de reabilitação da pessoa.
- Aplicar escalas / testes na sua avaliação.
- Elaborar plano de reabilitação funcional.
- Executar plano de reabilitação funcional.
- Registrar observações e intervenções de Enfermagem de Reabilitação no separador “Avaliação de Enfermagem” – “Enfermagem de Reabilitação”.

Esta unidade de saúde está fundamentalmente vocacionada para a reabilitação de pessoas com patologias do foro ortopédico e/ou traumatológico, que são maioritariamente submetidas a tratamentos cirúrgicos.

Neste estágio tive a oportunidade e o privilégio de intervir em processos de reabilitação, fundamentalmente focados em pessoas submetidas a artroplastia total do joelho, para os quais desenhei planos de reabilitação, com base nos diagnósticos obtidos e nas intervenções de enfermagem de reabilitação definidas em parceria com as pessoas. A seguir apresento alguns dos focos, diagnósticos, intervenções e técnicas mais realizadas, bem como os instrumentos de avaliação utilizados.

Na pessoa submetida à artroplastia total do joelho, durante a anamnese, são avaliados prioritariamente, a dor, a força muscular dos segmentos articulares dos membros inferiores, a amplitude articular dos membros inferiores e as AVD's.

Para análise da dor, da força muscular, da amplitude articular e das AVD's, utilizei diversos instrumentos de medição que fazem parte do documento da Ordem dos Enfermeiros “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação”, especificamente a Escala de Força Muscular do Medical Research

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Council, para a avaliação da força muscular dos membros inferiores, o goniómetro para medir a amplitude articular e o Índice de Barthel para verificar o nível de dependência na execução de dez atividades de vida diária.

Foco:

- Movimento muscular.

Diagnóstico de Enfermagem:

- Movimento muscular diminuído no membro inferior direito ou esquerdo.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação:

- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido.
- Nos segmentos coxo femural e joelho direito.
- Abdução e adução até à linha média do corpo.
- Flexão e extensão da articulação coxo-femural com extensão do joelho.
- Flexão e extensão da articulação do joelho.

Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)

- Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos resistivos.
- Contrações isométricas dos glúteos, dos quadríceps e dos isquiotibiais.
- Exercícios isotónicos com dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica.
- Abdução e adução até à linha média e flexão e extensão da articulação coxo femural com flexão e extensão do joelho.

Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)

- Treino de marcha com canadianas, várias vezes ao dia.
- Treino de descer e subir escadas, duas vezes ao dia.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Foco:

- Rigidez articular.

Diagnóstico de Enfermagem:

- Risco de Rigidez articular no membro inferior direito ou esquerdo.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação:

- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido.
- Nos segmentos coxo femural e joelho direito.

Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)

- Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos.
- Contrações isométricas dos glúteos, dos quadricípites e dos isquiotibiais.
- Exercícios isotónicos com abdução e adução até à linha média e flexão e extensão da articulação coxo femural com extensão do joelho e flexão e extensão do joelho.

Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)

Uma breve parte do Estágio Profissionalizante realizou-se na Unidade de Reabilitação Respiratória do Centro Hospitalar Universitário de Santa Maria, em Lisboa. A missão desta instituição é fornecer assistência à saúde ao indivíduo, seguindo padrões de elevada qualidade, eficiência, eficácia e equidade, visando a prevenção de enfermidades e fomentando a saúde, incentivando o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. (SNS, 2022).

Esta Unidade de Reabilitação Respiratória engloba o Centro de Referência para Fibrose Quística de Portugal, a Unidade de Reabilitação Respiratória, a Unidade de Asma Grave e a Unidade de Ventilação não Invasiva. Todas as áreas operam em regime de ambulatório, à semelhança de um hospital de dia, permitindo a realização de consultas e tratamentos. A única exceção é a

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Unidade de Reabilitação Respiratória, que trata pessoas com problemas respiratórios, vindos do seu domicílio ou que estão internados nos serviços deste centro hospitalar, depois de devidamente referenciados.

A equipa é formada por 6 EEER, integrada numa equipa multidisciplinar composta por: médicos especialista em pneumologia, infeciologia, radiologia, microbiologia, entre outras e por outros profissionais de saúde tais como, como nutricionista, psicóloga, assistente operacional e assistente técnico.

Esta equipa presta assistência médica de elevada qualidade em indivíduos com doenças respiratórias graves e complexas. A equipe de EEER realiza projetos focados na pessoa com asma severa e outras condições respiratórias graves, para além das pessoas com fibrose quística, tanto presencialmente como através de meios eletrónicos “telereabilitação”, visando garantir a acessibilidade e a equidade a todos os que necessitam de realizar reabilitação respiratória.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A enfermagem de reabilitação é um ramo especializado da enfermagem que tem como foco a manutenção e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa, bem como a recuperação da funcionalidade através da prevenção de complicações, da promoção do autocuidado e da maximização das suas capacidades (Regulamento n.º 350/2015).

Desta forma os EEER têm competências para prestar cuidados especializados a pessoas com incapacidades diversas, resultado de diferentes transições que vivenciam ao longo da vida, fazendo com que os cuidados de enfermagem de reabilitação se tornem imprescindíveis para que ocorram ganhos em saúde nos cidadãos, promovendo a uma melhor qualidade de vida destes. (Rocha et al., 2024).

Enquadrado na conceção e prestação de cuidados, o EEER usa a metodologia científica do processo de enfermagem (PE) para o ajudar a conceber mentalmente, de forma crítica, as metas a alcançar, promovendo um desempenho sistemático (Ribeiro et al., 2021).

A utilização do PE deve ser suportada pela aplicação de pelo menos uma teoria de enfermagem que ajude a identificar, descrever ou perspetivar a forma como a pessoa, a família ou a comunidade respondem aos problemas de saúde, aferindo a necessidade de intervenção dos EEER (José e Sousa, 2021).

Antes de abordarmos a teoria e/ou teorias de enfermagem que nortearam a prática de enfermagem de reabilitação no contexto objeto deste relatório, convém descrevermos os paradigmas da saúde, que, tal como referido por Ribeiro et al.(2021), os paradigmas estão presentes nas teorias de enfermagem, desenvolvidos ao longo dos tempos, estruturando e organizando o conhecimento da enfermagem.

Assim temos o paradigma da categorização que valoriza somente o fenómeno doença, de forma isolada. A prestação de cuidados de enfermagem é dirigida apenas à doença, sob orientação exclusivamente médica. A saúde era apenas a ausência de doença (Ribeiro et al., 2021).

Quando os cuidados de enfermagem passaram a estar orientados para a pessoa nos fenómenos multidimensionais e ambientais, com uma visão holística da pessoa, passamos a experienciar o paradigma da integração (Ribeiro et al.,2021).

No tempo presente, estamos integrados no paradigma da transformação. É o tempo em que o plano de cuidados de saúde é construído com a participação da pessoa objeto dos mesmos. A pessoa passa a deter o direito de participar na definição do seu plano de cuidados e a participar na execução do mesmo, em conjunto com os profissionais de saúde intervenientes, estreitando-se a relação profissional de saúde – pessoa (José e Sousa, 2021).

Assim, é amplamente consensual que as teorias de enfermagem têm contribuído para o desenvolvimento de uma base sólida do conhecimento da enfermagem, enquanto ciência, centrando-se em 4 (quatro) conceitos preponderantes: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem (Ribeiro et al., 2021).

O pensamento clínico de enfermagem, orientador do plano de cuidados do fenómeno objeto deste relatório foi alicerçado na teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem e na teoria das transições de Afaf Meleis, que a seguir se descrevem, pois, de forma sucinta, as intervenções EEER pretenderam “resgatar” a pessoa da sua condição de impossibilidade de exercer o seu autocuidado e ajudá-la a “percorrer” as várias fases no processo de transição doença/saúde.

3.1. Teoria de Dorothea Orem e a Influência na Enfermagem de Reabilitação

A Teoria do Déficit de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, é uma estrutura teórica complexa e abrangente que influenciou significativamente a prática da enfermagem, incluindo a reabilitação. Esta teoria postula que os seres humanos têm uma necessidade inata de cuidar de si mesmos, o que Orem denomina "**autocuidado**" (McEwen e Wills, 2016).

Principais Conceitos da Teoria (McEwen e Wills, 2016):

Autocuidado: Atividades que os indivíduos realizam por si próprios para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Déficit de Autocuidado: Quando a capacidade de um indivíduo para realizar o autocuidado é menor do que as suas necessidades de autocuidado.

Sistemas de Enfermagem: Ações de enfermagem planeadas e implementadas para ajudar os indivíduos a superar o défice de autocuidado.

A Teoria do Déficit de Autocuidado é composta por três teorias inter-relacionadas (George, J., 2000):

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Teoria do Autocuidado: Descreve os tipos de autocuidado e os fatores que influenciam a capacidade do indivíduo para o realizar.

Teoria do Déficit de Autocuidado: Explica porque é que a enfermagem é necessária e como os enfermeiros podem ajudar os indivíduos com défice de autocuidado.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem: Define os diferentes tipos de sistemas de enfermagem que os enfermeiros podem usar para prestar cuidados, com base nas necessidades do indivíduo.

Influência na Enfermagem de Reabilitação (McEwen e Wills, 2016):

A Teoria de Orem é particularmente relevante para a enfermagem de reabilitação, pois enfatiza a importância de ajudar os indivíduos a recuperar a sua independência e capacidade de autocuidado.

Aplicações Práticas (George, J., 2000):

- **Avaliação das Necessidades de Autocuidado:** Os enfermeiros de reabilitação usam a teoria de Orem para avaliar as capacidades dos indivíduos para realizar atividades da vida diária (AVDs), como vestir-se, alimentar-se e cuidados de higiene e conforto.
- **Planeamento de Intervenções Individualizadas:** Com base na avaliação, os enfermeiros desenvolvem planos de cuidados individualizados que visam maximizar a independência do paciente e minimizar o défice de autocuidado.
- **Promoção da Autonomia do Paciente:** A teoria de Orem encoraja os enfermeiros a capacitar os indivíduos a assumirem um papel ativo na sua recuperação. O objetivo é ajudar os pacientes a adquirirem as competências e a confiança necessárias para gerir o seu próprio autocuidado.
- **Envolvimento da Família e Cuidadores:** A teoria de Orem reconhece a importância do apoio social na recuperação. Os enfermeiros de reabilitação trabalham em conjunto com a família e/ou os cuidadores para os envolver no processo de reabilitação e ensiná-los a apoiar o indivíduo no seu autocuidado.

Benefícios para a Enfermagem de Reabilitação (McEwen e Wills, 2016):

- **Melhoria da Qualidade dos Cuidados:** A aplicação da teoria de Orem conduz a uma prestação de cuidados mais holística e centrada no indivíduo, focada nas suas necessidades individuais de autocuidado.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

- **Maior Eficácia das Intervenções:** Ao abordar o défice de autocuidado, os enfermeiros podem ajudar os indivíduos a recuperar a sua independência de forma mais eficaz e a atingir os seus objetivos de reabilitação.
- **Promoção da Autonomia do Paciente:** A teoria de Orem capacita os indivíduos a tornarem-se participantes ativos nos seus cuidados, o que pode aumentar a sua motivação e adesão ao plano de reabilitação.

Conclusão (George, J. 2000):

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem é uma ferramenta valiosa para os enfermeiros de reabilitação. A sua aplicação prática contribui para uma prestação de cuidados mais eficaz, centrada no individuo e orientada para a recuperação da sua autonomia e independência.

3.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis na Enfermagem de Reabilitação

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, é uma estrutura teórica importante na enfermagem que descreve e analisa as experiências dos indivíduos durante períodos de mudança significativa na sua saúde e bem-estar. Esta teoria é particularmente relevante na enfermagem de reabilitação, que frequentemente envolve ajudar os indivíduos a lidar com as complexas transições associadas a doenças, lesões e recuperação (Tomey et al., 2002).

Principais Conceitos da Teoria (Ribeiro et al., 2021):

Transições: Passagens de um estado estável para outro, desencadeadas por uma mudança. Estas mudanças podem ser relacionadas com o desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença, ou organizacionais.

Padrões de Transição: Descrevem a natureza das transições, como únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas.

Propriedades da Transição: Aspectos da experiência de transição, incluindo perceção, envolvimento, mudança/diferença, lapso de tempo e pontos críticos.

Facilitadores e Inibidores: Fatores que podem facilitar ou dificultar a transição, como crenças culturais, condição socioeconómica, preparação e conhecimento.

Terapêutica de Enfermagem: Intervenções de enfermagem destinadas a apoiar os indivíduos durante as transições, incluindo avaliação da prontidão, preparação para a transição e suplementação de papel.

Indicadores de Processo e Resultado: Reações dos indivíduos às transições, incluindo indicadores de processo (sentir-se conectado, interação, localização, desenvolvimento de confiança e enfrentamento) e indicadores de resultado (domínio e identidades integradoras e fluidas).

Influência na Enfermagem de Reabilitação (Tomey et al., 2002):

A Teoria das Transições de Meleis oferece uma estrutura valiosa para os enfermeiros de reabilitação compreenderem e apoiarem os indivíduos durante as suas jornadas de recuperação. A reabilitação é um processo inerentemente transitório, repleto de mudanças e desafios para os indivíduos, tanto a nível físico como psicológico e social.

Aplicações Práticas (McEwen e Wills, 2016):

- **Compreensão das Experiências dos Pacientes:** A teoria ajuda os enfermeiros a reconhecer e compreender os múltiplos tipos de transições que os indivíduos que necessitam de cuidados de reabilitação enfrentam, desde a adaptação a uma nova condição de saúde até à reintegração na comunidade.
- **Identificação de Facilitadores e Inibidores:** Os enfermeiros podem utilizar a teoria para identificar os fatores que podem facilitar ou dificultar as transições dos indivíduos, permitindo intervenções mais direcionadas e eficazes.
- **Planeamento de Intervenções de Apoio:** A teoria fornece orientação para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem específicas para cada fase da transição, com foco em promover a adaptação, o bem-estar e a autonomia do indivíduo.
- **Avaliação da Eficácia das Intervenções:** A teoria fornece indicadores de processo e resultado que os enfermeiros podem usar para avaliar a eficácia das suas intervenções e o progresso do indivíduo.

