



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação  
Relatório de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação  
*Prehabilitation* da Pessoa Proposta para Cirurgia  
Ortopédica**

**Bruno Miguel Venâncio Alexandre**

---

**Lisboa  
2020**





**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação**  
*Prehabilitation* da Pessoa Proposta para Cirurgia  
Ortopédica

**Bruno Miguel Venâncio Alexandre**



Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Sá



**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Para aprender, jamais é supérfluo compreender o sentido daquilo que se aprende (...) não basta que o saber seja inteligível, assimilável. É necessário que (...) se compreenda porque foi desenvolvido, transmitido, porque é conveniente apropriar-se dele.”*

*(Perrenoud, 2000, p. 67)*



## **AGRADECIMENTOS**

À Sr<sup>a</sup>. Professora Doutora Maria do Céu Sá agradeço a disponibilidade e entrega, tendo sido fulcral para o sucesso e realização do presente relatório de estágio. Um obrigado!

À Sr<sup>a</sup>. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Cidália Gomes agradeço o empenho e esforço, tendo sido essencial para a riqueza do estágio realizado. Um obrigado!

Ao Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação António Simões agradeço a humanidade e o profissionalismo, tendo sido exemplar para a construção de um ideal de pessoa e enfermeiro. Um obrigado!

Aos Srs. Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil agradeço a motivação e preocupação, tendo sido indispensáveis para a conclusão deste desafio. Um obrigado!

Aos Srs. Enfermeiros, Mestrandos do 10<sup>o</sup> Curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, agradeço a entreatajuda e o companheirismo, tendo sido basilar na superação dos desafios constantes. Um obrigado!

Aos meus pais, avós, tios e primo agradeço a força e ajuda, tendo sido imprecindível para a conclusão deste Curso de Mestrado. Um obrigado!

Aos meus amigos agradeço a preocupação e o orgulho, tendo sido crucial para a contínua motivação. Um obrigado!

À Mariana Martins agradeço o carinho, a companhia e a força, tendo sido vital na caminhada feita durante dois anos. Um obrigado!



## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

**APER** - Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**DGES** - Direção-Geral do Ensino Superior

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**JCI** - *Joint Commission International*

**LCA** - Ligamento Cruzado Anterior

**LMERT** - Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**RCCI** - Rede de Cuidados Continuados Integrados

**SWOT** - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**USF** - Unidade de Saúde Família



## RESUMO

O ato cirúrgico comporta um stress físico e psicológico para a pessoa que se submete ao mesmo, quer esta esteja ou não em condições para o enfrentar. Posto isto, acreditamos que a pessoa proposta para uma cirurgia deve ser abordada no âmbito da sua capacitação para enfrentar as consequências do ato cirúrgico. Propomos assim o estabelecimento de um programa de *prehabilitation*, que se define por um processo de potenciação da capacidade funcional da pessoa no período pré-operatório.

O presente relatório pretende assim caracterizar a possibilidade de o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolver intervenções autónomas no âmbito da *prehabilitation*. Tratando-se de um relatório de estágio pretendemos também demonstrar, através das intervenções desenvolvidas, o desenvolvimento das competências enunciadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino, o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e das competências comuns do enfermeiro especialista, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Como teoria orientadora das intervenções realizadas foi adotada a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Orem, uma vez que a capacidade de autocuidado se encontra diretamente ligada à capacidade funcional. Foi desenvolvida uma Revisão Narrativa da Literatura utilizando a metodologia PICO, com o intuito de identificar as intervenções supracitadas.

O processo de investigação permitiu-nos identificar os principais objetivos do processo de *prehabilitation* sendo estes: aumentar a capacidade de exercício, aumentar a massa muscular, melhorar o estado nutricional e preparar a condição psicológica. Comprovou-se que o estado fisiológico basal da pessoa é um importante fator que afeta o resultado cirúrgico e que os fatores de risco modificáveis podem ser abordados antes da cirurgia. As intervenções a implementar inserem-se maioritariamente sob o exercício físico e a sua tolerância, mas também sob a melhoria da função respiratória, através de uma ação profilática com o treino dos músculos inspiratórios e com uma higiene brônquica eficaz.

**Palavras-chave:** enfermagem de reabilitação, pré-operatório; paciente cirúrgico; *prehabilitation*; cirurgia ortopédica.

## **ABSTRACT**

The surgical procedure involves physical and psychological stress for the person who submits to it, whether they are able to face it or not. That said, we believe that the person proposed to a surgery must be approached in the ambit of training to face the consequences of a surgical act. We therefore propose the establishment of a prehabilitation program, which is defined by a process of enhancing the person's functional capacity in the preoperative period.

This report intends to characterize the possibility of a nurse specialist in rehabilitation nursing to develop autonomous measures in the scope of prehabilitation. In the case of an internship report, we also intend to demonstrate, through the skills developed, the development of the competencies set out in the Dublin Descriptors for the second teaching cycle, the development of the specific skills of the nurse specialist in rehabilitation nursing and of the common specialist nurse skills, recommended by the Ordem dos Enfermeiros. As the guiding theory of the interventions performed, Orem's General Theory of Self-Care was adopted, once the capacity for self-care is directly linked to functional capacity. A Narrative Literature review was developed using the PICo methodology, in order to identify the aforementioned measures.

The common investigation process allows us to identify the main objectives of the prehabilitation process, namely: increasing exercise capacity, increasing muscle mass, improving nutritional status and psychological preparation. It has been proven that the person's baseline physiological status is an important factor that affect surgical outcome, and that modifiable risk factors can be controlled before surgery. The interventions to be implemented are mostly under physical exercise and tolerance, but also under the improvement of respiratory function, through a prophylactic action, with the training of inspiratory muscles and with effective bronchial hygiene.

**Keywords:** rehabilitation nursing, preoperative, surgical patients, prehabilitation, orthopedic surgery.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – PREHABILITATION</b> .....	<b>25</b>
<b>2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b> .....	<b>29</b>
2.1. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. ....	29
2.2. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. ....	39
2.3. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	42
<b>3.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>49</b>
3.1. A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	49
3.2. B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	52
3.3. C - Domínio da Gestão dos Cuidados .....	55
3.4. D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	57
<b>4.AVALIAÇÃO</b> .....	<b>61</b>
4.1. <i>Strengths</i> .....	61
4.2. <i>Weaknesses</i> .....	62
4.3. <i>Opportunities</i> .....	62
4.4. <i>Threats</i> .....	63
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>67</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

ANEXO I - Atividade física e objetivos de exercício no período pré-operatório

ANEXO II - Intervenção Educacional da Pessoa submetida a ATA com abordagem posterior no período pós-operatório

ANEXO III - Exemplo de um plano nutricional padronizado de proteínas para pessoas propostas para cirurgia

ANEXO IV – 1º Prémio na Categoria de Póster do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019, APER

### APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto de Estágio

APÊNDICE II - Resultados da revisão narrativa da literatura (Fluxograma)

APÊNDICE III – Análise dos artigos incluídos na Revisão Narrativa da Literatura

APÊNDICE IV - Estudo de Caso da Sra. D. M.F.S.

APÊNDICE V - Estudo de Caso da Sra. D. M.H.

APÊNDICE VI - Adenda ao desdobrável: "Retorno à atividade sexual após ATA"

APÊNDICE VII - Nota de Campo do Caso Sr. J.

APÊNDICE VIII - Nota de Campo do Caso Sr. J.P.

APÊNDICE IX - Jornal de aprendizagem: A marcha é vital

APÊNDICE X - Check-list: Conteúdos Programáticos da Consulta Pré-operatória

APÊNDICE XI – Dados da consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação

APÊNDICE XII - Apresentação do Projeto de Estágio em PowerPoint

APÊNDICE XIII - Póster: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação *Prehabilitation* da Pessoa Proposta para Cirurgia

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Trajetória do período peri operatório com o aumento da capacidade funcional no período pré-operatório ( <i>prehabilitation</i> ) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório.....	32
---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Avaliação da Força Muscular dos Membros Inferiores, segundo a <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> .....	31
---	----

## INTRODUÇÃO

O relatório em questão é elaborado no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, mais concretamente, materializa a Unidade Curricular Estágio com Relatório. É necessário mencionar que este documento provém da execução de um projeto de estágio (Apêndice I), realizado com o intuito de planejar e conduzir o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A metodologia de trabalho de projeto que rege a realização deste documento e orientou a realização do estágio que lhe dá forma, é tida como um método que possibilita a quem o realiza compreender melhor a realidade da população que é afetada pela problemática em estudo (Ferrito, Ruivo & Nunes, 2010). Uma vez que este processo se baseia tanto na investigação sustentada de uma problemática como na tentativa de intervenção, é procurada uma resolução eficaz do problema em estudo. O trabalho de projeto aproxima-se, assim, da investigação-ação (Ferrito, Ruivo & Nunes, 2010).

Com a evolução da ciência existe o acompanhamento por parte dos cuidados de saúde, com um incremento da exigência técnica e científica, tornando a diferenciação e especialização dos profissionais de saúde uma realidade mais presente (Regulamento nº140/2019, Preâmbulo, Diário da República 2019). Este documento tem como finalidades: demonstrar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; e expressar a metodologia de trabalho de projeto para a obtenção do grau de mestre. Ou seja, ambiciona à certificação das competências clínicas que habilita o enfermeiro especialista atuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos diferentes níveis de prevenção com um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades (Regulamento nº140/2019, artigo 2º, alínea 3, Diário da República, 2019)

A problemática em análise surge de uma reflexão acerca da influência de uma má condição física e psíquica que muitas pessoas apresentam, no momento da submissão a uma cirurgia. Juntamente com esta problemática estão adjacentes as complicações pós-cirúrgicas que advêm justamente de um estado funcional deficitário, aquando da cirurgia. Esta reflexão conduziu a uma pesquisa que despoletou o conhecimento acerca do conceito central deste relatório: prehabilitation.

Dado que metade do estágio foi realizado num serviço da especialidade de ortopedia, opta-se por formular o problema da seguinte forma: *quais as intervenções*

*do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prehabilitation da pessoa proposta para cirurgia ortopédica?*

Explorando a *prehabilitation* como conceito central deste projeto, a literatura consultada caracteriza-a como um processo que tem início quando a pessoa é proposta para cirurgia. Sendo que incorpora uma avaliação física e psicológica visando o estabelecimento de uma referência do estado funcional da pessoa (Carli, Gillis, & Scheede-Bergdahl, 2017). Este referencial da pessoa proposta para cirurgia destina-se à identificação de *deficits* e prescrição de intervenções que promovam uma condição de saúde capaz de diminuir a incidência e/ou gravidade de deficiências decorrentes do ato cirúrgico (Carli et al., 2017). Por outras palavras, este processo procura otimizar o estado funcional da pessoa no tempo pré-operatório sendo o horizonte a manutenção de um bom estado de saúde no restante tempo peri-operatório (Cabilan, Hines, & Munday, 2016). Do ponto de vista das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, acreditamos que esta temática se insere no que está descrito para a intervenção deste profissional uma vez que esta objetiva a promoção do diagnóstico precoce e ações preventivas, por forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades através da melhoria ou manutenção do seu estado funcional, permitindo a independência nas atividades de vida diária (Regulamento nº392/2019, Preâmbulo, Diário da República 2019).

Destarte, a pergunta a que nos propomos dar resposta é: qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na *prehabilitation* (I – Fenómeno de Interesse) da pessoa (P - População) proposta para cirurgia ortopédica (Co - Contexto)? Optámos, pela metodologia de investigação PICO, dado que pretendemos a identificação da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na *prehabilitation*, junto da pessoa proposta para uma cirurgia do foro ortopédico. Com o intuito de realizar uma pesquisa mais célere dentro da comunidade científica delineamos as seguintes palavras-chave: “enfermagem de reabilitação/ *rehabilitation nursing*”; “pré-operatório/ *preoperative*”; “*surgical patients*”; “*prehabilitation*”; “cirurgia ortopédica/ *orthopedic surgery*”.

A aplicação desta metodologia de pesquisa deu corpo a uma Revisão Narrativa da Literatura, com o intuito de obter um conhecimento baseado na evidência científica. Nesta revisão foram utilizadas as bases de dados CINAHL e MEDLINE, utilizando tanto a linguagem indexada como a linguagem natural, sendo que na primeira houve uma utilização integral de linguagem indexada e na segunda tal não foi possível,

sendo necessário a interligação entre a natural e a indexada. De forma a obter os resultados que melhor dessem resposta à questão de investigação foram definidos os seguintes os critérios de inclusão: idioma (Português e Inglês); idade (all adult:19+); data de publicação (2014-2019). Foram excluídos os resultados provenientes de posters científicos comunicações em congressos, e aqueles que após uma leitura do título e resumo não estejam integrados na temática sob estudo. Desta pesquisa nutriram 21 artigos, aos quais se juntaram mais 5 de outras fontes, dando um total de 26 artigos, que após o processo de elegibilidade e triagem se limitaram a apenas 7, fluxograma disponível para consulta no Apêndice II. Os resultados destes 7 artigos selecionados (Apêndice III) permitem justificar a pertinência do tema e servem de argumento na defesa do apresentado neste relatório.

Os resultados obtidos através dos artigos selecionados demonstram que o estado fisiológico basal da pessoa é um importante fator que afeta o resultado cirúrgico, e que os fatores de risco modificáveis podem ser abordados antes da cirurgia, pois estes afetam os resultados cirúrgicos (Boudreaux & Simmons, 2019). Ilustram ainda que apesar de não haver evidência que mostre os benefícios significativos da *prehabilitation* na função, qualidade de vida e dor, esta pode reduzir a readmissão para reabilitação após artroplastia do joelho ou anca por osteoartrite (Cabilan et al., 2016). Os resultados obtidos por Carli, Gillis & Scheede-Bergdahl (2017), apontam para a existência de um impacto positivo da *prehabilitation* no estado funcional pós-operatório da pessoa e no retorno às suas atividades diárias, existindo um grupo de intervenções (exercício, nutrição, redução de ansiedade) que pode aumentar a recuperação, no entanto reiteram a necessidade de mais estudos para identificar o impacto a pequeno e longo prazo. Já Tew, Ayyash, Durrand & Danjoux (2018) concluíram que após uma cirurgia todos as pessoas experimentam uma diminuição da capacidade funcional seguida de recuperação e reabilitação, sendo que um nível baixo da capacidade funcional pode aumentar o risco de complicações pós-operatórias e levar a uma recuperação incompleta. No entanto, uma pessoa sob *prehabilitation* pode ter uma maior capacidade funcional no peri-operatório facilitando assim a sua recuperação.

Dada a necessidade de rigor de um relatório de estágio que se propõem a uma discussão pública, para a obtenção do grau de mestre, o presente relatório visa comprovar que foi possível alcançar o desenvolvimento das competências enunciadas nos descritores de Dublin. Posto isto, acreditamos que o presente relatório permite a constituição de uma base de desenvolvimento original com interesse na realização de

investigação, como preconizado nos descritores de Dublin (Direção-Geral do Ensino Superior, DGES, 2011). Também a realização do estágio, em novos contextos, proporcionou a aplicação de conhecimentos e a capacidade de resolução de problemas nestas novas conjunturas em saúde (DGES, 2011).

O presente relatório para além de conter conhecimento com evidência científica, contém ainda e reflexões realizadas a título individual, de experiências vivenciadas em contexto de estágio, quer de menor complexidade no corpo de trabalho quer com maior grau de aprofundamento em apêndice. É assim imposto pelos descritores de Dublin: a demonstração da capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e emitir juízos, a demonstração da capacidade reflexiva sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais das soluções que o próprio apresenta para os problemas encontrados (DGES, 2011).

Com a pesquisa realizada foram identificados fatores que contribuem para um mau estado funcional com influência direta na recuperação após a submissão a uma cirurgia. Nomeadamente, a perda ponderal derivada da anorexia e de alterações das reservas orgânicas associadas ao processo de doença (Preto, Lopes & Mendes, 2018). O declínio do estado funcional deriva de uma menor ingestão de alimentos e de uma diminuição da força muscular (Souza, Papini & Corrente, 2015). Sendo que a menor ingestão de alimentos pode estar relacionada com uma limitação física que impossibilita confeccionar as refeições, e se for proveniente do motivo que conduz à necessidade de cirurgia pode, acreditamos nós, ser alvo de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Este profissional pode junto da pessoa encontrar estratégias adaptativas que permitam a execução da mesma tarefa, mas com um menor nível de exigência. A referir que a desnutrição influencia negativamente a evolução clínica da pessoa submetida a cirurgia, com aumento das complicações (Barker, Gour & Crowe, 2011).

Também a diminuição da força muscular é tida como um fator com fortes implicações no estado funcional e por conseqüente no sucesso cirúrgico. Especificando, a imobilidade e a diminuição da capacidade em carregar pesos quando da realização das atividades de vida diária, por um período prolongado, pode implicar em conseqüências ao nível neuromuscular, pulmonar e cognitivo com diminuição da qualidade de vida (Martinez, Bispo & Duarte, 2013). Gostaríamos de esclarecer, porque nos parece relevante, que o período prolongado pode ser um internamento, mas também um período de espera para cirurgia em que a pessoa vive com o mesmo tipo de limitação física. As complicações pós-cirúrgicas, independentemente da idade

e doença revelam-se numa diminuição da força muscular, da função pulmonar e pelo aumento do declínio funcional (Cabilan et al., 2016). Sendo que estas podem permanecer até cinco anos após a alta hospitalar (Martinez et al., 2013). O que em última instância pode conduzir a mais internamentos ou a uma institucionalização precoce, pela dependência permanente na realização das atividades de vida diária (Cabilan et al, 2016). Posto isto, podemos justificar a importância de uma intervenção precoce na prevenção de complicações pós-cirúrgicas e quando falamos em precoce estamos a referir-nos ao tempo pré-operatório. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação vem assim intervir num dos três fatores, enunciados por Boudreaux & Simmons (2019), que têm influência no sucesso cirúrgico, sendo ele e o estado funcional da pessoa, os restantes são: a eficácia clínica, a eficácia operacional.

Acrescentamos ainda como fator que contribui para um mau estado funcional as múltiplas comorbidades que os idosos apresentam, oriundas do aumento de esperança média de vida, têm influência sob as limitações funcionais aquando da necessidade de cirurgia (Boudreaux & Simmons, 2019). Sem enunciar mais fatores com impacto no estado funcional da pessoa, acreditamos que a caracterização deste estado, num período pré-operatório, e a resolução das limitações identificadas terão impacto na recuperação da pessoa após a cirurgia. Dado que a otimização da atividade física e do estado funcional no pré-operatório é uma intervenção eficaz no combate ao declínio funcional após a cirurgia (Cabilan et al., 2016).

O enquadramento da temática no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, deve-se ao facto de as intervenções de enfermagem realizadas para uma melhoria do estado funcional da pessoa, inserirem-se na área do saber da enfermagem de reabilitação. Esta premissa é justificada pelos resultados da investigação efetuada e através das reflexões realizadas. O desenvolvimento da temática em questão é ainda justificado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, uma vez que preconizou como área de investigação prioritária as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora e respiratória, caracterizando-a como emergente (OE, 2015).

Impere-nos justificar a pertinência e a crença do tempo pré-operatório como um espaço de intervenção para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Observando a tipologia de cuidados que são prestados junto da pessoa submetida a cirurgia, conseguimos aferir de uma forma empírica que estes acontecem na sua

grande maioria durante o período intra e pós-operatório. Contudo, uma fraca condição física pré-operatória tem demonstrado um aumento do número de complicações pós-cirúrgicas e do risco de mortalidade (Carli, Gillis & Scheede-Bergdahl, 2017). Esta condicionante leva-nos a acreditar que a implementação de um conjunto de intervenções que melhorem a condição física da pessoa antes da submissão a uma cirurgia possa reduzir os números supracitados. Importa ainda referir, que apesar dos tempos de espera variarem entre as diversas unidades hospitalares e especialidades médicas/cirúrgicas, o tempo é, em muitos casos, extenso o suficiente para a instalação de limitações ou agravamento das existentes.

Vejamos o seguinte exemplo: se o motivo que conduz à necessidade de a pessoa ser submetida a cirurgia provocar dor ou algum tipo de limitação, a pessoa apresentará dificuldades na manutenção do autocuidado e verá o seu estado funcional a decair. Para além desta possibilidade há que ter em consideração que o processo de hospitalização após uma cirurgia promove reduções adicionais sob a atividade física realizada pela pessoa, exacerbando a perda da sua condição funcional, com especial efeito sob os idosos (Cabilan et al., 2016). Estas duas visões que se remetem ao pré e pós-operatório, respetivamente, faz-nos concluir que é necessário avaliar e quantificar a funcionalidade da pessoa nestes dois períodos, visando conhecer a dinâmica do processo terapêutico e intervir no período mais oportuno, prevenindo a instalação de limitações funcionais (Araújo et al., 2006).

Abordada a temática que guiou o estágio realizado, surge a necessidade de fazer referência e caracterizar o lugar onde este teve lugar. O estágio realizou-se em dois contextos, num espaço temporal de 18 semanas, 9 em cada contexto, tendo sido um de natureza hospital e outro de natureza comunitária. O primeiro, onde se iniciou o estágio, é caracterizado por ser um serviço de especialidades cirúrgicas de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, acreditado pela *Joint Commission International* (JCI), dado ser uma parceria público-privada. O serviço em questão comporta várias especialidades cirúrgicas, no entanto a vertente ortopédica apresenta-se com grande relevo neste serviço, dado que tem a si destinada uma percentagem razoável de camas. Este contexto foi escolhido para local de estágio por, para além de ter uma vertente ortopédica, apresentar um projeto de consulta pré-operatória realizada por uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Esta consulta é realizada a todas as pessoas propostas para cirurgia eletiva de artroplastia total do joelho e da anca, assim como do ombro. É também realizada a pessoas propostas a

cirurgias com um grau invasão menor, como ligamentoplastias quer do joelho que do ombro.

O segundo, e último contexto, é uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que mais concretamente ingressamos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que faz parte desta UCC. A área de abrangência desta UCC é de 4 uniões de freguesias. A equipa da UCC em questão é composta por 10 enfermeiros, sendo que destes 10: 5 são especialistas em enfermagem de reabilitação, 3 são especialistas em enfermagem de saúde comunitária e 1 é especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A ECCI comporta 7 destes 10 enfermeiros, nomeadamente os 5 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária. A referenciação para a ECCI é feita maioritariamente por 4 hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo esta também feita pelas Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da área de abrangência. As pessoas referenciadas à ECCI são-no por motivos ortopédicos (27%), oncológico (25%), neurológico (17%) e respiratório (8%).

Tendo já feito referência à problemática desenvolvida no estágio que dá corpo a este relatório, assim como os locais onde o mesmo se realizou, é agora necessário mencionar e abordar o referencial teórico que orientou os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. A Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem é o referencial teórico que conduziu a intervenção realizada durante o estágio. A escolha desta teoria prende-se com o facto de a submissão a uma cirurgia dar a conhecer uma nova realidade que comporta profundas alterações na vida da pessoa submetida a este ato, assim como na sua família, dado que o seu bem-estar, saúde e padrões de satisfação do autocuidado são bastante influenciados (Gonçalves et al., 2017). A escolha da teoria supracitada deve-se, também, a uma relação diretamente proporcional entre o défice no autocuidado e o declínio funcional, dado que ambos tendem a aumentar durante o processo de hospitalização/submissão a uma cirurgia (Cordeiro et al., 2015). Supomos assim, que se a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação durante o processo de *prehabilitation* se destina a manter ou aumentar o estado funcional da pessoa proposta para cirurgia, esta pode atingir este objetivo se for orientada pelos requisitos universais do autocuidado.

Orem (2001) enuncia, para além dos requisitos universais do autocuidado, duas categorias de requisitos de autocuidado, os de desenvolvimento e os por desvios de

saúde. Estes dois surgem da influência que os acontecimentos na vida das pessoas têm sobre os requisitos universais do autocuidado. Ambicionando nós intervir sobre o autocuidado com o intuito de promover a capacidade funcional da pessoa, impera definir deficit do autocuidado, segundo Orem (2001), para melhor conseguir identificar onde iremos intervir. Desta forma, o *déficit* no autocuidado é causado por um desequilíbrio na pessoa, mais concretamente entre exigência de cuidados a si próprio e a capacidade para o mesmo a satisfazer, ou seja, quando a primeira é superior à segunda (Orem, 2001). Assim sendo e, atendendo aos diversos fatores (problemática, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, referencial teórico) são definidos para os cuidados de enfermagem de reabilitação os seguintes objetivos: (1) diminuir a exigência de autocuidado para um nível a que a pessoa possa dar respostas; (2) promover a capacidade da pessoa para dar resposta às necessidades de autocuidado; (3) orientar/ensinar o cuidador da pessoa a prestar cuidados dependentes, quando o autocuidado não é possível; (4) satisfazer o autocuidado da pessoa quando nenhum dos objetivos anteriores é atendido (Orem, 2001).

O presente relatório inicia-se por esta breve introdução da problemática em estudo, da metodologia de investigação, prosseguindo para a contextualização teórica, apresentada em capítulo próprio. Construiu-se posteriormente um capítulo onde são apresentadas as atividades realizadas em consonância com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e posteriormente as competências comuns do enfermeiro especialista. Antes de se proceder para a considerações finais, será contemplado em capítulo próprio que pretende avaliar as aprendizagens realizadas, analisadas sob a metodologia SWOT, *strengths, weaknesses, oportunities, threats*. Finalizaremos, portanto, com as considerações finais do documento onde entre outras reflexões constará uma projeção para o futuro da aplicabilidade deste processo de *prehabilitation*.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – *PREHABILITATION*

Com a investigação realizada sobre a reabilitação da pessoa proposta para cirurgia foi frequente empenhar o conceito *prehabilitation* para caracterizar este processo. Neste sentido carece-nos a necessidade de o caracterizar: tem início no momento da identificação da necessidade de cirurgia, permite uma avaliação física e psicológica da pessoa com vista a criar um perfil de referência do estado funcional da mesma, onde existe a identificação de déficits a serem resolvidos ou atenuados, prevenindo complicações futuras (Carli et al., 2017). Os objetivos deste processo são: aumentar a capacidade de exercício, aumentar a massa muscular, melhorar o estado nutricional e preparar a condição psicológica (Boudreaux & Simmons, 2019).

A *prehabilitation* é um processo que é recomendado a todas as pessoas propostas para cirurgia, ou seja, todas as cirurgias eletivas sejam elas muito ou pouco invasivas, com vista a melhorar o estado funcional, reduzir riscos de mortalidade e morbidade peri-operatória (Tew, Ayyash & Durrand, 2008). No entanto, acreditamos que na impossibilidade de oferecer este tipo de cuidados a todos, deve-se pelo menos conceder a quem mais precisa, que são aqueles com mais comorbidades, ou seja, os idosos e pessoas com antecedentes pessoais de saúde relevantes. Especificando, é sob as pessoas idosas e/ou portadoras de patologias com impacto direto sob o estado funcional da mesma, que se necessita de implementar este cuidado diferenciado.

O processo de envelhecimento acarreta mudanças da composição e função corporal, assim como uma diminuição da função cognitiva que se repercutem numa diminuição do estado funcional (Boudreaux & Simmons, 2019). Pormenorizando, com o envelhecimento existe uma perda de massa e força muscular (sarcopenia), desmineralização óssea, alterações na função respiratória, diminuição da capacidade aeróbica e diminuição da estabilidade vasomotora (Carli et al., 2017). Para além das comorbidades que fazem parte dos antecedentes pessoais de saúde, é necessário olhar também para os estilos de vida e a sua influência sobre o estado funcional da mesma, assim como o seu impacto no sucesso do ato cirúrgico. O tabagismo, o uso de substâncias aditivas, estados de obesidade e ou de anemia são fatores de risco para um ato cirúrgico seguro (Boudreaux & Simmons, 2019).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação inclui-se na aplicação deste processo, dado às competências específicas que a Ordem dos Enfermeiros define para este profissional mas também, pelo facto de muitos idosos se encontrarem em estados de inatividade física, com um estado nutricional deficitário e sem condição de saúde que lhes permita enfrentar o stress cirúrgico com sucesso

(Carli et al., 2017). O acompanhamento rigoroso durante o período pré-operatório permite para além da identificação e resolução de *déficits*, o controlo de doenças do foro cardiovascular e endócrino, como a hipertensão arterial e a diabetes, respetivamente, a tempo da submissão ao ato cirúrgico (Boudreaux & Simmons, 2019).

O processo de reabilitação pré-operatória, aqui nomeado por *prehabilitation*, tem início na avaliação da pessoa proposta para cirurgia. Esta avaliação visa uma caracterização do estado funcional da mesma, não havendo nenhuma indicação expressa de como a realizar, e atendendo à tipologia de intervenções que o mesmo preconiza acreditamos a avaliação deve ser feita através do uso de escalas de diferentes naturezas. É através da avaliação inicial da capacidade funcional que é possível perceber como se realizam as atividades de vida diária, sendo possível realizar um diagnóstico da situação (Arena et al., 2007). Recomendamos, assim, uma avaliação do estado funcional através do Índice de Barthel ou *Measure Independent Functional*, uma avaliação do estado nutricional através do cálculo de IMC, uma avaliação da força muscular através da *Medical Research Council Muscle Scale*.

Dado que a principal finalidade do processo de *prehabilitation* é um aumento do estado funcional, com vista a uma depressão menos grave aquando da cirurgia, o investimento das intervenções a realizar caem maioritariamente sob o exercício físico e a sua tolerância. Este deve de atender aos princípios da melhor supervisão (presencial ou telefónica), o tipo de programa (aulas de grupo ou individuais) e modalidade (tipo de exercício) (Carli et al., 2017). O exercício físico prescrito tem de ter em consideração os seguintes fatores: intensidade, duração, frequência e modalidade, atendendo que o mínimo de tempo deverá ser os 30 minutos, no entanto o recomendado para a obtenção de resultados significativos são os 150 minutos, de uma atividade com intensidade moderada/vigorosa (Carli et al., 2017). No que diz respeito à modalidade do exercício físico prescrito este poderá em alguns casos ser realizado sem supervisão, no entanto recomenda-se que não o seja, dado que a supervisão e a gestão do mesmo permitem avaliações da capacidade funcional e da qualidade de vida com maior frequência (Tew et al., 2018). No que diz respeito à intensidade, é de ter em consideração que o treino físico se baseia no princípio da sobrecarga, ou seja, a intensidade deve corresponder à capacidade de resposta da pessoa. Concretizando, deve-lhe ser possível realizar o prescrito com um grau de dificuldade que lhe permita sentir cansaço, recomendando-se a utilização da Escala de Borg Modificada – avaliação da dispneia para este fim (Carli et al., 2017). Já

referimos que a implementação deste programa de reabilitação deve iniciar-se quando a pessoa é proposta para cirurgia, no entanto para que existam resultados com as intervenções implementadas o programa deve decorrer durante 4 semanas (Tew et al., 2018).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação não se esgota na prescrição de exercício físico, assim como o processo de *prehabilitation* é mais complexo que a melhoria da condição física. Posto isto, avançamos na caracterização deste processo e da intervenção deste profissional no campo da reeducação funcional respiratória. Esta área de intervenção já é tida como relevante junto da comunidade científica há algum tempo, Heitor & Sousa (1997) afirmam que “a sua ação é essencialmente profilática, tendo em vista preparar o doente para a intervenção cirúrgica e prevenir ou corrigir as complicações pós-operatórias” (p.1058).

O plano de reeducação funcional respiratória no período pré-operatório deve ser realizado sobretudo ao nível do treino dos músculos inspiratórios, com uma periodicidade que pode variar entre as 2 vezes por dia a 3 sessões por semana, com uma duração mínima de 15 minutos (Tew et al., 2018). A reter que estas sessões de reeducação funcional respiratória no tempo pré-operatório são imprescindíveis em pessoas portadoras de patologias do foro respiratório, mais concretamente em pessoas com broncorreia, proporcionando-lhes uma higiene brônquica eficaz (Isaiás, Sousa & Dias, 2012). Não podendo, nem devendo alhear a reeducação funcional respiratória com a reabilitação motora, recomenda-se a conjugação do treino aeróbico e resistido para potenciar o aumento da resistência, da força e da capacidade ventilatória (Tew et al., 2018). De forma a providenciar instrumentos que permitam uma correta monitorização do programa implementado foi criada uma tabela (Anexo I) que incorpora os indicadores a avaliar, a frequências e os exercícios em consonância com os objetivos estipulados (Carli et al., 2017).

Estando a abordar a temática da preparação pré-operatória e tendo já feito referência à necessidade de uma reabilitação motora e respiratória, que se devem realizar em simultâneo urge completar este processo com a abordagem à componente psicológica. A condição psicológica apresenta, em contexto cirúrgico, uma importante influência na cicatrização de feridas, no controlo da dor, num aumento da duração do internamento e no aparecimento de maiores limitações funcionais (Carli et al., 2017).

Os cuidados de enfermagem a este nível centram-se na gestão da ansiedade pré-operatória e das expectativas em relação ao resultado cirúrgico. A reter que o aumento das expectativas é influenciado por: um mau estado funcional, uma

sensação de má qualidade de vida, estados depressivos e ansiosos, dor descontrolada, uso de canadianas, andarilhos e cadeira de rodas (no caso da cirurgia ortopédica) (Cody et al., 2017). A ansiedade para o ato cirúrgico e para com a gestão das expectativas, apesar da implementação de um programa de *prehabilitation*, comporta um risco de má recuperação (Carli et al., 2017). Acreditamos assim que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação suportada pelos conhecimentos diferenciados, por uma avaliação complexa e uma intervenção ímpar, tornem o momento cirúrgico mais tranquilo com o desenvolvimento de estratégias que minimizam os estados emocionais sentidos através da consolidação e implementação de intervenções e mudanças (Gonçalves, Cerejo, & Martins, 2017).

## **2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Dado que o âmbito deste relatório se destina à obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, é imprescindível a referência às competências específicas deste profissional e do trabalho realizado para as desenvolver. No entanto, antes disso parece-nos necessário fazer referência ao conceito de competência específica, com o intuito de as contextualizar dado que iremos aprofundá-las, estas

são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Diário da República, 2ª série, nº 26, Secção II, Artigo 3º, alínea a), 2019).