Benefícios para a Enfermagem de Reabilitação (Tomey et al., 2002):

- **Abordagem Holística:** A teoria promove uma abordagem holística aos cuidados de reabilitação, reconhecendo as dimensões física, psicológica, social e cultural da experiência do indivíduo.
- **Cuidados Centrados no Paciente:** A teoria enfatiza a importância de compreender as perspectivas e necessidades individuais do indivíduo, levando a cuidados mais personalizados e eficazes.
- **Melhoria da Comunicação:** A teoria encoraja a comunicação aberta e honesta entre enfermeiros, indivíduos e famílias, facilitando a colaboração e a tomada de decisão partilhada.
- **Promoção da Autonomia:** A teoria enfatiza a importância de capacitar os indivíduos a assumirem um papel ativo nas suas transições, promovendo a sua autoeficácia e independência.

Conclusão (McEwen e Wills, 2016):

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é uma ferramenta poderosa para os enfermeiros de reabilitação, proporcionando uma estrutura abrangente para compreender, apoiar e capacitar os indivíduos durante as suas jornadas de recuperação. A aplicação desta teoria contribui para cuidados mais eficazes, centrados no indivíduo e orientados para a promoção da sua autonomia e bem-estar a longo prazo.

3.3. A Pessoa Submetida a Artroplastia Total do Joelho

A osteoartrose é um problema de saúde degenerativo que se caracteriza pela perda, de forma progressiva, da cartilagem articular, com eventual afetação do osso subcondral e comprometimento da articulação (Araújo et. al., 2019). O aumento da esperança de vida é seguramente uma conquista importante da humanidade, no entanto com ela aumentam também a incidência de doenças degenerativas, entre as quais a osteoartrose (Preto et. al., 2019). Trata-se da doença articular mais comum e constitui umas das principais causas de incapacidade crónica, principalmente na população idosa (Preto et. al., 2019). Portanto, a idade avançada é a principal variável de risco para o desenvolvimento da osteoartrose, uma vez que as mudanças que ocorrem ao nível das células e dos tecidos, colocam as articulações numa suscetibilidade elevada ao dano e incapacidade de manutenção da homeostasia (Araújo et. al., 2019). A articulação suscetível a uma maior carga e movimento é o joelho, tornando-se assim

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

na articulação com maior probabilidade de desenvolvimento de osteoartrose, podendo afetar cerca de 45% da população idosa (Preto et. al., 2019). Assim o joelho, devido à carga que geralmente suporta, expõem-se bastante às alterações causadas pelo envelhecimento que propiciam o desenvolvimento da osteoartrose, nomeadamente alterações na propriocepção e equilíbrio, sarcopenia, aumento de tecido adiposo, osteoporose, degeneração meniscal e deficiente hidratação articular (Preto et. al., 2019). Ao nível dos sintomas, a osteoartrose do joelho ou mais concretamente a gonartrose, é causadora de dor e rigidez articular, edema, deformidade progressiva do membro em varo ou valgo, provocando uma marcha lenta e claudicante (Alrawashdeh et. al., 2021). Daqui decorrem limitações na deambulação, na subida e descida de escadas, no agachamento, que provocam alterações com gravidade nas atividades de vida diária, não obstante prejudicar também a socialização, o funcionamento físico e mental e até a qualidade do sono (Preto et al., 2019). De forma geral poderemos afirmar que as complicações musculoesqueléticas têm uma interferência negativa na qualidade de vida das pessoas, podendo provocar invalidez precoce (Alrawashdeh et. al., 2021).

Assim sendo, os sintomas e as limitações que daí advêm, impõem que se torne fundamental proceder ao tratamento de forma a aliviar a dor e controlar a restante sintomatologia (Preto et. al., 2019). Os tratamentos cirúrgicos disponíveis são a artroscopia, a osteotomia, a artroplastia parcial e a artroplastia total (Luthi et. al., 2019). Na população idosa, sem atividade laboral e com gonartrose em estado avançado, a artroplastia total do joelho é o tratamento mais adequado, sendo mais económico e seguro (Preto et. al., 2015).

A artroplastia total do joelho propicia a diminuição da dor, a melhoria da amplitude articular e da capacidade de marcha, contribuindo para que as pessoas readquiram mais rapidamente a mobilidade de forma autónoma, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida (Luthi et al., 2015).

3.4. Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação é afirmado que:

“Com a articulação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação procura-se que estes funcionem como uma ferramenta fundamental para

impulsionar o aperfeiçoamento contínuo desses cuidados e como referência para a reflexão acerca da prática especializada de Enfermagem de Reabilitação.” (Regulamento n.º 350/2015)

Um número crescente de pessoas sobrevive a ferimentos potencialmente letais (como acidentes rodoviários e de trabalho, entre outros), e os portadores de doenças crónicas têm uma expectativa de vida mais longa. A exigência de cuidados de Reabilitação para esses grupos está em expansão e representa um desafio para os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015).

Este desafio inclui a intervenção do EEER com o idoso que passa por uma artroplastia total do joelho. Este especialista “abrange um conjunto de conhecimentos e métodos específicos que possibilitam auxiliar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou as suas sequelas, a otimizar o seu potencial funcional e sua autonomia” (Regulamento n.º 392/2019).

Para justificar a relevância do tema e a fundamentação do mesmo dentro deste Relatório, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, formulando-se a seguinte pergunta de investigação: Quais as vantagens de um programa de reabilitação executado por EEER na recuperação da pessoa que se submete a artroplastia total do joelho?

Foram realizadas pesquisas nas bases de dados Pubmed, Scielo, Biblioteca da APER, e Google Acadêmico utilizando os seguintes descritores: (rehabilitation) AND (nurs), total knee arthroplasty, enfermagem de reabilitação, artroplastia total do joelho, capacitação. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão com o intuito de direcionar a pesquisa e escolher a literatura relevante com base no objetivo e na questão de investigação estabelecida.

Como critérios de inclusão dos artigos foram considerados: intervenções de reabilitação dirigidas para a população idosa, artigos escritos em língua portuguesa ou inglesa que estejam disponíveis em formato integral e dentro do intervalo de tempo de 2019-2024.

Os critérios de exclusão dos artigos no estudo foram: textos sem relação com o objeto de estudo; redigidos em língua não inglesa ou não portuguesa; indisponíveis em texto completo; com data anterior a 2019; intervenções dirigidas para indivíduos com patologias específicas.

A seleção dos artigos ocorreu em três fases, sempre fundamentadas na questão de investigação e nos critérios de inclusão e exclusão. Na fase inicial, foi avaliada a relevância dos artigos encontrados com base na leitura do título, seguida pela análise do resumo e, por último, foi

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

realizada a leitura completa dos artigos selecionados. Após a conclusão desse processo, foram escolhidos 5 artigos.

Como resultado desta revisão verificamos que (Preto et al., 2019) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a melhoria na funcionalidade do joelho e na qualidade de vida de pacientes idosos submetidos à artroplastia total do joelho (ATJ). O estudo acompanhou 40 pessoas, na sua maioria mulheres, com idade média de 71,6 anos, em dois momentos: antes da cirurgia e oito semanas após o procedimento.

Esta avaliação permitiu obter os seguintes resultados:

Melhoria Significativa na Qualidade de Vida: Os resultados do MOS SF-36 v2 demonstraram uma melhoria estatisticamente significativa em todas as dimensões da saúde física após a cirurgia ($p < 0,05$). Na saúde mental, também houve melhoria em todas as dimensões, com exceção da vitalidade (Preto et al., 2019).

Aumento da Funcionalidade do Joelho: O KOOS revelou uma melhoria nas escalas de sintomas ($p=0,015$), dor ($p < 0,001$) e qualidade de vida ($p < 0,001$) após a cirurgia (Preto et al., 2019).

Leitão et al., 2022, realizaram um estudo de caso sobre o impacto de um plano de reabilitação na força muscular e amplitude articular de uma pessoa submetida a artroplastia total do joelho (ATJ), com o objetivo de avaliarem a eficácia da intervenção de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular de um paciente submetido a ATJ. O estudo de caso teve incidência sobre um homem de 78 anos com histórico de gonartrose, submetido a ATJ à esquerda.

A Pessoa antes da cirurgia apresentava limitações de mobilidade, necessitava de uma canadiana para andar.

O plano de reabilitação implementado pelo EEER teve o seu início no primeiro dia pós-operatório e continuou até à alta hospitalar, com a duração de sete dias.

O plano incluiu exercícios isométricos e isotônicos, treino de marcha, ensino sobre técnicas de exercício e treino de AVD's.

O objetivo principal era fortalecer os músculos, aumentar a amplitude do movimento do joelho e melhorar a independência funcional do paciente.

A pessoa apresentou melhorias significativas ao nível da força muscular, amplitude articular e capacidade funcional após a intervenção do EEER.

A dor diminuiu consideravelmente e a pessoa conseguiu realizar a maioria das AVD's de forma independência.

A amplitude de flexão do joelho aumentou de 55º para 85º e a força muscular dos segmentos articulares da coxa e do joelho esquerdo também melhorou.

A pessoa atingiu um score total de 95 no Índice de Barthel, dependência ligeira, e um tempo de 38 segundos no TUGT, indicando um elevado risco de queda.

Num artigo que investigou os efeitos da intervenção com exercícios pré-operatórios na reabilitação de pessoas submetidas a ATJ, (Wang et al., 2021) realizaram uma revisão sistemática da literatura e uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados, publicados em inglês, entre janeiro de 2000 e janeiro de 2021, aonde incluíram 12 artigos que abrangiam 889 pessoas.

Com os exercícios pré-operatórios obteve-se:

Melhoria na amplitude de movimento do joelho: Observou-se uma diferença significativa na flexão do joelho, entre o grupo experimental e o grupo de controlo.

Aumento da força dos quadríceps: Houve uma diferença significativa nos valores de força do quadríceps entre os dois grupos.

Redução da dor e rigidez: O score WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) foi significativamente menor no grupo experimental, demonstrando menor dor e rigidez.

Melhoria da função articular: As pessoas do grupo experimental apresentaram melhor desempenho no teste Timed Up and Go (TUG), que avalia a mobilidade funcional.

Melhoria da qualidade de vida: O score SF-36 (Short Form-36 Health Survey), que avalia a qualidade de vida em relação à saúde, foi significativamente maior no grupo experimental.

Castro et al. (2019) publicaram um artigo nos Anais de Medicina Translacional que apresentava uma revisão sistemática da literatura sobre os protocolos de reabilitação pós-operatório, após ATJ nos últimos cinco anos. O objetivo da revisão foi analisar os desenhos de

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

estudo, os métodos de reabilitação e as medidas dos resultados utilizados para avaliar a eficácia de diferentes protocolos de reabilitação. Foram incluídos na análise final 20 estudos.

A revisão sistemática agrupou os estudos em seis categorias principais de protocolos de reabilitação:

Movimento Passivo Contínuo (MPC): Os estudos analisados apresentaram resultados mistos. Enquanto alguns demonstram que o MPC pode melhorar a flexão ativa do joelho, outros não mostram diferenças significativas nos resultados funcionais em comparação com a reabilitação convencional.

Os autores verificaram que a falta de detalhes sobre os protocolos do MPC dificulta a comparação e a reprodução dos resultados.

Exercício de Alta Velocidade e Alta Intensidade: Os estudos que compararam os exercícios de alta velocidade (AV) com exercícios de baixa velocidade (BV) demonstraram que os de AV podem levar a melhoria na força muscular, mobilidade funcional e na redução da dor.

Os autores dos estudo recomendam, no entanto, a realização de mais estudos com amostras maiores para confirmar esses resultados e padronizar as definições de AV e BV.

Telerreabilitação: A telerreabilitação, que usa tecnologias de informação e comunicação para a realização de reabilitação de forma remota, demonstrou ser uma alternativa eficaz à reabilitação presencial tradicional após ATJ.

Os autores consideram que há potencial da telerreabilitação para reduzir os custos dos cuidados de saúde, mas reconhecem também que pode não ser adequada para todas as pessoas.

Terapia Ambulatorial Individual: A comparação entre a reabilitação individual, a reabilitação em grupo e os programas domiciliares monitorizados revelou que todas as três abordagens produzem resultados semelhantes na melhoria da função e mobilidade após ATJ.

Os autores salientam a conveniência e os benefícios potenciais de custo dos programas de reabilitação domiciliares.

Reabilitação Hospitalar: A revisão não encontrou evidências de que a reabilitação hospitalar seja superior à reabilitação comunitária ou à domiciliar após ATJ.

Tendo em consideração o elevado custo da reabilitação hospitalar, os autores sugerem que a reabilitação comunitária ou domiciliar possa ser mais eficiente em termos de custos.

Reabilitação Precoce: A reabilitação precoce, iniciada no dia da cirurgia ou dentro de seis semanas após a ATJ, demonstrou reduzir o tempo de internamento e melhorar a amplitude do movimento.

No entanto, os autores alertam para a necessidade de mais estudos para avaliar a segurança da reabilitação precoce.

Numa revisão sistemática, realizada por Konnyu et al. (2022), que teve por objetivo determinar os benefícios e os riscos de diferentes intervenções de reabilitação em pessoas submetidas a ATJ para tratar osteoartrite primária. O estudo analisou ensaios clínicos randomizados e estudos comparativos não randomizados, publicados entre 1 de janeiro de 2005 e 3 de maio de 2021, que avaliaram programas de reabilitação em relação a resultados de desempenho, relatos de pessoas e utilização de serviços de saúde.