Definido já o que se depreende por competências específicas e, sendo este um relatório de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, iremos prosseguir com referência às suas competências específicas e à descrição de como foram desenvolvidas.

### **2.1. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

Para o desenvolvimento desta competência foi estipulado no projeto o seguinte objetivo específico: executar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com base na Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem, que atendem às necessidades especiais da pessoa/família.

Tendo em conta as unidades de competência que dão suporte a esta competência, parece-nos que a sua estruturação se iguala a um plano de cuidados de enfermagem, ou seja, com as seguintes etapas: avaliação (J1.1. – Avalia a funcionalidade e diagnostica as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades), diagnóstico (J1.2. – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.), intervenção (J1.3. – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e /ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade) e reavaliação (J1.4. – Avalia os resultados das intervenções implementadas). Dado que a J1.3. especifica a implementação de intervenções com

o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções em diferentes níveis, sendo eles: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, decidimos apresentar esta competência segundo esses níveis. Ou seja, iremos descrever o desenvolvimento desta competência através da repartição pelos níveis de intervenção, com a incorporação das unidades de competência em cada um destes.

Abordar a função sensoriomotora é enaltecer o movimento, é conhecê-lo, é mostrar a sua importância na homeostasia da pessoa, é reconhecê-lo como aspecto essencial da vida, que apenas é tido como tal quando se sofre um acidente que resulte em afeições para o mesmo (Toubarro, 2016).

Com o intuito de descrever as intervenções desenvolvidas a este nível iremos fazer referência ao trabalho desenvolvido junto da Sra. D. M.F.S., do qual foi realizado um estudo de caso (Apêndice IV). Relembramos que a Sra. D. M.F.S. realizou uma artroplastia total do joelho esquerdo por artrose primária do joelho referido. De entre os problemas identificados, adequados à função em estudo, destacamos: alteração no equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo; insegurança e desequilíbrio no andar com canadianas. Dos quais resultaram os seguintes diagnósticos, respetivamente: equilíbrio corporal comprometido, capacidade para andar com auxiliar de marcha comprometida.

A avaliação realizada da Sra. D. M.F.S. revelou alterações ao nível da força muscular, avaliada através da *Medical Research Council Muscle Scale*<sup>1</sup>, do membro inferior esquerdo, como é possível constatar em maior detalhe no Quadro 1. A avaliação inicial foi realizada no dia 15 de outubro de 2019, durante a consulta pré-operatória, a segunda avaliação correspondeu ao dia da cirurgia, dia 29 de outubro, e a última corresponde ao dia que precedeu a alta para domicílio, dia 31 de outubro.

Ao analisarmos o Quadro 1. é possível visualizar num caso concreto o que nos é ilustrado através do desenho elaborado por Carli Gillis & Scheede-Bergdahl (2017), da trajetória da capacidade funcional ao longo do período peri-operatório (Figura 1.). Especificando, é possível visualizar a queda da capacidade funcional no ato cirúrgico, comparada com o período pré-operatório, e posteriormente a sua evolução positiva

---

<sup>1</sup> *Medical Research Council Muscle Scale* - tem como objetivo a avaliação da força muscular, gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa. Disponível em: <https://www.mrc.ac.uk/research/facilities-andresources-for-researchers/mrc-scales/mrc-muscle-scale/>

ao longo do pós-operatório. Cremos que poderia ser mais ilustrativo o relevo da *prehabilitation* neste caso se tivesse sido realizada uma avaliação imediatamente antes do ato cirúrgico, que nos possibilitasse a comparação com a primeira avaliação. Preferencialmente uma avaliação que não só recorresse à *Medical Research Council Muscle Scale*, mas também a outras escalas, como a Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia<sup>2</sup>, com o intuito de conhecer os ganhos em relação à resistência à atividade física. Relembramos que um dos objetivos deste processo de *prehabilitation* é o aumento da capacidade ao exercício (Boudreaux & Simmons, 2019) e é sugerido que a mesma seja avaliada pela escala supracitada (Carli et al., 2017).

**Quadro 1.** Avaliação da Força Muscular dos Membros Inferiores da Sra. D. M.F.S., segundo a *Medical Research Council Muscle Scale*.

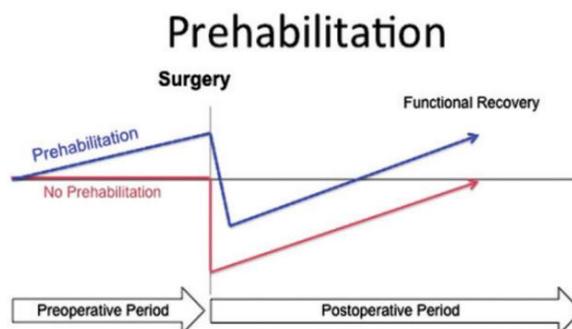
Membros Inferiores	Movimento	Esquerdo			Direito
		15/10	29/10	31/10	15/10 - 31/10
Coxofemoral	Abdução/Adução	5/5	0/0	4/4	5/5
	Flexão/Extensão	4/4	0/0	4/4	5/5
	Rotação Interna/Externa	4/4	0/0	4/4	5/5
Joelho	Flexão/extensão	4/4	0/0	3/3	5/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	5/5	0/0	4/4	5/5
	Inversão/Eversão	5/5	0/0	4/4	5/5
Dedos do Pé	Flexão/Extensão		0/0	5/5	5/5
	Abdução/Adução		0/0	5/5	5/5

Outras avaliações realizadas que se incluem na avaliação da função sensoriomotora da Sra. D. M.F.S. e que possam complementar a ilustração que

<sup>2</sup> Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia: tem como objetivos avaliar em tempo real o grau de dispneia percebida e permiti determinar limites seguros para o treino/atividades. Trata-se de uma escala de 10 pontos onde a intensidade da sensação de dispneia é graduada por meio de números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade da mesma, que vai desde 0 "nenhuma falta de ar" até 10 "falta de ar máxima". À pessoa é pedido que indique o número e descrição que corresponde à sensação de dispneia num determinado momento ou tarefa. Disponível em: <http://www.borgperception.se/>

apresentamos, são: a avaliação da marcha segundo as Categorias Funcionais de Marcha<sup>3</sup> e a avaliação do grau de dependência segundo a Índice de Barthel<sup>4</sup>.

**Figura 1.** Trajetória do período peri operatório com o aumento da capacidade funcional no período pré-operatório (*prehabilitation*) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório.



Fonte: Carli, F., Gillis, C. & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 129.

Relativamente à primeira avaliação no dia 15 de outubro de 2019, a Sra. D. M.F.S. revelou uma capacidade de marcha 5/5 sem canadianas; no dia da cirurgia, 29 de outubro de 2019, não foi avaliada a marcha por não ser possível, dado à sua condição de pós-operatório imediato que impossibilitava essa atividade; à data da última avaliação, 31 de outubro de 2019, a Sra. D. M.F.S. revelou uma capacidade de marcha 4/5 com canadianas. Também na avaliação do grau de dependência segundo o Índice de Barthel, que na nossa opinião demonstra de uma forma mais generalizada a avaliação da capacidade funcional, dado comportar uma avaliação da capacidade de autocuidado, podemos comprovar a trajetória simulada por Carli Gillis & Scheede-Bergdahl (2017), na pessoa submetida a cirurgia. A evolução decorreu assim com uma depressão no dia da cirurgia, comparativamente com a avaliação realizada no pré-operatório, e com uma elevação no pós-operatório. Mais concretamente, no dia

<sup>3</sup> Categorias Funcionais de Marcha – tem como objetivos promover a categorização detalhada do suporte físico necessário para pacientes que exercem marcha. É composta por 6 itens, com categorias pontuadas de 0 (não funcional–incapaz) a 5 (autónomo). Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/66/10/1530.long>

<sup>4</sup> Índice de Barthel - é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). Disponível em: [http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel\\_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf)

15 de outubro de 2019 a Sra. D. M.F.S. obteve um score de 100 (independente); no dia 29 de outubro de 2019 apenas conseguiu um score 30 (dependência severa), a depressão supracitada; e no dia 31 de outubro de 2019 identifica-se uma elevação da curva com um score de 65 (dependência moderada).

Tendo já feito referência à avaliação inicial, à identificação de problemas, aos diagnósticos formulados e por último aos resultados obtidos, dando ênfase ao processo evolutivo da Sra. D. M.F.S., é agora necessário descrever como foi realizado esse caminho, ou seja, que intervenções foram realizadas. As intervenções planejadas e realizadas em conjunto da Sra. D. M.F.S foram: instruir sobre produto de apoio para mover-se, canadianas: regulação da altura, condição das borrachas; instruir sobre técnica de adaptação para mover-se, canadianas: andar a direito, subir e descer escadas; avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para mover-se, canadianas; avaliar andar: fase de apoio e balanço; comprimento do passo e da passada, altura, largura e duração; treinar uso do produto de apoio (canadianas e da técnica de adaptação para mover-se (andar, subir e descer escadas); estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural); executar técnica de treino de equilíbrio (apoio unipodal, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos); monitorizar equilíbrio (estático e dinâmico através da Escala de Equilíbrio de Berg<sup>5</sup>); monitorizar força muscular (*Medical Research Council Muscle Scale*).

Relativamente à função respiratória, mantendo o intuito de demonstrar o desenvolvimento da capacidade de cuidar da pessoa com necessidades especiais, mais concretamente na otimização e reeducação da função respiratória, iremos mencionar e descrever a intervenção realizada junto da Sra. D. C.. Em contexto de ECCI apesar de existir um ou mais motivos para a referenciação de pessoas para esta equipa, pela necessidade dos seus cuidados especializados, por vezes surgem novas necessidades para além das inicialmente diagnosticadas, às quais a equipa tem de dar resposta. Neste caso em concreto, da Sra. D. C., o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação estava a desenvolver um programa de reabilitação

---

<sup>5</sup> Escala de Equilíbrio de Berg - tem como objetivos avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico; e prever o risco de queda em adultos e idosos. O desempenho de cada tarefa avaliada é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho do utente, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos. Portanto, quanto maior for o score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/21687774\\_Measuring\\_balance\\_in\\_the\\_elderly\\_Validation\\_of\\_an\\_inst](https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_inst)

motora com o objetivo de manutenção da amplitude articular e força muscular, através do treino de marcha. No entanto, numa visita domiciliária que visava dar continuidade ao programa já em vigor constatamos que a Sra. D. C. apresentava tosse produtiva e ligeira dispneia em repouso, não sendo possível quantificar segundo a Escala de Borg Modificada – avaliação da dispneia, devido à demência da Sra. D. C.. Deparámo-nos assim com uma nova alteração ao nível dos requisitos universais do autocuidado, nomeadamente na manutenção da inspiração de ar suficiente (Orem, 2001). São definidas intervenções no âmbito dos sistemas de enfermagem totalmente compensatório e parcialmente compensatório, através dos métodos de ajuda: agindo ou fazendo em vez da pessoa, ensinando e orientando a pessoa, preconizadas por Orem na sua Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem (Orem, 2001).

Consequentemente, realizámos uma avaliação da função respiratória recorrendo à avaliação da saturação periférica de oxigénio e auscultação pulmonar, juntamente com os restantes sinais vitais. À auscultação pulmonar verificou-se um murmúrio vesicular mantido em todo o campo pulmonar, bilateralmente, com presença de ruídos adventícios na base pulmonar direita, mais concretamente roncos. Assume-se estase de secreções que a Sra. D. C. tem dificuldade em mobilizar e expelir, com base nesta avaliação e diagnóstico, decidimos realizar uma sessão de reeducação funcional respiratória, dado que existia estabilidade do ponto de vista hemodinâmico.

A sessão de reeducação funcional respiratória decorreu no leito, iniciando-se com a Sra. D. C. em dorsal, com as pernas sob uma almofada, e realizando inicialmente uma dissociação dos tempos respiratórios e de seguida uma reeducação diafragmática posterior. Dado que a Sra. D. C. tem demência existiu uma dificuldade acrescida no cumprimento das indicações dadas a esta, como pedidos de colaboração para uma correta coordenação da inspiração e expiração. Posto isto, foi implementada uma estratégia de estimulação através da presença de um lenço que a Sr. D. C. teria de mover através da respiração.

Prosseguimos a sessão com a reeducação funcional da hemicúpula diafragmática direita, posicionando a Sra. D. C. em decúbito lateral direito, com o membro inferior direito em semi-flexão e o esquerdo em extensão. Aproveitamos este decúbito para a realizar reeducação funcional costal seletiva à esquerda. A mesma sequência de exercícios foi realizada de seguida em decúbito lateral esquerdo, com o objetivo de realizar reeducação funcional da hemicúpula diafragmática esquerda e costal seletiva à direita. A referir ainda, que no decorrer desta sessão foram realizadas manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), com o intuito de promover

a mobilização e eliminação das secreções presentes. Termina-se a sessão na posição de sentada para realização de exercícios de reeducação funcional costal global com recurso a bastão, ainda que improvisado com bengala, e a realização de tosse dirigida e assistida.

Durante esta sessão de reeducação funcional respiratória com a realização de drenagem postural modificada, manobras acessórias e exercícios de tosse foi possível obter a eliminação de secreções esverdeadas, juntamente com saliva, em grande quantidade. Com o intuito de reavaliar a eficácia das intervenções realizadas repetimos a auscultação pulmonar onde podemos constatar a inexistência dos roncós identificados aquando da auscultação primária.

Focando-nos agora sob a função eliminação intestinal e vesical, no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), que decorreu nos dias 5, 6 e 7 de dezembro de 2019, a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação realizou uma apresentação intitulada *Incontinência fecal: programa de reabilitação*. Mais do que a demonstração da importância de programas de reeducação na função eliminação intestinal, onde deu a conhecer escalas de avaliação, intervenções e produtos de apoio junto da pessoa com alterações do padrão de eliminação intestinal, a sua apresentação foi uma interpelação aos restantes colegas. A enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação pretendeu na nossa opinião motivar e convencer outros enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a desenvolverem projetos de intervenção e investigação na área da reeducação da eliminação intestinal.

No estudo de caso realizado da Sra. D. M.H. (Apêndice V) apesar de o foco ser a reabilitação motora pós fratura pertroneal do fémur esquerdo, existiu a necessidade da intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação na função eliminação vesical. Uma vez, que foram identificadas alterações ao padrão do autocuidado ao nível dos requisitos universais, mais concretamente e dado o âmbito da eliminação, na promoção de cuidados associados com processos de eliminação, tendo sido utilizado um sistema de enfermagem educativo e de suporte para a intervenção junto da pessoa. A Sra. D. M.H. ao nível da função em análise apresenta incontinência urinária de urgência, tendo sido estipulados os seguintes diagnósticos: autocontrolo: continência urinária ineficaz; potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário. O primeiro encontra-se estritamente relacionado com o padrão de eliminação vesical, já o

segundo está dependente da capacidade de deslocação, posto isto e tendo em conta a função em análise iremos apenas bordar o primeiro diagnóstico. Importa referir que o diagnóstico autocontrolo: continência urinária ineficaz foi também identificado no estudo de caso da Sra. D. M.H. (Apêndice V). Pretendemos assim demonstrar a nossa capacidade de intervenção em todas as funções da pessoa, ou de acordo com Orem (2001) em todos os requisitos universais de autocuidado, que neste caso se prende com a promoção dos cuidados associados com a eliminação.

A reeducação na função eliminação vesical apresenta-se uma prioridade nas intervenções da enfermagem de reabilitação (Rocha & Redol, 2016), em concreto nas pessoas com incontinência urinária, dependendo da sua etiologia, dado que constitui uma das principais causas de dependência e institucionalização precoce (Vale, 2007). Posto isto, e com o intuito de reeducar a função eliminação vesical nos casos supracitados foram implementadas as seguintes intervenções: avaliação do padrão de eliminação vesical (número de micções, quantidade de cada micção, horário das micções, monitorizar a entrada de líquidos); instaurar um plano de eliminação vesical (após as três principais refeições do dia, antes de se deitar); prescrição e ensino de exercícios de Kegel (10 repetições, 3 series, 3 vezes ao dia); uso de material absorvente na roupa interior, para dar conforto e segurança. No caso da Sra. M.H. foi possível, aquando da última avaliação, a manutenção da fralda limpa durante o período diurno, conseguindo a mesma deslocar-se à casa de banho em tempo útil. No caso da Sra D. M.F.S. e tendo em conta o curto internamento as intervenções planeadas para o *déficit* autocuidado supracitado surgem inseridas, maioritariamente, no sistema de enfermagem educativo e de suporte. Uma vez que a Sra. D. M.F.S. é potencialmente capaz de satisfazer os seus *déficits* de autocuidado, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é ao nível do ensino e apoio, segundo a Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem (Orem, 2001).

No âmbito da função sexual, deparámo-nos com a necessidade de informação por parte de um casal acerca da retoma à atividade sexual após cirurgia, surgindo assim a oportunidade de intervir a este nível. Foi no dia 8 de outubro de 2019 durante uma consulta pré-operatória que surgiu a questão, proveniente da esposa do Sr. F.: *quanto tempo após a cirurgia podemos retomar a nossa vida sexual e que cuidados são necessários para o fazer em segurança?* Importa referir, para contextualizar tanto a pergunta como a resposta, que o Sr. F. é um homem de 51 anos que está proposto para ser submetido a uma artroplastia total da anca direita. A primeira questão foi respondida de imediato, que com base da evidência científica afirmámos que o reinício

da atividade sexual após a artroplastia total da anca deve ser discutido com o ortopedista, só este atendendo à especificidade da sua cirurgia poderá determinar o melhor momento para o fazer. No entanto, a generalidade pode retomar a atividade sexual entre o primeiro e o terceiro mês após a realização da cirurgia (Betteencourt, Afonso & Gonçalves, 2014). No que diz respeito aos cuidados necessários para uma prática sexual segura, após uma artroplastia total da anca, foi explicado a necessidade de manter as restrições de movimento que a cirurgia obriga. O que nos levou a perceber que a resposta a esta questão necessitaria de um maior detalhe acerca das posições sexuais recomendadas. Posto isto, decidimos criar uma adenda (Apêndice VI) a um desdobrável já criado pela instituição para o efeito, onde são ilustradas 12 posições utilizadas nas relações sexuais, com recomendações para ambos os sexos. A adenda surge também de uma necessidade de rever o material já criado e atualizá-lo com evidência científica mais recente e completa.

Tendo já sido apresentadas as situações que contribuíram para o desenvolvimento da competência em análise sob uma ótica de individualização das diferentes funções a que faz referência, falta completar a apresentação com a referência à função cardíaca e cognitiva. No entanto, durante o decorrer do estágio que relatamos neste relatório não existiu a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação que se incluíssem nas funções supracitadas. A relatar que o primeiro contexto, como já referido, é um serviço de especialidades cirúrgicas direcionado, maioritariamente, para a especialidade ortopédica. E no segundo contexto, uma UCC, no qual integramos a sua ECCI que presta cuidados de enfermagem a uma maior diversidade de necessidades, também não existiu a oportunidade de contactar com pessoas que tivessem necessidade de um programa de reabilitação cardiovascular e de reeducação cognitiva.

Do ponto de vista da reabilitação cardiovascular, foi tentado executar com Sr. J.F., um homem de 72 anos, um programa de reabilitação que comportava esta vertente. Contactamos com o Sr. J.F. no dia 8 de janeiro de 2020, este apresenta uma insuficiência renal crónica sob hemodialise, e que por esta condição desenvolveu uma insuficiência cardíaca. É necessário reforçar que a prevalência de doenças cardiovasculares é maior nas pessoas com insuficiência renal crónica quando comparadas com a população em geral (Sarnak et al., 2003). Devido ao facto de termos contactado uma única vez com o Sr. J. foi apenas realizada uma nota de campo (Apêndice VII), com a descrição deste contacto e do programa que pretendíamos desenvolver *às posteriori* com o mesmo.

No que diz respeito à reeducação cognitiva foi possível a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao Sr. J.P., homem de 76 anos que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC), tendo já um diagnóstico de demência prévio a este AVC. Apesar do objetivo principal dos cuidados de enfermagem de reabilitação para o Sr. J.P. ser a manutenção da amplitude articular em todos os segmentos corporais, juntamente com a manutenção de uma boa função ventilação/perfusão, parece-nos pertinente fazer referência a este caso em particular. O Sr. J.P. apresenta um score de 0 (dependência total) no Índice de Barthel, não cumprindo quaisquer indicações dadas, nem sendo capaz de se expressar. A intervenção realizada neste caso teve como principal foco a capacitação da filha, enfermeira. Esta intervenção consistiu na realização de mobilizações passivas e ativas assistidas de todos os segmentos articulares, nos posicionamentos antispásticos, na mudança de posição de deitado para a posição de sentado, na transferência da cama para o cadeirão e vice-versa. A posição de sentado possibilita uma maior interação social, dado que pode ser deslocado em cadeirão ou cadeira de rodas para outras divisões da casa, nomeadamente a sala e a cozinha, apesar de ser alimentado pela cuidadora através de sonda nasogástrica. Este caso em particular foi descrito em notas de campo (Apêndice VIII) onde é possível consultar em maior pormenor as sessões realizadas.

Aproveitamos a referência à família e à capacitação do cuidador para sublinhar a importância da reeducação familiar/social, e ainda aplicando a Teoria Geral do Autocuidado de Orem identificar, neste caso, uma alteração ao requisito universal do autocuidado a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social. Posto isto, impera caracterizar família que segundo Figueiredo (2012) é tida como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em constante interação com o exterior, formando-se num grupo com funções sociais estabelecidas e com um grau de complexidade maior. Esta visão sobre a família enquanto unidade alvo de cuidados e parceira de cuidados conduz-nos ao imperativo de família enquanto cliente. Este pressuposto leva-nos a refletir sobre o processo de reabilitação, considerando-o não só como um processo de reabilitação da pessoa e/ou do seu cuidador, mas no fundo como um processo de reabilitação da família.

Posto isto, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve inicialmente ser sobre a família, com o intuito desta poder expressar as suas opiniões sobre o elemento que tem mais condições para o exercício do papel de cuidador (Martins, Monteiro, & Gonçalves, 2016). Posteriormente, este profissional deve incidir a sua intervenção sobre o prestador de cuidados, assegurando que a sua

capacidade e ação transcende os cuidados instrumentais, incluindo também valores e afetos, a continuidade de cuidados, o ensino da autonomia e a capacidade de prever as necessidades futuras (Martins et al., 2016). No caso do Sr. J.P. a filha sendo enfermeira, possui mais conhecimentos e maiores capacidades físicas que a sua mãe, e por isso apesar de trabalhar e de viver na sua própria casa assumiu-se como cuidadora no plano da reabilitação. Uma importante e fulcral intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, em contexto de ECCL, é conhecer os recursos da comunidade e disponibilizar esse conhecimento à família. O recurso a serviços de apoio domiciliário, por exemplo, permite evitar a desinserção da família na comunidade e garantir o desempenho eficaz de suporte à pessoa com deficiência (Martins et al.,2016).

## **2.2. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

Para o desenvolvimento desta competência foi estipulado no projeto o seguinte objetivo específico: tornar o período pré-operatório num tempo que permita à pessoa assegurar o seu autocuidado mantendo a participação e exercício da cidadania.

Apesar do objetivo formulado se dirigir única e exclusivamente ao período pré-operatório, dado à temática em estudo neste relatório, acreditamos que o material apresentado na competência J3., descrita mais à frente, pode também dar resposta ao objetivo que definimos para a competência em questão, J2. Acreditamos que uma única situação descrita permite o desenvolvimento de mais de uma competência, uma vez que para a resolução de uma situação existe a mobilização de várias competências e a mesma intervenção pode permitir justificar mais do que um objetivo.

No entanto, procurámos dar resposta às unidades de competência subjacentes a esta competência, de uma forma mais concreta através do caso da Sra. D. M.H., do qual realizamos um estudo de caso (Apêndice V). Antes de prosseguirmos para a apresentação do caso supracitado, detalhando como este dá resposta ao solicitado, gostaríamos de incluir uma reflexão que acreditamos se inserir, também, nestas unidades de competência.

Durante o processo de desenvolvimento profissional foram realizadas reflexões, umas estruturadas e colocadas por escrito, outras de uma forma menos criteriosa e elaboradas diariamente. O processo de reflexão realizado, diariamente, permitiu concluir que o desenvolvimento profissional não se finda na obtenção de

competências técnicas e conhecimentos teóricos, mas também numa ampliação das competências humanas e na capacidade de reflexão sob a postura do prestador de cuidados.

A leitura e análise da obra *A Reabilitação* de Walter Hesbeen (2001), permitiu conhecer a essência daquilo que é o cuidado, daquilo que deve ser a postura do cuidador, e concretamente os pilares da reabilitação que o enfermeiro especialista nesta área de especialização deve conhecer e exercer. Parece-nos pertinente a referência a esta obra e ao que esta nos ensinou, dado que a competência em questão se manifesta sobre a capacitação da pessoa com deficiência e limitação da atividade, conceitos abordados logo no início da obra.

Hesbeen (2001) escreve: “dizer que determinada pessoa é deficiente, apenas com base em sinais exteriores que, no máximo, nos deviam permitir afirmar que essa pessoa tem uma desvantagem” (p.1). O mesmo autor diz-nos ainda: “a desvantagem não é uma constante” (Hesbeen, 2001, p.3). Ao utilizarmos a metáfora do autor na sua obra, em que este ilustra a desvantagem como um peso a suportar pela própria pessoa, pelos seus próprios ombros, podemos encontrar o foco da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Este deve capacitar a pessoa a suportar esse peso, que recai apenas sobre si e que ninguém o pode carregar em sua vez. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode, no entanto, ajudar a pessoa a tornar-se mais capaz para suportar a exigência imposta sobre os seus ombros, e pode ainda tornar esta mais leve e mais fácil de ser carregada. O que nos conduz a outra conclusão se “a desvantagem não é uma constante” (Hesbeen, 2001, p.3), a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem o seu espaço temporal limitado à presença dessa desvantagem. Sendo a finalidade deste profissional: capacitar a pessoa ao ponto de não necessitar mais da sua assistência.

Assim sendo, o plano de intervenção construído em parceria com a Sra. D. M.H., visou o estabelecimento de objetivos tendo conta as suas ambições, sendo estas: o poder almoçar com o marido na cozinha, o ir à casa de banho urinar e evacuar sem ajuda, o poder ir ao café, à missa, e posteriormente o poder frequentar o centro de dia. Transpondo estes objetivos, para os do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação foram estabelecidos os seguintes: tolerância à atividade, capacidade para usar produtos de apoio para o autocuidado: ir ao sanitário; movimento muscular mantido; capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se: melhorada; equilíbrio corporal não comprometido; capacidade para usar dispositivo auxiliar para

autocuidado: higiene; capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada.

Fazemos referência ao facto de se ter identificado na Sra. D. M.H. uma diminuição da força muscular segundo a *Medical Research Council Muscle Scale*, mais propriamente um *score* de 3 nos seguintes segmentos corporais: articulação escapulo-umeral, articulação coxofemoral, joelho esquerdo e articulação tibiotársica esquerda. Sendo que associado à diminuição da força muscular foram ainda identificadas limitações articulares significativas. Existindo também uma profunda desvantagem na capacidade de marcha, que segundo as Categorias Funcionais de Marcha se classifica como uma marcha dependente nível II, inserida na categoria 1, demonstrando a necessidade de grande ajuda para a andar e evitar quedas. Através da Escala de Equilíbrio de Berg obteve-se da avaliação realizada um *score* de 1, conseguindo apenas dar resposta ao item 3., ou seja, permanece sentada sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão. No Índice de Barthel a avaliação realizada revelou uma dependência total, obtendo um *score* de 15. A referir ainda que apesar de em repouso não apresentar sensação de cansaço, aquando da realização de pequenos esforços e avaliando pela Escala de Borg Modificada – avaliação da dispneia, a Sra. D. M.H. avalia o seu cansaço com um *score* de 6, que corresponde qualitativamente a um cansaço intenso.

Com o intuito de alcançar os objetivos estipulados e de tornar a desvantagem presente transitória foi delineado um plano de intervenção composto essencialmente por exercícios de reeducação funcional respiratória e motora. Mais concretamente, na consciencialização da respiração, nos exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmáticos e costal global, como sugerido por Sousa e Carvalho (2016). No âmbito da reabilitação motora foram realizados exercícios de mobilização ativos-assistidos e ativos-resistidos. Segundo Sousa e Carvalho (2016), é recomendado uma intervenção durante 6 meses, através de mobilização passiva e ativa-assistida de flexão-extensão do joelho, da articulação coxofemoral e tibiotársica. Foram ainda incluídos exercícios de treino de equilíbrio, uma avaliação constante da dor, da glicemia capilar, da função respiratória com recurso à auscultação pulmonar, da saturação periférica de oxigénio e um processo contínuo de educação para a saúde junto da Sr. D. M.H., do seu esposo e filho (cuidadores informais).

Para além da realização e prescrição de exercícios de diferentes naturezas como referido foi ainda realizada uma avaliação da habitação com o intuito de diminuir o peso a suportar pela Sra. D. M.H., tendo sido prescrito duas barras de apoio junto da

sanita, sendo que apenas foi colocada uma. Foi ainda sugerido o uso de andarilho, dado ao equilíbrio e força presente, e ainda a necessidade de uma pedaleira para a obtenção de melhores resultados. Pretendemos com estas intervenções um exercício terapêutico prolongado, uma vez que quando este é incluído num programa de reabilitação à pessoa com fratura da extremidade superior do fémur, existe um impacto significativo nas atividades de vida diária (Auais, Eilayyan, & Mayo, 2012). Posto isto, acreditamos que as intervenções executadas tencionaram a elaboração e implementação de programas de treino de atividades de vida diária visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Acreditamos que o exercício da cidadania tem como principal necessidade a capacidade de deslocação, ou seja, a capacidade de marcha com ou sem auxílio. O treino de marcha revelou-se uma importante componente dos cuidados de enfermagem de reabilitação durante o estágio realizado, tendo sido alvo de uma reflexão organizada e profunda, podendo ser consultada no Apêndice IX. No entanto, impera referir que quanto mais cedo se recuperar a capacidade de andar, mais depressa a pessoa se torna independente para outras atividades de vida diária (Marques-Vieira, Sousa, Sousa & Berenger, 2016). O que nos leva a assumir que a capacidade de marcha é o melhor preditor para a recuperação do autocuidado (Baixinho, 2011), que por sua vez manifesta ganhos ao nível da autonomia e da qualidade de vida. Podemos afirmar, assim que a promoção da marcha é concomitantemente uma promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social.

### **2.3. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

Para o desenvolvimento desta competência foi definido no projeto o seguinte objetivo específico: desenvolver um programa de *prehabilitation* que permita à pessoa proposta para cirurgia ortopédica desenvolver a sua capacidade funcional.

Durante 4 semanas realizámos a observação e registo das consultas pré-operatórias, no contexto hospitalar já descrito. Estas consultas foram efetuadas a pessoas que irão ser submetidas a uma cirurgia ortopédica, mais especificamente: a artroplastia total da anca, a artroplastia total do joelho, a artroplastia total do ombro e a ligamentoplastia do ligamento cruzado anterior, assim como a artroscopia do ombro.

A duração da consulta pré-operatória depende do número de pessoas programadas para o dia, no entanto, o momento individual dura em média 20 minutos por pessoa e o em grupo cerca de 1 hora e 15 minutos. Tendo em conta que por norma são agendadas consultas a cerca de 6 pessoas, o tempo de duração de toda a consulta pré-operatória ronda as 3 horas.

Esta consulta caracteriza-se por ser realizada com cerca de duas semanas de antecedência da data da cirurgia. O seu conteúdo programático inicia-se com uma avaliação da pessoa proposta para cirurgia assim como do seu cuidador, onde são identificadas necessidades de ensino e de manutenção do autocuidado. São confirmados os pré-requisitos para a realização da cirurgia em segurança, sendo estes: a aceitação da realização de transfusão de hemoderivados, em caso de necessidade, para a artroplastia total da anca e do joelho; a confirmação e identificação de um cuidador; a inexistência de cáries ou outro tipo de infeção (urinária, respiratória) que comprometa o resultado da cirurgia. Ou seja, pretende-se otimizar a condição clínica da pessoa antes da cirurgia e diminuir os fatores de risco modificáveis de infeção, intervenções que demonstraram reduzir o risco de infeção (Freitas & Ribeiro, 2013).

Nesta consulta individual realizada pelo médico ortopedista e pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, existe a caracterização tanto das necessidades, através de um questionário criado única e exclusivamente para este programa, como da condição da pessoa para ser submetida a cirurgia. Sendo posteriormente realizada uma reunião com todos as pessoas que vieram para a consulta desse dia. Neste momento, é esclarecido pelo cirurgião como se irá proceder a cirurgia, como é expectável que o pós-operatório decorra, ao mesmo tempo que enumera as possíveis complicações da cirurgia e como podem contribuir para a sua prevenção.

A consulta prossegue após este momento dedicado à intervenção médica com a intervenção da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Esta profissional continua a consulta na tentativa de responder às necessidades das pessoas e dos seus cuidadores através de, segundo a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Orem, através de um sistema de enfermagem educativo e de suporte. Com o intuito de assistir a pessoa e o seu cuidador através do sistema enunciado a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação recorre aos métodos de ajuda descritos por Orem, sendo eles: ensinar a pessoa, orientar, apoiar e proporcionar um ambiente em que a pessoa se possa desenvolver

e crescer (Orem, 2001).

Desta forma, a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação inicia a sua intervenção, recorrendo ao método de ajuda orienta a pessoa e cuidador acerca: do dia da cirurgia (hora de chegada, jejum, exames auxiliares de diagnóstico a trazer, local onde se devem dirigir), das meias de contenção (a trazer pelo próprio, qual o seu intuito, como as vestir de uma forma mais fácil), da medicação a tomar no dia da cirurgia, da necessidade de canadianas (no dia seguinte à cirurgia, condições em que estas devem estar), da calçado a trazer para o internamento (aconselha-se um calçado para o banho e outro para realizar treino de marcha), da linha azul (contato da pessoa de referência que receberá as 3 mensagens durante o procedimento cirúrgico), do bilhete de identidade do cuidador (como funciona), cuidador (horário especial de visita, direitos e deveres), do horário de visitas, das esponjas (quando e como utilizar), da alta, do penso (cuidados a ter) e dos cuidados no domicílio (contato por parte do enfermeiro do centro de saúde).

Após esta orientação, a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação continua a sua intervenção agora com recurso ao método de ajuda ensina a pessoa e cuidador. Os ensinamentos realizados dizem respeito aos cuidados a ter após a cirurgia, no caso da artroplastia total da anca, é realizado o ensino para a prevenção da luxação e subluxação da prótese, mais concretamente na abstenção da flexão da articulação coxofemoral acima dos 90°, da adução para além da linha média e da rotação interna (Rocha, Antunes, Silva & Farinha, 2016). Transpondo estes princípios para o quotidiano das pessoas são realizados os seguintes ensinamentos: na posição de deitado, em lateral, o decúbito deve ser o contrário ao lado intervencionado e com uma almofada entre os membros inferiores; o sair da cama deve ser feito pelo lado intervencionado; o sentar-se deve ser realizado em cadeiras altas e mantendo os membros inferiores em abdução. Os ensinamentos aqui descritos podem ser consultados em maior detalhe, com a sequência de cada movimento, no Anexo II.

Dá-se continuidade à consulta pré-operatória com a prescrição de exercícios isométricos para os membros inferiores, assim como a prescrição de mobilizações ativas da articulação coxofemoral do lado intervencionado. Conclui-se com a instrução do uso das canadianas em superfícies planas. De acordo com Sousa & Carvalho (2016), os exercícios isométricos dos membros inferiores permitem o fortalecimento dos glúteos e quadricípites, importantes para que a marcha aconteça. Também o poder praticar o uso de canadianas no pré-operatório permite um aumento da confiança e segurança no seu uso no pós-operatório (Walker, 2012).

A referir que no fim é sempre conferido espaço para a colocação de perguntas e ou um esclarecimento mais pormenorizado, face à individualidade da pessoa e a necessidade de ensino/orientação/apoio que esta apresente. Tendo em conta este formato de consulta e atendendo às principais complicações das cirurgias em questão propomos enquanto elemento da equipa, juntamente com os princípios de um programa de *prehabilitation*, a introdução de mais alguns fatores que podem influenciar a recuperação pós-operatória. As alterações sugeridas e implementadas surgiram da capacidade de avaliação e reformulação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados, realizados durante estas 4 semanas. Introduzimos assim na consulta pré-operatória conteúdos respeitantes à função respiratória, sensoriomotora, eliminação vesical e, ainda respeitantes à preparação psicológica e à melhoria do estado nutricional. A referir que as estes dois últimos conteúdos são, concomitantemente dois objetivos da *prehabilitation* enunciados por Boudreaux & Simmons (2019).

No âmbito da melhoria do estado nutricional foi enunciada a necessidade de uma maior ingestão proteica (Carli et al., 2017), sendo possível consultar no Anexo III um exemplo da dieta proposta pelo mesmo autor. Sugerimos, ainda a ingestão de alimentos ricos em ferro e a ingestão hídrica, com o intuito de prevenir estados de anemia e/ou desidratação, aquando do ato cirúrgico. Consideramos que não sendo o foco da nossa intervenção a melhoria do estado nutricional, tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, o devíamos abordar uma vez que é identificado como um fator relevante para o sucesso cirúrgico. Impera referir que a anemia está, muitas vezes, associada a uma má nutrição e a sua existência no período pré-operatório, em pessoas submetidas a artroplastia totais, conduz a uma maior necessidade de suporte transfusional, o qual está associado também a um aumento do risco de infeção pós-operatória (Freitas & Ribeiro, 2013).

A abordagem à preparação psicológica fez-se recorrendo ao método de ajuda apoiando a pessoa e cuidador através da gestão das expectativas e da ansiedade pré-operatória. Foi tido em conta, para a gestão supracitada, a existência de fatores como um mau estado funcional, uma sensação de má qualidade de vida, estados depressivos e ansiosos, dor descontrolada, uso de canadianas andarilhos e cadeira de rodas, uma vez que a existência destes podem contribuir para um aumento das expectativas (Cody et al., 2017). A gestão realizada tem como principal enfoque a

melhoria expectável da qualidade de vida, sem necessidade de produtos de apoio a médio/longo prazo, a ilustração do processo de recuperação e a desmitificação de medos e receios.

Ao nível da função sensoriomotora inovámos na inclusão do treino de força dos membros superiores, tendo enfatizado a sua necessidade à pessoa e ao seu cuidador. Isto derivado do fato de que é considerado fulcral o fortalecimento dos membros superiores, mais concretamente os tricípites braquiais, numa fase inicial dada a necessidade de utilizar auxiliares de marcha posteriormente à cirurgia (Sousa & Carvalho, 2016).

Dedicados à maximização da função respiratória incluímos ensinamentos sobre: a consciencialização da respiração, exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmática e da tosse (Sousa e Carvalho, 2016). Como explicitado por Isaías, Sousa & Dias (2012) o êxito da reeducação funcional respiratória depende em grande parte da existência de um treino pré-operatório. Os mesmos autores recomendam também um acompanhamento mais rigoroso junto das pessoas com doenças do foro respiratório, em especial nas com broncorreia, com o intuito de uma higiene brônquica eficaz (Isaías, Sousa & Dias, 2012). No entanto, a forma como a consulta pré-operatória está organizada não permite este seguimento mais próximo e rigoroso.

Focando-nos na função eliminação vesical, e derivado da constatação da necessidade recorrente de realizar esvaziamentos vesicais a pessoas submetidas a cirurgia, decidimos incluir na consulta pré-operatória ensinamentos acerca dos exercícios de Kegel. A retenção urinária pós-operatória é das complicações mais frequentes, com uma taxa de incidência entre os 8 e os 35%, sendo particularmente predominante nas pessoas submetida a cirurgia do foro ortopédico (Palese, Buchini, Deroma, & Barbone, 2010). Os fatores intrínsecos da pessoa e que podem conduzir a uma maior predisposição para a retenção urinária são a idade, devido à perda da elasticidade do músculo detrusor ao longo dos anos, e o sexo, mais concretamente o sexo masculino devido à estenose uretral e hiperplasia prostática, sendo que se deve dar especial atenção aos indivíduos com idade superior aos 60 anos (Fernandes, Costa & Saraiva, 2007). Optámos por esta intervenção uma vez que permite a consciencialização e fortalecimento da musculatura pélvica, incluindo o fortalecimento do músculo já descrito que vai perdendo a sua elasticidade e força. Pretendemos com esta intervenção diminuir a incidência de cateterismos vesicais e infeções do trato urinário associada a esta intervenção, infeções estas que aumentam custos e dias de

internamento (Palese et al., 2010).

Decidimos também iniciar precocemente os ensinamentos dos cuidados a ter para o regresso a casa, com recurso ao método de ajuda: proporcionar um ambiente em que a pessoa e cuidador se possa desenvolver e crescer, com o intuito de dar mais tempo para que as alterações necessárias sejam feitas. Alterações que têm como objetivo a prevenção de quedas e a apropriação de cadeiras e assentos, tendo em conta as limitações articulares que a pessoa possa ter. A intervenção incorporada ao nível da prevenção de quedas destina-se à resolução ou tentativa de eliminação dos fatores extrínsecos das quedas, relacionados com o meio envolvente e com dispositivos de interface (Soares & Branco, 2013). Importa reter que a prevenção de quedas e as intervenções na modificação do domicílio são cruciais para a redução da morbilidade e mortalidade relacionados com este evento (Chase, Mann, Wasek & Arbesman, 2012). Juntamente com as sugestões de modificações habitacionais, foram propostos produtos de apoio como o alteador de sanita, com vista a evitar a flexão acentuada da articulação coxofemoral (Vital & Cameron, 2009).

A nossa integração na equipa deste serviço de especialidades cirúrgicas para a participação na consulta pré-operatória, durante a realização do estágio, foi de extrema importância dado que contribuiu para: a construção de uma *check-list*, com os conteúdos programáticos (Apêndice X); a elaboração de um desdobrável acerca retoma da atividade sexual após artroplastia total da anca (Apêndice VI); a reestruturação do questionário de avaliação da capacidade do cuidador, com vista à identificação das suas necessidades de formação, para que possa assumir este papel aquando da alta. Tendo em conta o apresentado, consideramos que foi possível conceber e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

Com o intuito de demonstrar a robustez da nossa intervenção na consulta pré-operatória foi construída uma tabela, disponível no Apêndice XI, onde é possível conhecer o número de consultas realizadas, distribuídas pelas diferentes cirurgias a que as pessoas estavam propostas. Foi efetuada uma referência ao sexo das pessoas propostas para cirurgia, à sua idade e à lateralidade da cirurgia.



### **3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, é necessário antes de as enunciar e justificar o seu desenvolvimento, ter conhecimento daquilo que as define, sendo estas

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação e assessoria (Diário da República, 2ª série, nº 26, Secção II, Artigo 3º, alínea a), 2019).

Importa referir que apesar da apresentação e estruturação deste capítulo estar realizada com a referência e descrição de pelo menos uma situação experienciada, a mesma situação não contribui apenas para o desenvolvimento de uma competência. A prestação de cuidados de enfermagem, e mais concretamente, a prestação de cuidados de enfermagem especializados, neste caso em específico, cuidados de enfermagem de reabilitação, são de uma grandeza e complexidade que necessitam da articulação e aplicação de vários fatores e competências em simultâneo.

A premissa que queremos enaltecer é de que: uma situação experienciada e descrita pode ter conduzido à necessidade de mobilizar uma competência concreta, desenvolvendo-a em maior escala, quando comparada com outras competências. O que nos leva a concluir, por outro lado, que o desenvolvimento de uma competência justificada pela descrição de uma e/ou mais situações também não se esgota e finaliza nessa mesma, podendo ter continuado o seu processo de desenvolvimento noutras situações descritas em outras competências.

#### **3.1. A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Para o desenvolvimento da competência A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional foi definido no projeto o seguinte objetivo específico: desenvolver uma prática de cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação com base nos princípios éticos e deontológicos.

No primeiro dia de estágio em contexto hospitalar, mais concretamente na primeira consulta pré-operatória, a pessoa consultada recusou-se a assinar a permissão para em caso de necessidade ser administrado hemoderivados. Ao não permitir tal intervenção, em situação de necessidade, é-lhe recusada a possibilidade

de ser submetida à cirurgia para a qual estava proposta, artroplastia total da anca. Foi explicado pelo médico ortopedista, dos riscos inerentes à cirurgia e que apenas realizavam este procedimento com a segurança imposta pelo consentimento da permissão supracitada, como tal não se sucedeu não era possível a realização da cirurgia. Foram prescritos analgésicos e anti-inflamatórios, para controlo da dor, e dada por finalizada a consulta pré-operatória.

Também o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação manteve o respeito pela decisão tomada pela pessoa, conforme o estipulado do Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 81º, mais concretamente na alínea a), e) e f), ou seja, “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação...”, “abster-se de juízos e valor sobre o comportamento da pessoa assistida...” e “respeitar e fazer respeitar as opções (...) religiosas da pessoa” (OE, 2015), respetivamente.

Posto isto, foi realizada a gestão de expectativas em relação à resolução da sua limitação que lhe causa dor e com isso incapacidade na realização das atividades de vida diária, imprescindíveis ao seu autocuidado. Analisando a situação descrita, tendo em conta a competência em questão e juntamente com aquilo que é a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, acreditamos que esta pessoa necessitava de uma intervenção diferenciada na maximização da sua capacidade funcional. E, fazendo novamente referência ao Código Deontológico do Enfermeiro, ao intervir neste sentido estar-se-ia a “assegurar a continuidade de cuidados...”, artigo 83º, alínea d) (OE, 2015), uma vez que se procedeu ao fim dos cuidados com a prescrição de fármacos para alívio de sintomas.

Acreditamos que se tivéssemos a oportunidade de uma intervenção junto desta pessoa, personalizada e individualizada, que não se findasse na gestão de expectativas, seria possível atingir o esperado para a nossa ação enquanto enfermeiros especialistas. Em concreto, se fosse concedida a autonomia e a possibilidade de exercer intervenções autónomas de enfermagem de reabilitação, tínhamos junto da pessoa proposto uma consulta de enfermagem de reabilitação. Onde procederíamos à avaliação da sua capacidade funcional, com a delineação de estratégias compensatórias da sua limitação, de forma a obter uma maior capacidade de assegurar o seu autocuidado e mantendo um certo nível de qualidade de vida.

Com o intuito de desenvolver a competência A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais foi definido

no projeto o seguinte objetivo específico: incrementar a capacidade de tomada de decisão, responsável e justificada por um raciocínio clínico.

Enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação o conhecimento apenas dos direitos humanos torna-se insuficiente, é necessário um conhecimento mais profundo da legislação que declara os direitos da pessoa com deficiência. Este profissional deve ser um agente da igualdade e equidade naquilo que se prende com os cuidados de saúde, em específicos nos cuidados de enfermagem e nos cuidados de enfermagem de reabilitação. As desigualdades em saúde são por vezes inevitáveis, contudo, a sua maioria são evitáveis, originando injustiças que se demonstram verdadeiras iniquidades em saúde, e por este motivo, é imperativo tomar medidas (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2012). Pressupõem-se, portanto, que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação demonstre conhecimento sobre a legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica; sensibilize a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas; identifique barreiras arquitetónicas e oriente para a eliminação das mesmas; emita pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade (OE, 2010).

Posto isto, e atendendo à unidade de competência em questão, para uma prática de cuidados que respeite tanto os direitos humanos como as responsabilidades profissionais é necessária uma avaliação criteriosa da pessoa, de forma a poder ser justo nas intervenções prescritas assim como na prescrição de produtos de apoio. A responsabilidade prende-se com a prevenção de desigualdades em que o principal argumento é raciocínio clínico, baseado na evidência científica e na legislação, após a identificação das necessidades adjacentes.

Durante o estágio em contexto de ECCL, pude avaliar o domicílio de várias pessoas assistidas por esta equipa, pessoas que comportavam limitações físicas com estreita relação com a sua capacidade funcional. Na ausência da possibilidade em aumentar a capacidade funcional da pessoa assistida, foi necessário o recurso a produtos de apoio que possibilitassem a execução de uma tarefa com um grau de exigência menor. A prescrição desses produtos de apoio procede-se após uma avaliação da capacidade funcional da pessoa, por parte de uma equipa multidisciplinar, que os prescreve de forma a serem obtidos de forma gratuita. Aferimos a gratuitidade, uma vez que consta em Decreto-Lei 93/2009 de 16 de abril, Capítulo I, Artigo 5º, alínea a), que declara a atribuição de forma gratuita e universal de produtos de apoio.

Durante o estágio existiram casos em que a pessoa assistida possuía uma deficiência e outros casos em que apresentava uma incapacidade temporária. O decreto de lei supracitado também distingue estas duas incapacidades e garante a ambas o acesso gratuito aos produtos de apoio. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto destas pessoas, no seu domicílio, possibilitou a avaliação do grau de incapacidade da pessoa, assim como a avaliação do seu domicílio e da necessidade destes produtos de apoio. Foi possível neste contexto realizar prescrições de produtos de apoio, assim como a identificação e a sugestão de correção de barreiras arquitetónicas, atendendo ao grau de incapacidade da pessoa. A reter que as sugestões e disponibilização de assistência na escolha dos produtos de apoio foi realizada, no entanto não se possui a competência para a prescrição através do decreto de lei supracitado. Posto isto, e dado que em muitos casos a pessoa assistida e o seu agregado familiar não possuíam capacidades económicas para obter tudo aquilo que era desejado, a exigência sob o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação aumentava. Tal facto, conduziu a um apelo à criatividade e empenho, deste profissional, na obtenção da máxima capacidade funcional da pessoa e na prescrição apenas dos produtos de apoio essenciais ao autocuidado.

### **3.2. B - Domínio da Melhoria Continua da Qualidade**

Para o desenvolvimento da competência B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica foi estipulado no projeto o seguinte objetivo específico: colaborar em programas de melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos na instituição.

No dia 17 de outubro de 2019 participamos numa formação para profissionais de saúde, destinada maioritariamente a enfermeiros e assistentes operacionais, intitulada de “Mobilização dos doentes: prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”. Foi uma formação com uma componente teórica e outra prática, tendo sido realizada por um conjunto de enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação. Apesar de não termos feito parte da realização da apresentação e da construção da formação, foi-nos dada a possibilidade de contribuir com um conhecimento baseado numa evidência científica mais atual. A formação em questão foi composta pelos seguintes conteúdos: a natureza dos riscos a que os

profissionais de saúde estão sujeitos, conceitos de ergonomia, mecânica corporal e lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), o impacto económico do absentismo por LMERT, sintomas e fatores de risco associados e o recurso à ginástica laboral.

A componente prática ficou marcada pelo posicionamento correto de pessoas no leito, com recurso às ajudas técnicas e com a mecânica corporal correta assim como a necessidade do número certo de profissionais para um posicionamento em segurança. Foram realizadas as técnicas de transferência (cadeira/cama e vice-versa), técnicas de levantar após queda sem lesões.

A participação na referida formação permitiu-nos transpor os conhecimentos adquiridos e a necessidade desta temática para o meu contexto profissional e realizar formação neste âmbito, junto de enfermeiros e assistentes operacionais. O contacto com esta temática permitiu-me ganhar consciência da importância que uma correta ergonomia e mecânica corporal aquando da prestação de cuidados. E ainda, da responsabilidade que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem junto da equipa enquanto formador e auditor de boas e más práticas. Posto isto, procurei junto da equipa, diariamente, identificar situações em que não estivesse garantida a segurança do profissional e/ou do doente devido a uma mecânica corporal incorreta, intervindo posteriormente com a correção da mesma e explicação quer dos fundamentos da mesma quer da sua importância.

Com o intuito de desenvolver a competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programadas de melhoria continua foi traçado o seguinte objetivo específico: desenvolver a capacidade de mobilização e utilização da melhor evidência disponível na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

No contexto de ECCI constatamos a importância de uma periodicidade na realização dos exercícios prescritos pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. A referir que as pessoas referenciadas a esta equipa eram avaliadas no início deste acompanhamento, sendo posteriormente delineado um programa de intervenção. Este programa individualizado era estruturado face à necessidade das pessoas alvo dos cuidados, mas também face à disponibilidade da equipa, numa gestão de recursos técnicos e humanos perante os cuidados a prestar. Concretamente, os planos de intervenção são de uma forma genérica, havendo sempre espaço para a personalização, organizados em visitas duas a três vezes por semana. No entanto, a pessoa alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação de

forma a obter melhores resultados com esta intervenção não pode apenas realizar os exercícios prescritos aquando da visita domiciliária. Fomos constatando que em alguns casos quando questionávamos as pessoas, acerca da realização dos exercícios prescritas, estas afirmavam que não cumpriam a periodicidade e os exercícios prescritos.

A justificação concedida pelas pessoas prendia-se na sua maioria pelo esquecimento, falta de obrigatoriedade e vontade. Posto isto, identificamos que realmente existe o fator motivacional que deve ser alvo de atenção por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, mas também acreditamos que devia ser criado um instrumento que traduzisse o sentimento de obrigatoriedade e de compromisso para com o plano de cuidados estipulado. Deste modo, sugerimos que se criasse um documento, onde estivesse os exercícios prescritos com a sua periodicidade de execução. Isto é, igualar a prescrição das intervenções de enfermagem de reabilitação à prescrição de terapêutica, onde a pessoa tem a informação e obrigatoriedade de tomar um determinado fármaco a uma hora certa ou altura do dia.

Pretendendo o desenvolvimento da competência B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro foi estabelecido no projeto o seguinte objetivo específico: promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família nos diferentes locais de ensino clínico.

A unidade hospitalar em que foi realizado o estágio, como enunciado anteriormente é acreditada pela JCI. Durante o tempo em que realizamos o estágio nesta instituição tivemos a oportunidade de estar presente em apresentações com o intuito de preparar a auditoria intermédia a acontecer ainda no decorrer do presente estágio. Numa destas reuniões semanais, mais propriamente no dia 09 de outubro de 2019, foi possível conhecer as imposições pela JCI para a garantia da segurança nos cuidados de saúde, prestados pela instituição. Mais concretamente, através da apresentação do trabalho realizado pelos serviços de apoio e em como estes garantem a segurança da pessoa assistida. Os serviços em questão são: o serviço de patologia, o serviço de esterilização e o serviço de recursos humanos. Para além destes serviços, foi ainda apresentado o novo consentimento informado da instituição, a fornecer e a esclarecer à pessoa assistida para a realização de procedimentos invasivos.

No dia 28 de outubro de 2019, numa nova reunião após a auditoria intermédia foram apresentados os resultados da mesma. Foi uma experiência interessante e que permitiu conhecer em maior pormenor como se garante a segurança da pessoa assistida. Ficou patente a premissa do melhor cuidado é um cuidado seguro e continuado. Fazendo a ponte para o caso da pessoa submetida a cirurgia, esta deve ser alvo de uma observação diária, por se considerar uma situação clínica aguda.

O enfermeiro especialista ao participar nestas reuniões/formações está não só a promover a sua formação profissional, mas a assumir a responsabilidade de formador junto dos enfermeiros do seu serviço. Enquanto gestor dos cuidados de enfermagem e líder de uma equipa, o enfermeiro especialista assume uma posição vantajosa para a identificação de riscos existentes, quer para a pessoa assistida, quer para o profissional e/ou para a instituição. Após esta identificação é capaz de implementar medidas recomendadas/exigidas para que exista um menor risco associado aos cuidados de saúde.

O processo de audição que visa o descrito anteriormente, identificação de riscos e ou potenciais riscos à segurança da pessoa, deve ser realizado junto da equipa prestadora de cuidados e por um profissional diferenciado, como é o caso do enfermeiro especialista.

### **3.3. C - Domínio da Gestão dos Cuidados**

Para a descrição desta competência e justificação do seu desenvolvimento será apresentada uma situação vivida durante o estágio, que acreditamos poder justificar as duas unidades de competência adjacentes. Sendo elas: C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Tendo em contas estas unidades de competência foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos: participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de ensino clínico, e garantir a segurança e qualidade dos cuidados delegados, respetivamente.

Acreditamos que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode assumir-se enquanto gestor dos cuidados de enfermagem e líder de uma equipa de enfermeiros de cuidados gerais. O estágio em contexto hospitalar, no Serviço de Especialidades Cirúrgicas já descrito anteriormente, foi uma excelente oportunidade para observar e aprender como um enfermeiro especialista em enfermagem de

reabilitação pode assumir um papel fulcral na gestão dos cuidados prestados e ser um líder da equipa de enfermagem. A gestão dos cuidados começava desde o início do turno com o conhecimento de todas as pessoas internadas e da sua situação clínica através da passagem de turno. Durante este momento eram facultadas indicações aos colegas, enfermeiros de cuidados gerais, da pertinência de cuidados ajustados à individualidade de cada pessoa. A diligência destas orientações era bidirecional, ou seja, partia por vezes da iniciativa da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação quando assim identificava a necessidade, outra vezes partia da própria equipa perante o aparecimento de dificuldades, que a questionava.

A ação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa perspetiva de gestor e líder continuava na avaliação multidisciplinar realizada diariamente, por si e pelo médico assistente. Sendo que posteriormente era transmitida à equipa os cuidados de enfermagem a prestar a cada pessoa. A enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação supervisionava também: a garantia dos cuidados de higiene e desinfeção do ambiente, a existência de stocks de fármacos; realizava diariamente o teste ao desfibrilhador e, confirmava que o carro de urgência se encontrava em condições de uso.

Na gestão de cuidados e na articulação com a equipa multidisciplinar a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação assumia um papel preponderante na identificação de necessidades do foro social, articulando-se com a assistente social. O processo inicia-se precocemente com a identificação quer de um déficite existente que se manterá após a alta, quer de uma possível necessidade de cuidados. Isto porque muitas pessoas internadas tinham sido submetidas a intervenções do foro ortopédico, apresentando limitações do movimento por necessidade de imobilização dos segmentos corporais intervencionados. Dado este facto, a pessoa assistida quando tem alta pode apresentar ainda a necessidade de ajuda no seu autocuidado durante um período transitório ou permanente.

Com o intuito de assegurar a continuidade de cuidados aquando da alta, quando identificada a necessidade de cuidados especializados de reabilitação, era assumida pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação a referenciação da pessoa para a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI). Parece-nos que a realização desta referenciação, em que houve a oportunidade de participar e de a realizar, adequa-se a esta competência dado que envolve a articulação com a equipa de saúde a diferentes níveis, médica, assistente social, equipa de gestão de altas e até com a equipa de saúde que irá receber a pessoa após a alta. Para além disto, o

enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume a responsabilidade de realizar uma correta referenciação e de liderar a equipa, para a promoção do máximo estado de autonomia e independência da pessoa, de forma a esta possuir os critérios para o ingresso nas diferentes unidades da RCCI.

A estreita articulação com a equipa de saúde, a gestão dos cuidados de saúde, a liderança da equipa e gestão dos recursos não se finda no descrito até agora. Uma vez que, neste contexto, era permitido ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação participar na reunião semanal, da equipa médica, onde eram discutidos os casos clínicos das pessoas internadas. A presença nesta reunião permitia conhecer especificidades da situação clínica, assim como o plano terapêutico a implementar e ainda conhecer as pessoas internadas no serviço de urgência, a aguardar a possibilidade de internamento. A participação da enfermeira especialista permitia comunicar, à equipa médica, as especificidades da situação da pessoa, a sua situação social, que tipo de apoio a pessoa tinha aquando da alta, o seu nível de independência e autonomia, importantes para a decisão da melhor modalidade terapêutica. Foi enriquecedor observar como as informações resultantes da avaliação da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, podem influenciar a decisão médica acerca da melhor modalidade terapêutica.

#### **3.4. D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Ambicionando o desenvolvimento da competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade foi delineado no projeto o seguinte objetivo específico: desenvolver o autoconhecimento através do estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais com maior eficácia e assertividade.

No dia 29 de outubro de 2019, assistimos à realização de uma artroplastia total do joelho na Sra. D. M.H., sobre a qual realizamos um estudo de caso (Apêndice V). Após a cirurgia acompanhamo-la e à equipa (enfermeiro e médico anestesista) à Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, tendo acompanhado o acolhimento e o acordar após cirurgia. Quando já os cuidados nesta unidade estavam concluídos e havia condições de segurança para transferir a Sra. D. M.H. para a enfermaria, ou seja, para o Serviço de Especialidades Cirúrgicas, fomos a acompanhar a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação na realização dessa transferência e no acolhimento a este serviço.

Recordamos que a Sra. D. M.H. na consulta pré-operatória apresentava-se bastante ansiosa e receosa, tendo chorado e necessitado que lhe prestássemos apoio emocional. Foi instruída sob a administração de analgésicos, visto que o seu maior medo ser o da dor, e sob a presença de uma equipa capaz e motivada para a cuidar da melhor forma. Reforçamos também a existência e presença do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação durante o seu processo de capacitação para uma alta em segurança. Com assertividade e tranquilidade, conseguimos transmitir segurança e conforto à Sra. D. M.H.

No momento de transferir a Sra. D. M.H. da UCPA para a enfermaria, esta apresentava-se um pouco apreensiva, no entanto ao nos reconhecer ficou calma e tranquila. Mostrou que se sentia segura, por nos conhecer e por saber que a conhecíamos. Na sua unidade, na enfermaria, foi realizado o acolhimento, tendo sido posicionada em semi-*fowler*, com uma flexão de 20°C ao joelho intervencionado, foi realizada crioterapia e colocada campainha em lugar acessível. No fim, foi dada relevância ao fator da dor e à necessidade de analgésicos, conforto e bem-estar. Reiteramos que apenas foi possível realizar este cuidado personalizado e individualizado pelo conhecimento prévio adquirido na consulta pré-operatória. Durante o seu internamento, e mais concretamente durante o treino de marcha que realizamos junto da Sra. D. M.H., foi visível o receio de sentir dor e de não ser capaz. No entanto, conseguimos ganhar a sua confiança e empenho na realização dos exercícios prescritos.

Acreditamos que o empenho e a adesão ao plano de reabilitação imposto se deveram, em parte, à relação de confiança estabelecida e a uma correta gestão das expectativas e da ansiedade. Fatores que potenciaram a confiança na equipa de saúde e, por sua vez, a sua entrega e dedicação ao plano apresentado. Cremos que a correta gestão das expectativas acerca da intervenção cirúrgica e da sua recuperação, só foi possível devido aos conhecimentos científicos, dos quais o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é detentor, e à capacidade de avaliação da capacidade funcional da pessoa. A articulação entre a ciência e o conhecimento da pessoa permitiu desenhar uma linha expectável de recuperação que foi transmitida à Sra. D. M.H., concedendo-lhe a reformulação das suas próprias expectativas.

Para o desenvolvimento da competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica foi estipulado no projeto o seguinte objetivo específico: implementar intervenções autônomas de enfermagem de reabilitação fundamentadas pelo conhecimento adquirido em fontes válidas e em constante atualização.

A temática em estudo, título do presente relatório, remete-nos para uma nova realidade pouco desenvolvida e ainda com uma definição pouco concreta. Especificamente, falta definir aquela que seria a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na execução de um processo de *prehabilitation* junto da pessoa proposta para cirurgia ortopédica. A literatura consultada acerca deste processo é relativamente recente, não a definindo concretamente como uma área do enfermeiro especialistas em enfermagem de reabilitação. No entanto, e se olharmos para as intervenções que este processo sugere e para as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, descritas pela Ordem dos Enfermeiros, podemos afirmar que este profissional tem aqui um campo de intervenção. Acreditamos que esta é uma oportunidade para a realização de intervenções autônomas em diferentes áreas, com a possibilidade de resultados benéficos tanto para a pessoa assistida como para a instituição hospitalar que permita esta intervenção.

No dia 09 de outubro de 2019 foi realizada a apresentação da temática que suporta o presente relatório, em metodologia de PowerPoint, disponível no Apêndice XII). A apresentação foi realizada para enfermeiros da unidade hospitalar, já referenciada, em sessão aberta para que todos os interessados pudessem assistir. Esta experiência foi importante não só para divulgação do tema, mas também para uma aprovação de pares acerca da pertinência do mesmo. Desta apresentação para além do reconhecimento recebido, fomos parabenizados por parte de uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Esta enfermeira destacou a importância e a relevância das intervenções mencionadas, revelando o seu interesse em desenvolver um projeto similar. No seu caso em particular, ambicionava intervir junto das pessoas propostas para uma cirurgia da qual resultasse um estoma respiratório, de forma a capacitá-las para o autocuidado. Referiu ainda que a apresentação a motivou a avançar na construção desse projeto, pois observou a justificação científica que fundamentaria a sua ação.

Nos dias 5, 6 e 7 de dezembro de 2019, decorreu o Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, promovido pela APER. Neste congresso apresentámos

um póster (Apêndice XIII) intitulado: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação *Prehabilitation* da Pessoa Proposta para Cirurgia Ortopédica. É com bastante ânimo e satisfação que podemos destacar neste relatório a obtenção do 1º lugar do póster supracitado, no concurso desta categoria. Possuir tal reconhecimento que transcende aquele que os pares possam dar foi de uma grande satisfação, pois veio comprovar a pertinência e a fundamentação teórica do mesmo. Isto, dado que este reconhecimento advém de uma comissão científica, composta por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com currículos bastante diferenciados e ricos na área da investigação. Podemos assumir que para além do desenvolvimento das competências estipuladas pela Ordem dos Enfermeiros, a obtenção deste prémio permite assumir o desenvolvimento das competências enunciadas nos descritores de Dublin. Uma vez que comprovam a capacidade do candidato ao título de Mestre em permitir, e constituir uma base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação, e ainda a capacidade de comunicar as suas conclusões e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades (DGES, 2011).

## 4. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS

A pertinência e justificação deste capítulo surge da necessidade em avaliar a implementação do projeto de estágio, assim como o desenvolvimento das competências já enunciadas. Para tal, recorreremos à metodologia SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), dado que este recurso permite a identificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciaram a implementação, assim como dos fatores positivos e negativos do estágio realizado. Com o intuito de facilitar a compressão da avaliação que iremos realizar através das quatro unidades já descritas, necessitamos de mencionar como é que estas são influenciadas pelos fatores supracitados. Ou seja, o *Strengths* é influenciado pelos fatores positivos e intrínsecos, o *Weaknesses* pelos fatores negativos e intrínsecos, o *Opportunities* pelos fatores positivos e extrínsecos, por fim o *Threats* pelos fatores negativos e extrínsecos.

### 4.1. *Strengths*

Em termos de fatores intrínsecos que identificamos também como fatores positivos enunciamos: a capacidade de adaptação aos diferentes contextos, a adoção de uma postura interessada e uma passagem de enfermeiro de cuidados gerais para a de estudante de um curso de mestrado, concomitantemente de uma área de especialização. Aliás, ressalvo que a postura que adotamos foi alvo de destaque em todas as avaliações (intercalares e sumativas) pelos respetivos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação orientadores dos dois contextos. Ambos destacaram a capacidade de articulação com a equipa multidisciplinar e a inclusão nos diferentes métodos de trabalho. Completamos esta caracterização dos fatores pessoais (intrínsecos) que consideramos ter influenciado a implementação do projeto proposto com a referência à capacidade de reflexão, ao raciocínio clínico e à capacidade de agir perante o surgimento de problemas inesperados.

Outro fator identificado como intrínseco e positivo, mas agora relacionado com o projeto, é a sua temática. Esta foi caracterizada como diferente do realizado normalmente, uma vez que se centra na prevenção de complicações e não na sua resolução. Destacou-se por se focar na habilitação da pessoa e não na sua reabilitação, destacando a fundamentação teórica atual que permitiu a utilização de um termo, considerado pouco conhecido, e capaz de ser incluída na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Em termos organizacionais, consideramos que a adoção do hábito de descrição diária do dia de estágio, com a descrição das intervenções e tarefas realizadas, permitiu a inclusão neste relatório de uma diversidade de experiência vivenciadas. Estratégia que acreditamos ter conduzido a uma maior riqueza de conteúdo deste relatório, com o relato de situações pertinentes e elucidativas do percurso realizado.