O estudo de Preto et al. (2019), confirma a maior prevalência de osteoartrite em mulheres, provavelmente devido à osteoporose pós-menopáusicas e à menor massa muscular. O excesso de peso é um fator de risco para a osteoartrite assim como a perda de peso tem sido associada à melhoria da função física e redução da dor. O estudo conclui que a ATJ contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida e do desempenho físico de pessoas idosas, diminuindo a dor e aumentando a funcionalidade do joelho. Para além dos benefícios físicos, a ATJ também promove melhorias na atividade emocional e social dos pacientes. No entanto, o estudo sugere a realização de futuras pesquisas com amostras maiores e diferentes intervalos de tempo de acompanhamento para confirmar os resultados e aprofundar a análise da influência da reabilitação pós-cirúrgica. O estudo tem também uma limitação, a amostra é pequena e não probabilística, o que limita a generalização dos resultados. Apesar da limitação, o estudo fornece evidências relevantes sobre os benefícios da ATJ para pessoas idosas com osteoartrite do joelho, incentivando o uso do questionário KOOS na avaliação da funcionalidade do joelho e a realização de novos estudos sobre o tema.

O estudo de caso de Leitão et al. (2022) analisa a importância da reabilitação precoce e do alívio da dor para a recuperação bem-sucedida após a ATJ. Destaca o papel crucial do EEER na orientação da pessoa durante o processo de reabilitação, promovendo a independência e a

funcionalidade. Os resultados do estudo de caso corroboram a literatura existente sobre a eficácia dos programas de reabilitação na melhoria da força muscular, amplitude articular e funcionalidade após a ATJ. O estudo de caso conclui que a intervenção do EEER contribui significativamente para a recuperação da pessoa após a ATJ. O plano de reabilitação implementado proporcionou ganho de força muscular, aumento da amplitude articular e maior independência funcional, melhorando a qualidade de vida da pessoa. No entanto, os autores recomendam a realização de estudos futuros com amostras maiores para validar os resultados e aprofundar a compreensão do impacto da reabilitação em pessoas submetidas à ATJ.

Como se trata de um estudo de caso, os resultados podem não ser generalizáveis para uma população maior de pessoas submetidas a ATJ.

Na análise sistemática realizada por Wang et al. (2021), os pesquisadores abordam a relevância do exercício pré-operatório para uma recuperação eficaz da ATJ, salientando os benefícios que ele proporciona na preparação dos pacientes para a cirurgia e na aceleração de uma reabilitação eficaz. O estudo enfatiza a urgência da padronização das orientações para a aplicação de exercícios pré-operatórios, englobando duração da intervenção, frequência e tipos de atividades físicas. A necessidade de investigações adicionais com amostras mais amplas e um acompanhamento prolongado é sublinhada para validar os achados e aprofundar a percepção sobre o impacto do exercício pré-operatório na reabilitação da ATJ. A prática de exercícios pré-operatórios revelou-se vantajosa para os indivíduos que passam por ATJ, promovendo melhorias na mobilidade do joelho, força muscular, função articular, qualidade de vida, além da redução da dor e rigidez nas articulações. Contudo, é necessário realizar mais pesquisas para estabelecer diretrizes de intervenção e analisar os efeitos em um período mais extenso.

Na análise sistemática de Castrodad et al. (2019), também foram examinadas intervenções como biofeedback com suporte de peso, eletroestimulação neuromuscular e controle de equilíbrio, que se apresentaram como complementos promissores à reabilitação convencional. A revisão sistemática concluiu que, apesar de existir uma variedade de abordagens de reabilitação pós-operatória, não há ainda um consenso sobre o método mais eficaz. A reabilitação precoce, a telerreabilitação, a terapia ambulatorial e exercícios de alta intensidade e velocidade apresentaram resultados animadores. O MPC e a reabilitação hospitalar podem não trazer vantagens adicionais em comparação com outras metodologias. Os autores sugerem

que investigações futuras descrevam os protocolos de reabilitação de maneira mais detalhada, a fim de possibilitar comparações e replicações mais precisas.

Entretanto, a revisão possui limitações, pois se limita aos estudos publicados em inglês, o que pode ter restringido a abrangência da análise. A diversidade dos estudos em relação ao desenho da pesquisa, intervenções e medidas de resultados complicou a comparação direta dos resultados. Apesar das restrições, essa análise sistemática fornece uma visão abrangente dos protocolos de reabilitação pós-operatória após a ATJ e ressalta áreas que necessitam de mais estudo.

Na revisão de Konnyu et al. (2022), os dados provenientes de 53 estudos controlados randomizados sugerem que diversas abordagens de reabilitação após a ATJ podem levar a melhorias semelhantes em dor, amplitude de movimento e atividades cotidianas. A reabilitação durante a fase inicial pode resultar em um aumento da força, embora a força apresente-se similar quando a reabilitação é realizada na fase posterior ao agudo.

Nenhum levantamento revelou provas de risco de danos resultantes da reabilitação realizada durante a fase aguda pós-ATJ. O potencial de danos entre diferentes programas de reabilitação pós-aguda aparenta ser semelhante.

A revisão ressalta a necessidade premente de estudos mais sólidos para guiar a prática de reabilitação após a ATJ. No momento, as informações disponíveis são inadequadas para estabelecer qual é o programa de reabilitação mais eficiente ou quais elementos específicos do programa são cruciais para se obter resultados ideais para os pacientes.

O artigo aponta diversos fatores que levam à escassez de evidências definitivas, tais como: variação na amostra, complexidade inerente dos programas de reabilitação, diversidade no conteúdo das intervenções e nos métodos empregados nos estudos.

A revisão sistemática conclui que, embora a reabilitação constitua o procedimento padrão pós-ATJ, ainda não existem evidências suficientes para determinar qual programa de reabilitação é o mais eficaz. Recomenda a execução de investigações com a finalidade de gerar evidências consistentes que orientem a prática e assegurem que os indivíduos submetidos a ATJ tenham acesso ao programa de reabilitação mais eficiente.

A partir da análise destes 5 artigos, chegamos à conclusão de que:

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

a) a ATJ desempenha um papel significativo na melhoria da qualidade de vida e no desempenho físico de idosos, reduzindo a dor e aumentando a funcionalidade do joelho. Além dos ganhos físicos, a ATJ também proporciona avanços na atividade emocional e social dos pacientes (Preto et al., 2019);

b) a função do EEER é fundamental na orientação do indivíduo durante o processo de reabilitação, estimulando a autonomia e a funcionalidade. Os resultados do estudo de caso apoiam a literatura existente sobre a eficácia dos programas de reabilitação na melhoria da força muscular, amplitude articular e funcionalidade após a ATJ. O estudo de caso conclui que a intervenção do EEER exerce um impacto significativo na recuperação do indivíduo após a ATJ (Leitão et al., 2022);

c) a intervenção com exercícios pré-operatórios mostrou ser vantajosa para pacientes submetidos a ATJ, melhorando a amplitude do joelho, força muscular, função articular, qualidade de vida e reduzindo a dor e a rigidez articular (Wang et al., 2021);

d) apesar de existir uma variedade de modalidades de reabilitação pós-operatória, ainda não há um consenso sobre a estratégia mais adequada. A reabilitação precoce, a telerreabilitação, a terapia ambulatorial e os exercícios intensos com alta velocidade mostraram resultados encorajadores. O MPC e a reabilitação hospitalar podem não proporcionar vantagens adicionais em comparação com outras abordagens (Castro et al., 2019);

e) diversos programas de reabilitação após a ATJ podem resultar em melhorias equivalentes na dor, na amplitude de movimento e nas atividades cotidianas. A reabilitação durante a fase aguda pode levar a um aumento na força, mas a força se torna equivalente quando a reabilitação ocorre na fase pós-aguda (Konnyu et al., 2022).

3.5. Reabilitação da Pessoa que foi submetida a ATJ em Estágio Profissional

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

No contexto da definição de Padrões de qualidade na enfermagem de reabilitação, a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 350/2015) declara que a ação do EEER "proporciona benefícios à saúde em todas as áreas de atuação, como demonstrado na prevenção de incapacidades e na recuperação das habilidades restantes, capacitando o indivíduo a alcançar mais autonomia." Este profissional de enfermagem:

Elabora, implementa e avalia planos de enfermagem de reabilitação personalizados, fundamentados nas necessidades reais e potenciais dos indivíduos. Seu alto nível de conhecimento e experiência permite-lhe tomar decisões pertinentes à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, otimizando o potencial do paciente (Regulamento n.º 392/2019).

Tendo em consideração a intervenção do EEER, notamos que as atividades realizadas não se restringem a um único domínio de competência. Habilidade e áreas diferentes cruzam-se, uma vez que, ao agir junto da pessoa, melhoramos a funcionalidade, aumentamos a capacidade e promovemos a reintegração.

A seguir, serão apresentadas as ações que efetivamos, com o intuito de alcançar as metas que favoreceram o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

De acordo com a teoria do déficit de autocuidado, Dorothea Orem descreveu os conceitos do metaparadigma da seguinte forma: "A Enfermagem é entendida como uma arte na qual o enfermeiro proporciona assistência especializada a indivíduos incapazes, sendo necessário mais do que um cuidado comum para satisfazer as exigências de autocuidado." (McEwen e Wills, 2016).

Para agir em consonância com os princípios desta teoria, avaliamos a pessoa no seu contexto específico, levando em conta as interações que mantém com o meio em que se encontra. A avaliação abrangeu a pessoa de forma integral, conjugando a sua situação atual com a sua trajetória de vida. Com base nesse diagnóstico, identificamos em parceria com a pessoa os resultados pretendidos, preparando e realizando as intervenções de enfermagem de reabilitação com o objetivo de aumentar a sensação de bem-estar e a qualidade de vida.

A avaliação inicial é de extrema importância, pois permite compreender, fundamentar e definir as prioridades para os cuidados de enfermagem. Para sua realização, o enfermeiro apoia-se não apenas na pessoa, mas também em todos os recursos disponíveis.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Para efetuar uma primeira avaliação, o EEER deve utilizar ferramentas que proporcionem um exame sistemático do paciente e a verificação da efetividade das intervenções, levando obrigatoriamente à resolução do diagnóstico de enfermagem, que precisa ser válido, fiável, responsivo e eficiente (Sousa et al., 2021).

Para a avaliação inicial, foi efetuada uma colheita de dados. Este recurso abrange diversos componentes como: identificação do paciente; trajetória de vida; relato da condição de saúde atual; históricos pessoais; avaliação neurológica que inclui a análise do estado mental, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha. Sempre que possível, utilizando escalas que sejam válidas, fiáveis, responsivas e eficazes (Vieira, Sousa e Baixinho, 2021).

A escolha incidiu sobre os seguintes métodos de avaliação: para quantificar a dor, foi utilizada a escala visual analógica; para examinar a força muscular, aplicou-se a escala MRC (Medical Research Council); e para verificar as AVD's, recorreu-se à escala de Barthel, visto que estas possibilitam a colheita de dados significativos que fundamentam a decisão do EEER, permitindo também entender quais as áreas que estão comprometidas, os efeitos funcionais negativos e os aspectos que representam riscos para a pessoa.

Para a realização do preenchimento, revimos previamente o histórico clínico e obtivemos informações através da entrevista com a pessoa. Essas medidas possibilitam um aprofundamento da compreensão sobre a condição clínica e a biografia pessoal, além da avaliação da funcionalidade e a identificação de necessidades de intervenção.

O uso de diversas ferramentas de avaliação facilitou a análise das alterações atuais e potenciais em termos motores, sensoriais, cognitivos, na alimentação e na eliminação. Com base nessa avaliação, também foi possível identificar a capacidade funcional da pessoa para realizar as atividades da vida diária, através da aplicação do Índice/escala de Barthel.

A implementação dos instrumentos foi claramente vantajosa na avaliação inicial e também durante a intervenção, permitindo acompanhar a evolução do paciente, enfatizando os progressos em saúde.

Para a elaboração de um plano de reabilitação, foram organizadas as informações recolhidas através da anamnese, consulta do processo clínico, e avaliação do movimento muscular e rigidez articular, utilizando a aplicação de instrumentos de medida que sejam válidos, fiáveis, responsivos e eficazes (Vieira, Sousa e Baixinho, 2021).

Após compilar e analisar os dados obtidos na avaliação inicial, foi desenvolvido um plano de cuidados de reabilitação que se foca nos aspetos considerados importantes para a enfermagem de reabilitação aplicável ao caso em questão, mais especificamente, na motricidade e na rigidez articular.

Em seguida, discutimos com a pessoa as alterações funcionais identificadas, assim como os fatores de risco envolvidos. Definimos conjuntamente as estratégias a serem implementadas visando promover o bem-estar e a qualidade de vida, bem como os resultados espectáveis. Desenvolvemos e implementamos planos de cuidados, escolhendo e prescrevendo intervenções que possibilitaram otimizar ou reeducar a função alterada, além de eliminar ou atenuar os efeitos dos fatores de risco presentes.

Mais adiante, realizamos a monitorização da efetividade das intervenções implementadas, ajustando-as conforme os resultados observados.

De mencionar que todas as intervenções previstas foram previamente discutidas com o enfermeiro responsável.

Como exemplo, considera-se a intervenção realizada com uma mulher de 72 anos, de nacionalidade portuguesa. Casada, vive com o marido numa casa com cave, rés-do-chão e primeiro andar. Existem degraus para acesso ao 1.º andar, mas também conta com uma cadeira elevatória elétrica para facilitar esse acesso. Na residência adjacente, mora uma filha e dois netos.

Está orientada quanto ao tempo, espaço e pessoa. Previamente independente, mas apresenta limitação de mobilidade no joelho direito, precisando de uma canadiana para caminhar. Mantinha uma vida social ativa.

Os antecedentes clínicos conhecidos incluem: hipertensão arterial, arritmia, bronquite crónica e incontinência.

Foi admitida para cirurgia de revisão da prótese total do joelho direito, procedimento que ocorreu com sucesso no serviço de ortopedia da Unidade Hospitalar onde foi operada.

Posteriormente, foi iniciada uma reabilitação que teve início no primeiro dia após a cirurgia (pós-operatório), seguida de treino de marcha utilizando um andarilho com carga sobre o membro afetado, de acordo com sua capacidade de tolerância.