#### **4.2. Weaknesses**

Como fatores intrínsecos e negativos identificamos a incapacidade de produção de documentos e redação do relatório ao longo do estágio. Identificamos uma lacuna entre o proposto e o realizado ao nível de formações nos locais de estágio, assim como na realização de jornais de aprendizagem. Consideramos que este foi um aspeto que poderá ter influência, ainda que reduzida, na riqueza do presente relatório. Um outro fator que identificamos como intrínseco e negativo, em contexto de ECCI, prende-se com a dificuldade na elaboração de uma sessão de reabilitação estruturada, ou seja, com uma sequência de intervenções planeadas para um tempo limitado. Desenvolvendo, sentimos que a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação é diferente da sua operacionalização, tendo sido nesta que foram identificadas as maiores dificuldades.

A limitação contextual foi identificada como um fator interno do projeto que influenciou negativamente a sua implementação, ou seja, a temática do projeto. Dado que esta apenas pode ser abordada, atualmente, em contexto hospitalar. Isto porque as pessoas referenciadas à ECCI ou já foram submetidas a cirurgia ou o motivo de referenciação é de outra natureza. Posto isto, todo o trabalho de implementação e desenvolvimento da temática em estudo teve de ser realizado apenas num contexto.

#### **4.3. Opportunities**

Em termos de fatores extrínsecos que tenham contribuído positivamente para a implementação do projeto destacamos a possibilidade de realizar uma consulta de enfermagem de reabilitação no âmbito da preparação pré-operatória. O que nos possibilitou, em grande parte, o desenvolvimento da temática do projeto de estágio.

Um outro aspeto que nos parece ter influenciado positivamente o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, é o facto de ambos os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação assumirem, também, funções de gestão e liderança das suas equipas. Este fator externo ao projeto é identificado como positivo, na medida que contribuiu para perceber e

apreender como é que as competências específicas de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação podem ser aplicadas na organização dos cuidados de enfermagem, na gestão dos recursos humanos e dos recursos materiais.

A confrontação com este fator extrínseco permitiu-nos a reflexão sobre a influência da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nos resultados cirúrgicos, tendo em conta os fatores descritos por Boudreaux & Simmons (2019). Concretizando, a reflexão elaborada leva-nos a crer que a execução de tarefas do âmbito operacional por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação permite que este intervenha, ao contrário do afirmado anteriormente, em dois dos três fatores que influenciam os resultados cirúrgicos descritos por Boudreaux & Simmons (2019). Ou seja, este profissional consegue intervir não só ao nível da condição fisiológica da pessoa, mas também ao nível da eficácia operacional.

#### **4.4. Threats**

Realizando agora uma abordagem aos fatores externos e negativos que influenciaram a execução do projeto, iremos ver o lado menos positivo de algumas oportunidades experienciadas e enunciadas no anterior ponto. Nomeadamente, a agregação de cargos e responsabilidades por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação orientadores em local de estágio. Este acumular de funções conduziu a uma menor disponibilidade para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo consequências diretas na implementação do projeto, mais evidente no contexto hospitalar.

A consulta pré-operatória da forma que está construída e organizada também demonstrou ser um fator extrínseco menos positivo para o desenvolvimento de outras competências. Isto é, a consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação em que participámos e que realizámos tem a duração de pelo menos 3h, o que diminuía nesses dias o tempo para a prestação de cuidados de enfermagem reabilitação.

Um outro fator extrínseco que influenciou negativamente a implementação do projeto foi o facto de existir uma falta de coordenação, planeamento e trabalho em equipa entre o fisioterapeuta e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Dado que o primeiro intervinha sobretudo nos turnos da manhã, estando única e exclusivamente dedicado à pessoa com pós-operatório recente, foi nos impossibilitado intervir junto da mesma, especialmente neste turno porque o fisioterapeuta já o tinha feito. Após intervenção deste profissional a pessoa

apresentava-se sobretudo cansada e com dor, pelo que tivemos de reorganizar o nosso planeamento de atividades a desenvolver.

De um ponto de vista geral, acreditamos que existiram aspetos que ficaram por desenvolver e aprofundar com maior relevo, nomeadamente o processo de *prehabilitation*. O que conseguimos realizar foi uma consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação, não existindo um acompanhamento da pessoa proposta para cirurgia mais regular entre este período que antecede a cirurgia. Acompanhamento necessário para a realização de avaliações constantes do programa de reeducação funcional, com o intuito de o personalizar à pessoa tendo em conta a sua evolução. A análise dos resultados obtidos permitiu identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e estratégias em Saúde (OE, 2011). Acreditamos que com a apresentação de resultados que ilustrassem os ganhos em saúde provenientes desta intervenção precoce e preventiva, seria mais fácil implementar programas semelhantes em diferentes contextos.

Posto isto, cremos que a limitação contextual sentida durante o estágio pode ser ultrapassada, sendo possível em contexto de ECCI a criação de projetos de enfermagem de reabilitação no âmbito da capacitação da pessoa para o período pré-operatório. Temos até conhecimento que após o estágio realizado no serviço de especialidades cirúrgicas a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação foi contactada por uma homóloga de uma ECCI, com o intuito de identificar as pessoas propostas para a realização de artroplastia total da anca e do joelho, da área de abrangência da sua ECCI. Isto porque tinha interesse em desenvolver um programa de capacitação da pessoa, com visitas domiciliárias que possibilitariam também um conhecimento do seu domicílio e agregado familiar. O que a nosso ver pode ter vantagens na reabilitação precoce do domicílio e na capacitação do cuidador.

Propomos assim a criação de programas piloto em diferentes áreas e contextos, mediante identificação da sua necessidade, que vigorem a maximização das capacidades das pessoas, com especial foco no aumento ou manutenção da capacidade funcional durante o período pré-operatório. Cremos que as intervenções prescritas e implementadas neste espaço temporal vigoram o pressuposto no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação dado que: promovem ações preventivas, asseguram a capacidade funcional, previnem complicações e evitam incapacidades ou minimizam o impacto de incapacidades instaladas (OE, 2011). No entanto, deve-se não esquecer

que sua monitorização e avaliação são cruciais para demonstração da efetividade destes programas.

Recomendamos que para além da monitorização e avaliação de cada intervenção ou conjunto de intervenções específicas para um problema identificado, se realize uma avaliação da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Esta deve ser feita através das oito categorias de enunciados descritos no Regulamento dos Padrões de Qualidades dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011). Aproveitamos a referência à satisfação dos clientes para referir que após a realização da consulta pré-operatória, as pessoas preenchem um questionário sobre a sua satisfação para com a consulta e para com a intervenção deste profissional. No entanto, identificamos que falta uma avaliação mais alargada aos restantes enunciados, e até um registo informático desta consulta e avaliações realizadas da pessoa e do seu cuidador. A consulta é documentada através de suporte em papel, posteriormente digitalizado e anexado ao processo do cliente, não permitindo uma comparação fácil da evolução do mesmo, visto que os dados obtidos na consulta não se agregam aos do internamento.

A demonstração da necessidade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, como descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidades dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, tem de ser feita junto não só dos clientes, mas de outros profissionais, do público em geral e dos políticos. Isto com o objetivo de ganhar a autonomia necessária ao desenvolvimento de uma intervenção independente e justificada pelos resultados obtidos, fundamentada pelo conhecimento baseado na evidência científica. Apesar deste relatório não demonstrar resultados de uma investigação quantitativa ou qualitativa, acreditamos que abre portas para que estas possam ser feitas. Estas ao serem realizadas poderão justificar a capacidade do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação prescrever intervenções no âmbito da tolerância ao exercício físico, tendo em conta que os objetivos da *prehabilitation* são, entre outros, o aumento da capacidade de exercício e o aumento de massa muscular (Boudreaux & Simmons, 2019).



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dando início ao último capítulo deste relatório de estágio, é pressuposto que o mesmo escrutine o planeamento do projeto de trabalho, as competências que se pretendiam desenvolver e que foram ou não desenvolvidas. Assim como que contribuiu o estágio e este percurso teve para o desenvolvimento profissional e para o avanço da enfermagem, terminando com a enumeração e descrição das nossas perspetivas de desenvolvimento da temática em estudo.

Estando perto do fim deste percurso parece-nos relevante realizar um olhar atento ao seu início, focando-nos no projeto que permitiu a estruturação do estágio realizado, ilustrado e analisado no presente relatório. Começamos pela temática, a impressão/preocupação pessoal sob as condições físicas em que as pessoas eram submetidas a cirurgia e as complicações que daí advinham, revelou ser um facto. Um facto que merece a atenção dos profissionais de saúde, e acreditamos nós, ser um particularmente interessante do ponto de vista de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Como vimos, este profissional apresenta competências que lhe conferem a oportunidade de tornar a pessoa mais capaz para enfrentar o stress cirúrgico através da maximização das suas capacidades e da promoção do autocuidado.

No entanto, impera-nos interrogar: teremos nós conseguido intervir da forma que planeámos? Terá o nosso plano sido bem executado? De uma forma generalizada, acreditamos que sim, foi um plano com bastante sucesso. No entanto, como todos os planos houve a necessidade de nos sabermos distanciar em determinados momentos e adotar outras estratégias, para além das estabelecidas. Acontece que no momento de construção do projeto, não existe um conhecimento aprofundado das dinâmicas do serviço, das dificuldades que poderemos ou não encontrar. Existe apenas um conhecimento superficial da metodologia de trabalho, organização dos cuidados, recursos existentes, obtido através de uma entrevista. Sentimos que existe uma preocupação em proteger o serviço e, por isso não são explanadas as suas áreas menos desenvolvidas, assim como barreiras ao que se pretende desenvolver. A nossa percepção é que por vezes os profissionais por estarem mergulhados no meio do seu contexto laboral não se conseguem distanciar do mesmo, não conseguindo identificar lacunas existentes. Algo que alguém externo, como é o caso do estudante, quando incluído neste mesmo meio pode ter uma maior facilidade nesta identificação de áreas a desenvolver.

Era nosso objetivo através das atividades realizadas, descritas e analisadas no presente relatório, desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, as competências comuns do enfermeiro especialista, e ainda as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino. Competências estas que nos possibilitaria obter tanto a categoria de enfermeiro especialista como o grau de mestre. Estamos confiantes que conseguimos demonstrar o desenvolvimento de ambas as competências enunciadas, tanto através da diversidade e especificidade de intervenções descritas como através do rigor técnico e científico da revisão narrativa da literatura realizada. Podemos afirmar que existiu um elevado grau de complexidade nas avaliações realizadas, às pessoas alvo dos nossos cuidados de enfermagem de reabilitação, com a adoção de escalas sugeridas pela evidência científica para o efeito, assim como nas intervenções prescritas.

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, mais concretamente, na J1 - cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de práticas de cuidados, cremos que a diversidade de situações descritas apresentadas por função permite ilustrar o trabalho realizado nas diferentes áreas de intervenção deste profissional. Ainda neste âmbito cremos que foi notória a capacidade de transposição do conhecimento baseado na evidência científica para a prática de cuidados, demonstrando que se seguiu o rigor metodológico e científico.

Focando-nos sob a J2 - capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, cremos que as intervenções realizadas neste âmbito permitiram uma consciencialização do verdadeiro impacto da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Mais do que dar à pessoa a capacidade para, as estratégias para e até o acesso a produtos de apoio para superar a sua limitação, a intervenção deste profissional visou tornar a pessoa capaz de voltar a ser cidadão. Intervimos com o intuito de não sermos mais necessários para a pessoa, querendo que esta consiga, quando não for possível eliminar as suas limitações, viver com a maior qualidade de vida e bem-estar.

Por último, no âmbito da J3 - maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, é possível visualizar que conseguimos primeiramente efetuar uma maximização da consulta pré-operatória. Esta melhoria acontece com a prescrição de um conjunto de exercícios que visa prevenir as complicações mais

frequentes das cirurgias em causa, seguindo uma *check-list* (Apêndice X) criada por nós que dá resposta aos objetivos do processo de *prehabilitation*. Podemos assumir que o instrumento criado não só maximiza a consulta, mas também as capacidades da pessoa através dos seus conteúdos.

Incidindo agora sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, mais concretamente na A - domínio da responsabilidade profissional ética e legal e tendo em contas as duas situações que justificam o desenvolvimento das competências adjacentes a este, julgamos ter sido eficazes na sua execução. Ressalvamos que foram incluídas duas situações de diferentes contextos com o intuito de demonstrar a capacidade de desenvolver uma prática profissional ética e legal, que respeitou os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No entanto, acreditamos que se tivéssemos uma maior autonomia na consulta pré-operatória teria sido possível abordar com maior personalização a situação descrita na competência A1 - desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Tecendo algumas considerações pela B - domínio da melhoria continua da qualidade, vemos com enorme agrado a possibilidade de termos realizado estágio numa instituição acreditada pela JCI. Foi possível identificarmos múltiplas variáveis com influência direta e indireta na segurança dos cuidados de saúde, e concomitantemente na qualidade dos mesmos. Acreditamos que a participação em reuniões com o intuito de preparar auditorias e implementar melhorias possibilitou o desenvolvimento desta competência. O enfermeiro especialista, inserido numa equipa, assume assim um lugar de destaque na liderança e na implementação de estratégias que assegurem a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Na competência C - domínio da gestão dos cuidados deparámo-nos com uma excelente oportunidade, vimos o serviço de especialidades cirúrgicas como um ótimo contexto para o desenvolvimento desta competência. Dada a possibilidade de termos sido orientados por uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação que acumula funções de gestão dos cuidados de enfermagem, fez com que pudéssemos contatar de perto com esta vertente. Foi possível intervir desde a gestão dos cuidados de enfermagem, em articulação e liderança dos enfermeiros de cuidados gerais, até à articulação com a equipa multidisciplinar (médicos, assistentes operacionais, assistente social). Tendo até sido possível realizar para além de uma gestão dos recursos humanos, uma gestão dos recursos técnicos do serviço.

Finalizando a introspeção sob as competências comuns do enfermeiro especialista, neste caso em específico sobre a D - domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estando incluído no programa de *prehabilitation* a preparação psicológica para o ato cirúrgico, com a gestão de expectativas e ansiedade torna-se necessário o estabelecimento de uma relação de confiança para com a pessoa. Consideramos que a consulta pré-operatória possibilitou essa proximidade para com a pessoa, permitindo trabalhar e desenvolver esta componente. Fazendo parte deste domínio a competência D2 - baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, não podia ser da nossa maior satisfação, comprovando até o total desenvolvimento desta competência, a obtenção do 1º lugar no concurso de posters (comprovativo no Anexo IV), com o poster intitulado *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Prehabilitation da Pessoa Proposta para Cirurgia Ortopédica*, do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação promovido pela APER.

Debruçando-nos agora sobre o contributo que o estágio teve para o nosso desenvolvimento profissional, podemos concluir que este permitiu um encontro com o propósito de ser enfermeiro, e em concreto com o do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. As exigências constantes da prática de cuidados, muitas vezes sem as necessidades de recursos humanos saciadas, conduzem a uma *praxis* sem margem para a reflexão. A necessidade de dar a resposta ao outro, sem o tempo que o cuidado exige e sem motivação profissional conduzem, no nosso entender, a uma despersonalização e a um afastamento do cerne da prática de cuidados. E é pela existência desse sentimento que a falta de condições conduz a um afastamento do ser enfermeiro, que decidimos voltar a encontrarmo-nos com a enfermagem. Não queremos que o cuidado passe a tarefa e que a nossa intervenção passe a ação, uma ação pouco refletida, sem a mobilização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e dos fundamentos do cuidado.

Já para o avanço da enfermagem cremos que este relatório e a temática aprofundada permitiu conhecer um novo espaço de ação, ou pelo menos reafirmá-lo como um espaço onde o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode intervir de forma autónoma. Aliás, para a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação existe a emergência na identificação e justificação de intervenções autónomas a vários níveis. Destes destacamos a função motora, função respiratória e a efetividade das intervenções, acreditando que através da aplicação do processo de *prehabilitation* é possível ir ao encontro da emergência supracitada.

Aliados à necessidade de inovação e exploração de intervenções autônomas do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação deve-se ter sempre presente os pilares de enfermagem, enquanto ciência e área de saber. Com esta afirmação pretendemos reiterar a necessidade desenvolver uma prática baseada na evidência científica, mas também nas teorias e modelos que orientam a prática de cuidados de enfermagem. Neste caso em concreto, acreditamos que a opção pela Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem de Orem permitiu um olhar sobre capacidade funcional da pessoa e a exigência que a pessoa enfrenta, direcionando a nossa intervenção para o aumento da capacidade funcional e também para a diminuição da exigência. Urge lembrar que um *déficit* no autocuidado surge quando a exigência é maior que a capacidade do indivíduo de a satisfazer, ou seja, quando existe um desequilíbrio entre ambas (Orem, 2001). A forma como a Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem de Orem se apresenta organizada com o recurso a três sistemas de enfermagem, com o intuito de assistir a pessoa da melhor forma, através de cinco métodos de ajuda permitiu manter uma consciência na continuidade de cuidados e uma melhor avaliação dos ganhos em saúde obtidos. Ou seja, foi possível observar a passagem de um sistema para outro à medida que a pessoa ia manifestando um aumento da sua capacidade funcional.

Concluimos, com a enumeração e a descrição das nossas perspetivas de desenvolvimento da temática em estudo, neste caso a *prehabilitation*. A nossa ambição é que futuramente publiquemos um artigo com a revisão narrativa da literatura, visto que até ganhamos a oportunidade de o fazer livre de custos na revista da APER. Pretendemos também que mais enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação se interessem pela temática, podendo construir projetos neste âmbito cimentando a sua importância. No entanto, a nossa maior ambição é ter a possibilidade de implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação no âmbito da cirurgia oncológica, área que exercemos. O que obtivemos da revisão da literatura realizada são apenas indicações para o que deve ser incluído neste processo de *prehabilitation*, existindo espaço para a autonomia e intervenção direcionada às necessidades identificadas.

Acreditamos que para a implementação de projetos neste âmbito e, mais em concreto, para a criação de uma consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação é necessária uma mudança de paradigma por parte das instituições, sendo essa a maior dificuldade. Para que tal mudança aconteça, é necessário que os enfermeiros deem a conhecer os ganhos em saúde obtidos através das suas

intervenções na prevenção das complicações oriundas do ato cirúrgico. Comunicando assim os seus resultados, no plano económico e no plano da qualidade de vida, às administrações das instituições.

Comparamos a falta de incentivo ao desenvolvimento de projetos preventivos de complicações, como é caso da *prehabilitation*, com a falta de investimento nos cuidados de saúde primários. Identificamos que perante a instalação de uma complicação que possa advir dos cuidados de saúde a necessidade de a resolver não é questionada, dando-se início ao seu processo de resolução. No entanto, não existe a disponibilidade e autonomia para identificar previamente as possíveis complicações a que uma pessoa está sujeita, devido ao seu estado funcional. Processo que se fosse realizado poderia diminuir o risco do desenvolvimento de complicações à *posteriori*, como já podemos demonstrar anteriormente.

Finalizando, vemos as nossas intervenções no desenvolvimento da consulta pré-operatória como dinâmicas e provenientes de iniciativa própria, provenientes do raciocínio clínico e capacidade de reflexão. Ou seja, fomos capazes de incluir no processo de *prehabilitation* um conjunto de intervenções que vigoram o desenvolvimento da capacidade funcional através da manutenção dos requisitos universais do autocuidado. Olhámos para a pessoa, não nos cingindo aos objetivos da *prehabilitation* e indo um pouco mais além com a intervenção em outras funções, como por exemplo na função da eliminação vesical, que não se apresentava incluída nos objetivos já referidos para este processo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C., Makdisse, M., Peres, P., Tebexreni, A., Ramos, L., Matsushita, A. & Carvalho, A. (2006). Diferentes Padronizações do Teste da Caminhada de Seis Minutos como Método para Mensuração da Capacidade de Exercício de Idosos com e sem Cardiopatia Clinicamente Evidente. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 86(3), 198-205.
- Arena, R., Myers, J., Williams, M., Gulati, M., Kligfiel, P., Balady, G. & Fletcher, G. (2007). Assessment of functional capacity in clinical and research settings: A scientific statement from the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention of the Council on Clinical Cardiology and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation*. 116, 329-343.
- Auais, M., Eilayyan, O., & Mayo, N. (2012). Extended Exercise Rehabilitation After Hip Fracture Improves Patient's Physical Function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 92(11), 1437-1451.
- Baixinho, C. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur. *Revista Baiana de Enfermagem*, 23(3), 311-319.
- Barker, L., Gout, B., & Crowe, T. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8(2), 514-527.
- Bettencourt, M., Afonso, I., & Gonçalves, I. (2014). Condução Automóvel , Actividade Sexual e Desporto após a Artroplastia Total da Anca – Como e quando iniciar? *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 26(2), 41-46.
- Boudreaux, A. & Simmons, J. (2019). Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes. *AORN Journal*. 109 (4), 500-7.
- Cabilan, C., Hines, S. & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life. *Orthopaedic Nursing*. 35 (4), 224-237.
- Carli, F., Gillis, C. & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 128-133.

- Chase, C., Mann, K., Wasek, S., & Arbesman, M. (2012). Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 284-291.
- Cody, E., Mancuso, C., Burket, J., Marinescu, A., MacMahon, A. & Ellis, S. (2017). Patient Factors Associated With Higher Expectations From Foot and Ankle Surgery. *Foot & Ankle International*.1-7.
- Cordeiro, A., Brito, A., Santana, N., Silva, I., Nogueira, S., Guimarães, A. & Melo, T. (2015) Análise do Grau de Independência Funcional Pré e na Alta da UTI em Pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 5(1), 21-27.
- Decreto-Lei nº93/2009. (2009). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio. Assembleia da República. *Diário da República* 1ª Série (Nº74, 16 de abril de 2019), 2275-2277. Retirado de: <https://dre.pt/application/conteudo/603884>
- Direção Geral do Ensino Superior (2011). *O Quadro de Qualificações do Ensino Superior Em Portugal - Relatório da Comissão Internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*. Disponível em: [https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_ensino\\_superior\\_portugal\\_qq-eees\\_0.pdf](https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf)
- Direção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa.
- Fernandes, M., Costa, V., Saraiva, R. (2007). Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgésicos opióides. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (2).
- Ferrito, C., Ruivo M., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. 5. 1-37.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Freitas, F., Virgolino, M., Ribeiro, C. (2013). Infecção de prótese articular da anca e joelho. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 21(1), 165-172.

- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referências*. 4 (14), 17-26.
- Heitor, M. & Sousa, M. (1997). Reabilitação Respiratória. In Freitas e Costa, M. *Pneumologia na Prática Clínica*, 2ª ed. Lisboa: FML.
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Isaias, F, Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções Gerais da Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Torácica/ Cardíaca/Abdominal. In M. C. O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita, (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Marques-Vieira, C., Manuel, L., Sousa, M., Maria, L., & Sousa, R. (2016). O Diagnóstico de Enfermagem “Andar Comprometido” nos Idosos: Revisão Sistemática da Literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(3), 1–10.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa Ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Martinez, B., Bispo, A., Duarte, A. & Neto, M. (2013). Declínio Funcional em uma Unidade de Terapia (UTI). *Revista Inspirar*. 5(1), 1-5.
- Martins M., Monteiro, M. & Gonçalves, L. (2016). Vivências de familiares cuidadores em internamento hospitalar: o início da dependência do idoso. *Revista de Enfermagem UHPE Online*, 10(3):1109-1.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Disponível em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto. Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Asembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Orem, D., Taylor, S. & Renpenning, K. (2001). *Nursing: concepts of practice*. Mosby.
- Palese, A., Buchini, S., Deroma, L. & Barbone, F. (2010). The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (21-22), 2970-2979.
- Perrenoud, P. (2000). *Pedagogia diferenciada: das intenções à ação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Preto, L., Lopes, I., Mendes, M., Novo, A. & Barreira, I. (2018). Estado funcional e nutricional em pacientes idosos admitidos num serviço de cirurgia geral. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (17), 43-52
- Regulamento nº140/2019. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR 2ª Série (Nº26, 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR 2ª Série (Nº85, 3 de maio de 2019), 13565–13568. Retirado de: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Rocha, A; Antunes, E.; Silva, P. & Farinha, T. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com patologia ortopédica: Artroplastia. In M.J. Lourenço; O. Ferreira & C. L. Baixinho (Coord.), *Terapêutica de posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 327-333). Loures: Lusodidacta.
- Rocha, C., Redol, F. (2016). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa Ao Longo da Vida* (pp.271-280). Loures: Lusodidacta.

Sarnak, M., Levey, A., Schollwerth, A., Coresh, J., Culleton, B., Hamm, L., ... American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, H. B. P. R., Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. (2003). Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. *Hypertension*, 42 (5), 1050-1065. Doi: 10.1161/01.HYP.0000102971.85504.7c.

Soares Branco, P. (2013). Avaliação e modificação do risco de queda em idosos com recurso à posturografia dinâmica computadorizada. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/10526/1/Branco%20Pedro%202013.pdf>

Sousa, L., Carvalho, M. (2016). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa Ao Longo da Vida* (pp.421-432). Loures: Lusodidacta.

Souza, L., Papini, S. & Corrente, J. (2015). Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity for Older People. *Health*. 7, 1090-97.

Tew, G., Ayyash, R., Durrand, J.& Danjoux, G. (2018) Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*. 1-1.

Toubarro, F. (2016). Função Sensoriomotora. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa Ao Longo da Vida* (pp.159-166). Loures: Lusodidacta.

Vale, P. (2007). O impacto socio-económico. Dossier saúde, especial, 3. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/pdfs/dossiersaude.pdf>

Vital, I., Cameron, L. (2009). Assistência ao paciente submetido à artroplastia total de quadril: o saber de enfermagem traumato-ortopédica. *Journal of Nursing UFPE online*, 3(4), 1134-1141.

Walker, J. (2012). Care of patients undergoing joint replacement: Recovery from hip and knee arthroplasty can be prolonged and painful. Jennie Walker describes the support that nurses need to offer individuals before and after surgery. *Nursing older people*, 24(1), 14-20.

**ANEXOS**

**ANEXO I - Atividade física e objetivos de exercício no período pré-operatório**

## Atividade física e objetivos de exercício no período pré-operatório

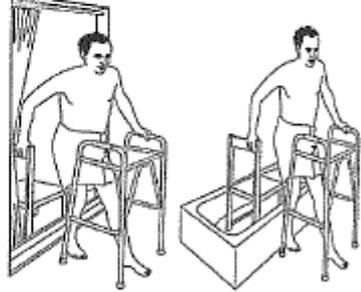
Goal	Guideline	How often? Intensity?	Examples
1. Reduce sitting/sedentary time	Provide strategies for patient to break up sitting time by standing, walking	All day, every day. Very light intensity	Every 20 minutes, individual should get up; strategize how to stand up on regular basis, work standing when possible
2. Increase health benefits	Achieve 30 minutes of physical activity daily (can be broken into 3x10 minutes) or can be expressed as 10,000 steps daily	30 minutes, every day RPE: 1-3	Housekeeping, light gardening, walk to mailbox, walk dog
3. Improve cardiovascular fitness benefits	Accumulate a minimum of 150 minutes of moderate to vigorous exercise daily, if possible	150 minutes can be spread out over week (i.e. 5 exercise sessions per week; 30 minutes per session) RPE: 3-6 (moderate) and 7+ (vigorous)	Brisk walk, swimming, dancing, team sports, bicycling, jogging, running, fitness classes. Activities are very dependent on abilities of patient
4. Improve skeletal muscle fitness benefits	Exercise all major muscle groups; at least one set of 8-12 repetitions	Every second day to allow for adequate recovery; intensity	Resistance bands, hand weights, barbells. Activities are very dependent on abilities of patient
5. Improve flexibility	Slow stretches (at least 20 seconds) of muscles exercised or problem muscle groups	Light intensity, stretch to point of tightening (but not more); to be performed at least after every exercise training session, if not more often	Lunges, attempt to touch toes, attempt to 'scratch back'. Activities are very dependent on abilities of patient

RPE: rate of perceived exertion on 1-10 scale.

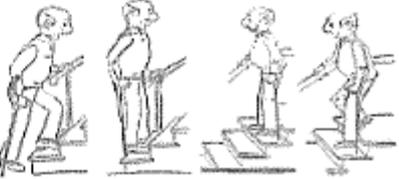
**Fonte:** Carli, F., Gillis, C. & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 131.

**ANEXO II – Quadro - Intervenção Educacional da Pessoa submetida a  
ATA com abordagem posterior no período pós-operatório**

## Quadro - Intervenção Educacional da Pessoa submetida a ATA com abordagem posterior no período pós-operatório

ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
<p><b>Posicionamentos no Leito</b></p>		<p>Evitar os movimentos luxantes em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decúbito lateral para o lado não intervencionado.</li> <li>• Decúbito Semi-dorsal para o lado intervencionado.</li> <li>• Decúbito Dorsal.</li> </ul>
<p><b>Extensão Lombo-Pélvica Ou meia ponte</b></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o membro intervencionado em extensão.</li> <li>2. Fletir o membro não intervencionado.</li> <li>3. Usando a força de ambos os membros superiores para elevar a região lombo-pelvica.</li> </ol>
<p><b>Levante da cama</b></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sair pelo lado do membro intervencionado.</li> <li>2. Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco para além de 90º graus, com o membro intervencionado em extensão.</li> <li>3. Fletir o membro são, rodar até tocar no chão.</li> </ol>
<p><b>Sentar e levantar da cadeira</b></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar.</li> <li>2. Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores apoiados na cadeira.</li> <li>3. Para se levantar, proceder de forma inversa.</li> </ol>
<p><b>Uso base de chuveiro / Banheira</b></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar se possível base de chuveiro em vez da banheira.</li> <li>2. Utilizar barras de apoio.</li> <li>3. Tomar banho sentado. (Utilizar cadeira de banho / tabua de banho (banheira)).</li> <li>4. Para entrar e sair da cadeira de banho ou tábua: primeiro entra o membro são e depois sai com o membro intervencionado em extensão.</li> </ol>

(Continua)

ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
Uso do sanitário		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar o alceador de sanita.</li> <li>2. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar.</li> <li>3. Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores.</li> <li>4. Para se levantar, proceder de forma inversa.</li> </ol>
Treino de marcha com andarilho ou canadianas		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avançar o andarilho ou as duas canadianas</li> <li>2. Deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas ou andarilho.</li> <li>3. Avançar o membro inferior são.</li> <li>4. Mudar de direção virando-se sobre o lado são.</li> </ol>
Treino de subir e descer escadas		<p>Sequência para subir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membro inferior são.</li> <li>2. Membro inferior intervencionado.</li> <li>3. Colocar as canadianas no degrau onde se encontram os pés.</li> <li>4. Descer, fazer o inverso.</li> </ol>
Apanhar objectos do chão		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar os membros superiores para se apoiar.</li> <li>2. Membro intervencionado em extensão para trás (<u>proibido</u> na abordagem anterior).</li> <li>3. Fletir o membro são.</li> <li>4. Evitar ajoelhar-se mas se tiver de o fazer leve primeiro o joelho do lado intervencionado ao chão.</li> </ol>
Entrar e sair do carro		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentar-se com os membros inferiores de fora.</li> <li>2. Rodar os membros inferiores dentro.</li> <li>3. Membro intervencionado em extensão.</li> <li>4. Para sair, fazer o inverso.</li> </ol>

**Fonte:** Sousa, L., Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa Ao Longo da Vida* (pp.412-413). Loures: Lusodidacta.

**ANEXO III - Exemplo de um plano nutricional padronizado de proteínas  
para pessoas propostas para cirurgia**

## Exemplo de um plano nutricional padronizado de proteínas para pessoas propostas para cirurgia

	Breakfast (25–35 g)	Lunch (25–35 g)	Dinner (25–35 g)	Postexercise (0–60min)
	2 hardboiled eggs (11.8 g)	250 ml cooked quinoa (6.4 g)	90 g salmon (18.3 g)	20 g whey protein dissolved in beverage of choice
	1 wholegrain bread (3.5 g)	125 ml black beans (8.1 g)	Small baked potato (3.6 g)	
	7.5 ml peanut butter (2.1 g)	125 ml yogurt (5.2 g)	125 ml cooked broccoli + 60 ml cheese sauce (9 g)	
	125 ml cottage cheese (13.4 g)	250 ml milk (8.5 g)		
Total protein (g)	30.8	28.2	30.9	20
Total protein (g) per day	109.9g/day or 1.47g/(kg.day) <sup>a</sup>			

Quantities of protein were calculated using Canadian Nutrient File.

This meal plan is not meant to be nutritional adequate, but provide details on meeting protein requirements only.

<sup>a</sup>75 kg individual.

**Fonte:** Carli, F., Gillis, C. & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 131.

**ANEXO IV – 1º Prémio na Categoria de Póster do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019, APER**



# CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2019

## FAZER SABER EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

*Certifica-se que:*

***Bruno Alexandre  
Maria Céu Sá***

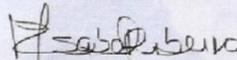
apresentaram o póster

***Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação - Prehabilitation da  
pessoa proposta para cirurgia ortopédica***

no Congresso APER 2019, ao qual foi atribuído

***1º Prémio***

A Presidente da APER,

  
(Isabel Ribeiro)

**5 A 7 DE DEZEMBRO  
CENTRO CONGRESSOS AVEIRO**

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Projeto de Estágio**

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

***Enfermagem de Reabilitação***

*UC Opção II – Projeto de Formação*

*Projeto de Estágio*

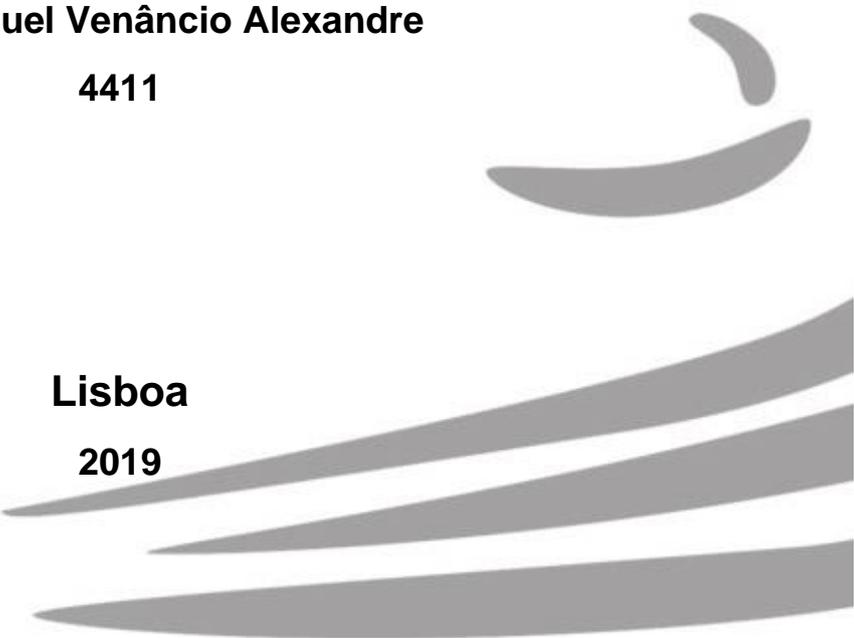
***Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação  
Prehabilitation da pessoa proposta para cirurgia  
ortopédica***

**Bruno Miguel Venâncio Alexandre**

**4411**

**Lisboa**

**2019**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

***Enfermagem de Reabilitação***

*UC Opção II – Projeto de Formação*

*Projeto de Estágio*

***Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação***

***Prehabilitation da pessoa proposta para cirurgia  
ortopédica***

**Bruno Miguel Venâncio Alexandre**

**4411**

**Prof<sup>a</sup> Maria de Céu Sá**

**Lisboa**

**2019**





## **SIGLAS**

**ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**ECCI** – Equipa Cuidados Continuados Integrados

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**MCEER** – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	97
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA.....	100
1.1 A metodologia: uma revisão narrativa da literatura .....	100
1.2 Pré-operatório: um espaço de ação .....	100
1.3 <i>Prehabilitation</i> : o conceito .....	103
2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REALIBITAÇÃO: NA <i>PREHABILITATION</i> DA PESSOA PROPOSTA PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA.....	105
3. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO.....	108
4. LOCAIS DE ESTÁGIO .....	110
4.1 Serviço de Especialidades Cirúrgicas.....	110
4.2 ECCI da UCC, ACES Loures-Odivelas.....	110
5. PLANO DE AÇÃO.....	111
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

ANEXO 1 - Histórico de Pesquisa (CINAHL e MEDLINE)

ANEXO 2 - Trajetória do período peri operatório com o aumento da capacidade funcional no período pré-operatório (*prehabilitation*) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório.

ANEXO 3 - Physical activity and exercise goals in the presurgical period.

ANEXO 4 - Example of a standardized protein plan for prehabilitated patients.

### APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Resultados da revisão narrativa da literatura (Fluxograma)

APÊNDICE 2 – Análise dos artigos incluídos para revisão

APÊNDICE 3 - Guião de Entrevista para os Locais de Estágio

APÊNDICE 4 - Cronograma

APÊNDICE 5 – Apresentação Intercalar

APÊNDICE 6 - Apresentação Final

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Competência Especifica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – J1.....	18
<b>Quadro 2:</b> Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – J2.....	19
<b>Quadro 3:</b> Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – J3.....	20
<b>Quadro 4:</b> Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	21
<b>Quadro 5:</b> Domínio da melhoria da qualidade.....	22
<b>Quadro 6:</b> Domínio da gestão dos cuidados.....	24
<b>Quadro 7:</b> Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	25

## INTRODUÇÃO

Enquanto enfermeiro no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Endocrinologia, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., observo diariamente pessoas propostas para cirurgia, provenientes do domicílio, que apresentam um declínio do seu estado funcional. É conhecido o facto de que muitas pessoas hospitalizadas por motivos médico-cirúrgicos apresentam história de perda ponderal de peso resultante da anorexia e de alterações das reservas orgânicas, associadas ao processo de doença, alterações com correlação direta com o declínio funcional (Preto, Lopes & Mendes, 2018). No entanto, acreditamos que falta conhecer em maior pormenor o estado funcional no período pré-operatório e em como este pode influenciar os resultados cirúrgicos.

Posto isto, interrogamo-nos dos recursos a que estas pessoas tiveram acesso entre o momento em que foram propostas para cirurgia até ao momento em que foram submetidas a esta. Houve algum tipo de cuidado prestado para que a pessoa mantivesse um bom estado funcional? Durante este tempo de espera, que por vezes estende-se a vários meses, o declínio funcional que a pessoa adquiriu aumentou a probabilidade de complicações pós-cirúrgicas? Estas questões em concomitância com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) leva-nos a questionar se este é capaz de tornar a pessoa mais capaz para enfrentar o processo cirúrgico. Importa referir, também, que com o aumento da esperança média de vida existe um maior número de idosos com comorbidades que perante a necessidade de cirurgia, veem a sua lista de limitações funcionais a aumentar (Boudreaux & Simmons, 2019). Sendo imperativo a prevenção destas limitações funcionais, ainda durante o pré-operatório.

Numa pesquisa inicial sob este tema da reabilitação pré-operatória, da influência desta no estado funcional e nas complicações pós-cirúrgicas, foi frequente o uso do termo *prehabilitation*, nos resultados de pesquisa, para designar o processo em questão. Este termo dá nome a um processo que se apresenta como a otimização pré-operatória do estado funcional da pessoa com o intuito desta manter um bom nível de funcionalidade no intra e pós-operatório (Cabilan, Hines, & Munday, 2016). Isto com a finalidade de diminuir o impacto da cirurgia sobre o estado funcional da pessoa, diminuir a probabilidade de complicações e providenciar uma recuperação mais rápida.

Atendendo ao exposto e, em concomitância, com o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e às específicas do EEER preconizadas pela Ordem de Enfermeiro, foi desenhado o presente projeto. Para além de ter de atender ao perfil enunciado tem

também de estar em concordância com os descritores de Dublin. Uma vez, que a unidade curricular Opção II – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, onde este projeto se insere, faz parte do plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Tendo em conta as exigências de perfil já enunciadas são definidos os seguintes objetivos gerais para a aplicação deste projeto em contexto de estágio:

- Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, na área da reeducação funcional respiratória, para a promoção de uma boa ventilação-perfusão, corrigindo e prevenindo complicações pós-cirúrgicas.
- Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, na área da reabilitação motora, para a promoção da capacidade funcional, tornando a pessoa capaz para enfrentar o *stress* cirúrgico.
- Desenvolver competências específicas na gestão, supervisão e prestação de cuidados diferenciados.

Assim, o presente projeto destina-se à construção de um plano de ação estruturado e fundamentado com o intuito de responder à seguinte questão: qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na *prehabilitation* da pessoa proposta para cirurgia ortopédica? Justificado pelo facto de que a otimização da atividade física e do estado funcional no pré-operatório é uma intervenção eficaz no combate ao declínio funcional após a cirurgia (Cabilan et al., 2016).

O tema a ser desenvolvido debruça-se, assim, sobre a compreensão da importância do tempo pré-operatório como um espaço de intervenção autónoma para o EEER. E em perceber como este profissional junto da pessoa proposta para cirurgia pode estabelecer um plano de cuidados que vise a sua capacitação, permitindo-lhe enfrentar e superar o *stress* causado pelo procedimento cirúrgico. A importância desta temática enquadra-se nas áreas de investigação prioritárias preconizadas pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), mais especificamente nas intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora e respiratória (área considerada emergente).

Posto isto, será caracterizado em maior pormenor a importância de um bom estado funcional aquando da cirurgia, será descrito o processo de *prehabilitation*, a metodologia da revisão narrativa da literatura e dos seus resultados. Dar-se-á a conhecer o quadro referencial que conduzirá a prestação de cuidados e o plano de ação, que neste caso optou-se pela Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem, dado que o autocuidado está diretamente relacionado com a independência funcional. De seguida, no

decorrer do presente documento será possível conhecer os locais de estágio através da entrevista realizada com guião estruturado (Apêndice 3.). Por último, serão expostos os objetivos específicos estipulados, assim como atividades, indicadores de avaliação e recursos a mobilizar.

Foram definidas, para o projeto em questão, as seguintes palavras-chave: “enfermagem de reabilitação/ rehabilitation nursing”; “pré-operatório/ preoperative”; “surgical patients”; “prehabilitation”; “cirurgia ortopédica/ orthopedic surgery”.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

## 1.1 A metodologia: uma revisão narrativa da literatura

A revisão narrativa da literatura realizada tenta dar resposta à pergunta: qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na *prehabilitation* (I – Fenómeno de Interesse) da pessoa (P - População) proposta para cirurgia ortopédica (Co - Contexto)? Tendo sido selecionada a metodologia de PICo, uma vez que o interesse da seguinte revisão recai na identificação da intervenção do EEER na *prehabilitation*, na pessoa inserida no contexto da submissão a uma cirurgia ortopédica. Posto isto, e atendendo às palavras chave delineadas e enunciadas na introdução, deu-se à realização da pesquisa da evidência científica nas bases de dados CINAHL e MEDLINE (Anexo 1.).

Foi, inicialmente, realizada a pesquisa com recurso à linguagem natural com o intuito de identificar a linguagem indexada em cada base de dados. A referir que na base de dados MEDLINE foi necessário correlacionar a linguagem natural com a indexada, por falta de termos indexados apropriados à temática. O mesmo não foi necessário na base dados CINAHL, uma vez que todos os termos utilizados se apresentavam indexados. Com o intuito de obter resultados atuais e ajustados à população alvo foram utilizados os critérios de inclusão: idioma (Português e Inglês); idade (all adult:19+); data de publicação (2014-2019). Foram excluídos os resultados provenientes de posters científicos comunicações em congressos, e aqueles que após uma leitura do título e resumo não estejam integrados na temática sob estudo (Apêndice 1.). Foram analisados os resultados (Apêndice 2.). Para além do recurso à metodologia descrita foi incluída evidência científica proveniente de livros de autoria expressa aceites e reconhecidos pela comunidade científica. Foram ainda recursos entidades governamentais, como é o caso da Direção Geral de Saúde, devido aos dados, normas que possuem, assim como o recurso aos documentos publicados pela Ordem de Enfermeiros. Isto, com a finalidade de conseguir a justificar a pertinência do EEER na temática em causa.

## 1.2 Pré-operatório: um espaço de ação

Atualmente os cuidados na prevenção das complicações pós-cirúrgicas e na reabilitação do estado funcional da pessoa centram-se, principalmente, no tempo intra e pós-operatório. No entanto, uma fraca condição física pré-operatória tem revelado um aumento do número de complicações pós-cirúrgicas e do risco de mortalidade (Carli, Gillis & Scheede-Bergdahl, 2017). Ou seja, um bom estado funcional é imprescindível para a pessoa seja capaz de tolerar e superar os efeitos do ato cirúrgico (Boudreaux & Simmons,

2019). Contextualizando o tempo pré-operatório, e sem querer explicar aquilo que pode ser o problema de um serviço em particular, vamos utilizar como exemplo um serviço de especialidades cirúrgicas de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, onde será realizado metade do estágio. Segundo dados do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, num espaço compreendido entre novembro de 2018 e janeiro de 2019, o serviço em questão para uma cirurgia ortopédica, de origem não oncológica, tem um tempo de espera médio de 180 dias para uma cirurgia normal. Caso seja a cirurgia classificada como prioritária o tempo de espera é em média de 29 dias, e se a classificação for de muito prioritária são 2 dias que terá de esperar.

Tendo em conta estes dados podemos assumir, excluindo os muito prioritários, que num espaço temporal compreendido entre 1 a 6 meses a pessoa que apresenta necessidade de uma cirurgia tem de se adaptar à limitação(s) e/ou compromisso(s) que esta cirurgia visa resolver. Limitações que podem causar dor, incapacidade para exercer a sua profissão e/ou comprometer o seu autocuidado. Há que ter em conta que o défice no autocuidado é influenciado por fatores intrínsecos, como a idade, mas também por extrínsecos, como doenças que requerem hospitalização e intervenção cirúrgica (Preto et al., 2018). Posto isto, é possível concluir que se durante o intra e pós-operatório existe um declínio funcional, urge a necessidade de no pré-operatório promover junto da pessoa o melhor nível possível de independência funcional. Quero dizer que se a pessoa no momento da cirurgia já apresenta uma diminuição da sua funcionalidade e/ou défices no autocuidado, estes terão tendência a agravar no período pós-operatório. Pois, o processo de hospitalização após uma cirurgia promove reduções adicionais sob a atividade física realizada pela pessoa, exacerbando a perda da sua condição funcional, com especial efeito sob idosos (Cabilan et al., 2016).

E como se pode traduzir a perda de independência funcional na pessoa proposta para cirurgia? Segundo Souza, Papini & Corrente (2015), o declínio funcional está associado a uma menor ingestão de alimentos e a uma diminuição da força muscular. A primeira quando não controlada atempadamente pode conduzir à desnutrição, que segundo (Barker, Gour & Crowe, 2011), influencia desfavoravelmente a evolução clínica da pessoa submetida a cirurgia, podendo aumentar as complicações pós-operatórias.

A imobilidade e a diminuição da capacidade para levantar e transportar pesos aquando da realização das atividades de vida diária, durante o internamento prolongado, pode resultar em múltiplas complicações de ordem neuromuscular, pulmonar e cognitiva com

---

<sup>6</sup> Ministério de Saúde – Tempos Médios de Espera. Disponível em: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicao/214>

diminuição da qualidade de vida (Martinez, Bispo & Duarte, 2013). No entanto, não é o contexto físico que conduz a estas complicações, mas sim o contexto da incapacidade para o autocuidado. Ou seja, as mesmas complicações que decorrem no internamento podem decorrer no domicílio se a pessoa apresentar o mesmo contexto de imobilidade e de dependência. As complicações adquiridas devido ao internamento prolongado podem perdurar até cinco anos após a alta (Martinez et al., 2013). Complicações que independentemente da idade, doença ou ferimento se manifestam pela diminuição da força muscular, da função pulmonar e pelo aumento do declínio funcional (Cabilan et al., 2016). Posto isto, e tendo em conta as alterações resultantes do procedimento cirúrgico é necessário avaliar e quantificar a funcionalidade a pessoa no pré e no pós-operatório, com o objetivo de conhecer a dinâmica do processo terapêutico e intervir no momento certo, de forma a prevenir a instalação de limitações funcionais (Araújo et al., 2006). Uma vez que quando existe o desenvolvimento de uma dependência permanente na realização das atividades de vida diária, a possibilidade de internamento e/ou a institucionalização está aumentada (Cabilan et al., 2016).

Olhando sob o ato cirúrgico, este apresenta-se como uma realidade nova que comporta profundas alterações na vida da pessoa e da sua família, uma vez que influencia gravemente o seu bem-estar, saúde e padrões na satisfação do seu autocuidado (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). O ato cirúrgico acarreta um grau de *stress* fisiológico, que varia consoante o grau de invasão feito ao corpo, e conduz em alterações metabólicas que afetam os sistemas cardiovascular e imunológico. Este *stress* traduz-se na perda de massa muscular, no prejuízo da cicatrização na zona submetida ao ato, na falha de órgãos e sistemas, podendo mesmo conduzir à morte (Boudreaux & Simmons, 2019).

Para além das alterações que a própria cirurgia pode causar, as suas complicações, o internamento prolongado, as readmissões e os custos têm um impacto significativo sobre a funcionalidade da pessoa com influência direta no seu bem-estar (Carli et al., 2017). Os resultados de procedimentos invasivos, como é o caso da cirurgia, são influenciados por três fatores: a eficácia clínica, a eficácia operacional e o estado funcional da pessoa (Boudreaux & Simmons, 2019). Destes fatores e tendo em conta as competências do EER, podemos dizer que a intervenção deste profissional será relevante na potenciação do estado funcional da pessoa. Reitero mesmo que este é o único fator em que poderá intervir de uma forma autónoma e onde poderá contribuir para uma recuperação favorável da pessoa submetida a cirurgia, isto no tempo pré-operatório.

A ressalvar que é neste tempo que se realizam os exames auxiliares de diagnóstico que visam avaliar a condição de saúde da pessoa, de forma a descobrir condições clínicas

adicionais, desconhecidas e não tratadas (Boudreaux & Simmons, 2019). O que implica que caso exista a identificação de situações de saúde desconhecidas, estas estejam controladas aquando da cirurgia. Sendo que pode ser necessário adiar o procedimento cirúrgico com o intuito de resolver as comorbidades existentes, de forma a aumentar a probabilidade de um melhor resultado cirúrgico (Boudreaux & Simmons, 2019).

### **1.3 Prehabilitation: o conceito**

A *prehabilitation* é um processo com início no momento da identificação da necessidade de cirurgia, inclui uma avaliação física e psicológica visando o estabelecimento de uma referência do estado funcional da pessoa, com o intuito de identificar deficiências e prescrever intervenções que promovam uma condição de saúde suficiente para reduzir a incidência e/ou gravidade de deficiências futuras (Carli et al., 2017). São objetivos da *prehabilitation* o aumento da capacidade de exercício, o aumento de massa muscular, a melhoria do estado nutricional e a preparação psicológica (Boudreaux & Simmons, 2019).

O processo de envelhecimento é um importante fator a ter consideração na *prehabilitation* da pessoa proposta para cirurgia e até no próprio ato cirúrgico. Com o intuito de superar as limitações causadas pelo envelhecimento e capacitar a pessoa da melhor forma urge conhecer o processo de envelhecimento. Este incorpora uma diminuição do estado funcional com mudanças na composição e função corporal, como a disfunção cognitiva (Boudreaux & Simmons, 2019), perda de massa e força muscular (sarcopenia), desmineralização óssea, alterações na função respiratória, diminuição da capacidade aeróbica, diminuição da estabilidade vasomotora (Carli et al., 2017). Para além dos antecedentes pessoais de saúde da pessoa, quer sejam patológicos e/ou fisiológicos devido ao avançar da idade existem outros focos de atenção, nomeadamente, fatores de risco que tenham potencial para serem modificados. Tais como o tabagismo, estados de anemia, uso de opióides, transtornos por uso de substâncias e obesidade (Boudreaux & Simmons, 2019). A *prehabilitation* torna-se assim importante, não só para aumentar o estado funcional da pessoa, mas também para reduzir as complicações provenientes das comorbidades já existentes, derivadas da condição de saúde da pessoa, do processo de envelhecimento e/ou dos seus estilos de vida

Muitos dos idosos encontram-se em estados de inatividade física, risco nutricional e sem a condição de saúde adequada para enfrentar o *stress* cirúrgico (Carli et al., 2017). Mas também aqueles não idosos, que devido ao motivo que conduziu à necessidade cirúrgica se apresentem na mesma condição devem ser alvos de uma boa *prehabilitation*. Urge assim a necessidade de aumentar ou manter a capacidade funcional, através estabilização

da condição física, nutricional e mental antes da cirurgia (Carli et al., 2017) mas também a identificação de fatores de risco modificáveis, com vista a esse controlo (Boudreaux & Simmons, 2019). Não esquecendo que doenças do foro cardiovascular e endócrino, como é o caso da hipertensão e diabetes, respetivamente, devem-se apresentar controladas no momento da cirurgia. (Boudreaux & Simmons, 2019).

A execução de um programa que vise o descrito anteriormente conduzirá a uma recuperação pós-operatória com menores dias de internamento comparando com pessoas que não obtiveram este tipo de seguimento, e se mantiveram inativos durante o tempo de espera para cirurgia (Anexo 2.) (Carli et al., 2017). É de referir que a participação em programas de *prehabilitation* conduz a ganhos em saúde, na medida em que esta visa uma manutenção do nível normal de funcionalidade e uma recuperação mais rápida do estado funcional durante a inatividade do pós-operatório (Cabilan et al., 2016). Contribuindo para internamentos mais curtos e com menos probabilidades de reinternamentos (Boudreaux & Simmons, 2019).

## **2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REALIBILITAÇÃO: NA *PREHABILITATION* DA PESSOA PROPOSTA PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA**

Impera agora saber, quem deve ser alvo deste tipo de reabilitação? Segundo Tew, Ayyash & Durrand (2018) a *prehabilitation* deve ser realizada junto das pessoas com cirurgias eletivas, sejam elas muito ou pouco invasivas, com o objetivo de melhorar o seu estado funcional reduzindo os riscos de morbidade e mortalidade peri operatória. E como o fazer? Que intervenções, durante quanto tempo, com que frequência? A preparação da pessoa para a cirurgia comporta vários focos de atenção, nomeadamente a sua individualidade. Sendo que apesar de ser sugerida a criação de programas de pré-reabilitação com abordagens multidisciplinares padronizados como base, a sua eficácia aumenta quando se ajustam aos fatores de risco individuais (Boudreaux & Simmons, 2019).

Posto isto a avaliação da pessoa é fulcral e deve abranger o maior número de variáveis possível. Só com esta avaliação é possível a realização de um plano de cuidados, que deverá incluir um plano de exercícios físicos, um plano de reabilitação respiratória, um plano para controlo das comorbilidades, da adoção de estilos de vida saudáveis, um plano nutricional e ainda um plano gestão da ansiedade/expectativas relacionados com a cirurgia.

Em termos de exercício físico este deve inicialmente ter conta as preferências e necessidades da pessoa, identificando a melhor supervisão (presencial ou telefónica), o tipo de programa (aulas de grupo ou individual) e modalidade (tipo de exercício) (Carli, Gilis, & Scheede-Bergdahl, 2017). O programa deve iniciar-se a partir do momento em que se identifica a necessidade cirúrgica, sendo que para obter melhorias significativas na aptidão da pessoa este processo se proceder durante 4 semanas (Tew et al., 2018). A prescrição de exercício físico deverá considerar a intensidade, a duração, a frequência e a modalidade, tendo em atenção que uma atividade física diária de 30 minutos já comporta benefícios para o estado funcional, no entanto se houver uma atividade com intensidade moderada/vigorosa e que respeite os 150 minutos semanais a pessoa terá melhores resultados (Carli et al., 2017). Apesar de existirem exercícios que a pessoa poderá realizar sozinha, o programa de exercícios pré-operatórios dever supervisionado e ministrado por profissionais habilitados, permitindo avaliações repetidas através da capacidade funcional e da qualidade de vida (Tew et al., 2018). Considerando que o treino físico é baseado no princípio da sobrecarga, a intensidade do mesmo deve aumentada em conformidade à resposta que a pessoa às exigências, recomenda-se a utilização da escala de Borg para esta avaliação (Carli et al., 2017).

No âmbito da reeducação funcional respiratória, área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, é já conhecida a sua importância no período pré-operatório como espaço de ação. E o seu conhecimento provém desde o século passado, quando Heitor & Sousa (1997) afirma que a Reeducação Funcional Respiratória nos doentes do foro cirúrgico é unanimemente aceite. O mesmo autor refere ainda que “a sua ação é essencialmente profilática, tendo em vista preparar o doente para a intervenção cirúrgica e prevenir ou corrigir as complicações pós-operatórias” (Heitor & Sousa, 1997, p.1058). Isaías, Sousa & Dias (2012), corroboram afirmando que o êxito da Reeducação Funcional Respiratória depende em grande parte da existência de um treino pré-operatório, e que no caso das pessoas com doenças do foro respiratório este treino deverá prolongar-se, em especial nas com broncorreia, proporcionando-lhes uma higiene brônquica eficaz.

A prescrição do plano de cuidados deverá ter ênfase sob o treino dos músculos inspiratórios, as recomendações variam entre 2 vezes ao dia a 3 sessões por semana, com uma duração de 15 minutos e intervalos entre os 10-15 minutos (Tew et al., 2018). A conjugação do treino da musculatura inspiratória deve ser conjugada com o treino aeróbico e resistido para potenciar o aumento da resistência, da força e da capacidade ventilatória (Tew et al., 2018). Carli et al. (2017), apresenta em forma de tabela indicadores que permitem a monitorização cuidadosa do programa, onde incorpora a frequência e os exercícios em ordem dos objetivos (Anexo 3.).

A condição psicológica apresenta-se também como foco e atenção dos cuidados pré-operatórios, uma vez que em contexto cirúrgico o sofrimento psíquico tem demonstrado impacto na cicatrização de feridas, no controlo da dor, em internamentos mais longos e com mais limitações funcionais (Carli et al., 2017). A este nível e relacionado com o processo cirúrgico, possivelmente o alvo de maior cuidado será a gestão das expectativas em relação à cirurgia e a ansiedade que este processo causará. A ansiedade pode aumentar devido ao aparecimento de desequilíbrios emocionais e psicossociais durante o período pré-operatório (Gonçalves et al., 2017). A ter em consideração que em pessoas bastante ansiosas e apesar do programa de *prehabilitation*, existe um risco de má recuperação devido ao nível de ansiedade que apresentam (Carli et al., 2017).

As expectativas em relação à cirurgia afetam a satisfação no pós-operatório, sendo que pessoas com maiores expectativas estão mais propensas a uma insatisfação com o resultado cirúrgico obtido (Cody et al., 2017). E muitos são os fatores que podem contribuir para um aumento das expectativas, sendo eles: um mau estado funcional, uma sensação de má qualidade de vida, estados depressivos e ansiosos, dor descontrolada, uso de canadianas, andarilhos e cadeira de rodas (no caso da cirurgia ortopédica) (Cody et al.,

2017). O enfermeiro pode apresenta-se como agente promotor de sentimentos de tranquilidade, prevenindo e diminuindo níveis de ansiedade pré-operatória através de uma preparação que vise a componente psicológica da pessoa. A sua ação neste campo torna o momento cirúrgico mais tranquilo do desenvolvimento de estratégias que minimizem os estados emocionais sentidos através do desenvolvimento, consolidação, crescimento e implementação de intervenções e mudanças (Gonçalves et al., 2017).

### 3. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO

Como mencionado anteriormente, o referencial teórico dos cuidados de enfermagem que propomos para este projeto é a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem (Orem, 2001). A proposta deve-se ao facto de o ato cirúrgico se apresentar como uma realidade nova que comporta profundas alterações na vida da pessoa e da sua família, uma vez que influencia gravemente o seu bem-estar, saúde e padrões na satisfação do seu autocuidado (Gonçalves et al., 2017). Mas também, porque o défice no autocuidado apresenta uma relação diretamente proporcional com o aumento do declínio funcional, que durante o processo de hospitalização / submissão a uma cirurgia tende a aumentar (Cordeiro et al., 2015). Dado que a intervenção do EEER durante o processo de *prehabilitation* se destina a manter ou aumentar o estado funcional da pessoa proposta para cirurgia, podemos assumir que se este orientar a sua prática sob os requisitos universais do autocuidado estará a atingir o objetivo descrito.

Posto isto, parece-nos pertinente enunciar os requisitos universais de autocuidado delineados por Orem (2001), são 8 e apresenta-se da seguinte forma: (1) a manutenção da inspiração de ar suficiente; (2) a manutenção de ingestão suficiente de água; (3) a manutenção de ingestão suficiente de alimentos; (4) a promoção dos cuidados associados com a eliminação; (5) a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso; (6) a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; (7) a prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem estar humano; (8) a promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser “normal”.

Orem (2001) descreve, ainda, duas categorias de requisitos de autocuidado, os de desenvolvimento e os por desvios da saúde. Sendo que para este projeto e dado à definição de cada uma, acreditamos que os requisitos de autocuidado por desvios de saúde são os mais indicados à orientação dos cuidados de enfermagem. Estes requisitos em questão, surgem devido à doença e são carências que aparecem porque a doença ou a incapacidade impõem uma mudança no comportamento do autocuidado (Orem, 2001). Sendo que o déficit emerge quando a exigência é maior que a capacidade do individuo de a satisfazer, aparecendo o desequilíbrio designado por déficit de autocuidado (Orem, 2001).

Compreendendo os requisitos de autocuidado subjacentes impera, agora apresentar aqueles que para Orem (2001) são os objetivos de enfermagem e, neste caso, dos cuidados de enfermagem do EEER: (1) baixar a exigência de autocuidado para um nível a que a

pessoa possa dar respostas; (2) ajudar a pessoa a aumentar as suas capacidades de dar resposta à exigência de autocuidado; (3) ajudar o cuidador da pessoa a prestar cuidados dependentes, quando o autocuidado não é possível; (4) satisfazer o autocuidado da pessoa quando nenhum dos objetivos anteriores é atendido.

## **4. LOCAIS DE ESTÁGIO**

### **4.1 Serviço Especialidades Cirúrgicas**

O Hospital é uma Parceria Público-Privada desde junho de 2011, tem acreditação para efeitos de segurança clínica, desde 2014, pela *Joint Commission International*. Como missão, objetiva a promoção e prestação de serviços aos concelhos da área de abrangência e como valores pauta pelo respeito, dignidade humana e bem-estar da pessoa, pelo desenvolvimento humano e competência, pela inovação e responsabilidade.

Este hospital abrange os 5 concelhos de para uma estimativa total de cerca de 245 mil habitantes. Devido às estas características da área abrangente (maioritariamente rural, com habitações antigas e com presença de animais soltos) é frequente a admissão de utentes com fraturas, por queda no domicílio ou pela participação nestas atividades, na Unidade de Ortopedia – após triagem e observação médica no Serviço de Urgência. A Unidade de Ortopedia é detentora de um projeto que consiste na realização de consultas pré-operatórias a cirurgias programadas para os utentes submetidos a artroplastia do joelho (Prótese Total do Joelho) e artroplastia da anca (Prótese Total da Anca). Estas consultas são uma adaptação às características biológicas dos habitantes da área abrangente pelo elevado número de casos clínicos de pessoas com osteoartrose (coxartrose e gonartrose), obtendo indicadores de muita afluência e boa recetividade por parte dos utentes.

### **4.2 ECCI da UCC, ACES Loures-Odivelas**

É uma unidade que dá resposta a 4 uniões de freguesias do ACES Loures-Odivelas, a população alvo dos cuidados é maioritariamente do sexo feminino com mais de 65 anos, sendo que o intervalo prevalente é entre os 70 e os 84 anos de idade. Os motivos de referenciação são do foro ortopédico (pessoas submetidas a artroplastia total da anca e do joelho) com 27% dos casos, segue-se o foro oncológico com 25%, neurológico (maioritariamente pessoas que sofreram um AVC) com 17% e do foro respiratório com 8% dos doentes referenciados. Estas pessoas referenciadas são provenientes, na sua maioria, de 5 hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar com 10 enfermeiros, sendo que destes 5 são enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Têm em curso um programa direcionado para as crianças com deficiência em meio escolar, e apresentam-se em desenvolvimento projetos no âmbito da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, da postura corporal nas crianças, e nos cuidados paliativos. As dificuldades relatadas prendem-se com a falta de médico fisiatra, com a articulação entre instituições hospitalares, e para com o programa de registo (SCLINIC).

## 5. PLANO DE AÇÃO

Tendo em conta os domínios de competências e respetivas unidades de competências do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019) e das competências específicas do especialista de enfermagem de reabilitação (Regulamento nº392/2019), apresentam-se os objetivos específicos definidos, as respetivas atividades que se pretendem desenvolver, identificam-se indicadores, critérios de avaliação e os recursos necessários. Com intuito de operacionalizar este processo foi construído um cronograma (Apêndice 4.).

Os objetivos específicos foram delineados tendo em conta as competências estipuladas, comuns e específicas. Se é pressuposto que o candidato ao título de EEER desenvolva as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, parece-nos que essas competências são objetivos que personalizados à temática do projeto culminam na delimitação dos objetivos específicos deste. Posto isto, são definidos os seguintes objetivos referentes às competências específicas do EEER, que incorporam nas respetivas tabelas as atividades delineadas que visem o seu atingimento: executar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com base na Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem que atente às necessidades especiais da pessoa/família (Quadro 1.); tornar o período pré-operatório num tempo que permita à pessoa assegurar o seu autocuidado mantendo a participação e exercício da cidadania (Quadro 2.); desenvolver um programa de *Prehabilitation* que permita à pessoa proposta para cirurgia ortopédica desenvolver a sua capacidade funcional (Quadro 3.).

Tendo também o candidato a EEER de desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista foi realizado o mesmo processo, descrito anteriormente, na delimitação dos objetivos específicos que personificam estas competências. São tidos, também, assim os seguintes objetivos como específicos deste projeto: desenvolver uma prática de cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação com base nos princípios éticos e deontológicos, incrementar a capacidade de tomada de decisão, responsável e justificada por um raciocínio clínico (Quadro 4.); colaborar programas de melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos na instituição, desenvolver a capacidade de mobilização e utilização da melhor evidência disponível na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família nos diferentes locais de ensino clínico (Quadro 5.); participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de ensino clínico, garantir a segurança

e qualidade dos cuidados delegados (Quadro 6.); desenvolver o autoconhecimento através do estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais com maior eficácia e assertividade, implementar intervenções autónomas de enfermagem de reabilitação fundamentadas pelo conhecimento adquirido em fontes válidas e em constante atualização (Quadro 7.).