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

Para a formulação de um plano de reabilitação, é necessário compilar informações obtidas por meio da anamnese, análise do processo clínico e avaliação do movimento muscular e rigidez articular, utilizando instrumentos de medida que sejam válidos, fiáveis, responsivos e eficazes.

Dessa forma, foram avaliados os seguintes parâmetros:

- DOR

Foi utilizada a escala numérica da dor. A pessoa questionada sobre a dor sentida em repouso, sendo relatada uma dor de nível 2. Foi realizada mobilização passiva no joelho direito, questionando a paciente sobre a dor sentida, resultando em uma dor de nível 5.

- FORÇA MUSCULAR DOS SEGMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Utilizou-se a escala MRC (Medical Research Council) modificada.

Foram avaliados os movimentos de dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica, tendo sido registada uma força de grau 5. Avaliou-se a flexão e extensão do joelho, registando uma força de grau 3. Por fim, foram avaliados os movimentos de flexão e extensão da articulação coxofemoral com o joelho estendido, tendo sido aferida uma força de grau 3.

- AMPLITUDE ARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Fez-se uso de um Goniómetro.

Foi verificada uma amplitude articular do joelho direito de 50° e do joelho esquerdo de 100°.

- ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

Foi aplicada a Escala de Barthel.

A análise realizada quando foi feito o primeiro levante indicava um valor total de 45, evidenciando total dependência no controle urinário, na subida e descida de escadas, durante o banho, no uso da casa de banho, no banho e dependência parcial no vestir, na mobilidade e nas transferências.

Após a colheita e a avaliação dos resultados da avaliação inicial, foi criado um plano de cuidados, focado apenas nos aspectos considerados essenciais para os cuidados de enfermagem de reabilitação aplicados ao caso específico, mais precisamente, no movimento muscular e na rigidez articular.

A intervenção incluiu a avaliação da funcionalidade da pessoa, assim como dos fatores de risco existentes. Em colaboração com a pessoa, foi elaborado e implementado um plano de reabilitação com ênfase no movimento muscular e na rigidez articular, visando otimizar e reabilitar a função motora, facilitando a melhoria da sua autonomia e independência nas atividades do dia a dia. Como resultado, a intervenção permitiu não somente cuidar da pessoa, mas também capacitá-la para se ajustar à limitação que apresentava. Graças a essas melhorias em saúde, a pessoa voltou para sua residência, reintegrando-se na família, preservando seu bem-estar e qualidade de vida.

Esta intervenção está de acordo com os princípios estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, no que se refere à intervenção do EEER:

Garantir a preservação das capacidades funcionais dos pacientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como oferecer intervenções terapêuticas destinadas a melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades diárias e minimizar o impacto das incapacidades existentes (Regulamento n.º 392/2019).

Para que essa ação tenha efetividade, o EEER:

Aplica técnicas específicas de reabilitação e atua na educação dos pacientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração dos

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

indivíduos na família e na comunidade, garantindo também, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

No que diz respeito à reeducação funcional motora, foram realizadas sessões com a finalidade de ensinar e treinar diversas técnicas, mais especificamente, o posicionamento terapêutico, a estimulação sensorial, as mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas em relação aos distintos segmentos corporais, além do levantar e das transferências.

Integrado no treino de marcha e equilíbrio, incluímos na intervenção a prática de subir e descer escadas.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Cumpra-me neste capítulo efetuar uma análise sobre as competências comuns dos enfermeiros especialistas, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e as competências de mestre, elencando exemplos de situações aonde foi possível colocar em prática as competências referidas, articuladas com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Assim temos:

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

(Reguladas pelo Regulamento n.º 140/2019 de 6/2)

Domínios das competências comuns (artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019 de 6/2)

O enfermeiro especialista é um profissional capacitado para prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados dentro da sua área de atuação, levando em consideração as reações humanas aos processos de vida e questões de saúde. O seu desempenho reflete-se em níveis elevados de juízo clínico e tomada de decisões, manifestando-se em habilidades especializadas em uma determinada área. O título de enfermeiro especialista é atribuído quando o profissional demonstra habilidades científicas, técnicas e interpessoais na prestação de cuidados de enfermagem qualificados.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas abarcam quatro domínios fundamentais:

Responsabilidade profissional, ética e legal: Na minha função, atuei conforme os princípios éticos e a deontologia da profissão, respeitando a dignidade e os direitos das pessoas. Sempre obtive consentimento informado, garantindo a confidencialidade e agindo segundo os preceitos de beneficência, justiça e não maleficência.

Sempre mantive uma prática ética e legalmente responsável, alicerçada nos fundamentos da profissão.

Na prática da prestação de cuidados de enfermagem, respeitei sempre a privacidade, a dignidade e os direitos e garantias das pessoas, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações clínicas.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Melhoria contínua da qualidade: Desenvolvi práticas de qualidade ao participar de programas de melhoria contínua e assegurei um ambiente terapêutico e seguro. Demonstrei interesse pela atualização de meus conhecimentos e participei frequentemente e de forma ativa em ações formativas, contribuindo para a excelência dos cuidados oferecidos.

Gestão dos cuidados: Adaptei-me à administração dos recursos disponíveis a fim de otimizar as respostas de enfermagem de reabilitação, garantindo a qualidade e a segurança das atividades delegadas. Integrei-me na equipe multidisciplinar, evidenciando capacidade de decisão, organização do trabalho, análise crítica das situações e uso adequado dos recursos materiais.

Contribuí no planeamento da alta das pessoas às quais prestei cuidados de enfermagem especializados, fornecendo orientações detalhadas para a continuidade dos cuidados e organizando a manutenção dos mesmos em regime ambulatorial para evitar a regressão disfuncional.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Pratiquei o autoconhecimento, a assertividade e a minha prática clínica foi fundamentada em evidências científicas, que pesquisei durante o estágio. Demonstrei interesse pela aquisição de novos conhecimentos, capacidade de análise e reflexão, validando as minhas ideias e práticas. Aperfeiçoei técnicas e apliquei os conhecimentos adquiridos na prática clínica, discutidos pontualmente com o enfermeiro supervisor e comunicados nas passagens de turno. Implementei protocolos de reabilitação baseados nas pesquisas mais recentes, como, por exemplo, técnicas de mobilização precoce em pacientes em estado pós-cirúrgico para prevenir complicações, fundamentadas em evidências científicas anteriormente consultadas.

4.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

(Reguladas pelo Regulamento n.º 392/2019 de 3/5)

Elencadas no: (artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019 de 6/2)

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são as seguintes:

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

J1 - Proporciona cuidados a indivíduos com exigências especiais durante todo o ciclo vital, em todos os âmbitos da prática assistencial;

J2 - Apoia a reintegração e a vivência da cidadania da pessoa com deficiência, com limitação na atividade e/ou restrição na participação;

J3 - Promove a funcionalidade ao estimular as capacidades da pessoa.

O Regulamento número 392/2019 de 3/5, estabelece as atribuições do enfermeiro especialista em reabilitação, categorizadas como J1, J2 e J3. Estas atribuições incluem a avaliação e a intervenção no âmbito da reabilitação (J1), o planeamento e a gestão dos cuidados em reabilitação (J2) e a educação e a pesquisa em reabilitação (J3). Essas atribuições são essenciais para assegurar a qualidade na prestação de cuidados em enfermagem de reabilitação. Através da análise das competências à luz deste regulamento, é possível identificar as responsabilidades e funções específicas do enfermeiro especializado em reabilitação no contexto legal e normativo no qual opera.

A especificação das responsabilidades do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, conforme orientado pelo Regulamento n.º 392/2019, assume uma importância crucial.

Destaca-se a significância dessas competências para assegurar a qualidade dos cuidados reabilitativos prestados aos indivíduos. Além do mais, a contribuição dessas competências para o avanço da prática de enfermagem em reabilitação reforça a necessidade de aprofundar o conhecimento e a aplicação prática das mesmas.

Competência J1: Avaliação e intervenção em reabilitação

A competência J1 abrange a capacidade do enfermeiro especialista em reabilitação de avaliar e intervir de maneira apropriada nas recuperações das pessoas. Essa capacidade baseia-se em saberes teóricos sobre as diversas causas das incapacidades e sobre os princípios e técnicas

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

envolvidas na reabilitação. Os enfermeiros especialistas devem dominar abordagens de avaliação física, funcional e psicossocial, além de serem aptos a utilizar ferramentas específicas para avaliação. Para além disso devem possuir qualificações para desenvolver um plano de intervenção individualizado, promovendo a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes.

A competência J1 inclui a habilidade de analisar as necessidades reais das pessoas relacionadas com a reabilitação, com base em um sólido conhecimento sobre fisiopatologia, farmacologia, biomecânica e psicologia. Além disso, envolve a compreensão das variadas abordagens terapêuticas e a capacidade de integrar esse conhecimento na prática clínica, seguindo as melhores diretrizes e garantindo a segurança do paciente. Essa competência está em conformidade com os princípios do regulamento número 392/2019, que valoriza uma abordagem holística e personalizada na reabilitação.

As ferramentas de avaliação em reabilitação desempenham um papel essencial na análise do progresso da pessoa, na identificação de necessidades específicas e na avaliação da eficácia das intervenções. Elas auxiliam na padronização do processo de avaliação, facilitando a comparação de resultados ao longo do tempo. Para além disso, tais ferramentas de avaliação oferecem uma base objetiva para decisões clínicas e ajustes no plano de cuidados. Portanto, é fundamental que enfermeiros especializados em reabilitação conheçam e interpretem essas ferramentas de forma adequada.

A importância das ferramentas de avaliação em reabilitação reside na sua capacidade de fornecer dados objetivos sobre a condição funcional e as necessidades das pessoas. Elas são essenciais para monitorar a evolução, identificar áreas que necessitam de melhoria e avaliar as respostas às intervenções. Além disso, as ferramentas de avaliação garantem uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, facilitando a troca de informações sobre a condição da pessoa e o desenvolvimento de decisões relacionadas com o planeamento dos cuidados de reabilitação. Para que isso aconteça, as ferramentas (escalas) precisam de ser válidas, fiáveis, responsivas e eficientes.

Na prática de enfermagem voltada para reabilitação, algumas ferramentas de avaliação frequentemente utilizadas incluem a Escala de Equilíbrio de Berg, que examina a marcha, com ou sem apoio, a estabilidade corporal e a capacidade de levantar-se, a MRC do Medical Research Council, que se destina à análise do movimento muscular, e a escala de Borg modificada, que

avalia a dispneia (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A Escala Visual Analógica é frequentemente utilizada para medir a dor. Estes são exemplos de ferramentas que desempenham um papel significativo na prática de enfermagem em reabilitação e que foram aplicadas nas experiências clínicas durante o estágio.

Um exemplo prático da implementação da competência J1 ocorreu na avaliação e tratamento na reabilitação de um paciente que teve um acidente vascular cerebral (AVC). Foi realizada uma avaliação abrangente das sequelas físicas e emocionais, utilizando a ferramenta de avaliação NIH Stroke Scale. Com a orientação dessa avaliação, um plano de intervenção multidisciplinar foi elaborado, que incluiu estratégias de reabilitação física, apoio psicológico e orientações para os familiares, visando a recuperação e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Outra situação concreta da aplicação da competência J1: num caso clínico referente à artroplastia total do joelho, um idoso com osteoartrite severa apresentou-se para a realização da cirurgia de artroplastia do joelho. O enfermeiro especializado em reabilitação aplica a competência J1 para avaliar o estado geral de saúde do indivíduo, identificar os possíveis desafios durante o período pós-cirúrgico e desenvolver um plano de cuidados de reabilitação individualizado. O enfermeiro de reabilitação também presta apoio emocional à pessoa, responde às suas perguntas e apresenta informações relevantes sobre a cirurgia e o processo de reabilitação, tanto à pessoa como à sua família. No período pré-operatório, a competência J1 é fundamental para garantir que a pessoa esteja pronta tanto física quanto emocionalmente para o procedimento, contribuindo assim para resultados mais favoráveis no período pós-operatório.

Competência J2: Planeamento e gestão de cuidados em reabilitação

A competência J2 está associada à capacidade do enfermeiro com especialização em reabilitação para planear e implementar cuidados de reabilitação às pessoas em processo de reabilitação. Isso envolve a estruturação de intervenções terapêuticas, a definição de metas reabilitadoras e a coordenação da equipa multidisciplinar. O enfermeiro também deve possuir competências de gestão para assegurar que os cuidados prestados sejam eficazes, eficientes e voltados para a pessoa, favorecendo a continuidade dos cuidados. Para além disso, é crucial que

ele utilize os recursos disponíveis de maneira adequada, otimizando o tempo e os custos associados.

A competência J2, no âmbito do enfermeiro especialista em reabilitação, diz respeito às competências de planejar e gerir cuidados ajustados às necessidades únicas de cada pessoa que está num processo de reabilitação. Isso implica um entendimento profundo das exigências das pessoas, a capacidade de priorizar, coordenar os recursos ao dispor e traçar um plano de cuidados eficiente. Além disso, a administração dos cuidados de reabilitação envolve a supervisão e avaliação constantes do plano de reabilitação, fazendo os ajustes necessários para garantir o progresso e a satisfação do paciente.

Um exemplo prático da aplicação da competência J2 foi a criação de um plano de reabilitação individualizado para uma pessoa após um acidente vascular cerebral. Isso incluía o estabelecimento de metas alcançáveis em parceria com a pessoa e os seus familiares, a gestão dos medicamentos e a orientação da pessoa em relação aos cuidados a serem mantidos no domicílio.

Outro exemplo prático da implementação da competência J2 manifestou-se na minha capacidade de desenvolver estratégias de cuidados de enfermagem focadas na reabilitação, centradas na pessoa, levando em conta suas necessidades específicas, valores, crenças e preferências. Isso envolveu a habilidade de realizar uma avaliação abrangente, definir metas realistas e criar um plano de reabilitação adaptado para cada pessoa que foi submetida a artroplastia total do joelho. Além disso, essa competência J2 está relacionada a competência de coordenar com os vários profissionais de saúde envolvidos no processo de reabilitação, promovendo uma comunicação eficaz e a integração das abordagens terapêuticas dos EEER e fisioterapeutas, para otimizar os resultados.