**Quadro 1: Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – J1.**

<b>Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Critérios de avaliação</b>	<b>Recursos</b>
<p>1. Executar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com base na Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem, que atente às necessidades especiais da pessoa/família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevistas à unidade de cuidados (pessoa/família), realiza exame físico, avalia a capacidade funcional, recorre a exame auxiliares de diagnóstico para identificar os défices no autocuidado;</li> <li>• Elaboração de planos de cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Estabelece um plano de habilitação funcional que faça frente ao <i>stress</i> cirúrgico;</li> <li>• Identificação juntamente com a pessoa/família as prioridades a incluir no plano de cuidados;</li> <li>• Articulação com os recursos formais e informais a prestação de cuidados durante o período pré-operatório;</li> <li>• Realização de diagnósticos de enfermagem, prescreve intervenções e encaminha para outros profissionais quando identifica défices que não consegue satisfazer de forma autónoma.</li> <li>• Utilização de escalas que permitam a avaliação com maior pormenor dos défices da pessoa/família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduz no projeto as entrevistas realizadas onde inclui os dados das avaliações realizadas através de escalas validadas;</li> <li>• Explana planos de cuidados com intervenções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Mobiliza os recursos da pessoa/família com vista à melhor assistência;</li> <li>• Tem avaliações das intervenções realizadas que demonstram a eficácia das mesmas;</li> <li>• Demonstra mestria na seleção e implementação das escalas disponíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As intervenções planeadas e colocadas em prática garantiram todos os cuidados identificados como necessários à pessoa/família, onde se incluem intervenções autónomas e interdependentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>• Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>• Físicos: locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.</li> <li>• Temporais: Cronograma</li> </ul>

**Quadro 2: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – J2.**

<b>Competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>Recursos</b>
<p>2. Tornar o período pré-operatório num tempo que permita à pessoa assegurar o seu autocuidado mantendo a participação e exercício da cidadania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de limitações/restrições de vários níveis: arquitetónicas, sociais, económicas;</li> <li>• Sugere estratégias que permitam eliminar ou diminuir o impacto das limitações/restrições identificadas;</li> <li>• Articulação da pessoa significativa a ser parte do processo de capacitação (quando a pessoa alvo de cuidados não é capaz);</li> <li>• Prescrição de produtos de apoio, quando aplicável, permitindo à pessoa a manutenção do autocuidado;</li> <li>• Mobilização conhecimento acerca da legislação em vigor que determina a necessidade de acessos acessíveis a todos;</li> <li>• Análise da existência de barreiras arquitetónicas e de soluções à sua resolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalia o meio ambiente (domicílio, instituição, internamento) identificando as limitações/restrições dos mesmos;</li> <li>• Consegue através da adaptação do meio e através dos produtos de apoio tornar a pessoa capaz de exercer a sua cidadania;</li> <li>• Informou a pessoa portadora de deficiência da legislação em vigor que a protege da discriminação no acesso;</li> <li>• A pessoa demonstra resultado e satisfação perante as intervenções realizadas;</li> <li>• Apresenta no relatório uma ficha técnica das acessibilidades aos locais de ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As atividades planeadas e postas em prática permitiram à pessoa durante o período pré-operatório manter a capacidade de autocuidado e de exercício da cidadania, superando limitações físicas, psíquicas, assim como barreiras arquitetónicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>• Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>• Físicos: locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.</li> <li>• Temporais: Cronograma</li> </ul>

**Quadro 3: Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – J3.**

<b>Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Critérios de avaliação</b>	<b>Recursos</b>
<p>3. Desenvolver um programa de <i>Prehabilitation</i> que permita à pessoa proposta para cirurgia ortopédica desenvolver a sua capacidade funcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da capacidade funcional da pessoa proposta para cirurgia;</li> <li>• Identificação défices no autocuidado;</li> <li>• Desenvolvimento de um plano de promoção da capacidade funcional junto da pessoa/família onde: ensina, ilustra, treina, avalia a capacidade de execução e necessidade de acompanhamento ou supervisão;</li> <li>• Planificação de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação que consigam promover a máxima capacidade funcional;</li> <li>• Avaliação os resultados dos planos desenvolvidos através da utilização de métodos validados;</li> <li>• Registo de forma criteriosa e sólida as intervenções realizadas, assim como a avaliação das mesmas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na avaliação feita, através de escalas validadas, é capaz de identificar os défices presentes;</li> <li>• Aumenta ou mantém através do plano instituído a capacidade funcional da pessoa durante o período pré-operatório, prevenindo o declínio funcional;</li> <li>• Consegue adesão por parte da pessoa e pessoa significativa ao plano elaborado;</li> <li>• Demonstra eficácia nos ensinamentos, treinos e instruções realizadas;</li> <li>• Consegue elaborar um plano e estruturar uma consulta pré-operatória, com vista ao desenvolvimento da capacidade funcional da pessoa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As atividades planeadas e impostas possibilitaram um aumento/manutenção da capacidade funcional da pessoa, permitindo a esta enfrentar o processo cirúrgico com um menor declínio funcional, promovendo uma recuperação mais rápida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>• Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>• Físicos: locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.</li> <li>• Temporais: Cronograma</li> </ul>

**Quadro 4: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

<p><b>Competência A1</b> – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.</p> <p><b>Competência A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>				
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
4. Desenvolver uma prática de cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação com base nos princípios éticos e deontológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento da dinâmica de cuidados de enfermagem dos contextos de ensino clínico, integrando a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Justificação a prática profissional com recurso ao código deontológico de enfermagem;</li> <li>• Torna a pessoa alvo de cuidados parceira na elaboração do seu plano de cuidados;</li> <li>• Promoção um ambiente de confidencialidade e respeito pela pessoa;</li> <li>• Análise uma situação, com recurso a um jornal de aprendizagem, onde mobilize os princípios éticos e deontológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre os locais de ensino clínico, a sua dinâmica, organização, recursos disponíveis;</li> <li>• Mobiliza os princípios e valores éticos e deontológicos de enfermagem na discussão e tomada de decisão;</li> <li>• Revela conhecimento sobre as normas e protocolos do serviço e da instituição, atuando em concordância;</li> <li>• Realiza entrevistas e avaliações num espaço promotor de privacidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As atividades planeadas foram implementadas com sucesso e permitiram desenvolver uma prática de cuidados baseada num raciocínio clínico, suportado pelos princípios éticos e deontológicos e na evidência científica, que fundamentam a tomada de decisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>• Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>• Físicos: locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.</li> <li>• Temporais: Cronograma</li> </ul>
5. Incrementar a capacidade de tomada de decisão, responsável e justificada por um raciocínio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma uma postura de proatividade na sugestão de intervenções terapêuticas;</li> <li>• Discussão casos clínicos com capacidade de argumentação e fundamentação da sua avaliação e plano de ação;</li> <li>• Mobilização para a discussão dados científicos atuais, promovendo o desenvolvimento dos cuidados prestados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra iniciativa na tomada de decisão com base no raciocínio clínico, na mobilização de princípios éticos e morais;</li> <li>• Explana nos planos de cuidados realizados a evidência científica atual que pesquisa e mobiliza;</li> </ul>		

**Quadro 5: Domínio da melhoria da qualidade**

<p><b>Competência B1</b> – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.  <b>Competência B2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.  <b>Competência B3</b> – Cria e mantém um ambiente seguro.</p>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>Recursos</b>
<p>6. Colaborar programas de melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos na instituição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento dos projetos desenvolvidos e implementados no serviço;</li> <li>• Conhecimento das ambições/metapara novos projetos que a instituição queira ver desenvolvidos;</li> <li>• Análise de projetos no âmbito da preparação pré-operatória contribuindo com conhecimentos, indicações estruturadas e fundamentadas;</li> <li>• Apresentação de sugestões de melhoria dos projetos em desenvolvimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descreve os projetos de melhoria dos cuidados prestados, assim como as metas a atingir;</li> <li>• Analisa-os, identificando aspetos bons e aspetos a melhorar;</li> <li>• Demonstrou iniciativa na pesquisa sobre projetos semelhantes, procurando encontrar melhorias que possam ser implementadas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As atividades planeadas foram realizadas promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, com respeito imperativo pela segurança da pessoa/família e pelo uso da melhor evidência científica na implementação de intervenções que visem dar resposta aos défices do autocuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>• Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>• Físicos: locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.</li> </ul>
<p>7. Desenvolver a capacidade de mobilização e utilização da melhor evidência disponível na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisas em base de dados científicas, conseguindo contribuir com evidência atual e certificada;</li> <li>• Realização de fichas técnicas onde compara os artigos analisados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementa intervenções baseadas na evidência científica e em conformidade com a avaliação realizada;</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorpora no relatório final as fichas técnicas realizadas;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>
<p>8. Promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família nos diferentes locais de ensino clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento dos princípios de segurança para a prestação de cuidados à pessoa/família;</li> <li>Participação em auditorias destinadas a garantir a segurança da pessoa/família.</li> <li>Aplicação a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem nos locais de ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica as estratégias implementadas para garantir a segurança da pessoa/família;</li> <li>Participou em auditorias ou sugere identifica e sugere melhorias para a promoção da segurança da pessoa/família.</li> <li>Identifica o número de enfermeiros generalistas e especialistas que o serviço necessita, tendo em conta as suas necessidades.</li> </ul>		

**Quadro 6: Domínio da gestão dos cuidados**

<b>Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</b> <b>Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>	<b>Recursos</b>
9. Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de ensino clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de avaliações dos défices do autocuidado e da capacidade funcional, estabelecendo prioridades na prestação de cuidados;</li> <li>Adequação em conformidade com as necessidades identificadas e os recursos existentes a melhor assistência a dar à pessoa/família;</li> <li>Identificação das necessidades de formação junto dos enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação, generalistas, desenvolvendo-as;</li> <li>Identificação das necessidades de recursos, humanos ou materiais, sugerindo a sua retificação;</li> <li>Desenvolvimento de estratégias compensatórias na falta de recursos necessários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geriu e priorizou a prestação de cuidados com rigor e critério, promovendo a segurança e qualidade dos mesmos;</li> <li>Reportou ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e enfermeiro chefe/coordenador as necessidades de formação identificadas;</li> <li>Consegue com os meios disponíveis ser criativo na sua reutilização, permitindo realizar intervenções que necessitem de recursos específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas foram executadas com sucesso revelando capacidade de gestão de recursos (humanos e materiais), garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados de forma a aproveitar os recursos existentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>Físicos: locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.</li> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>
10. Garantir a segurança e qualidade dos cuidados delegados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisão e avaliação dos cuidados delegados;</li> <li>Avaliação da possibilidade de delegação, tendo em conta as necessidades da pessoa/família e a formação e capacidade do agente prestador;</li> <li>Identificação das necessidades de formação junto dos assistentes operacionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os cuidados delegados foram prestados em segurança e com qualidade;</li> <li>Reportou ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e enfermeiro chefe/coordenador as necessidades de formação identificadas;</li> </ul>		

**Quadro 7: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

<p><b>Competência D1 –</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.  <b>Competência D2 –</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>11. Desenvolver o autoconhecimento através do estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais com maior eficácia e assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza um jornal de aprendizagem sobre a temática “o autoconhecimento e as suas implicações na relação com os outros”;</li> <li>Expõe dificuldades junto dos orientadores em ensino clínico e junto do doente, manifestando sentimentos e emoções;</li> <li>Solicita feedback da sua postura com o intuito de a melhorar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizou o jornal de aprendizagem que reflete a implicação do autoconhecimento no estabelecimento de relações;</li> <li>Dinamiza as orientações tutoriais, expondo as suas dificuldades, os seus sentimentos.</li> <li>Procura a melhoria contínua da sua postura, buscando o perfil estipulado para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas foram implementadas permitindo atingir o perfil de elemento especializado, com reconhecimento pelos pares, através da sua assertividade na implementação de intervenções autónomas de enfermagem fundamentadas de forma concisa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>Físicos: locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.</li> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>
<p>12. Implementar intervenções autónomas de enfermagem de reabilitação fundamentadas pelo conhecimento adquirido em fontes válidas e em constante atualização.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliza e adequa o conhecimento que possui e adquire ao contexto de ensino clínico e as situações com que se depara;</li> <li>Realiza uma análise crítica das situações clínicas, consolidando o conhecimento adquirido e identificando as melhores intervenções a implementar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consegue em tempo oportuno intervir de forma congruente com os conhecimentos que manifesta ter;</li> <li>À <i>posteriori</i> é capaz de identificar os aspetos positivos e a melhorar da sua intervenção;</li> <li>Aplica as conclusões da análise realizada nos futuros planos de cuidados, procurando a excelência dos cuidados prestados.</li> </ul>		

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a *prehabilitation* é um conceito relativamente novo que pode influenciar positivamente os resultados cirúrgicos das pessoas. Espera-se que no futuro haja uma expansão dos esforços na realização deste tipo de reabilitação (Boudreaux & Simmons, 2019). Uma vez, que pelo apresentado já é conhecida a influência do estado funcional da pessoa no tempo pré-operatório sob o resultado processo cirúrgico. E um exemplo disso é a sugestão na literatura da realização da *prehabilitation* através da criação de clínicas com este intuito (Boudreaux & Simmons, 2019), a formação em serviço dirigida para a ansiedade pré-operatória, o investimento na preparação pré-operatória incluindo a vertente física e psicológica, a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória (Boudreaux & Simmons, 2019). Levantamos como necessidade a realização de estudos sob os ganhos em saúde provenientes da intervenção do EEER, com referência aos custos destes cuidados em comparação com os custos que os internamentos prolongados, as complicações pós-cirúrgicas e os reinternamentos apresentam.

Num tempo em que a Ordem dos Enfermeiros, através da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, pretende incentivar a investigação e o desenvolvimento no âmbito da disciplina de Enfermagem de Reabilitação. Acreditamos que que o pré-operatório se apresenta como espaço de ação para este profissional desenvolver uma intervenção autónoma, nas diferentes áreas consideradas como emergentes e prioritárias. Uma vez que o programa apresentado de *prehabilitation* comporta cuidados sob a função motora e respiratória, sob a dependência no autocuidado em contexto domiciliário, tudo considerados como áreas emergentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Importa referir que para além da intervenção sob os focos descritos, a *prehabilitation* comporta ainda o apoio psicológico, com ênfase na gestão de expectativas e no controlo da ansiedade. Tem ainda como foco a nutrição da pessoa, à necessidade de uma dieta rica em proteínas (Anexo 4.), exigindo do EEER o conhecimento desta necessidade, mas também uma intervenção com ênfase nos requisitos do autocuidado: manutenção de ingestão suficiente de água e de alimentos.

A ressaltar que o presente projeto de estágio não se finda neste documento, uma vez que segue a sua aplicação ao longo do 3º semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, onde

culminará na redação do relatório de estágio. Este documento comporta, assim o fundamento da escolha da temática em questão, mas também toda a planificação para o desenvolvimento tanto da temática, como das competências. Quer sejam provenientes dos Descritores de Dublin, quer sejam provenientes da Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do Grau de Mestre e do título Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, respetivamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo C, Makdisse M, Peres P, Tebexreni A, Ramos L, Matsushita A & Carvalho, A. (2006). Diferentes Padronizações do Teste da Caminhada de Seis Minutos como Método para Mensuração da Capacidade de Exercício de Idosos com e sem Cardiopatia Clinicamente Evidente. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 86(3), 198-205.
- Barker, L., Gout, B., & Crowe, T. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8(2), 514-527.
- Boudreaux, A. & Simmons, J. (2019). Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes. *AORN Journal*. 109 (4), 500-7.
- Cabilan, C., Hines, S. & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life. *Orthopaedic Nursing*. 35 (4), 224-237.
- Carli, F., Gillis, C. & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 128-133.
- Cody, E., Mancuso, C., Burket, J., Marinescu, A., MacMahon, A. & Ellis, S. (2017). Patient Factors Associated With Higher Expectations From Foot and Ankle Surgery. *Foot & Ankle International*. 1-7.
- Cordeiro, A., Brito, A., Santana, N., Silva, I., Nogueira, S., Guimarães, A. & Melo, T. (2015) Análise do Grau de Independência Funcional Pré e na Alta da UTI em Pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 5(1), 21-27.
- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referências*. 4 (14), 17-26.
- Heitor, M. & Sousa, M. (1997). Reabilitação Respiratória. In Freitas e Costa, M. *Pneumologia na Prática Clínica*, 2ª ed. Lisboa: FML.

- Isaías, F, Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções Gerais da Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Torácica/ Cardíaca/Abdominal. In Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Martinez, B., Bispo, A., Duarte, A. & Neto, M. (2013). Declínio Funcional em uma Unidade de Terapia (UTI). *Revista Inspirar*. 5(1), 1-5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M.) (2001). *Nursing : concepts of practice*. Mosby.
- Perrenoud, P. (2000). *Pedagogia diferenciada: das intenções à ação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Preto, L., Lopes, I., Mendes, M., Novo, A. & Barreira, I. (2018). Estado funcional e nutricional em pacientes idosos admitidos num serviço de cirurgia geral. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (17), 43-52
- Regulamento n.º140/2019. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR 2a Série (Nº26, 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR 2a Série (Nº85, 3 de maio de 2019), 13565–13568. Retirado de: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Souza, L., Papini, S. & Corrente, J. (2015). Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity for Older People. *Health*. 7, 1090-97.
- Tew, G., Ayyash, R., Durrand, J.& Danjoux, G. (2018) Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*. 1-1.

**ANEXOS**

**ANEXO 1 – Histórico de Pesquisa (CINAHL e MEDLINE)**

# Histórico de Pesquisa EBSCOhost - CINAHL

25/07/2019

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Wednesday, July 24, 2019 8:55:27 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S14	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20191231; Idioma: English Restringir por SubjectAge: - all adult Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete, MEDLINE Complete	4
S13	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20191231; Idioma: English Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11
S12	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20191231 Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12
S11	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S10	S6 AND S7 AND S9	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S9	S1 OR S8	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S8	(MH "Orthopedic Surgery")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	Ecrã

web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=fe357362-4374-444f-8c9f-f3c154bd4c93%40pdc-v-sessmgr01&vid=32&HistoryItemID=S14&bquery=((MH\*Preoperative+Education)\*OR\*(MH\*Pr... 1/2

25/07/2019

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

			Base de dados - CINAHL Complete	
S7	S2 OR S3 OR S4 OR S5	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S6	(MH "Preoperative Education") OR (MH "Preoperative Period") OR (MH "Preoperative Care")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S5	(MH "Rehabilitation")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S4	(MH "Rehabilitation Nursing")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S3	(MH "Prehabilitation")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S2	(MH "Functional Status")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S1	(MH "Surgical Patients")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã

web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=fe357362-4374-444f-8c9f-f3c154bd4c93%40pdc-v-sessmgr01&vid=32&HistoryItemID=S14&bquery=((MH\*Preoperative+Education)\*OR\*(MH\*Pr... 2/2

# Histórico de Pesquisa EBSCOhost - MEDLINE

25/07/2019

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Wednesday, July 24, 2019 8:48:56 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S14	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20191231; Idioma: English Restringir por SubjectAge: - all adult Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4
S13	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20191231; Idioma: English Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11
S12	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20191231 Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12
S11	S6 AND S7 AND S9	Limitadores - Texto Integral Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S10	S6 AND S7 AND S9	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S9	S1 OR S8	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S8	(MH "Orthopedic Surgery")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	Ecrã

web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=14&sid=fe357362-4374-444f-8c9f-f3c154bd4c93%40pdc-v-sessmgr01&bquery=((MH\*"Preoperative+Education")\*OR\*(MH\*"Preoperative+Period")... 1/2

25/07/2019

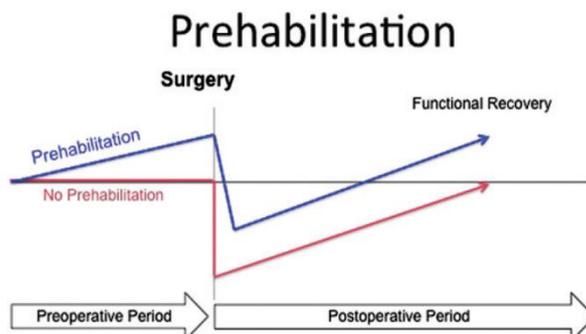
Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

S7	S2 OR S3 OR S4 OR S5	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S6	(MH "Preoperative Education") OR (MH "Preoperative Period") OR (MH "Preoperative Care")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S5	(MH "Rehabilitation")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S4	(MH "Rehabilitation Nursing")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S3	(MH "Prehabilitation")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S2	(MH "Functional Status")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S1	(MH "Surgical Patients")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã

web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=14&sid=fe357362-4374-444f-8c9f-f3c154bd4c93%40pdc-v-sessmgr01&bquery=((MH\*"Preoperative+Education")\*OR\*(MH\*"Preoperative+Period")... 2/2

**ANEXO 2** - Trajetória do período peri operatório com o aumento da capacidade funcional no período pré-operatório (*prehabilitation*) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório.

Trajetória do período peri operatório com o aumento da capacidade funcional no período pré-operatório (*prehabilitation*) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório.



**Fonte:** Carli, F., Gillis, C. & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 129.

**ANEXO 3 – Atividade física e objetivos de exercício no período pré-operatório.**  
Disponível no Anexo I do presente Relatório de Estágio

**ANEXO 4** – Exemplo de um plano nutricional padronizado de proteínas  
para pessoas propostas para cirurgia  
Disponível no Anexo III do presente Relatório de Estágio

**APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** – Resultados da revisão narrativa da literatura  
(Fluxograma)  
Disponível no Apêndice II do presente Relatório de Estágio

**APÊNDICE 2 – Análise dos artigos incluídos para revisão**  
Disponível no Apêndice III do presente Relatório de Estágio

### **APÊNDICE 3 - Guião de Entrevista para os Locais de Estágio**

## **Guião de Entrevista - Serviço de Especialidades Cirúrgicas**

1. Qual é funcionamento geral da instituição?
2. Quantos enfermeiros de reabilitação o serviço tem?
3. Quais as funções que o enfermeiro de reabilitação desempenha neste serviço? (prestação de cuidados gerais, de reabilitação, gestão ou coordenação)
4. Quais as patologias mais frequentes?
5. Qual a população alvo?
6. Na prestação de cuidados quais as intervenções mais frequentes?
7. Existem intervenções no pré-operatório? Quais? Existe consulta de enfermagem de reabilitação?
8. Programas de reabilitação implementados, a decorre, e programados para futuro?
9. De que forma é que o enfermeiro de reabilitação se articula com a equipa multidisciplinar?
10. Existe articulação com outras instituições e com a comunidade?
11. Qual o modelo teórico de enfermagem que conduz a filosofia de cuidados?

## **Guião de Entrevista – ECCI da UCC, ACES Loures-Odivelas**

1. Qual é funcionamento geral da instituição?
2. Quantos enfermeiros de reabilitação a equipa tem?
3. Quais as funções que o enfermeiro de reabilitação desempenha nesta equipa? (prestação de cuidados gerais, de reabilitação, gestão ou coordenação)
4. Quais as patologias mais frequentes?
5. Qual a população alvo?
6. Na prestação de cuidados quais as intervenções mais frequentes?
7. Existe consulta de enfermagem de reabilitação? Qual o local da prestação de cuidados?
8. Programas de reabilitação implementados, a decorre, e programados para futuro?
9. De que forma é que o enfermeiro de reabilitação se articula com a equipa multidisciplinar?
10. Existe articulação com outras instituições (hospitais, IPSS)?
11. Qual o modelo teórico de enfermagem que conduz a filosofia de cuidados?

## **APÊNDICE 4 - Cronograma**

# Cronograma

ANO	2019													2020					
MES	Setembro	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro	
DIAS	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	6	13	20	27	3	
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18	12	19	26	2	9	
Locais de Estágio	SERVICO DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS									ECCI - UCC				ECCI - UCC					
Objetivo 1)																			
Objetivo 2)																			
Objetivo 3)																			
Objetivo 4)																			
Objetivo 5)																			
Objetivo 6)																			
Objetivo 7)																			
Objetivo 8)																			
Objetivo 9)																			
Objetivo 10)																			
Objetivo 11)																			
Objetivo 12)																			

FERIAS  
DE  
NATAL

## **APÊNDICE 5 – Apresentação Intercalar**

## A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Na *Prehabilitation* da pessoa proposta para cirurgia.

DISCENTE: BRUNO VENÂNCIO ALEXANDRE, N.º4411

DOCENTE: PROF.ª MARIA DE CÉU SÁ

LISBOA

2019

## Sumário

- ▶ Justificação da escolha do tema;
- ▶ *Prehabilitation*;
- ▶ Protocolo da Revisão da Literatura;
- ▶ Análise dos dados obtidos;
  - ▶ *Prehabilitation*;
  - ▶ Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- ▶ Modelo Teórico de Enfermagem;
- ▶ Objetivos;
- ▶ Locais de Ensino Clínico;
- ▶ Referências Bibliográficas.

Bruno Venâncio Alexandre, n.º4411

2

## Justificação do tema

Segundo dados do Ministério da Saúde, num espaço compreendido entre **novembro de 2018 e janeiro de 2019**, no [REDACTED] a **cirurgia ortopédica**, de origem não oncológica, tem um **tempo de espera médio de 180 dias para uma cirurgia normal**. Caso seja a cirurgia seja classificada como **prioritária o tempo de espera é em média de 29 dias**, e se a classificação for de **muito prioritária são 2 dias** que terá de esperar.

- Que acompanhamento é feito durante o tempo de espera para cirurgia?
- Que implicações tem o tempo de espera na recuperação pós-operatória?
- Como pode um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervir na capacitação da pessoa para enfrentar o processo cirúrgico?

Bruno Venâncio Alexandre, n.º4411

3

## Justificação do tema

Uma **fraca condição física** pré-operatória tem revelado um aumento do número de complicações pós-cirúrgicas e do risco de mortalidade (Carli et al, 2017).

A otimização da atividade física e do **estado funcional** no pré-operatório pode ser uma intervenção eficaz no combate ao declínio funcional após a cirurgia (Cabilan et al., 2016).

Intervenção Autónoma do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Considerada área de investigação prioritária (OE, 2015)

Os resultados de procedimentos invasivos, como é o caso da cirurgia, são maioritariamente definidos por três fatores: eficácia clínica, eficácia operacional e o **estado funcional da pessoa** (Boudreaux & Simmons, 2019).

Bruno Venâncio Alexandre, n°4411

4

## Justificação do tema

O défice no autocuidado é **influenciado por fatores intrínsecos**, como a idade, mas também por extrínsecos, como doenças que requerem hospitalização e intervenção cirúrgica (Preto et al, 2018).

Muitos são os fatores que contribuem para um défice no autocuidado, que está diretamente correlacionado com um aumento do declínio funcional, que tende a aumentar com o processo de hospitalização e com a submissão a uma cirurgia (Cordeiro et al, 2015).

**O estado funcional compreende a capacidade da pessoa em assegurar o seu autocuidado.**

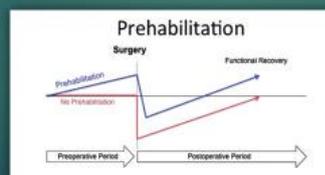
Bruno Venâncio Alexandre, n°4411

5

## Prehabilitation

Tem início no momento do diagnóstico / identificação da necessidade de cirurgia, inclui uma avaliação física e psicológica visando o estabelecimento de uma referência do estado funcional da pessoa. Pressupõem a identificação de deficiências e a prescrição de intervenções que promovam um grau de saúde suficiente para reduzir a incidência e/ou gravidade de deficiências futuras (Carli et al., 2017).

Tem como objetivos: o aumento da capacidade de exercício físico, o aumento de massa muscular, a melhoria do estado nutricional e a preparação psicológica (Boudreaux & Simmons, 2019).



**Figura 1.** Trajetória do período peri-operatório com o aumento da reserva funcional no período pré-operatório (*prehabilitation*) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório (Carli et al., 2017).

Bruno Venâncio Alexandre, n°4411

6



## Análise – Intervenção do EEER na Reabilitação Motora

- ▶ O exercício físico deve ter conta as preferências e necessidades da pessoa, identificando a melhor supervisão (presencial ou telefónica), o tipo de programa (aulas de grupo ou individual) e modalidade (tipo de exercício) (Carli et al., 2017).
- ▶ O programa deve iniciar-se a partir do momento em que se identifica a necessidade cirúrgica, sendo que para obter melhorias significativas na aptidão da pessoa este processo deve decorrer durante 4 semanas (Tew et al., 2018).
- ▶ O treino físico é baseado no princípio da sobrecarga, ou seja a intensidade do mesmo deve ser aumentada em conformidade com resposta que a pessoa dá ao exigido, recomenda-se a utilização da Escala de Borg para esta avaliação (Carli et al., 2017).

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

10

## Análise – Intervenção do EEER na Reeducação Funcional Respiratória

- ▶ O êxito da Reeducação Funcional Respiratória depende em grande parte da existência de um treino pré-operatório, e que no caso das pessoas com doença pneumológica este treino deverá prolongar-se, em especial nas com broncorreia, proporcionando-lhes uma higiene brônquica eficaz (Isaías et al., 2012).
- ▶ A prescrição do plano de cuidados deverá ter ênfase sob o treino dos músculos inspiratórios, as recomendações variam entre 2 vezes ao dia a 3 sessões por semana, com uma duração de 15 minutos (Tew et al., 2018).
- ▶ A conjugação do treino da musculatura inspiratória deve ser conjugada com o treino aeróbico e resistido para potenciar o aumento da resistência, da força e da capacidade ventilatória (Tew et al., 2018).

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

11

## Análise – Intervenção do EEER na Preparação Psicológica

- ▶ A condição psicológica apresenta-se também como foco e atenção dos cuidados pré-operatórios, uma vez que em contexto cirúrgico o sofrimento psíquico tem demonstrado impacto na cicatrização de feridas, no controlo da dor, em internamentos mais longos e com mais limitações funcionais (Carli et al., 2017).
- ▶ A ansiedade pode aumentar devido ao aparecimento de desequilíbrios emocionais e psicossociais durante o período pré-operatório (Gonçalves et al., 2017).
- ▶ O enfermeiro pode apresentar-se como agente promotor de sentimentos de tranquilidade, prevenindo e diminuindo níveis de ansiedade pré-operatória através de uma preparação que vise a componente psicológica da pessoa (Gonçalves et al., 2017).

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

12

## Modelo Teórico - Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem

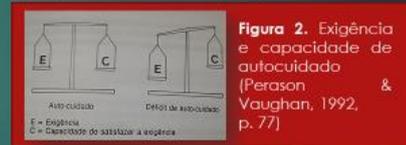
- ▶ O ato cirúrgico apresenta-se como uma realidade nova que comporta profundas alterações na vida da pessoa e da sua família, uma vez que influencia gravemente o seu bem-estar, saúde e padrões na satisfação do seu **autocuidado** (Gonçalves et al., 2017).



Requisitos de **auto-cuidado** por desvios de saúde.



"Estes surgem devido à doença e são carências que aparecem porque a doença ou a incapacidade impõem uma mudança no comportamento do auto-cuidado" (Perason & Vaughan, 1992, p. 77)



**Figura 2.** Exigência e capacidade de autocuidado (Perason & Vaughan, 1992, p. 77)

## Objetivos Gerais

- ▶ Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, na área da reeducação funcional respiratória, para a promoção de uma boa ventilação-perfusão, corrigindo e prevenindo complicações pós-cirúrgicas.
- ▶ Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, na área da reabilitação motora, para a promoção da capacidade funcional, tornando a pessoa capaz para enfrentar o *stress* cirúrgico.

## Objetivos Específicos

- ▶ Desenvolver competências de intervenção do EEER na prevenção de complicações pós-cirúrgicas;
- ▶ Desenvolver competências de intervenção do EEER na prevenção do declínio funcional;
- ▶ Desenvolver competências de intervenção do EEER na capacitação da pessoa para enfrentar o *stress* cirúrgico.

## Locais de Ensino Clínico



## Referências Bibliográficas

- ▶ Araújo C, Makdise M, Peres P, Tebexreni A, Ramos L, Matsushita A & Carvalho, A. (2006). Diferentes Padronizações do Teste da Caminhada de Seis Minutos como Método para Mensuração da Capacidade de Exercício de Idosos com e sem Cardiopatia Clinicamente Evidente. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 86(3), 198-205.
- ▶ Barker, L. A., Gout, B. S., & Crowe, T. C. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 514-527.
- ▶ Boudreaux, A., Simmons, J. (2019). Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes. *AORN Journal*, 109 (4), 500-7.
- ▶ Cabilan, C., Hines, S. & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life. *Orthopaedic Nursing*, 35 (4), 224-237.
- ▶ Carli, F., Gillis, C., Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*, 56 (2), 128-133.
- ▶ Cody, E., Mancuso, C., Burket, J., Marinescu, A., MacMahon, A., Ellis, S. (2017). Patient Factors Associated With Higher Expectations From Foot and Ankle Surgery. *Foot & Ankle International*, 1-7.
- ▶ Cordeiro, A., Brito, A., Santana, N., Silva, I., Nogueira, S., Guimarães, A., Melo, T. (2015) Análise do Grau de Independência Funcional Pré e na Alta da UTI em Pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 5(1), 21-27.
- ▶ Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 17-26.
- ▶ Heitor, M. & Sousa, M. (1997). Reabilitação Respiratória. In Freitas e Costa, M. *Pneumologia na Prática Clínica*, 2ª ed. Lisboa: FML.

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

16

## Referências Bibliográficas

- ▶ Isaias, F., Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções Gerais da Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Torácica/ Cardíaca/Abdominal. In Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- ▶ Martínez, B., Bispo, A., Duarte, A. & Neto, M. (2013). Declínio Funcional em uma Unidade de Terapia (UTI). *Revista Inspirar*, 5(1), 1-5.
- ▶ Ministério da Saúde (2019). Tempos de médios de espera. Disponível em: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-sijic>. Consultado a 27/04/2019
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 27/04/2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadaAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadaAG20Nov2010.pdf)
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- ▶ Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- ▶ Preto, L., Lopes, I., Mendes, M., Novo, A. & Barreira, I. (2018). Estado funcional e nutricional em pacientes idosos admitidos num serviço de cirurgia geral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (17), 43-52.
- ▶ Souza, L., Papini, S. & Corrente, J. (2015). Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity for Older People. *Health*, 7, 1090-97.
- ▶ Tew, G., Ayyash, R., Durrand, J. & Danjoux, G. (2018) Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*, 1-19.

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

17

## A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Na Prehabilitation da pessoa proposta para cirurgia.

DISCENTE: BRUNO VENÂNCIO ALEXANDRE, Nº4411

DOCENTE: PROFª MARIA DE CÉU SÁ

LISBOA

2019

## **APÊNDICE 6 - Apresentação Final**

## A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Na *Prehabilitation* da pessoa proposta para cirurgia ortopédica.

DISCENTE: BRUNO VENÂNCIO ALEXANDRE, Nº4411

DOCENTE: PROFª MARIA DE CÉU SÁ

LISBOA

2019

## Sumário

- ▶ Justificação da escolha do tema;
- ▶ *Prehabilitation*;
- ▶ Modelo Teórico de Enfermagem;
- ▶ Locais de Ensino Clínico;
- ▶ Objetivos Gerais do Projeto;
- ▶ Objetivos Específicos - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- ▶ Objetivos Específicos – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;
- ▶ Referências Bibliográficas.