Competência J3: Educação e investigação em reabilitação

A competência J3 inclui a competência do enfermeiro especialista em reabilitação de fomentar a educação e a pesquisa neste domínio. Isso envolve a capacidade de desenvolver e implementar programas de educação para as pessoas, familiares e a equipa multidisciplinar, além de ter a competência para participar em projetos de pesquisa relacionados com a reabilitação. Para além disso, o enfermeiro especialista em reabilitação deve procurar

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024

Escola Superior de Saúde Atlântica

continuamente a atualização e promover a disseminação do conhecimento, assim como a prática baseada em evidências.

A competência J3 baseia-se na aptidão do enfermeiro especializado em reabilitação para atuar como um agente facilitador da educação em saúde e da investigação, visando a promoção da constante melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação. Isso inclui a assimilação das teorias de aprendizagem, princípios de educação em saúde, metodologias de pesquisa, ética nas investigações conduzidas, entre outros aspectos pertinentes.

Um exemplo prático da efetivação da competência J3 foi a realização de estudos de casos clínicos, participação em iniciativas de pesquisa clínica na área de reabilitação, através da realização de revisões sistemáticas da literatura, criação e execução de protocolos educativos para a alta hospitalar, por exemplo, entre outros. Além disso, o enfermeiro especializado em reabilitação pode atuar na supervisão de estágios na área de reabilitação, auxiliando na formação de novos profissionais e promovendo a difusão do conhecimento adquirido, o que realizei ao compartilhar informações obtidas por meio de pesquisas sobre estudos contemporâneos, especialmente durante as trocas de turno.

4.3. Competências de Mestre

O Decreto Lei 65/2018 de 16/08 define em seu artigo 15.º as condições sob as quais o título de mestre é atribuído, a saber:

1 — O título de mestre é concedido àqueles que comprovem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

Com base nos conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, frequentemente em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e suas capacidades de entendimento e resolução de desafios em novas e desconhecidas circunstâncias, em contextos amplos e interdisciplinares, mesmo que relacionados com a sua área de formação;

- c) Capacidade de combinar conhecimentos, abordar questões complexas, criar soluções ou emitir opiniões em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo considerações sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que decorrem dessas soluções e juízos ou que as influenciam;
- d) Ser capazes de expor as suas conclusões, assim como os conhecimentos e raciocínios que as fundamentam, tanto para especialistas quanto para leigos, de forma clara e sem ambiguidade;
- e) Competências que lhes possibilitem uma aprendizagem contínua, de forma fundamentalmente autónoma ou auto-orientada.

Com o intuito de destacar a obtenção de habilidades de mestrado, foi elaborado este Relatório de Estágio Profissional que abrange a utilização dos saberes teóricos assimilados nos dois primeiros semestres do curso, que ampliam o conhecimento adquirido na formação de base de licenciado, constituindo a base de apoio para a prática clínica realizada nos estágios. A realização de pesquisa científica durante os períodos de formação teórica e a execução de diversos trabalhos fundamentados nessa investigação e durante os estágios, formando um trabalho autónomo do mestrando, consubstanciado na realização de estudos de caso clínico e revisões sistemáticas da literatura, estabelece uma base para o desenvolvimento de aplicações inovadoras suportadas por evidências científicas, possibilitando a transmissão de saberes, raciocínios e conclusões a outros colegas e especialistas. Assim, fundamentado nos conhecimentos adquiridos no nível da licenciatura, avancei na evolução e aprofundamento dos mesmos.

Com as intervenções de reabilitação, no âmbito do estágio, no pós-artroplastia total do joelho, evidenciei a vantagem da obtenção dessas competências. Atuei de forma multidisciplinar, avaliando as necessidades das pessoas, incentivando a adesão ao tratamento, mesmo em um contexto de resistência inicial, prevenindo complicações e assegurando que a pessoa recebesse os cuidados necessários em todas as etapas do processo de recuperação.

As fases da reabilitação após a artroplastia do joelho incluem a fase inicial, através do controle da dor e a recuperação da amplitude de movimento, seguida pela fase intermediária, que se concentra no fortalecimento muscular e na melhoria da marcha. Por fim, a fase avançada que objetiva a reintegração da pessoa nas atividades diárias e a prevenção de eventuais complicações.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Após a intervenção do enfermeiro de reabilitação, notou-se uma melhoria considerável na recuperação das pessoas que foram submetidas a artroplastia total do joelho. Os dados demonstram uma diminuição do período de internamento hospitalar, assim como uma redução nas complicações pós-operatórias.

Na elaboração dos Planos de Reabilitação, levei em conta a evidência científica que estava disponível, a qual consultei previamente e que foi apresentada neste relatório, sob a forma de uma revisão narrativa da literatura, com o intuito de provar que a intervenção do enfermeiro de reabilitação gera um efeito positivo na recuperação dos indivíduos após artroplastia total do joelho. As minhas intervenções sempre se fundamentaram nos padrões de qualidade que descrevo a seguir de maneira concisa e que estão estipulados em regulamento específico da Ordem dos Enfermeiros.

As competências necessárias para essas intervenções avançadas fundamentam-se nos padrões de qualidade, previstos no Regulamento n.º 350/2015 de 22/6, cuja definição compete ao colégio da especialidade, e que são os seguintes:

4.4. Padrões de Qualidade

A enfermagem de reabilitação necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos, e os indicadores de qualidade representam um instrumento importante para a saúde e o cuidado de excelência. A prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação integra a investigação baseada em evidência científica para a melhoria contínua da qualidade. As seguir apresentam-se as categorias de enunciados descritivos, conforme Regulamento dos mesmos:

Satisfação do cliente: O EEER procura a satisfação da pessoa, reconhecendo a influência dos enfermeiros na experiência hospitalar. A satisfação é uma avaliação subjetiva que compara expectativas com experiências de cuidados recebidas. Em enfermagem de reabilitação, a satisfação é influenciada pelos cuidados prestados e pelos resultados reais, sendo a comunicação e as relações interpessoais fatores importantes. O EEER ajuda a pessoa a ultrapassar barreiras, promovendo a capacitação e maximização da/s funcionalidade/s. O respeito pela autonomia, desejos e crenças individuais, o reforço positivo e o elogio são estratégias importantes incentivos para a satisfação da pessoa.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Promoção da saúde: O EEER coopera com a pessoa para atingir o máximo potencial em saúde. A promoção da saúde visa capacitar a pessoa a assumir o controlo da sua saúde. O empoderamento e a autonomia na tomada de decisão são aspetos relevantes, e a independência funcional contribui para a participação ativa na comunidade. O EEER promove o treino de AVD, a aquisição de conhecimentos e capacidades, proporcionando uma melhor experiência durante o processo de transição, maximizando a autonomia, independência funcional e bem-estar.

Prevenção de complicações: O EEER atua na prevenção de complicações, com foco na segurança da pessoa. A segurança, a efetividade dos cuidados e os resultados são preocupações centrais, e o EEER adapta a sua intervenção para minimizar as consequências. A gestão de risco visa analisar e antecipar potenciais perigos, identificando e eliminando riscos para o desenvolvimento de políticas e procedimentos de segurança. A prevenção e a precaução são elementos chave na gestão de risco, e o EEER identifica riscos, determina fatores de risco e implementa medidas preventivas. Em contexto hospitalar, o risco de queda é um evento adverso frequente, e o EEER utiliza escalas de avaliação de risco, como a escala de Morse, e implementa medidas preventivas para minimizar este risco.

Bem-estar e autocuidado: O EEER maximiza o bem-estar e o potencial para a concretização de AVD's essenciais para o autocuidado. O autocuidado é a prática de atividades para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, e a capacidade para o mesmo é influenciada por fatores diversos. As AVD's englobam tarefas para o cuidado pessoal, mobilidade e continência, e a incapacidade de as realizar implica dependência. O treino de AVD's é crucial em contexto domiciliário, e a articulação com o cuidador familiar é fundamental. O EEER promove o treino de AVD's, a maximização da funcionalidade, a qualidade de vida e a autonomia.

Readaptação funcional: O EEER desenvolve processos de adaptação e reeducação funcional para a qualidade de vida, reintegração e participação social. Os programas de reabilitação

previnem complicações, compensam perdas de capacidade e otimizam a funcionalidade, focando nas habilidades para a realização de AVD. O EEER adapta recursos materiais hospitalares à realidade domiciliária, promovendo a gestão de recursos e a adaptação de produtos de apoio.

Reeducação funcional: O EEER promove a reeducação funcional, visando a qualidade de vida, reintegração e participação social. Por exemplo em situações de de DPOC, o EEER utiliza técnicas de controlo respiratório, como a respiração diafragmática e a expiração com lábios, para melhorar a ventilação e reduzir a dispneia. Ensina técnicas de conservação de energia para a realização de AVD's, minimizando o esforço e promovendo a independência.

Promoção da inclusão social: O EEER promove a inclusão social através de planos de cuidados personalizados, considerando os objetivos, preferências e vontades da pessoa e família. O conhecimento da legislação e políticas de saúde é fundamental, e o EEER trabalha em colaboração com a pessoa com deficiência, família e organizações para defender os seus interesses. A identificação de barreiras arquitetónicas e a sua eliminação são importantes para a autonomia, funcionalidade e bem-estar. A experiência em diversos contextos, como centros de dia, apoio domiciliário e centros de apoio a sem-abrigo, enriquece a compreensão da inclusão social. O EEER desenvolve estratégias para a inclusão ativa, como o apoio à habitação, emprego, formação e campanhas anti-estigmas.

Organização dos cuidados de enfermagem: O EEER vivencia diferentes realidades de organização de cuidados em contextos comunitários e hospitalares. Em contexto comunitário, a utilização de plataformas informáticas para registo de cuidados, planeamento de sessões, avaliação inicial, seleção de instrumentos de medida, identificação de diagnósticos e intervenções, e aplicação do processo de enfermagem, facilita a organização e sistematização dos cuidados, a extração de dados relevantes e a mensuração de resultados.

5. ANÁLISE SWOT

Neste capítulo, o objetivo é descrever os aspectos positivos, as fraquezas e as dificuldades percebidas na realização do projeto. Para isso, foi adotada a metodologia de análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças).

- Forças (Strengths)

Os conhecimentos teóricos obtidos ao longo dos dois primeiros semestres do programa, juntamente com a minha motivação e a determinação em aprofundar a relação de ajuda que desejo estabelecer com as pessoas a quem tenho o privilégio de prestar cuidados de enfermagem, constituíram a base sólida para esta formação especializada. Em relação ao estágio prático em específico, a elaboração do projeto de estágio foi um facilitador para o desenvolvimento das competências propostas. A metodologia de projeto é flexível e adaptável, não sendo um “livro fechado”; permite ajustes conforme a realidade encontrada, levando em consideração o progresso do estudante e as necessidades detetadas. Dessa forma, o projeto ofereceu uma direção a seguir, a fim de cultivar as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EEER, provando ser uma ferramenta dinâmica e impulsionadora de aprendizados. A produção deste relatório proporcionou uma reflexão sobre o processo formativo, revelando e apresentando as atividades e aprendizagens que contribuíram para o desenvolvimento de competências. O conhecimento adquirido no primeiro ano do curso, assim como as pesquisas bibliográficas e científicas que apoiaram a execução do projeto, viabilizou que a intervenção se sustentasse em bases científicas. Os locais de estágio foram ambientes propícios para o aperfeiçoamento de habilidades, dada a diversidade de pessoas que utilizam esses serviços na especialidade orto-traumatológica, o que possibilitou a implementação de diferentes intervenções de enfermagem voltadas à reabilitação.

- Fraquezas (Weaknesses)

No âmbito do Serviço de Ortopedia, no que diz respeito à preparação para o regresso a casa, as oportunidades de articulação e envolvimento com a família não ocorreram conforme o

desejado. Atribui-se essa limitação ao horário de visitas estabelecido na unidade hospitalar e à falta de disponibilidade da família, devido a compromissos profissionais e/ou outras obrigações.

- Oportunidades (Opportunities)

O estágio na Equipa de Ortopedia proporcionou o desenvolvimento de conhecimentos sobre a intervenção do EER na reabilitação orto-traumatológica e, principalmente, permitiu-me “olhar” para a reabilitação ortopédica sob novas perspetivas. Embora, aprioristicamente, não fosse uma área da reabilitação da minha preferência, posso afirmar que conclui este estágio considerando a reabilitação ortopédica como uma das minhas áreas de especial interesse.

- Ameaças (Threats)

Com meu domicílio situado a aproximadamente 300 Km da Escola Superior de Saúde Atlântica, numa fase inicial, a vontade de desistir do curso foi forte. Entretanto, a determinação em adquirir conhecimentos avançados para me tornar um profissional melhor prevaleceu.

6. CONCLUSÃO

O desenvolvimento pessoal e profissional resultante da realização da especialização em Enfermagem de Reabilitação é evidente, levando a uma prestação de cuidados de excelência. Este percurso educativo eleva as competências do enfermeiro com especialidade, preparando-o para os desafios de uma sociedade em constante transformação. A busca contínua por conhecimento e o desenvolvimento de competências específicas tornam-se fundamentais para a prática da Enfermagem de Reabilitação.

É essencial manter uma capacidade crítica sobre a prática de cuidados de enfermagem, fundamentando-a em conhecimento científico consistente e em modelos teóricos que orientam a formação e a investigação.

A integração entre prática profissional, ensino e investigação é vital para o progresso da enfermagem como ciência e disciplina.

A Especialização em Enfermagem de Reabilitação exige do enfermeiro a competência de se adaptar a novas circunstâncias e a situações complexas, enfrentando a vulnerabilidade e a imprevisibilidade que caracterizam a condição humana.

O contato com indivíduos e suas famílias possibilita ao enfermeiro desenvolver habilidades para intervir de forma personalizada, levando em conta as necessidades únicas de cada situação. A formação continuada e a obtenção de novas competências são fundamentais para acompanhar a pessoa e sua família em processos de transição, orientando a elaboração de Planos de Intervenção de Cuidados fundamentados em modelos teóricos de enfermagem e nas evidências científicas mais atuais.

O conhecimento adquirido amplia a capacidade de análise, reflexão crítica e decisão, mesmo em cenários complexos.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm como objetivo primordial manter, aprimorar ou maximizar a funcionalidade e a autonomia da pessoa, promovendo a saúde, prevenindo complicações e aumentando o bem-estar e a qualidade de vida.

A prática da Enfermagem em Reabilitação deve ser guiada por princípios éticos e deontológicos, como respeito pela dignidade da pessoa, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A Enfermagem de Reabilitação desenvolve competências específicas, como intervenção nos

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

níveis sensorial, cognitivo, motor, cardiorrespiratório, de alimentação, eliminação e sexualidade, adaptando-se às limitações da pessoa e maximizando sua autonomia.

As intervenções de Enfermagem de Reabilitação promovem equidade, acessibilidade e participação social, através do conhecimento e da literacia em saúde, capacitando o indivíduo a tomar decisões e a participar ativamente na sua readaptação e na vida social.

Os critérios de qualidade são fundamentais para a prática clínica, incentivando a reflexão e a evolução contínua.

A Enfermagem de Reabilitação atua de maneira intencional, construindo com a pessoa um plano individualizado que tenha sentido, motive e incentive a autonomia e a capacitação em sua readaptação.

O intuito é que o indivíduo alcance a maior autonomia possível, reinserindo-se na sua vida familiar e social, promovendo uma qualidade de vida superior.

O EEER utiliza instrumentos de medição confiáveis, válidos e sensíveis, para avaliar e estabelecer diagnósticos e intervenções de reabilitação, fomentando resultados positivos em saúde. A intervenção do EEER é essencial na orientação do indivíduo e da sua família durante o processo de transição entre saúde e doença, aperfeiçoando a funcionalidade e a qualidade de vida. O EEER precisa cultivar competências de relacionamento interprofissional, de administração, de liderança, de formação, pesquisa e consultoria.

A meta final é oferecer cuidados de alta qualidade, promovendo a satisfação da pessoa, a saúde, o bem-estar, o autocuidado, a reabilitação funcional e a participação social, alcançando uma qualidade de vida melhor.

Finalizado o processo de especialização em Enfermagem de Reabilitação, surge um desafio que exige dedicação e compromisso, mas que, sem dúvida, resulta em melhorias na saúde das pessoas atendidas e, por consequência, uma enorme sensação de bem-estar para o profissional de saúde, pela consciência da sua contribuição na melhoria da qualidade de vida das pessoas. A Enfermagem de Reabilitação está em permanente transformação, o que exige do enfermeiro a busca por uma atualização contínua, pautada por conhecimento científico e sempre fundamentada em princípios éticos, visando a promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos.

Dessa forma, após a trajetória percorrida ao longo deste curso, acredito ter alcançado as

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

competências necessárias para a obtenção do título de mestre e especialista em enfermagem de reabilitação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALRAWASHDEH, W., ESCHWEILER, J., MIGLIORINI, F., EL MANSY, Y., TINGART, M. & Björn, B. Effectiveness of Total Knee Arthroplasty Rehabilitation Programmes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.2340/16501977-2827>

Araújo T, Rodrigues E, Nunes JR, Mendes M, Novo A, Ribeiro OMPL. Validação do Programa de Enfermagem de Reabilitação Tecnológico para pessoas submetidas a artroplastia do joelho. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023; 32:e20230151.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0151pt>

Dávila Castrodad IM, Recai TM, Abraham MM, Etcheson JI, Mohamed NS, Edalatpour A, Delanois RE. Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: a review of study designs and outcome measures. *Ann Transl Med* 2019;7(Suppl 7):S255. doi: 10.21037/atm.2019.08.15

Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21037/atm.2019.08.15>

Decreto Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto. *Diário da República*: I série, nº 157/208.

Acedido em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4.ª Edição. Poro Alegre: Artmed

Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência

José, H. & Sousa, L.(2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Concepção e Integração dos Cuidados. In C. Marques Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds) *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*. Sabooks Lusodidata.

Konnyu KJ, Thoma LM, Cao W, Aaron RK, Panagiotou OA, Bhuma MR, Adam GP, Balk EM, Pinto D. Rehabilitation for Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review. *Am J Phys Med Rehabil*. 2023 Jan 1;102(1):19-33. doi: 10.1097/PHM.0000000000002008. Epub 2022 Mar 12. PMID: 35302953; PMCID: PMC9464796.

Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., & Pestana, H., (2022). Fortalecimento Muscular e Aumento da Amplitude Articular na Pessoa Submetida a Artroplastia Total do Joelho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), pp 51-59.

Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>

Luthi, F., Pereira, L., Jolles, B. Les Douze Points-Clés de la Reeducation Après Une Prothese Totale de Genou. *Ver Med Suisse*.2012 Dec 19;8(367):2438-44.French. PMID: 23346748.

McEwen, M. & Wills, E. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. 4.ª Edição. Poro Alegre: Artmed

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

Preto, L., Pinto, C., Novo, A., Mendes, E., Barreira, I., & López-Espuela, F. (2019). Funcionalidade e Qualidade de Vida em Idosos Submetidos a Artroplastia Total do Joelho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), pp 74-78.

Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4584>

Regulamento nº 392/2019 de 3 de Maio. Diário da República: II série, nº 85/2019 – 2.ª Série.

Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 – 2.ª Série.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho. Diário da República: II série, nº 119/2015 – 2.ª Série.

Acedido em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>

Ribeiro, O. (coord) in Nené, M. & Sequeira, C. (2021). *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.

Ribeiro, O., Moura, M. & Ventura, J.(2021). Referenciais Teóricos Orientadores do Exercício Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In M. Nené & C. Sequeira (Eds) *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. Lidel.

Rocha, B., Petronilho, F., Pestana, H. & Machado, M.(2024). Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. In M. Nené & C. Sequeira (Eds) *Enfermagem Avançada*. Lidel.

Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R. & Marques-Vieira, C.(2021). Avaliar Para Gerir a Doença Aguda: Propriedades Clinicométricas dos Instrumentos e Avaliação Económica em Enfermagem. In C. Marques Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds) *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*. Sabooks Lusodidata.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª Edição. Loures: Lusociência

Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (2021). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*. Lisboa: Sabooks.

Wang D, Wu T, Li Y, Jia L, Ren J, Yang L. A systematic review and meta-analysis of the effect of preoperative exercise intervention on rehabilitation after total knee arthroplasty. *Ann Palliat Med* 2021;10(10):10986-10996.

Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2670>

ANEXOS



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso

“INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE PESSOA COM AVC”

Elaborado por:

Luís Paulo Santiago da Fonseca

Estudante n.º 202230103

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel Mota de Sousa

Barcarena,

julho de 2023

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso

**“INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE
REABILITAÇÃO DE PESSOA COM AVC”**

Elaborado por:

Luís Paulo Santiago da Fonseca

Estudante n.º 202230103

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel Mota de Sousa

Barcarena,

julho de 2023

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

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

ÍNDICE

1) RESUMO.....	72
2) INTRODUÇÃO.....	73
3) MATERIAIS E MÉTODOS.....	75
Anamnese.....	76
Avaliação de Enfermagem de Reabilitação na UMDR.....	77
Estado mental:.....	77
Sensibilidade:.....	77
Força:	77
Coordenação:	78
Equilíbrio:	78
4) PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO	80
5) RESULTADOS	82
6) DISCUSSÃO.....	83
7) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
8) Referências bibliográficas.....	85

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente vascular cerebral

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RMN CE – Ressonância Magnética Cranioencefálica

SU – Serviço de Urgência

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

RESUMO

Introdução: As doenças cérebro vasculares apresentam-se como uma das predominantes causas de mortalidade e morbilidade entre a população Portuguesa, sendo causadoras de alterações da capacitação, de incapacidade e invalidez, transitória ou permanente.

Objetivo: Pretende-se analisar os eventuais ganhos em saúde, numa pessoa vítima de acidente vascular cerebral, após a implementação de um Plano de Reabilitação.

Metodologia: Estudo de caso descritivo, de um doente vítima de acidente vascular cerebral, numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, da área metropolitana de Lisboa, ao longo de 4 semanas.

Resultados: Com a implementação do plano de reabilitação verificou-se uma melhoria na força muscular, na coordenação e no equilíbrio postural, da pessoa.

Interpretação e conclusões: A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a reabilitação do doente com AVC, no entanto não foi possível fazer essa demonstração de forma inequívoca devido ao facto de que na UMDR aonde se realizou este estudo de caso serem privilegiadas as intervenções de reabilitação levadas a cabo por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Palavras chave: reabilitação, acidente vascular cerebral, enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) detêm um conjunto de competências, gerais e específicas, alicerçadas em conhecimento científico, que lhe permite cuidar de pessoas vítimas de doenças agudas e crónicas, capacitando-as quando detentoras de deficiência ou limitação da sua atividade regular, bem como maximizar a funcionalidades preservadas, ainda que reduzidas, com o objetivo da sua reinserção social e exercício da cidadania. (4)

Neste âmbito compete ao EEER, ao assistir uma pessoa vítima de doença aguda ou crónica, com alteração/limitação das suas capacidades funcionais, desenhar e implementar junto da mesma, um Plano de Recuperação com o objetivo da recuperação da máxima autonomia funcional possível, reabilitando simultaneamente a autoestima da pessoa, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e desenvolvimento pessoal.(4)

O aumento do tempo de vida das pessoas é uma conquista relevante da humanidade obtida através do controlo dos determinantes relativos às condições de trabalho e de vida, com importância para a explicação da saúde (Reis et al., 2021 citando Organização Mundial de Saúde, 2013).

As condições de vida estão diretamente relacionadas com as disponibilidades materiais que permitem que a pessoa possa ter uma alimentação equilibrada, um alojamento digno, com saneamento básico e ambiente salutar. O trabalho é o meio que permite o acesso à uma vida digna. Naturalmente que as opções de cada pessoa terão efeitos positivos ou negativos na sua saúde, no entanto é imperativo que os países criem as condições sociais e físicas promotoras da universalidade da saúde, reduzindo as assimetrias entre as pessoas (Reis et al., 2021 citando Organização Mundial de Saúde, 2013).

Vive-se durante mais anos, é um facto, (Reis et al., 2021 citando INE 2012), no entanto essa longevidade nem sempre é acompanhada de anos de vida saudáveis (Reis et al., 2021 citando Jivraj, Goodman, Alissa, Pongiglione, & Ploubidis, 2020).

As doenças cérebro vasculares são uma das principais causas de morte em Portugal, constituindo-se também uma das principais causas de morbilidade, incapacidade e invalidez, contribuindo precocemente para a eliminação de anos de vida produtiva e com potencialidade de bem-estar e qualidade de vida (Santos et al., 2020).

Apesar de se verificar um decréscimo nos últimos anos, contribuem para que a esperança de vida saudável aos 65 anos seja inferior à média europeia (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

O acidente vascular cerebral (AVC), segundo a (Organização Mundial de Saúde – OMS), é definido como um comprometimento neurológico focal, ou por vezes global, de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas e provável origem vascular, com elevada probabilidade de causar a morte.

O evento AVC é geralmente acompanhado por sinais e sintomas de alteração do estado de consciência, com maior ou menor expressão, resultantes do compromisso neurológico por este causado, tais como alterações: na visão, na face, da linguagem, da força, da sensibilidade. Estes sinais e sintomas provocam regularmente alterações da marcha, do controlo postural e do equilíbrio, condicionado a mobilidade e a capacidade para executar as atividades de vida diária, elevando o risco de queda (Boumer et al., 2019 citado por Santos et al., 2020).

No nosso País, o EEER, nas suas intervenções tem por base os princípios teóricos de Margaret Johnstone, que têm como primado a reabilitação assente na prevenção da espasticidade, privilegiando posicionamentos no leito com padrão antispástico e recuperação dos défices do lado lesado através de exercícios de reeducação sensoriomotora com base nas fases do desenvolvimento motor do recém nascido (Johnstone M., 1979 citada por Santos et al., 2020).

Esta corrente de pensamento considera primordial que as atividades de recuperação se iniciem no leito, devem ser implementadas nas 24 horas após o AVC e

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

exercícios de automobilização, seguindo-se exercícios de rolar, quadripedia, seguindo-se o sentar e a marcha. A implementação dos pressupostos desta teoria, apesar de já contar algum tempo, continua a demonstrar ganhos em saúde na pessoa após AVC (Johnstone M., 1979 citada por Santos et al., 2020).

Assim, partindo da questão orientadora para este estudo, que se traduz no seguinte:

Poderá a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação produzir ganhos em saúde, demonstráveis, através da implementação de um plano de reabilitação à pessoa vítima de AVC?

Irei proceder ao estudo de um caso concreto, de uma pessoa, internada na Unidade de Média Duração e Recuperação (UMDR), aonde estou a realizar um estágio, no âmbito do curso de mestrado de enfermagem de reabilitação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo de caso é de natureza descritiva, tendo como ponto de partida um fenómeno individual e atual, evento AVC numa pessoa, pretendendo-se que a questão de investigação responda às questões “como?” e “porquê?”. “Como?” irá responder a: com a intervenção do EEER. “Porquê?” irá responder a: obtenção de ganhos em saúde na pessoa vítima de AVC, através do plano de reabilitação. Este tipo de estudo permite investigar fenómenos em contexto real. (Yin, 1994)

Este estudo descreve o caso de uma pessoa com comprometimento da mobilidade dos membros superior e inferior direitos, resultante de AVC isquémico e apresenta o plano de reeducação funcional durante o internamento bem como os resultados obtidos. A colheita de dados foi efetuada através de anamnese com a pessoa vítima do AVC e com o seu familiar significativo, a sua irmã e ainda consulta do processo clínico.