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

2

## Justificação do tema

Uma **fraca condição física** pré-operatória tem revelado um aumento do número de complicações pós-cirúrgicas e do risco de mortalidade (Carli et al, 2017).

A otimização da atividade física e do **estado funcional** no pré-operatório pode ser uma intervenção eficaz no combate ao declínio funcional após a cirurgia (Cabilan et al., 2016).

**Intervenção Autónoma do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Considerada área de investigação prioritária (OE, 2015)**

Os resultados de procedimentos invasivos, como é o caso da cirurgia, são maioritariamente definidos por três fatores: eficácia clínica, eficácia operacional e o **estado funcional da pessoa** (Boudreaux & Simmons, 2019).

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

3

## Prehabilitation

Tem início no momento do diagnóstico / identificação da necessidade de cirurgia, inclui uma avaliação física e psicológica visando o estabelecimento de uma referência do estado funcional da pessoa. Pressupõem a identificação de deficiências e a prescrição de intervenções que promovam um grau de saúde suficiente para reduzir a incidência e/ou gravidade de deficiências futuras (Carli et al., 2017).

Tem como objetivos: o aumento da capacidade de exercício físico, o aumento de massa muscular, a melhoria do estado nutricional e a preparação psicológica (Boudreaux & Simmons, 2019).

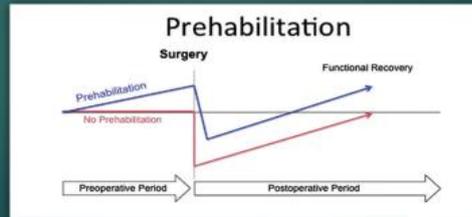


Figura 1. Trajetória do período peri-operatório com o aumento da reserva funcional no período pré-operatório (*prehabilitation*) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório (Carli et al., 2017).

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

4

## Análise - Prehabilitation

- ▶ **A *prehabilitation* conduz a ganhos em saúde**, na medida em que esta visa uma manutenção do nível normal de funcionalidade e uma **recuperação mais rápida do estado funcional durante a inatividade do pós-operatório** (Cabilan et al., 2016).
- ▶ A *prehabilitation* contribui para internamentos mais curtos e **com menos probabilidades de reinternamentos** (Boudreaux & Simmons, 2019).
- ▶ **A *prehabilitation* deve ser realizada junto das pessoas com cirurgias eletivas**, sejam elas muito ou pouco invasivas, com o objetivo de melhorar o seu estado funcional **reduzindo os riscos de morbilidade e mortalidade peri operatória** (Tew et al., 2018).

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

5

## Modelo Teórico - Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem

- ▶ O ato cirúrgico apresenta-se como uma realidade nova que comporta profundas alterações na vida da pessoa e da sua família, uma vez que influencia gravemente o seu bem-estar, saúde e padrões na satisfação do seu autocuidado (Gonçalves et al., 2017).



Requisitos de **auto-cuidado** por desvios de saúde.



"Estes surgem devido à doença e são carências que aparecem porque a doença ou a incapacidade impõem uma mudança no comportamento do auto-cuidado" (Perason & Vaughan, 1992, p. 77)

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

6

## Locais de Ensino Clínico

- ▶
- ▶

## Ortopedia -

- ▶ **Missão:** a promoção e prestação de serviços aos concelhos da área de abrangência e como valores pauta **pelo respeito, dignidade humana e bem-estar da pessoa, pelo desenvolvimento humano e competência, pela inovação e responsabilidade.**
- ▶
- ▶ A Unidade de Ortopedia é detentora do Projeto **\_\_\_\_\_** que consiste na realização de **consultas pré-operatórias a cirurgias programadas** para os utentes submetidos a artroplastia do joelho (Prótese Total do Joelho) e artroplastia da anca (Prótese Total da Anca).
- ▶ A Unidade de Ortopedia detém atualmente **uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação**, responsável pela realização destas consultas pré-operatórias, acumulando cargos de gestão de serviço.

## Objetivos Gerais

- ▶ Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, na área da reeducação funcional respiratória, para a promoção de uma boa ventilação-perfusão e prevenção de complicações pós-cirúrgicas.
- ▶ Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, na área da reabilitação motora, para a promoção da capacidade funcional, tornando a pessoa capaz para enfrentar o *stress* cirúrgico.
- ▶ Desenvolver competências específicas na gestão, supervisão e prestação de cuidados diferenciados.

**Quadro 1: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em idos os contextos da prática de cuidados**

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de avaliação	Recursos
10. Executar planos de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação com base na teoria geral do autocuidado, que atenem às necessidades especiais da pessoa proposta para cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza entrevistas à unidade de cuidados (pessoa/família), realiza exame físico, avalia a capacidade funcional, recorre a exame auxiliares de diagnóstico para identificar os défices no autocuidado;</li> <li>Elabora planos de cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação concordantes com a teoria geral do autocuidado;</li> <li>Estabelece um plano de habilitação funcional que faça frente ao stress cirúrgico;</li> <li>Identifica juntamente com a pessoa/família as prioridades a incluir no plano de cuidados;</li> <li>Articula com os recursos formais e informais a prestação de cuidados durante o período pré-operatório;</li> <li>Realiza diagnósticos de enfermagem, prescreve intervenções e encaminha para outros profissionais quando identifica défices que não consegue satisfazer de forma autónoma;</li> <li>Recorre à utilização de escalas que permitam a avaliação com maior pormenor dos défices da pessoa/família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introduz no projeto as entrevistas realizadas onde inclui os dados das avaliações realizadas através de escalas validadas;</li> <li>Explica planos de cuidados com intervenções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;</li> <li>Mobiliza os recursos da pessoa/família com vista à melhor assistência;</li> <li>Tem avaliações das intervenções realizadas que demonstram a eficácia das mesmas;</li> <li>Demonstra mestria na seleção e implementação das escalas disponíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As intervenções planeadas e colocadas em prática garantiram todos os cuidados identificados como necessários à pessoa/família, onde se incluem intervenções autónomas e interdependentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

10

**Quadro 2: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de avaliação	Recursos
11. Tomar o período pré-operatório num tempo que permita à pessoa assegurar o seu autocuidado mantendo a participação e exercício da cidadania.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar limitações/restrições de vários níveis: arquitetónicas, sociais, económicas;</li> <li>Sugerir estratégias que permitam eliminar ou diminuir o impacto das limitações/restrições identificadas;</li> <li>Mobilizar a pessoa significativa a ser parte do processo de capacitação (quando a pessoa alvo de cuidados não é capaz);</li> <li>Sugerir produtos de apoio, quando aplicável, permitindo à pessoa a manutenção do autocuidado;</li> <li>Mobilizar conhecimento acerca da legislação em vigor que determina a necessidade de acessos acessíveis a todos;</li> <li>Analisar nos locais de ensino clínico a existência de barreiras arquitetónicas e de soluções à sua resolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalia o meio ambiente (domicílio, instituição, internamento) identificando as limitações/restrições dos mesmos;</li> <li>Consegue através da adaptação do meio e através dos produtos de apoio tornar a pessoa capaz de exercer a sua cidadania;</li> <li>Informou a pessoa portadora de deficiência da legislação em vigor que a protege da discriminação no acesso;</li> <li>A pessoa demonstra resultado e satisfação perante as intervenções realizadas;</li> <li>Apresenta no relatório uma ficha técnica das acessibilidades aos locais de ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas e postas em prática permitiram à pessoa durante o período pré-operatório manter a capacidade de autocuidado e de exercício da cidadania, superando limitações físicas, psíquicas, assim como barreiras arquitetónicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

11

**Quadro 3: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de avaliação	Recursos
12. Desenvolver um programa de Prehabilitation que permita à pessoa proposta para cirurgia desenvolver a sua capacidade funcional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar a capacidade funcional da pessoa proposta para cirurgia;</li> <li>Identificar défices no autocuidado;</li> <li>Desenvolver um plano de promoção da capacidade funcional junto da pessoa/família onde: ensina, ilustra, treina, avalia a capacidade de execução e necessidade de acompanhamento ou supervisão;</li> <li>Planejar intervenções específicas de enfermagem de reabilitação que consigam promover a máxima capacidade funcional;</li> <li>Avaliar os resultados dos planos desenvolvidos através da utilização de métodos validados;</li> <li>Registar de forma criteriosa e sólida as intervenções realizadas, assim como a avaliação das mesmas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com base na avaliação feita, através de escalas validadas, é capaz de identificar os défices presentes;</li> <li>Aumenta ou mantém através do plano instituído a capacidade funcional da pessoa durante o período pré-operatório, prevenindo o declínio funcional;</li> <li>Consegue adesão por parte da pessoa e pessoa significativa ao plano elaborado;</li> <li>Demonstra eficácia nos ensinos, treinos e instruções realizadas;</li> <li>Consegue elaborar um plano e estruturar uma consulta pré-operatória, com vista ao desenvolvimento da capacidade funcional da pessoa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas e impostas possibilitaram um aumento/manutenção da capacidade funcional da pessoa, permitindo a esta enfrentar o processo cirúrgico com um menor declínio funcional, promovendo uma recuperação mais rápida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

12

**Quadro 4: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética na sua intervenção.  
Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	CrITÉrios de avaliação	Recursos
1. Desenvolver uma prática de cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação com base nos princípios éticos e deontológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer a dinâmica de cuidados de enfermagem dos contextos de ensino clínico, integrando a equipa multidisciplinar;</li> <li>Justificar a prática profissional com recurso ao código deontológico de enfermagem;</li> <li>Tomar a pessoa alvo de cuidados parceira na elaboração do seu plano de cuidados;</li> <li>Promover um ambiente de confidencialidade e respeito pela pessoa;</li> <li>Analisar uma situação, com recurso a um jornal de aprendizagem, onde mobilize os princípios éticos e deontológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demonstra conhecimentos sobre os locais de ensino clínico, a sua dinâmica, organização, recursos disponíveis;</li> <li>Mobiliza os princípios e valores éticos e deontológicos de enfermagem na discussão e tomada de decisão;</li> <li>Revela conhecimento sobre as normas e protocolos do serviço e da instituição, atuando em concordância;</li> <li>Realiza entrevistas e avaliações num espaço promotor de privacidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas foram implementadas com sucesso e permitem desenvolver uma prática de cuidados baseada num raciocínio clínico, suportado pelos princípios éticos e deontológicos e na evidência científica, que fundamentam a tomada de decisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da DE;</li> </ul>
2. Incrementar a capacidade de tomada de decisão, responsável e justificada por um raciocínio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar uma postura de proatividade na sugestão de intervenções terapêuticas;</li> <li>Discutir casos clínicos com capacidade de argumentação e fundamentação da sua avaliação e plano de ação;</li> <li>Mobiliza para a discussão dados científicos atuais, promovendo o desenvolvimento dos cuidados prestados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demonstra iniciativa na tomada de decisão com base no raciocínio clínico, na mobilização de princípios éticos e morais;</li> <li>Explana nos planos de cuidados realizadas a evidência científica atual que pesquisa e mobiliza;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

13

**Quadro 5: Domínio da melhoria da qualidade**

Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.  
Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.  
Competência B3 – Cria e mantém um ambiente seguro.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	CrITÉrios de avaliação	Recursos
5. Promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família nos diferentes locais de ensino clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhece os princípios de segurança para a prestação de cuidados à pessoa/família;</li> <li>Participa em auditorias destinadas a garantir a segurança da pessoa/família.</li> <li>Aplica a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem nos locais de ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica as estratégias implementadas para garantir a segurança da pessoa/família;</li> <li>Participou em auditorias ou sugere identifica e sugere melhorias para a promoção da segurança da pessoa/família.</li> <li>Identifica o número de enfermeiros generalistas e especialistas que o serviço necessita, tendo em conta as suas necessidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas foram realizadas promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, com respeito imperativo pela segurança da pessoa/família e pelo uso da melhor evidência científica na implementação de intervenções que visem dar resposta aos défices do autocuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da DE;</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

14

**Quadro 6: Domínio da gestão dos cuidados**

Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional  
Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	CrITÉrios de avaliação	Recursos
6. Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nos locais de ensino clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza avaliações dos défices do autocuidado e da capacidade funcional, estabelecendo prioridades na prestação de cuidados;</li> <li>Adequa em conformidade com as necessidades identificadas e os recursos existentes a melhor assistência a dar à pessoa/família;</li> <li>Identifica necessidades de formação junto dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, generalistas, desenvolvendo-as;</li> <li>Identifica necessidades de recursos, humanos ou materiais, sugerindo a sua reafiliação;</li> <li>Desenvolve estratégias compensatórias na falta de recursos necessários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geriu e priorizou a prestação de cuidados com rigor e critério, promovendo a segurança e qualidade dos mesmos;</li> <li>Reportou ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e enfermeiro chefe/coordenador as necessidades de formação identificadas;</li> <li>Consegue com os meios disponíveis ser criativo na sua reafiliação, permitindo realizar intervenções que necessitem de recursos específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas foram executadas com sucesso revelando capacidade de gestão de recursos (humanos e materiais), garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados de forma a aproveitar os recursos existentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da DE;</li> </ul>
7. Garantir a segurança e qualidade dos cuidados delegados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisiona e avalia os cuidados delegados;</li> <li>Avalia a possibilidade de delegação, tendo em conta as necessidades da pessoa/família e a formação e capacidade do agente prestador;</li> <li>Identifica necessidades de formação junto dos assistentes operacionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os cuidados delegados foram prestados em segurança e com qualidade;</li> <li>Reportou ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e enfermeiro chefe/coordenador as necessidades de formação identificadas;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

15

**Quadro 7: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.				
Competência D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos pontos de conhecimento.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de avaliação	Recursos
8. Desenvolver estratégias que potenciem o autoconhecimento, possibilitando estabelecer relações terapêuticas e profissionais com maior eficácia e assertividade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar um jornal de aprendizagem sobre a temática "o autoconhecimento e as suas implicações na relação com os outros";</li> <li>Expõe dificuldades junto dos orientadores em ensino clínico e junto do doente, manifestando sentimentos e emoções;</li> <li>Solicita feedback da sua postura com o intuito de a melhorar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizou o jornal de aprendizagem que reflete a implicação do autoconhecimento no estabelecimento de relações;</li> <li>Dinamiza as orientações tutoriais, expondo as suas dificuldades, os seus sentimentos.</li> <li>Procura a melhoria contínua da sua postura, buscando o perfil estipulado para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As atividades planeadas foram implementadas permitindo atingir o perfil de elemento especializado, com reconhecimento pelos pares, através da sua assertividade na implementação de intervenções autónomas de enfermagem fundamentadas de forma concluída.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados).</li> <li>Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (da área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE;</li> <li>Temporais: Cronograma</li> </ul>
9. Implementar intervenções autónomas de reabilitação fundamentadas pelo conhecimento adquirido em fontes válidas e em constante atualização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliza e adequa o conhecimento que possui e adquire ao contexto de ensino clínico e as situações com que se depara;</li> <li>Realiza uma análise crítica das situações clínicas, consolidando o conhecimento adquirido e identificando as melhores intervenções a implementar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consegue em tempo oportuno intervir de forma congruente com os conhecimentos que manifestar;</li> <li>À posteriori é capaz de identificar os aspetos positivos e a melhoria da sua intervenção;</li> <li>Aplica as conclusões da análise realizada nos futuros planos de cuidados, procurando a excelência dos cuidados prestados.</li> </ul>		

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

16

**Quadro 8: Cronograma**

ANO	MÊS	2019												2020																	
		Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro		Fevereiro															
		24	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	17	11	18	25	1	8
Locais de Estágio		SERVIÇO DE ORTOPEDIA												UCC		UCC															
Objetivo 1)																															
Objetivo 2)																															
Objetivo 3)																															
Objetivo 4)																															
Objetivo 5)																															
Objetivo 6)																															
Objetivo 7)																															
Objetivo 8)																															
Objetivo 9)																															
Objetivo 10)																															
Objetivo 11)																															
Objetivo 12)																															

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

17

## Referências Bibliográficas

- ▶ Araújo C, Makdâsse M, Peres P, Tebexreni A, Ramos L, Matsushita A & Carvalho, A. (2006). Diferentes Padronizações do Teste da Caminhada de Seis Minutos como Método para Mensuração da Capacidade de Exercício de Idosos com e sem Cardiopatia Clinicamente Evidente. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 86(3), 198-205.
- ▶ Barker, L. A., Gout, B. S., & Crowe, T. C. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8(2), 514-527.
- ▶ Boudreaux, A., Simmons, J. (2019). Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes. *AORN Journal*. 109 (4), 500-7.
- ▶ Cabilan, C., Hines, S. & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life. *Orthopaedic Nursing*. 35 (4), 224-237.
- ▶ Carli, F., Gillis, C., Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 128-133.
- ▶ Cody, E., Mancuso, C., Burket, J., Marinescu, A., MacMahon, A., Ellis, S. (2017). Patient Factors Associated With Higher Expectations From Foot and Ankle Surgery. *Foot & Ankle International*. 1-7.
- ▶ Cordeiro, A., Brito, A., Santana, N., Silva, I., Nogueira, S., Guimarães, A., Melo, T. (2015) Análise do Grau de Independência Funcional Pré e na Alta da UTL em Pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 5(1), 21-27.
- ▶ Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referências*. 4 (14), 17-26.
- ▶ Heitor, M. & Sousa, M. (1997). Reabilitação Respiratória. In Freitas e Costa, M. *Pneumologia na Prática Clínica*, 2ª ed. Lisboa: FML.

Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

18

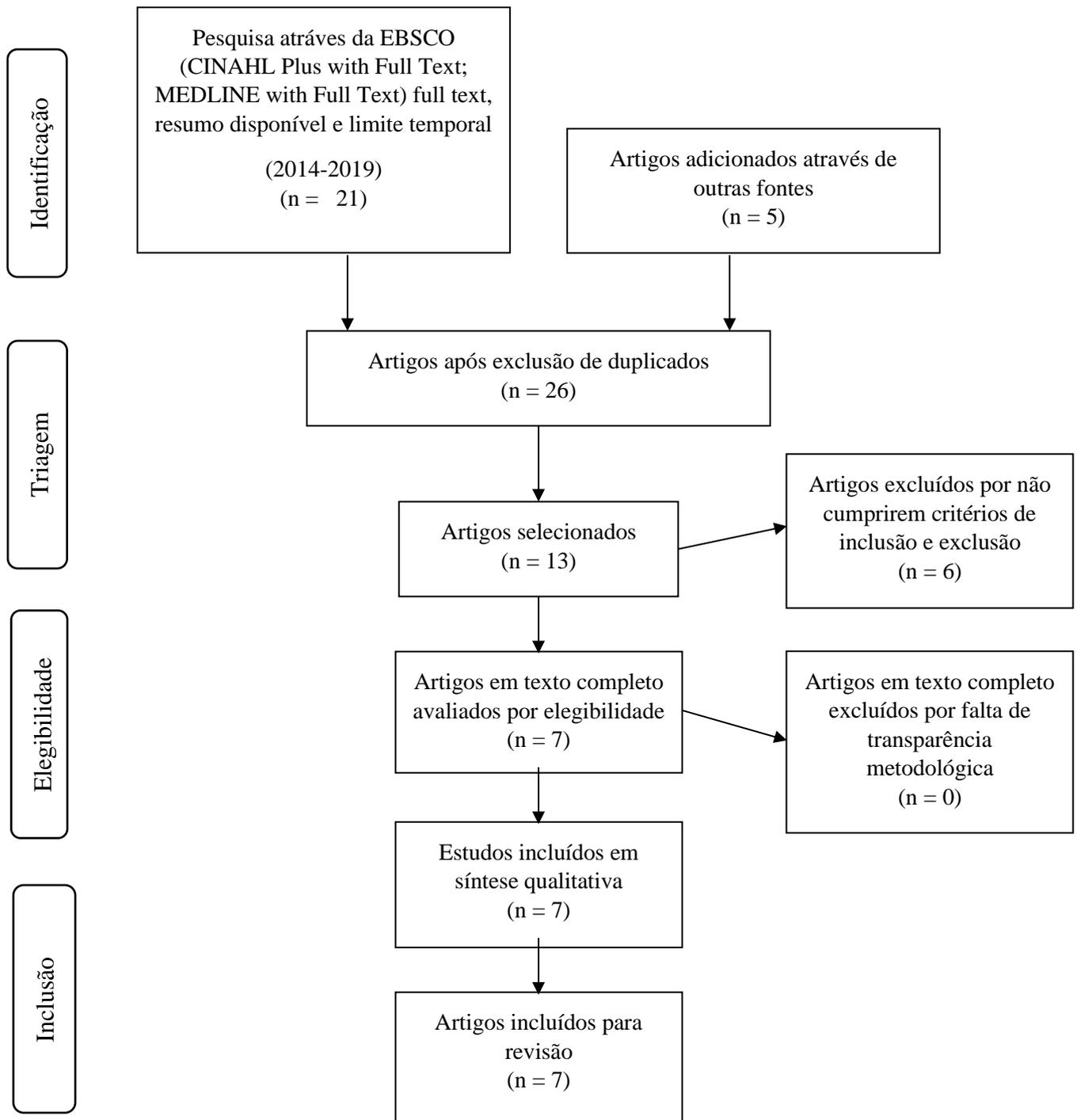
## Referências Bibliográficas

- ▶ Isaias, F., Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções Gerais da Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Torácica/ Cardíaca/Abdominal. In Cordeiro, M.C.O. & Menóito, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- ▶ Martínez, B., Bispo, A., Duarte, A. & Neto, M. (2013). Declínio Funcional em uma Unidade de Terapia (UTI). *Revista Inspirar*, 5(1), 1-5.
- ▶ Ministério da Saúde (2019). Tempos de médios de espera. Disponível em: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-siaic>. Consultado a 27/04/2019.
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 27/04/2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadaAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadaAG20Nov2010.pdf)
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- ▶ Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- ▶ Preto, L., Lopes, I., Mendes, M., Novo, A. & Boreira, I. (2018). Estado funcional e nutricional em pacientes idosos admitidos num serviço de cirurgia geral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (17), 43-52.
- ▶ Souza, L., Papini, S. & Corrente, J. (2015). Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity for Older People. *Health*, 7, 1090-97.
- ▶ Tew, G., Ayyash, R., Durrand, J. & Danjoux, G. (2018) Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*, 1-19.



**APÊNDICE II - Resultados da revisão narrativa da literatura  
(Fluxograma)**

## Resultados da revisão narrativa da literatura (fluxograma)



**APÊNDICE III – Análise dos artigos incluídos na Revisão Narrativa da  
Literatura**

## Análise dos Artigos Incluídos na Revisão Narrativa da Literatura

Autor(es)	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivos	Resultados
Boudreaux, A., Simmons, J. (2019)	Revisão Narrativa da Literatura	Não são apresentados no documento	Não são apresentados no documento	O estado fisiológico basal da pessoa é um importante fator que afeta o resultado cirúrgico. As pessoas e as equipas de saúde podem abordar os fatores de risco modificáveis antes da cirurgia, pois estes afetam os resultados cirúrgicos. São objetivos da <i>prehabilitation</i> o aumento da capacidade ao exercício físico, aumento de massa muscular, a melhoria do estado nutricional e psicológico.
Cabilan, C., Hines, S. & Munday, J. (2016)	Revisão Sistemática	17 estudos incluídos pesquisados nas seguintes bases de dados CINAHL, CENTRAL, EMBASE, MEDLINE e PEDro,	Conhecer o impacto da <i>prehabilitation</i> no Estado Funcional no Pós-operatório.	Não há evidência que mostre os benefícios significativos da <i>prehabilitation</i> na função, qualidade de vida e dor; no entanto pode reduzir a readmissão para reabilitação após artroplastia do joelho ou anca por osteoartrite.
Carli, F., Gillis, C., Scheede- Bergdahl, C. (2017)	Revisão Narrativa da Literatura	Revisões, séries de casos, estudos não randomizados, meta- análises e revisões sistemáticas. Compreendidas entre 1999 e 2015. Foram utilizadas as bases de dados MEDLINE, Embase e Cochrane.	Identificar o impacto intervenções no pré-operatório da cirurgia oncológica com o intuito de aumentar a reserva fisiológica e acelerar a recuperação pós- operatória.	Existe um impacto positivo da <i>prehabilitation</i> no estado funcional pós-operatório e no retorno às atividades diárias. Existe um grupo de intervenções (exercício, nutrição, redução de ansiedade) que pode aumentar a recuperação. São precisos mais estudos para identificar o impacto a pequeno e longo prazo

<p>Cody, E., Mancuso, C., Burket, J., Marinescu, A., MacMahon, A., Ellis, S. (2017)</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>352 pacientes propostos para cirurgia ortopédica do pé e tornozelo.</p>	<p>Conhecer os fatores que interferem na expectativa em relação à cirurgia</p>	<p>As mulheres têm maiores expectativas do que os homens. Não existe relação com a idade. O uso de um produto de apoio ou uma maior comorbidade está associado a uma maior expectativa, assim como a raça não branca. Um pior estado funcional e pior qualidade de vida implica maior expectativa.</p>
<p>Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2017)</p>	<p>Estudo descritivo, correlacional</p>	<p>200 doentes internados, no pré-operatório de cirurgia programada</p>	<p>Avaliar a ansiedade pré-operatória de doentes propostos para cirurgia programada e a informação de enfermagem que possuem. Analisar se algumas variáveis sociodemográficas influenciam a ansiedade pré-operatória. Analisar a relação entre a informação de enfermagem e a ansiedade pré-operatória.</p>	<p>Os doentes percebem estar melhor informados sobre aspetos organizacionais, comparativamente com os cuidados de enfermagem. O sexo influencia o nível de ansiedade pré-operatória. A informação pré-operatória esta relacionada com o número de elementos do agregado familiar e o tempo em lista de espera, no entanto, quando correlacionada com o nível de ansiedade, não apresenta diferenças significativas. Os enfermeiros devem investir no fortalecimento da informação acerca dos cuidados de enfermagem ao longo do período peri-operatório.</p>
<p>Preto, L., Lopes, I., Mendes, M., Novo, A. &amp; Barreira, I. (2018)</p>	<p>Estudo descritivo e correlacional com abordagem quantitativa</p>	<p>89 idosos (78 ± 6,9 anos) hospitalizados num serviço de cirurgia</p>	<p>Correlacionar a capacidade funcional com o estado nutricional em pacientes com mais de 65 anos admitidos num serviço de cirurgia.</p>	<p>A prevalência de desnutrição foi de 16,9%. Pacientes mais idosos apresentavam menores pontuações no IB, ELB e MNA-SF. Quanto maior a força de prensão da mão dominante, melhor o estado funcional e nutricional</p>

<p>Tew, G., Ayyash, R., Durrand, J.&amp; Danjoux, G. (2018)</p>	<p>Diretriz Clínica proveniente de Revisão Narrativa da Literatura</p>	<p>8 artigos (revisão sistemática da literatura, meta análises, estudos não randomizados, ensaio de viabilidade randomizado, estudo randomizado controlado)</p>	<p>Fornecer uma diretriz prática e baseada em evidências sobre como fornecer <i>Prehabilitation</i> para pessoas a aguarda cirurgia importante, não-cardíaca.</p>	<p>Após uma cirurgia todos as pessoas experimentam uma diminuição da reserva fisiológica/ capacidade funcional seguida de recuperação e reabilitação. Um baixo nível de reserva fisiológica/ capacidade funcional pode aumentar o risco de complicações pós- operatórias e levar a uma recuperação incompleta. Uma pessoa sob <i>prehabilitation</i> pode ter uma maior reserva fisiológica/ capacidade funcional no peri-operatório facilitando a recuperação.</p>
---	--	---	---	---

**APÊNDICE IV - Estudo de Caso da Sra. D. M.F.S.**

## ESTUDO DE CASO DA SRA. D. M. F. S.

### 1. COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais		
<u>Nome:</u> M. F. S.	<u>Data de Nascimento:</u> 22/01/1955	<u>Idade:</u> 64 anos
<u>Género:</u> Feminino	<u>Profissão:</u> Doméstica	<u>Etnia:</u> caucasiana
<u>Residência:</u> Póvoa de Santa Iria	<u>Naturalidade:</u> Portuguesa	
História de Doença Atual (informação colhida a partir do Processo Clínico disponível na glint e processo físico.)		
<p>Utente de 64 anos, com diagnóstico de artrose primária do joelho esquerdo, já submetida a duas artroscopias a este joelho sendo agora proposta para artroplastia total do joelho esquerdo. <u>Realizou Consulta Pré-Operatória a 15/10/2019, onde referiu ter uma baixa tolerância à dor.</u></p>		
<b>Diagnóstico:</b>	Gonartrose à esquerda + Joelho Varo	
<b>Cirurgia:</b>	29/10/2019 – Artroplastia total do joelho esquerdo	
<b>Terapêutica:</b>	(30/9) Paracetamol 1000 mg via endovenosa (8/8h) Ceterolac 30mg via endovenosa (8/8h) Cefazolina 1g via endovenosa (8/8h) Esomeprazol 40mg via endovenosa (24/24h) Enoxaparina 40mf via subcutânea (24/24h) Bisoprolol 5mg via per os (24/24h) Tramadol 100mg via endovenosa (SOS) Droperidol 1,25mg via endovenosa (SOS) (31/10) Paracetamol 1000 mg via per os (8/8h) Ceterolac 10mg via per os (8/8h) Cefazolina 1g via endovenosa (8/8h) Esomeprazol 40mg via per os (24/24h) Enoxaparina 40mf via subcutânea (24/24h) Bisoprolol 5mg via per os (24/24h)	

**Dieta:**

Geral

**Resumo das notas de evolução:**

No dia **29/10/2019** no momento de admissão ao Serviço de Especialidades Cirúrgicas iniciou de imediato reeducação funcional respiratória, apresentava os lábios cianosados, com necessidade de oxigénio suplementar por óculos nasais. Foi realizada dissociação dos tempos respiratórios e treino de respiração diafragmática, com sucesso permitindo retirar o oxigénio suplementar no próprio dia. Foi posicionada no leito em semi-fowler e com plano inferior da cama a 0º com o intuito de favorecer a extensão completa do joelho. A realizar aplicação de gelo sob o joelho esquerdo. Tem indicação para levantar e início do treino de marcha no dia 1º dia pós cirurgia (30/10/2019).

No dia **30/10/2019** realizou radiografia ao joelho esquerdo que confirma alinhamento das estruturas e o correto posicionamento das próteses aplicadas na tíbia e no fémur. Iniciou treino de reabilitação motora, tendo retirado ligadura aplicada intra-bloco e vestida meia elástica no membro inferior esquerdo, com recurso a tala dinâmica, não tolerou flexão superior a 45º e extensão inferior a 5º. Referindo queixas álgicas ao nível do joelho, faz levantar para cadeirão. É otimizada terapêutica analgésica. Inicia treino de marcha com canadianas junto à unidade.

No dia **31/10/2019** reinicia treino de marcha com canadianas, faz treino de subir e descer escadas com tolerância e sucesso, ficando independente com auxílio de canadianas.

No dia **01/10/2019** realizado penso à ferida cirúrgica, reforçados ensinamentos tendo alta para domicílio.

<b>Antecedentes de Saúde</b>	
Hábitos Aditivos:	Sem hábitos aditivos
Alergias:	Desconhece.
Terapêutica de domicílio:	Bisoprolol 5mg (1cp ao jantar); Losartan + Hidroclorotiazida 50mg + 12,5mg (1cp em jejum); Sinvastatina 20mg (1cp ao jantar).
Co Morbilidades	<p><u>Antecedentes Pessoais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão Arterial;</li> <li>• Obesidade (IMC 32,9)</li> <li>• Perturbação depressiva</li> <li>• Distúrbio Ansioso</li> <li>• Osteoartroses</li> <li>• Quisto no ovário esquerdo seguida na Ginecologia;</li> <li>• Sinusite alérgica;</li> </ul> <p><u>Antecedentes Cirúrgicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirurgia às cataratas ao olho direito (09/2019)</li> <li>• Amigdalectomia (na infância);</li> <li>• Artroscopia ao joelho esquerdo (2015, 2017)</li> </ul>
<b>Avaliação da interação da família com o meio envolvente</b>	
<p>A Sra. M. F. S. reside com o marido em casa própria, tem o apoio de uma filha, tendo outros 2 filhos dos quais não pode recorrer. A filha assumiu-se como principal cuidadora, tendo sido identificadas as suas necessidades de formação na consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação. A filha irá estar de férias durante duas semanas para poder auxiliar a mãe, apresenta desvios de saúde sentindo-se capaz para auxiliar a mãe na satisfação dos requisitos para o autocuidado. A Sra. M. F. S. apresenta boa relação com os recursos de saúde: UCSP e Serviço de consultas externas do hospital da área de residência.</p>	

## **2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

### **2.1. Observação Física**

**(15/10/2019)** A Sra. M.F.S. na consulta pré-operatória refere possuir pele integra sem feridas, inclusive no local a ser intervencionado, mucosas coradas e hidratadas, unhas integras e sem alterações, não apresenta varizes. Não utiliza nenhum tipo de prótese (ocular, auditiva nem dentária). Refere possuir, possivelmente, caries por receio em ir ao dentista pela dor que os procedimentos lhe possam causar. Fica de trazer declaração do dentista em como se apresenta sem caries. Refere, ainda ao nível da eliminação intestinal e vesical, ser obstipada e possuir urgência urinária, respetivamente.

**(29/10/2019)** Apresenta ferida cirúrgica na porção anterior do joelho esquerdo, centrada com cerca de 15cm de comprimento, com agrafos. Dreno aspirativo com vácuo na face externa do joelho. Penso Mepore R com posterior aplicação de ligadura de algodão e ligadura elástica crepe, posteriormente. Apresenta ainda Mepore R na região lombar, local da realização do bloqueio subaracnoídeo com morfina e levobupivacaína. Restante superfície corporal sem alterações. Sem dor no local da intervenção cirúrgica devido ao bloqueio do nervo femoral, realizado no final da cirurgia, com ropivacaína 0,375%.

**(30/10/2019)** Retira dreno Redivac R, tendo totalizado perdas de conteúdo hemático nos 550 ml, fica com Mepore R no local de inserção do mesmo. Não foi realizado penso ao local da ferida cirúrgica, mantém penso externamente limpo e seco. Vestiu meia de contenção em ambos os membros inferiores, tendo indicação para realizar este cuidado durante um mês assim como a administração de Enoxaparina 40mg via subcutânea.