Para avaliação da força muscular, do equilíbrio e da funcionalidade, recorreu-se a alguns instrumentos de medida que compõem o documento da Ordem dos Enfermeiros “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

especializados em enfermagem de reabilitação”, concretamente *Medical Research Council Muscle Scale*, para avaliação da força muscular dos membros superiores e inferiores, a *Escala de Morse*, para avaliação do risco de queda, o *Índice de Tinetti* para avaliação do equilíbrio em posição de sentada e ortostática e o *Índice de Barthel* para avaliação do nível de dependência para a realização de dez atividades de vida diária.

Anamnese

Este caso corresponde a uma pessoa do género feminino, caucasiana, de nacionalidade portuguesa, com 84 anos de idade. É solteira e não tem filhos. Concluiu a 3.^a classe do ensino básico. É reformada. Trabalhou no escritório de um armazém de produtos alimentares. Vivia sozinha com apoio da irmã e de uma sobrinha. Após diversas tentativas de contacto telefónico, foi encontrada em casa, por uma amiga/vizinha que, com o seu consentimento, mantinha uma chave da sua casa, sentada no sofá, com diminuição da força muscular no hemicorpo direito, tendo sido encaminhada para o serviço de urgência (SU).

À chegada ao SU encontrava-se vígil, calma, orientada e colaborante. Apresentava hemiparesia à direita com força de grau 4 e alteração da sensibilidade, hemihipoestesia algica. Sem medicação habitual. Na colheita de dados efetuada com a irmã foi possível aferir que a pessoa em causa tomou durante vários anos medicação anti-hipertensiva, tendo, por sua iniciativa abandonado a toma desta medicação há cerca de 2 ou 3 anos. Apresentava amaurose do olho esquerdo, já antiga e sem seguimento. Teve uma neoplasia do colo do útero há cerca de 35 anos. Foi submetida a radioterapia e teve alta.

Realizou Ressonância Magnética Cranioencefálica (RMN CE) que evidenciou enfarte agudo isquémico em topografia rediária / semioval à esquerda com extensão insular subcortical. Não realizou trombólise endovenosa nem trombectomia endovascular.

À data da alta hospital estava vígil, orientada na pessoa, tempo e espaço, com discurso fluente, sem afasias ou parafasias. Sem assimetrias da face. Mantém hemiparesia direita de predomínio braquial.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação na UMDR

Para a elaboração de um plano de reabilitação há a necessidade de reunir os dados obtidos através da anamnese, da consulta do processo clínico, e da avaliação neurológica e sempre que necessário da implementação de instrumentos de medida, válidos, fiáveis e responsivos.

Assim, foi efetuada uma avaliação neurológica, na UMDR, tendo sido avaliado(a): o estado mental, a sensibilidade, a força muscular, a coordenação e o equilíbrio, o que permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem de reabilitação.

Estado mental:

A pessoa apresentou-se vígil, orientada na pessoa, tempo e espaço. Com discurso fluente. Sem alterações da linguagem. Memória de longo, médio, curto e imediato prazos, mantida.

Sensibilidade:

Foi efetuada avaliação da sensibilidade táctil e algica, tendo-se verificado alteração no hemicorpo direito. A pessoa apresenta sensibilidade diminuída no hemicorpo direito.

Força:

Da avaliação da força muscular através da aplicação da escala “Medical Research Council Muscle Scale” resultou uma aferição de força grau 3 no membro superior direito e força de grau 5 no membro superior esquerdo.

Apurou-se ainda força de grau 3+ no membro inferior direito e força de grau 5 no membro inferior esquerdo.

Coordenação:

Foi avaliada a coordenação dos membros superior através do teste dedo/nariz, tendo-se verificado que a pessoa consegue cumprir o teste com sucesso com o membro superior esquerdo, mas não consegue com o membro superior direito. Apresente uma dismetria no membro superior direito.

Foi avaliada a coordenação dos membros inferiores através do teste calcanhar/joelho, tendo apresentado dificuldade em ambos os membros, no entanto realiza o movimento no membro inferior esquerdo com ligeira dismetria.

Equilíbrio:

Foi efetuada a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico sentada e em pé. Não foi possível realizar o teste na marcha.

O equilíbrio estático e dinâmico, na posição de sentada está mantido.

A pessoa consegue assumir a posição ortostática com ajuda, por breves segundos. Portanto sem equilíbrio de pé.

Depois de reunidos os resultados obtidos na avaliação neurológica, partiu-se para a elaboração de um plano de reabilitação com identificação dos diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, constantes no quadro seguinte:

PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
<p>Movimento muscular diminuído no hemicorpo direito</p>	<p>Executar técnica de exercício muscular e articular passivo: no sentido distal-proximal, respeitando o limiar da dor e a amplitude articular, em ambos hemicorpos (direito e esquerdo).</p> <p>flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oposição do polegar, flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital, flexão/extensão do cotovelo, flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro, flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibiotársica, dorsiflexão/flexão plantar, flexão/extensão do joelho, rotação interna e externa, adução/abdução, flexão/extensão, circundação da coxofemoral, rotação interna e externa com flexão do joelho e coxofemoral, exercícios de ponte,</p>

	Executar as mobilizações 10 vezes em cada hemicorpo (direito e esquerdo)
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no hemicorpo direito	<p>Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular:</p> <p>Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>técnica de automobilização do hemicorpo direito:</p> <p>membros superiores:</p> <p>entrelaçar as mãos com as palmas em contacto, estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça,</p> <p>membros inferiores:</p> <p>colocar a perna afetada por cima da perna não afetada e promover a flexão e extensão.</p> <p>Executar as mobilizações 10 vezes em cada hemicorpo (direito e esquerdo)</p>
Equilíbrio corporal comprometido	<p>Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada e ortostático:</p> <p>equilíbrio estático de pé:</p> <p>de pé com braços ao longo do tronco,</p> <p>de pé com braços estendidos,</p> <p>de pé com os olhos fechados,</p> <p>Executar as mobilizações 10 vezes</p>
Potencial para melhorar conhecimento sobre andar	<p>Avaliar capacidade para andar:</p> <p>Ensinar sobre técnica de adaptação para andar:</p> <p>anda com passadas eficazes a diferentes ritmos</p>

RESULTADOS

O plano de reabilitação foi executado em 8 sessões alternadas, conforme distribuição de turnos. A pessoa ao longo das sessões foi progressivamente melhorando a amplitude articular e a força muscular nos membros do hemicorpo direito, comprometido após AVC. A pessoa melhorou o equilíbrio ortostático e iniciou a marcha com apoio.

Após a realização de 8 sessões do plano de reabilitação, a pessoa foi reavaliada e foram verificadas as seguintes melhorias:

- sensibilidade tátil e algica no hemicorpo direito melhoradas;
- conseguiu escrever o seu nome corretamente com uma caligrafia bem perceptível, apesar de previamente referir que ainda não iria conseguir;
- teste dedo nariz executado com sucesso com ambos os membros superiores. Sem dismetria à direita;
- a avaliação da força revela uma força 4+ para os membros superior e inferior direitos e uma força 5 para os membros superior e inferior esquerdos;
- executa o teste calcanhar/joelho com o membro inferior esquerdo e não consegue executá-lo com o membro inferior direito;
- a pessoa caminha com apoio

No entanto, tendo em consideração a forma de organização dos processos de reabilitação praticados nesta UMDR, em que é privilegiada a intervenção de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, não é possível afirmar que as melhorias verificadas da pessoa em causa são resultado direto da intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

DISCUSSÃO

Com os resultados obtidos podemos verificar a importância da implementação dos planos de reabilitação às pessoas vítimas de AVC. Os exercícios descritos no plano de enfermagem de reabilitação aplicado e esta pessoa, conforme referência de diversos autores, contribuem para a melhoria dos défices apresentados pela mesma após AVC. Conforme referido por (Antunes et al., 2019 citado por Rocha et al., 2019) o controle postural tem manifesta influência no desempenho da marcha. Para alcançá-la é necessário em primeiro lugar conseguir atingir o equilíbrio em pé.

Os exercícios aplicados neste estudo de caso, contribuíram seguramente para a melhoria da pessoa, no entanto e como referi anteriormente não é intelectualmente honesto referir que foram estes e apenas estes exercícios que contribuíram para a melhoria da pessoa, visto que a pessoa esteve submetida a um plano de reabilitação executado diariamente por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, pois é essa a organização dos processos de reabilitação nesta UMDR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo de caso foi-me possível mobilizar conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso e aplicá-los na prática, que me permitiram verificar a importância do enfermeiro de reabilitação na reabilitação funcional e capacitação da pessoa com comprometimento devido a doença crónica ou aguda.

No entanto verifiquei com tristeza que a intervenção do enfermeiro de reabilitação nesta UMDR está consideravelmente limitada. Os processos de reabilitação estão centrados nos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais o que, no meu modesto entendimento, ofusca o trabalho do enfermeiro de reabilitação junto dos doentes, que parecem considerar “reabilitação” apenas aquela que é executada pelos referidos profissionais.

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Aconteceu eu pretender trabalhar com a pessoa objeto deste estudo de caso e a mesma referir-me verbalmente:

- agora não posso senhor enfermeiro, estou à espera da Dra. M. , a fisioterapeuta, que vem trabalhar comigo.

Considero que seria muito importante ter a possibilidade de implementar um plano de reabilitação, executados exclusivamente por enfermeiros de reabilitação e daí poder proceder a uma análise objetiva da intervenção dos enfermeiros de reabilitação na capacitação da pessoa com deficiência, na maximização das suas funcionalidades com o objetivo da sua reabilitação para o exercício da sua cidadania activa.

Referências bibliográficas

1. Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência; 2014.
2. Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto. Ordem dos Enfermeiros.
3. Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. . Ordem dos Enfermeiros.
4. Regulamento n.º 392/2019 de 3 de Maio. Diário da República: II série, n.º 85/2019 – 2.ª Série.
Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
5. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 – 2.ª Série.
Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
6. Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., Pestana, H. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: Estudo de Caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, Volume 3 (Número suplementar 1), páginas 5-17.
Acedido em: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
7. Santos, J., Campos, C., Martins, M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. Revista

Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, Volume 3 (Número 2), páginas 36-43.

Acedido em: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

8. Yin RK. Pesquisa Estudo de Caso – Desenho e Métodos. 2. Edição. Porto Alegre: Bookman; 1994.

Acedido em: http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/fetch/74440967/3-YIN-desenho%20e%20metodo_Pesquisa%20Estudo%20de%20Caso.pdf



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso Clínico

“INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO”

Elaborado por:

Luís Paulo Santiago da Fonseca

Estudante n.º 202230103

Orientadora: Professora Cristina Mesquita

Parede,

dezembro de 2023

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso Clínico

**“INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE
REABILITAÇÃO DE PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO
JOELHO”**

Elaborado por:

Luís Paulo Santiago da Fonseca

Estudante n.º 202230103

Orientadora: Professora Cristina Mesquita

Parede,

dezembro de 2023

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

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

ÍNDICE

9) RESUMO.....	92
10) INTRODUÇÃO.....	93
11) MATERIAIS E MÉTODOS.....	95
Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação	96
12) PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO	98
13) RESULTADOS	100
14) DISCUSSÃO.....	100
15) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
16) Referências bibliográficas.....	102

LISTA DE SIGLAS

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC – Escala Medical Research Council

RESUMO

Introdução: A osteoartrose, com a conseqüente gonartrose, é uma condição clínica degenerativa que se caracteriza pela perda progressiva da cartilagem articular com eventual afetação do osso subcondral e pode vir a comprometer toda a articulação. A osteoartrose é assim uma das doenças crônicas mais frequentes na atualidade prevendo-se que a sua incidência continue a aumentar em com o aumento da esperança média de vida. A artroplastia total do joelho é uma opção terapêutica com o objetivo de aliviar a dor, melhorar a amplitude da articulação e a funcionalidade da mesma. Para que isso seja uma realidade é importante a implementação de um plano de reabilitação com um conjunto de intervenções que conduzam ao fortalecimento muscular e ao aumento da amplitude da articulação, de forma a proporcionar independência nas atividades de vida diária, melhorando a funcionalidade, contribuindo para a capacitação do exercício da cidadania da pessoa.

Objetivo: Pretende-se analisar os eventuais ganhos em saúde, numa pessoa submetida a artroplastia total do joelho, após a implementação de um Plano de Reabilitação.

Metodologia: Estudo de caso descritivo, de um doente submetido a artroplastia total do joelho. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: escala numérica da dor, escala de força muscular (Medical Research Council), o índice de Barthel.

Resultados: Com a implementação do plano de reabilitação verificou-se uma melhoria na força muscular, na flexão do joelho e na independência funcional da pessoa.

Interpretação e principais conclusões: A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a reabilitação do doente submetido a artroplastia total do joelho, no entanto não foi possível fazer essa demonstração de forma inequívoca devido ao facto de que na Unidade de Saúde aonde se realizou este estudo de caso ocorrerem em simultâneo as intervenções de reabilitação levadas a cabo por fisioterapeutas.

Palavras chave: reabilitação, artroplastia total do joelho, enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) detêm um conjunto de competências, gerais e específicas, alicerçadas em conhecimento científico, que lhe permite cuidar de pessoas vítimas de doenças agudas e crónicas, capacitando-as quando detentoras de deficiência ou limitação da sua atividade regular, bem como maximizar a funcionalidades preservadas, ainda que reduzidas, com o objetivo da sua reinserção social e exercício da cidadania. (3)

Neste âmbito compete ao EEER, ao assistir uma pessoa vítima de doença aguda ou crónica, com alteração/limitação das suas capacidades funcionais, desenhar e implementar junto da mesma, um Plano de Recuperação com o objetivo da recuperação da máxima autonomia funcional possível, reabilitando simultaneamente a autoestima da pessoa, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e desenvolvimento pessoal.(3)

O aumento do tempo de vida das pessoas é uma conquista relevante da humanidade obtida através do controlo dos determinantes relativos às condições de trabalho e de vida, com importância para a explicação da saúde.

As condições de vida estão diretamente relacionadas com as disponibilidades materiais que permitem que a pessoa possa ter uma alimentação equilibrada, um alojamento digno, com saneamento básico e ambiente salutar. O trabalho é o meio que permite o acesso à uma vida digna. Naturalmente que as opções de cada pessoa terão efeitos positivos ou negativos na sua saúde, no entanto é imperativo que os países criem as condições sociais e físicas promotoras da universalidade da saúde, reduzindo as assimetrias entre as pessoas.

Vive-se durante mais anos, é um facto, no entanto essa longevidade nem sempre é acompanhada de anos de vida saudáveis.

A osteoartrose, com a conseqüente gonartrose, é uma condição clínica degenerativa caracterizada pela perda progressiva da cartilagem articular, com eventual afetação do osso subcondral, podendo comprometer toda a articulação (Litwic, A., citado por Preto, L. et al.). A osteoartrose constitui-se assim como uma das doenças crónicas mais frequentes da atualidade prevendo-se mesmo que a sua

incidência continue a aumentar com o aumento da esperança média de vida. Ela constituiu a doença articular mais comum em todo o mundo e uma das principais causas de incapacidade crónica, principalmente na população idosa (Plotnikoff, R., citado por Preto L. et al.). A idade é o fator principal de risco para o desenvolvimento de osteoartrose, uma vez que as mudanças que ocorrem a nível celular durante o processo de envelhecimento tornam as articulações mais suscetíveis ao dano e incapazes de manter a homeostasia (Loeser, R., citado por Preto L. et al.).

Tratando-se da maior e também da mais solicitada articulação de carga do corpo humano, o joelho é responsável pela maioria das situações de osteoartrose, chegando a afetar sintomaticamente 45% das pessoas idosas (Pal, C., citado por Preto, L. et al.). Como articulação de carga, o joelho é bastante suscetível às alterações provocadas pelo envelhecimento que potenciam o desenvolvimento da artrose, das quais podemos salientar: as alterações na proprioção e equilíbrio, a sarcopenia e o aumento de massa gorda, a osteoporose, a degeneração meniscal e a menor hidratação articular (Loeser, R., citado por Preto L. et al.).

Ao nível sintomático a osteoartrose do joelho provoca dor e rigidez articular, edema, deformidade progressiva do membro e/ou membros, em varo ou em valgo e marcha lenta e claudicante (Loeser, R., citado por Preto L. et al.). As alterações e limitações na deambulação, na subida e descida de escadas e no agachar interferem gravemente nas atividades de vida diária. Para além disso causa dificuldades em outros aspetos da vida das pessoas idosas, tais como a interação social, o funcionamento físico e mental e a qualidade do sono (Farr, J., citado por Preto, L. et al.). De forma geral, os problemas músculo-esqueléticos interferem na qualidade de vida, podendo constituir-se como causas de invalidez precoce ou ausência ao trabalho por doença (Preto, L. et al. 2015).

Os sintomas e as limitações provocadas pela osteoartrose têm um significativo impacto na qualidade de vida da pessoa, pelo que se torna fundamental o alívio da dor e o controlo dos sintomas através do tratamento cirúrgico, variando este de acordo com o grau da doença, o nível de incapacidade, profissão, idade, entre outros fatores.

Para além da artroscopia, osteotomia e artroplastia parcial, o tratamento cirúrgico para osteoartrose do joelho inclui a artroplastia total do joelho (ATJ). Nas pessoas idosas sem atividade laboral, e com a osteoartrose avançada, esta última alternativa

constituiu-se no tratamento mais adequado, económico e seguro (Heidari, B. citado por Preto, L. et al.).

Assim, partimos da questão orientadora para este estudo, que se traduz no seguinte:

Poderá a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação produzir ganhos em saúde, demonstráveis, através da implementação de um plano de reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total do joelho?

Irei proceder ao estudo de um caso concreto, de uma pessoa, internada no serviço de ortopedia de uma Unidade de Saúde, após cirurgia para colocação de prótese total do joelho, mais concretamente, uma artroplastia total do joelho, aonde estou a realizar um estágio, no âmbito do curso de mestrado de enfermagem de reabilitação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo de caso é de natureza descritiva, tendo como ponto de partida um fenómeno individual e atual, artroplastia total do joelho, pretendendo-se que a questão de investigação responda às questões “como?” e “porquê?”. “Como?” irá responder a: com a intervenção do EEER. “Porquê?” irá responder a: obtenção de ganhos em saúde na pessoa submetida a artroplastia total do joelho, através do plano de reabilitação. Este tipo de estudo permite investigar fenómenos em contexto real (Yin, 1994).

Foi previamente solicitado à pessoa a permissão para a realização do presente estudo de caso, tendo-lhe sido prestada informação sobre os seus direitos. A mesma deu o seu consentimento informado de forma verbal. Foi informada acerca da garantia do anonimato, salvaguardando-se os seus direitos e confidencialidade bem como o direito a qualquer momento poder desistir de participar no presente estudo de caso e retirar a sua autorização para a realização do mesmo.

Este estudo descreve o caso de uma pessoa do sexo feminino, de 72 anos de idade, caucasiana e de nacionalidade portuguesa. Casada, reside com o marido numa moradia com cave, rés-do-chão e 1.º andar. Tem degraus para acesso ao 1.º andar mas

tem também instalada uma cadeira elevatória elétrica para acesso ao 1.º andar. Na habitação contígua vive uma filha e dois netos.

Orientada no tempo, no espaço e na pessoa. Previamente independente, mas com limitação da mobilidade do joelho direito, necessitando do auxílio de uma canadiana para deambular. Mantém vida social.

Tem como antecedentes clínicos conhecidos: hipertensão arterial, arritmia, bronquite crónica e incontinência.

Foi internada para ser submetida a cirurgia para revisão de prótese total do joelho à direita, o que veio a ocorrer e ficou internada no serviço de internamento de ortopedia da Unidade Hospitalar aonde foi intervencionada.

De seguida foi submetida a um programa de reabilitação que se teve o seu início com o levantar no primeiro dia após a realização da cirurgia (pós-operatório), seguindo-se treino de marcha com andador com carga no membro intervencionado, de acordo com a sua tolerância.

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

Para a elaboração de um plano de reabilitação há a necessidade de reunir os dados obtidos através da anamnese, da consulta do processo clínico, e da avaliação do movimento muscular e rigidez articular, com recurso à implementação e utilização de instrumentos de medida, válidos, fiáveis e responsivos.

Assim foram avaliados os seguintes parâmetros:

- DOR

Recorreu-se à escala numérica da dor. A pessoa foi questionada sobre a dor sentida em repouso, tendo sido aferida uma dor de nível 2. Realizou-se mobilização passiva do joelho direito, questionando-se a pessoa sobre a dor sentida, tendo sido aferida uma dor de nível 5)

- FORÇA MUSCULAR DOS SEGMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Luís Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica

Recorreu-se escala MRC (Medical Research Council) modificada.

Foram avaliados os movimentos de dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica, tendo-se aferido uma força grau 5. Foram avaliados os movimentos de flexão e extensão do joelho, aferindo-se uma força de grau 3. Foram avaliados os movimentos de flexão e extensão da articulação coxofemoral com extensão do joelho, tendo-se aferido uma força de grau 3.

- AMPLITUDE ARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Recorreu-se à utilização de um Goniómetro.

Verificou-se uma amplitude articular do joelho direito de 50.º e do joelho esquerdo de 100.º.

- ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

Recorreu-se à aplicação da Escala de Barthel

A avaliação efetuada quando ocorreu o primeiro levante, apresentava valor total de 45, apresentando dependência total no controlo urinário, subida e descida de escadas, banho, utilização da casa de banho, toalete e dependência parcial no vestir, na mobilidade e nas transferências.

Depois de reunidos e analisados os resultados obtidos na avaliação inicial, elaborou-se um plano de cuidados, que a seguir se apresenta e que estará centrado apenas nos focos considerados importantes para os cuidados de enfermagem de reabilitação aplicados ao caso concreto, mais propriamente, no movimento muscular e na rigidez articular.

PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

FOCO: MOVIMENTO MUSCULAR Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Movimento muscular diminuído no membro inferior direito	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assitido: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. nos segmentos coxo femural e joelho direito: <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. abdução e adução até à linha média do corpo; 1.1.2. flexão e extensão da articulação coxo femural com extensão do joelho; 1.1.3. flexão e extensão da articulação do joelho; <u>Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)</u> 2. Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. contrações isométricas dos glúteos, dos quadricípites e dos isquiotibiais; 2.2. exercícios isotónicos com dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica; 2.3. abdução e adução até à linha média e flexão e extensão da articulação coxo femural com flexão e extensão do joelho; <u>Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)</u> 3. treino de marcha com canadianas, várias vezes ao dia; 4. treino de descer e subir escadas, duas vezes ao dia.

<p>FOCO: RIGIDEZ ARTICULAR Diagnósticos de Enfermagem</p>	<p>Intervenções de Enfermagem de Reabilitação</p>
<p>Risco de rigidez articular no membro inferior direito (Joelho direito)</p>	<p>5. Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido: 5.1. nos segmentos coxo femural e joelho direito: <i><u>Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)</u></i></p> <p>6. Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos:</p> <p>6.1. contrações isométricas dos glúteos, dos quadricípites e dos isquiotibiais; 6.2. exercícios isotónicos com abdução e adução até à linha média e flexão e extensão da articulação coxo femural com extensão do joelho e flexão e extensão do joelho;</p> <p><i><u>Executar as mobilizações 10 vezes em cada membro inferior (direito e esquerdo)</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o movimento articular - Monitorizar a amplitude do movimento articular com auxílio do goniómetro - Supervisionar os exercícios musculares

RESULTADOS

Os resultados do Plano de Cuidados de Reabilitação foram avaliados no dia da alta da pessoa.

Com auxílio da escala numérica da dor, conseguiu-se aferir que a pessoa com o membro em repouso apresentava uma dor 0 (sem dor), sem analgesia. Ao mobilizar ativamente o joelho direito referia uma dor 2 (ligeira), sem necessidade de analgesia.

Quanto à força muscular, com o auxílio da escala MRC a pessoa apresentou melhoria da força na flexão coxo femoral com extensão do joelho de força grau 3 para força grau 4. Na flexão e extensão do joelho, passou de força de grau 3 para força de grau 4. A articulação tibiotársica manteve a força muscular 5.

Quanto à amplitude articular do joelho direito e com recurso ao goniómetro, ocorreu um aumento de 50.º para 80.º O joelho esquerdo manteve a amplitude articular de 100.º

Relativamente às atividades de vida diária, a pessoa progrediu para uma dependência ligeira, atingindo 85 no índice de Barthel.

DISCUSSÃO

Com os resultados obtidos podemos verificar a importância da implementação dos planos de reabilitação às pessoas submetidas a artroplastia total do joelho. Os exercícios descritos no plano de enfermagem de reabilitação aplicado e esta pessoa, conforme referência de diversos autores, contribuem para a melhoria dos défices apresentados pela mesma após a intervenção cirúrgica.

Os exercícios aplicados neste estudo de caso, contribuíram seguramente para a melhoria da pessoa, no entanto e como referi anteriormente não é intelectualmente honesto referir que foram estes e apenas estes exercícios que contribuíram para a

melhoria da pessoa, visto que a pessoa esteve submetida a um plano de reabilitação executado também por fisioterapeutas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo de caso foi-me possível mobilizar conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso e aplica-los na prática, que me permitiram verificar a importância do enfermeiro de reabilitação na reabilitação funcional e capacitação da pessoa com comprometimento devido a doença crónica ou aguda.

Os resultados do Plano não são inequívocos para a Enfermagem de Reabilitação, uma vez que também ocorreu a intervenção de outros terapeutas.

Considero que seria muito importante ter a possibilidade de implementar um plano de reabilitação, executado exclusivamente por enfermeiros de reabilitação e daí poder proceder a uma análise objetiva da intervenção dos enfermeiros de reabilitação na capacitação da pessoa com deficiência, na maximização das suas funcionalidades com o objetivo da sua reabilitação para o exercício da sua cidadania ativa.

Referências bibliográficas

9. Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto. Ordem dos Enfermeiros.
10. Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. . Ordem dos Enfermeiros.
11. Regulamento nº 392/2019 de 3 de Maio. Diário da República: II série, nº 85/2019 – 2.ª Série.
Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
12. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 – 2.ª Série.
Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
13. Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., Pestana, H., (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: estudo de Caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, Volume 5 (Número 1), páginas 51-59.
Acedido em: <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>
14. Preto, L., Pinto, Cláudia, Novo, A., Mendes, E., Barreira, I., Lopéz-Espuela, F., (2019). Funcionalidade e qualidade de vida em idosos submetidos a artroplastia total do joelho. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, Volume 2 (Número 2), páginas 74-78.

Acedido em: <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4584>

15. Yin RK. Pesquisa Estudo de Caso – Desenho e Métodos. 2. Edição. Porto Alegre: Bookman; 1994.

Acedido em: http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/fetch/74440967/3-YIN-desenho%20e%20metodo_Pesquisa%20Estudo%20de%20Caso.pdf



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Lúis Paulo Santiago da Fonseca

Participou no Congresso tendo assistido ao total da carga horária científica do Congresso.



COMISSÃO ORGANIZADORA:
ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO



Lúis Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Luis Paulo Santiago da Fonseca

Frequentou o Workshop: Interpretação de gasometria com uma carga horária formativa de 2 horas.



COMISSÃO ORGANIZADORA:
ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO



Luis Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Lúis Paulo Santiago da Fonseca

Frequentou o Workshop: Terapêutica inalatória - câmaras expansoras com uma carga horária formativa de 2 horas.



COMISSÃO ORGANIZADORA:
ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO



Lúis Paulo Santiago da Fonseca
outubro de 2024
Escola Superior de Saúde Atlântica



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do II Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que se realizou nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2023, certifica que o(a) Senhor(a):

Lúis Paulo Santiago da Fonseca

Frequentou o Workshop: Descomplicando a radiografia do tórax com uma carga horária formativa de 2 horas.



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