**(31/10/2019)** Sem outras alterações.

**(01/10/2019)** Realizado penso da ferida cirúrgica, com técnica asséptica, apresenta sutura com agrafos de bordos unidos e sem sinais inflamatórios, aplicado Mepore R. Deve manter penso externamente limpo e seco durante sete dias, sendo o próximo penso realizado em contexto de consulta externa ou no centro de saúde. Os agrafos são para serem retirados ao décimo quinto dia em contexto de consulta externa. Sem outras alterações.

## 2.2. Avaliação da Funcionalidade

### 2.2.1. Avaliação da Dor: Segundo Escala Numérica da Dor.

Localização	• Joelho esquerdo				
Fatores de agravamento	• Flexão do joelho esquerdo • Extensão a 0°C do joelho esquerdo; • Carga no membro inferior esquerdo.				
Fatores de Alívio	• Repouso do membro Inferior esquerdo, flexão a favor da gravidade na posição de sentada, analgesia e crioterapia				
Score	15/10	29/10	30/10	31/11	01/11
	3	0	7	2	1

Localização	• Face anterior do joelho esquerdo (ferida operatória)				
Fatores de agravamento	• Flexão do joelho esquerdo • Ao toque				
Fatores de Alívio	• Membro inferior esquerdo ligeiramente fletido a 15°C, repouso, crioterapia e analgesia.				
Score	15/10	29/10	30/10	31/11	01/11
	Não aplicável	0	8	3	4

**2.2.2. Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: segundo a Medical Research Council Muscle Scale.**

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular			
		15/10 - 31/10			
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5			
	Inclinação Lateral	5/5			
	Rotação	5/5			
Membros Superiores	Movimento	Esquerdo			Direito
		15/10 - 31/10			15/10 - 31/10
Escapulo-umeral	Abdução/Adução	5/5			5/5
	Elevação/Depressão	5/5			5/5
	Flexão/Extensão	5/5			5/5
	Rotação Interna/Externa	5/5			5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	5/5			5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	5/5			5/5
Punho	Flexão/Extensão	5/5			5/5
	Desvio radial/cubital	5/5			5/5
	Circundação	5/5			5/5
Dedos da Mão	Abdução/Adução	5/5			5/5
	Circundação	5/5			5/5
	Flexão/Extensão	5/5			5/5
	Oponência	5/5			5/5
Membros Inferiores	Movimento	Esquerdo			Direito
		15/10	29/10	31/10	15/10 - 31/10
Coxofemoral	Abdução/Adução	5/5	0/0	4/4	5/5
	Flexão/Extensão	4/4	0/0	4/4	5/5
	Rotação Interna/Externa	4/4	0/0	4/4	5/5
Joelho	Flexão/extensão	4/4	0/0	3/3	5/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	5/5	0/0	4/4	5/5
	Inversão/Eversão	5/5	0/0	4/4	5/5
Dedos do Pé	Flexão/Extensão		0/0	5/5	5/5
	Abdução/Adução		0/0	5/5	5/5

**2.2.3. Avaliação do Risco de Queda: segundo a Escala de Morse.**

(29/10/2019) Pontuação total: 35, baixo risco de queda;

(31/10/2019) Pontuação total: 60, alto risco de queda;

(31/10/2019) Pontuação total: 21, 100% risco de queda

**2.2.4. Avaliação da Marcha: segundo as Categorias Funcionais de Marcha de Holden.**

(15/10/2019) Marcha 5/5 sem canadianas;

(31/10/2019) Marcha 4/5 com canadianas.

**2.2.5. Avaliação do Grau de Dependência: segundo o Índice de Barthel.**

(15/10/2019) Score: 100, independente;

(29/10/2019) Score: 30, dependência severa;

(31/10/2019) Score: 65, dependência moderada.

**2.2.6. Avaliação da Tolerância à atividade: Segundo Escala de Borg Modificada – avaliação da dispneia.**

(31/10/2019) Nível 4: Esforço moderado ao treino muscular.

**2.3. Avaliação do Impacto no Autocuidado (Requisitos segundo Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem)**

Requisitos Universais	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<p>(29/10/2019)</p> <p>Componente cardíaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência Cardíaca 84bpm, pulso regular, forte e cheio.</li> </ul> <p>Componente respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrão respiratório – eupneica com O2 a 2L/min por óculos nasais, respiração de localização toraco-abdominal, superficial, simétrico e regular</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <p>Componente cardíaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência Cardíaca 75bpm), pulso regular, forte e cheio.</li> </ul> <p>Componente respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrão respiratório – eupneica ao ar ambiente, respiração de localização toraco-abdominal, superficial, simétrico e regular</li> <li>• Tolerância ao esforço perante exercícios de treino muscular (score 4/10, segundo Escala de Borg Modificada-avaliação da dispneia).</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção de quantidade suficiente de água	<p>(29/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em jejum pré-operatório, sem possibilidade de ingestão de água. Sob soroterapia com Polieletrólito com Dextrose a 5% a 80ml/h.</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesta sede.</li> <li>• Sem alterações do reflexo de deglutição.</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem alterações, com presença de água junto de si.</li> </ul>	Sistema compensatório  Sem alterações no autocuidado

<p>Manutenção de ingestão suficiente de alimentos</p>	<p>(29/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em jejum pré-operatório, sem possibilidade de ingestão de água. Sob soroterapia com polieletrólito com dextrose a 5% a 80ml/h.</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesta fome.</li> <li>• Sem alterações do reflexo da deglutição.</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestão de 5 refeições por dia;</li> <li>• Sem alterações na satisfação.</li> </ul>	<p>Sistema compensatório</p> <p>Sem alterações no autocuidado</p>
<p>Provisão de cuidados associados com processos de eliminação</p>	<p>(29/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem possibilidade de realizar levante do leito por pós-operatório imediato, necessita de arrastadeira para urinar.</li> <li>• Mantido controlo de esfíncter vesical e intestinal;</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por limitação da deslocação da sua unidade até à casa de banho, apresenta necessidade de apoio de outra pessoa;</li> <li>• Mantido controlo de esfíncter vesical e intestinal;</li> <li>• Refere ainda não ter evacuado durante o internamento.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>
<p>Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</p>	<p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com período de repouso noturno reduzido, cerca de 5h.</li> <li>• Apresenta alterações da força muscular;</li> <li>• Marcha segura apenas em superfícies planas, com canadianas e com necessidade de supervisão.</li> <li>• Coxofemoral: flexão/extensão (4/4) e rotação interna /externa (4/4);</li> <li>• Joelho: flexão/extensão (3/3).</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>

<p>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p>	<p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração do equilíbrio dinâmico ortostático - corrigido;</li> <li>• Risco de queda;</li> <li>• Marcha segura em superfícies planas, com canadianas – inicialmente com necessidade de supervisão.</li> <li>• Com necessidade de supervisão a subir e descer escadas.</li> <li>• Coxofemoral: flexão/extensão (4/4) e rotação interna /externa (4/4);</li> <li>• Joelho: flexão/extensão (3/3).</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação</p>
--	--	--

Desvios Saúde	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Procurar garantir assistência médica adequada	<p>(15/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece não procurar os serviços de saúde (dentista) por isso lhe causar sentimentos de ansiedade relacionados com os procedimentos médicos e a possibilidade de sentir dor.</li> </ul> <p>(29/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta-se sem presença de caries dentárias, tendo ido ao dentista.</li> <li>• Apresenta-se recetiva aos ensinamentos e indicações fornecidos pelos profissionais de saúde.</li> </ul>	Sistema apoio- educação
Realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação	<p>(30/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não participa no programa de reabilitação prescrito por isso lhe causar dor – Não cumpriu programa completo da tala dinâmica;</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta maior confiança no programa de reabilitação estipulado e na sua segurança, realiza o treino de marcha com confiança e com aumento da velocidade e equilíbrio.</li> <li>• Apresenta iniciativa em repetir treino de subir e descer escadas, recusa período de descanso tentando superar-se.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório e apoio- educação
Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos	<p>(31/09/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é capaz de se preparar para tomar banho, necessita de cadeira no duche.</li> <li>• Não é capaz de despir e vestir os membros inferiores;</li> <li>• Tem dificuldade executar a marcha com canadianas por medo de cair.</li> </ul>	Sistema parcialmente compensatório e apoio- educação

<b>Desenvolvimento</b>	<b>Padrão Autocuidado</b>	<b>Sistema Enfermagem</b>
Incapacidade de desenvolver uma personalidade saudável.	<p>(15/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta postura de receio em relação ao procedimento para o qual está proposta;</li> <li>• Revela dificuldades no controle de peso;</li> <li>• Manifesta medo de procedimentos invasivos pela dor que isso lhe possa causar.</li> </ul> <p>(31/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revela uma postura compatível com: procura por um melhor estado de saúde.</li> <li>• Revela iniciativa e tenta superar as metas já atingidas.</li> </ul>	Sistema apoio- educação

## 2.4. Problemas Identificados

<b>Problemas</b>	<b>Diagnóstico</b>
Alteração da capacidade em manter uma quantidade suficiente de ar	Ventilação ineficaz
Dependência parcial na eliminação vesical	Autocontrole: continência urinária ineficaz
Alteração no equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo	Equilíbrio corporal comprometido
Dependência parcial para tomar banho	Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: higiene, comprometida
Dependência parcial para vestir-se	Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, comprometida
Insegurança e desequilíbrio no andar com canadianas	Capacidade para andar com auxiliar de marcha comprometida
Dor a nível do joelho esquerdo	Dor aguda no joelho esquerdo Conhecimento diminuído sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor
Score de 60 na Escala de Morse e de 21 na Escala de Berg, valor preditivo de alto risco de queda	Risco de queda, elevado
Presença de sentimentos de insegurança em relação aos procedimentos invasivos	Medo, da dor

### 3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
29/10/2019 - Ventilação ineficaz	<p><b>Objetivo:</b>            Obtenção de um padrão ventilatório eficaz</p> <p><b>Sistema de Enfermagem:</b>            parcialmente compensatório</p> <p><b>Método:</b>            Assistir e ensinar o outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação do padrão respiratório;</li> <li>2. Monitorização da saturação de oxigénio;</li> <li>3. Administrar oxigénio por óculos nasais;</li> <li>4. Posicionar em semi-fowler.</li> <li>5. Ensino e treino de dissociação dos tempos respiratórios - Indicação: “cheirar uma flor e soprar uma vela”;</li> <li>6. Treino da respiração diafragmática – colocar mão da Sra. D. M.F.S. sobre o seu abdómen e solicitar para “respirar para a sua mão”;</li> <li>7. Supervisionar posteriormente, incentivando à sua realização sem a necessidade do enfermeiro.</li> </ol>	<p><u>Identificação do compromisso a 29/10/2019 - UCPA</u></p> <p>A Sra. D. M.F.S. apresenta cianose labial, saturação periférica de oxigénio de 89% sem administração de oxigénio. Respiração de localização toraco-abdominal, superficial, simétrica, 12 ciclos por minutos.</p> <p><u>29/10/2019 – Internamento</u></p> <p>Após realização das intervenções mencionadas foi possível suspender a administração de oxigénio por óculos nasais, lábios corados, saturação periférica de oxigénio de 93% ao ar ambiente. Respiração de localização de predomínio abdominal, de média amplitude, simétrica, 14 ciclos por minutos</p>

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
<p>15/10/2019 - Autocontrolo: continência urinária ineficaz</p>	<p><b>Objetivo:</b> Autocontrolo: continência urinária eficaz</p> <p><b>Sistema de Enfermagem:</b> parcialmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Guiar e ensinar o outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação do padrão de eliminação vesical (número de micções, quantidade de cada micção, horário das micções, monitorizar a entrada de líquidos);</li> <li>2. Instaurar um plano de eliminação vesical (após as três principais refeições do dia, antes de se deitar);</li> <li>3. Prescrição e ensino de exercícios de Kegel (10 repetições, 3 series, 3 vezes ao dia);</li> <li>4. Executar técnica de exercícios para o autocontrolo: continência urinária (estimulação externa, compressão abdominal, manobra de Valsalva)</li> <li>5. Uso de material absorvente na roupa interior, para dar conforto e segurança.</li> </ol>	<p><u>Identificação do compromisso a 15/10/2019 – Consulta de Vida Ativa</u> A Sra. D. M.F.S. refere “sensação rápida em urinar, tenho de ir a correr”. Identificada urgência urinária.</p> <p><u>29/19/2019 – Internamento</u> A Sra. D. M.F.S. por impossibilidade de realizar levante por pós-operatório imediato teve de proceder à eliminação vesical para arrastadeira, não tendo sido notificado perdas entre o momento em que manifestou vontade até ao momento de colocar a arrastadeira.</p> <p><u>31/10/2019 – Internamento</u> A Sra. D. M.F.S. cumpre o plano de eliminação vesical (momento do banho, após almoço, meio da tarde, após jantar e antes do sono). Adere e realiza os exercícios prescritos, refere que como agora tem mais dificuldades me chegar ao sanitário tem de conseguir gerir melhor a sua eliminação vesical. Não foram registadas perdas de urina.</p>

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
31/10/2019 - Equilíbrio corporal comprometido	<p><b>Objetivo:</b>            Obtenção de            equilíbrio            dinâmico            ortostático</p> <p><b>Sistema de            Enfermagem:</b>            parcialmente            compensatório</p> <p><b>Método:</b> Guiar o            outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar dispositivo auxiliar (canadiana);</li> <li>2. Validar conhecimentos acerca do andar com recurso a canadianas;</li> <li>3. Reforçar ensinamentos sobre a técnica de andar com recurso às canadianas;</li> <li>4. Avaliar equilíbrio corporal (estático e dinâmico sentado, ortostático estático e dinâmico);</li> <li>5. Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural);</li> <li>6. Executar técnica de treino de equilíbrio (apoio unipodal, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos, facilitação cruzada);</li> <li>7. Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de Berg;</li> <li>8. Monitorizar a força muscular através da Escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i></li> </ol>	<p><u>Identificação do compromisso a 31/10/2019 – Internamento</u></p> <p>A Sra. D. M.F.S. apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Na posição ortostática com recurso ao uso de canadianas, apresenta equilíbrio estático, no entanto apresenta compromisso do equilíbrio dinâmico ortostático.</p> <p>Apresenta uma postura corporal, durante o andar com canadianas, não alinhada: com pescoço em flexão, direcionado para o chão, tronco inclinado anteriormente.</p> <p>Apresentou momentos de desequilíbrio durante o andar com recurso a canadianas, necessitou de apoio e correção por parte do enfermeiro.</p> <p>Pontuação de 21 pontos na Escala de Equilíbrio Berg – 100% de risco de queda:</p>

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
<p>31/10/2019 - Capacidade para andar com auxiliar de marcha (canadiana) comprometida</p>	<p><b>Objetivo:</b> Andar em segurança com recurso ao uso de canadianas</p> <p><b>Sistema de Enfermagem:</b> parcialmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Guiar e instruir o outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruir sobre dispositivo auxiliar para mover-se, canadianas: regulação da altura, condição das borrachas.</li> <li>2. Instruir sobre técnica de adaptação para mover-se, canadianas: avançar primeiramente as canadianas, membro inferior operado, membro inferior são. (andar, subir e descer escadas)</li> <li>3. Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para mover-se, canadianas.</li> <li>4. Avaliar andar: Fase de apoio e balanço; Ciclo da marcha; Comprimento do passo e da passada; Altura; Largura e duração;</li> <li>5. Treinar uso do dispositivo auxiliar e da técnica de adaptação para mover-se, canadianas, (andar, subir e descer escadas).</li> <li>6. Monitorizar equilíbrio (estático e dinâmico através da Escala de Equilíbrio de Berg);</li> <li>7. Monitorizar força muscular (Escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>);</li> </ol>	<p><u>15/10/2019 – Consulta Vida Ativa</u></p> <p>Anda sem recusa a produtos de apoio, com força e equilíbrio mantidos.</p> <p>Categorias Funcionais da Marcha de Holden: 5/5 com canadianas.</p> <p>Iniciados ensinamentos acerca da técnica de andar com auxílio de canadianas a direito.</p> <p>Incentivada a treinar no domicílio a técnica ainda no pré-operatório.</p> <p><u>Identificação do compromisso a 31/10/2019 – Internamento</u></p> <p>Apresentou incumprimento das etapas para andar em segurança, avançando primeiro o membro operado, tendo sido corrigida.</p> <p>Foi necessário corrigir postura corporal com instruções e correções manuais.</p> <p>Foi necessário um período de repouso ao fim de 5 metros, na posição ortostática e outro após 15 metros na posição de sentada.</p> <p>Corrigida técnica de subir e descer escadas com auxílio de canadianas.</p> <p>Após este primeiro treino, nota-se um ganho de confiança no uso das canadianas com a realização de uma técnica correta, com passadas mais longas, sem necessidade de períodos de repouso e com uma postura mais ereta.</p> <p>Categorias Funcionais da Marcha de Holden: 3/5 com canadianas</p>

#### 4. ALTA

No momento da alta têm de estar garantido que a Sra. D. M. F. S. apresente:

- Cuidador capaz de a assistir nos autocuidados comprometidos, com saber e capacidade físicas. O cuidador foi previamente identificado na Consulta de Vida Ativa, assim como as suas necessidades de formação;
- Capacidade em caminhar em segurança com auxílio de canadianas, quer seja a direito, quer seja para subir e descer escadas;
- Equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo;
- Conhecimento sobre estratégias de prevenção de quedas, assim como a apropriação do domicílio para a receber, nesta nova condição de mobilidade reduzida;
- Conhecimento acerca de sinais e sintomas de infeção, sistémicos e locais.
- Procura pelos cuidados de saúde em caso de necessidade;
- Conhecimento acerca do impedimento em se ajoelhar;
- Capacidade na gestão da tolerância à atividade física.

**APÊNDICE V - Estudo de Caso da Sra. D. M.H.**

## ESTUDO DE CASO DA SRA. D. M.H.

### 1. COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais		
<u>Nome:</u> M. H.	<u>Data de Nascimento:</u> 28/06/1937	<u>Idade:</u> 82 anos
<u>Género:</u> Feminino	<u>Profissão:</u> Reformada (Assistente de cozinha)	<u>Etnia:</u> Caucasiana
<u>Residência:</u> São João da Talha	<u>Naturalidade:</u> Portuguesa	
História de Doença Atual		
<p>A Sra. D. Maria Helena após fratura pertruncatérica do fémur esquerdo a 24/12/2019, com alta a 10/01/2020 após ter sido operada a 04/01/2020 onde foi submetida a redução incruenta e fixação interna com cavilha. É referenciada para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados para reabilitação motora e promoção da autonomia nas atividades de vida diária.</p>		
Antecedentes de Saúde		
Hábitos Aditivos:	Sem hábitos aditivos	
Alergias:	Desconhece.	
Co Morbilidades	<u>Antecedentes Pessoais:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fibrilhação auricular paroxística.</li><li>• Diabetes <i>mellitus</i> II, descompensada sob insulina;</li><li>• Doença cerebrovascular crónica.</li><li>• Arteriosclerose.</li><li>• Hipertensão arterial.</li><li>• Doença bipolar (diagnosticada há 50 anos)</li><li>• Acidente vascular cerebral isquémico - 2015</li><li>• Vários Internamentos por agudização da Bipolaridade</li></ul> <u>Antecedentes Cirúrgicos:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mastectomia Radical Modificada Bilateral por Neoplasia – 2000</li><li>• Prótese Total do Joelho à esquerda – 2012</li><li>• Fratura do ombro direito – operada em 2015 (sensivelmente)</li></ul>	

<b>Terapêutica:</b>	<b>Atorvastatina</b> 10m (1 ao jantar) <b>Bisoprolol</b> 5mg (1/2 ao almoço) <b>Bromazepam</b> 6mg (1 ao pequeno almoço, ½ ao almoço e ½ ao jantar) <b>Gabapentina</b> 300mg (1 ao pequeno almoço, 1 ao almoço e 1 ao jantar) <b>Glimepirida</b> 2mg (1 ao pequeno almoço) <b>Ibersartan + Hidroclorotiazida</b> 300mg+12,5mg (1 ao pequeno almoço) <b>Metformina</b> 1000mg (1 ao pequeno almoço, ½ almoço, ½ jantar) <b>Nicergolina</b> 30mg (1 ao pequeno almoço, 1 ao jantar) <b>Nifedipina</b> 60mg (1 ao pequeno almoço) <b>Paroxetina</b> 20mg (1 ao pequeno almoço) <b>Quetiapina</b> 100mg (1 ao deitar) <b>Rivaroxabano</b> (1 ao pequeno almoço) <b>Tramadol + Paracetamol</b> 37,5 + 325 mg (1 ao pequeno-almoço, almoço e jantar) <b>Valproato de Sódio</b> 300mg (1 ao deitar) <b>Vildagliptina</b> (1 ao jantar)
<b>Dieta:</b>	Geral Diabética

## 2. AVALIAÇÃO

### Avaliação Inicial e Exame Físico

No dia **14/01/2019**, dia em que foi realizada a primeira visita domiciliária a Sra. D. M. H. apresentava-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa, permanecia em decúbito dorsal na cama. De humor triste, mostra-se recetiva aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no entanto receosa com a dor que possa sentir no local intervencionado. Foi realizado um exame físico, não apresenta lesões cutâneas exceto a ferida cirúrgica a nível trocantérico esquerdo. Esta ferida cirúrgica está ao cuidado do serviço de consulta externa de ortopedia do Hospital, a equipa de ECCI apenas realiza a vigilância do penso, podendo o realizar em SOS. Pele e mucosas ligeiramente desidratadas e descoradas. Abdómen distendido, timpanizado, depressível e indolor à palpação.

Foi realizada auscultação pulmonar, apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, no entanto com diminuição do mesmo ao nível do terço inferior destes. A respiração caracteriza-se por ser de predomínio torácico, de amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, eupneia em repouso.

Segundo o filho a Sra. D. M.H. realiza 4 refeições diárias, tendo sido realizados ensinamentos acerca dos cuidados com a alimentação para com uma pessoa portadora de Diabetes Mellitus, que se encontra descompensada.

Realizado transferência da posição de deitada para a posição de sentada, junto à cama, apresentando um equilíbrio estático e dinâmico diminuído. Com apoio de uma pessoa foi realizado levantar, ficando na posição de pé onde apresenta um equilíbrio estático diminuído, não apresentando equilíbrio ortostático dinâmico. Tem indicação do ortopedista para realizar carga conforme tolerância algica. Apresenta marcha de pequenos passos (andar vagaroso, reduzido, levantamento dos pés, passos pequenos e rápidos, pernas parecem travadas).

Ao nível do padrão de eliminação apresenta urgência urinária, que concomitantemente com o facto de apresentar mobilidade reduzida, tem usado fralda para urinar. É substituída imediatamente após pelo filho. Já no padrão de eliminação intestinal, segundo o marido tem períodos em que alterna entre obstipação e diarreia. Refere dormir com o auxílio de medicação com sucesso e sensação de descanso.

#### **Avaliação da interação da família com o meio envolvente**

Vive acompanhada pelo esposo que não apresenta alterações cognitivas, sendo consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa, no entanto apresenta limitações osteoarticulares, tendo já sido submetido a artroplastia total da anca esquerda utilizando um auxiliar de marcha.

Os dois filhos são cuidadosos com os pais, um deles pernoita com eles para lhes dar apoio neste período, o casal tem ainda a ajuda de uma empregada contratada e o apoio social para os cuidados de higiene da Sra. D. Maria Helena.

A habitação encontrava-se com boas condições de higiene e habitabilidade, com rampa de acesso ao exterior, barra no muro e piso duro. Para melhorar estas condições e facilitar a realização das atividades de vida diária foi sugerido barras de apoio bilaterais junto à sanita.

Ao nível das ajudas técnicas é portadora de uma cadeira de rodas e de canadianas. Foi instruída a Sra. D. M.H. e a sua família que o mais indicado nesta fase seria um andarilho.

### Sinais vitais avaliados a 14/01/2019:

Tensão Arterial	120/80	mmHg
Frequência Cardíaca	92	b/m
Temperatura	36,2	°C
Frequência Respiratória	20	c/m
Dor	1	Escala Numérica

### Avaliação da Dor a 14/01/2019:

Localização	• Anca Esquerda	
Fatores de agravamento	• Flexão da articulação coxofemoral esquerda • Carga no membro inferior esquerdo.	
Fatores de Alívio	• Repouso do membro Inferior esquerdo, extensão a favor da gravidade na posição de sentada, analgesia e crioterapia	
Escala Numérica da Dor: Score	14/01	15/01
	1	3 (repouso após) / 7 (durante atividade)

### Outros parâmetros avaliados a 14/01/2019

Nível de O2 Periférico	95	%
Escala Braden (UP)	18	Risco Moderado
Peso	80	Kg
Altura	1,70	m

Em termos de força muscular, segundo a **Medical Research Council Muscle Scale** – apresenta um score de 4 (movimento articular completo contra a gravidade e alguma resistência) em todos os segmentos corporais, exceto nos seguintes em que foram identificadas as **limitações articulares**, devido a dor presente aquando da aplicação de resistência ao movimento:

**-Ombro direito** (Score de 3 – MRC)

Flexão 100° (180) /extensão 0° (0)

Abdução 100° (180) /adução 50° (50)

Rotação interna 35° (70) /Rotação externa 45° (90)

**-Anca esquerda** (Score de 3 – MRC)

Flexão 70° (120) /extensão 0° (0)

Abdução 20° (45) / adução 20° (30)

Rotação interna 35° (45) /Rotação externa 25° (35)

**-Joelho esquerdo** (Score de 3 – MRC)

Flexão 90° (135) /extensão 0° (0)

**-Pé esquerdo** (Score de 3 – MRC)

Dorsiflexão 10° (20) /Flexão plantar 30° (50)

Inversão 20° (30) Eversão 10° (20)

Rotação com limitação

Em termos de avaliação da marcha segundo as **Categorias Funcionais de Marcha de Holden**, insere-se na categoria 1 (marcha dependente nível II), ou seja, a Sra. D. M. H. necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.

Na avaliação do equilíbrio através da **Escala de Equilíbrio de Berg** (avaliado dia 15/01/2020), foi obtido o **score de 1**, o que corresponde a alto risco de queda. Esta pontuação foi obtida no item “3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.” Em que o 1, corresponde a capaz de permanecer sentado por 10 segundos.

### **Índice de Barthel:**

- Avaliação funcional (Índice de Barthel): 0/100 pontos – 15 dependência total
- Alimentação: Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga 5;
- Transferências: Dependente 0
- Toalete: Dependente, necessita de alguma ajuda 0
- Utilização de WC: Dependente 0
- Banho: Dependente 0
- Mobilidade: Imóvel 0
- Subir e Descer Escadas: Dependente 0;
- Vestir: Com ajuda 5;
- Controlo Intestinal: Acidente ocasional 5;
- Controlo Urinário: Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho 0;

**2.2 Avaliação do Impacto no Autocuidado (Requisitos segundo Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem)**

Requisitos Universais	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<p>(14/01/2020)</p> <p>Componente respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiração torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, 20 ciclos por minuto. Eupneica em repouso (Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia <b>0 pontos - nenhuma</b>).</li> </ul> <p>(15/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Com dispneia a pequenos esforços (Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia <b>6 pontos – Intensa</b>) com uso dos músculos acessórios, elasticidade mantida. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido.</li> <li>Apresenta dificuldade na inspiração pelo nariz e na expiração prolongada.</li> <li>Tosse não avaliada.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p> <p>Sistema apoio-educativo</p>
Manutenção de quantidade suficiente de água	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esposo e filho referem que a Sra. D. M.H. ingere água, não sabendo quantificar, foram realizados ensinamentos sobre a importância de o fazer e estratégias para o fazer.</li> <li>Necessita que alguém lhe dê a garrafa de água à mão, conseguindo posteriormente agarrar e levar à boca.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p> <p>Sistema apoio-educativo</p>
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Filho refere que a Sra. D. M.H. realiza cerca de 4 refeições por dia, confeccionadas e preparadas por terceiros, necessitando de ajuda para se alimentar. Foram realizados ensinamentos acerca da alimentação correta para a pessoa com Diabetes Mellitus.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p> <p>Sistema apoio-educativo</p>

<p>Provisão de cuidados associados com processos de eliminação</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urina na fralda por incapacidade em se deslocar de forma independente à casa de banho, acompanhada de uma urgência urinária/incontinência.</li> <li>• Não evacuou na fralda, refere que não consegue. Apresenta abdómen timpanizado, distendido, depressível e indolor à palpação. Padrão intestinal irregular.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>
<p>Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere necessidade de terapêutica medicamentosa para conseguir dormir.</li> <li>• Apresenta dispneia a pequenos esforços o que conduz a uma redução da atividade, permanecendo grande parte do tempo imóvel.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>
<p>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apesar de se apresentar limitada ao quarto e sala, é visita por vizinhos e amigos. Tem sempre a companhia do esposo e presença assídua do filho, empregada e assistente operacional.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>
<p>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do equilíbrio ortostático estático e dinâmico;</li> <li>• Alto risco de queda;</li> <li>• Marcha com necessidade de recursos humanos extra – 2 pessoas para apoio bilateral. Apresenta força ao nível dos membros inferiores.</li> <li>• Risco moderado de desenvolver uma úlcera por pressão;</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>
<p>Promoção de inserção social</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostra interesse e vontade em participar no programa de reabilitação, participa ativamente na avaliação realizando os testes solicitados.</li> </ul> <p>(15/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adere ao programa terapêutico, apesar das queixas de dor e cansaço, mostra confiança nos profissionais de saúde e participa com limitações ao que lhe é solicitado.</li> </ul>	<p>Sistema apoio-educativo</p>

Desvios Saúde	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
<p>Procurar garantir assistência médica adequada</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O esposo e o filho recorrem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para questões acerca do programa de reabilitação, cuidados a ter, esclarecimentos de dúvidas.</li> <li>Recorre à consulta externa de ortopedia do hospital para vigilância e tratamento da ferida operatória.</li> </ul> <p>(15/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O esposo recorre à equipa de ECCI para gestão medicamentosa da analgesia.</li> </ul>	<p>Sistema apoio- educação</p>
<p>Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O filho manifesta que na sua opinião Sra. D. M.H. teve alta antes de estar capaz para assegurar o seu autocuidado.</li> <li>Apresentam confiança na equipa de cuidados continuados integrados.</li> </ul>	<p>Sistema apoio- educativo</p>
<p>Realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade alvo de cuidados (Sra. D. M.H., esposo e filho) estão recetivos às prescrições e ensinamentos realizados.</li> <li>A Sra. D. M.H. participa nos exercícios solicitados.</li> </ul> <p>(15/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A unidade alvo de cuidados (Sra. D. M.H., esposo e filho) adquiriu pedaleira solicitada no dia anterior.</li> <li>A Sra. D. M.H. participa nos exercícios solicitados, ainda que com dificuldades e limitações.</li> </ul>	<p>Sistema parcialmente compensatório Sistema apoio- educação</p>

<p>Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza que trabalhou muito durante toda a vida, sendo uma pessoa muito ativa e que agora não se consegue mexer sem a ajuda de outros.</li> <li>• Filho refere que a Sr. D. M.H. apresenta um discurso frequente, onde lamenta a sua condição e incapacidade.</li> </ul>	<p>Sistema apoio-educativo</p>
<p>Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos</p>	<p>(14/01/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é capaz de cozinhar;</li> <li>• Não é capaz de preparar os alimentos no prato;</li> <li>• Não é capaz de tomar banho sem a ajuda de outros, sendo este realizado na cama;</li> <li>• Não é capaz de vestir e despir a metade superior e inferior do corpo;</li> <li>• Não é capaz de executar a marcha sem o auxílio de duas pessoas;</li> <li>• Não é capaz de utilizar a casa de banho sem ajuda.</li> </ul>	<p>Sistema compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação</p>

Desenvolvimento	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
<p>Adaptação às mudanças físicas</p>	<p>(14/10/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesta sentimentos de tristeza e frustração quando compara o seu estado de capacidade de antigamente com o seu estado de incapacidade do presente.</li> <li>• Apesar de antes da queda já necessitar da ajuda do esposo para os cuidados de higiene.</li> </ul>	<p>Sistema apoio-educação</p>

<b>Problemas</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Objetivos</b>
Alteração da capacidade em manter uma quantidade suficiente de ar em esforço	Intolerância à atividade	Tolerância à atividade
Dependência total na eliminação vesical e intestinal	Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.	Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.
Diminuição da amplitude dos movimentos	Movimento muscular diminuído	Movimento muscular mantido
	Pôr-se de pé comprometido	Pôr-se de pé não comprometido
	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se	Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se: melhorada
Alteração no equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático	Equilíbrio corporal comprometido	Equilíbrio corporal não comprometido
Dependência total para tomar banho	Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene
Dependência parcial para vestir-se	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, comprometida	Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário
Insegurança e desequilíbrio no andar sem apoio bilateral	Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha	Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada
Dor a nível da anca esquerda	Dor aguda na anca esquerdo	Dor controlada

Score de 2 na Escala de Berg, valor preditivo de alto risco de queda	Risco de queda, elevado	Risco de queda, baixo
--	-------------------------	-----------------------

### 3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Visita domiciliária a realizar 3 vezes por semana (2ª, 4ª, 6ª – feiras)
- Duração do plano diário de reabilitação: 45 minutos

#### Plano nº1 (programado para a 1ª e 2ª semanas):

- Avaliação
  - Tensão arterial (caso esteja por avaliar);
  - Auscultação pulmonar;
  - Saturação periférica de O<sub>2</sub>;
  - Avaliar dispneia – Escala de Borg Modificada– avaliação da dispneia;
  - Avaliar dor – Escala numérica da dor;
  - Confirmar avaliação de glicemia capilar e ingestão de pequeno-almoço;
  - Assegurar toma prévia de medicação analgésica;
- Fase de aquecimento
  - Realização de movimentos ativos e ativos assistidos dos membros superiores + dissociação dos tempos respiratórios (ênfase na expiração com lábios semicerrados) – 15x
  - Realização de movimentos ativos e ativos assistidos dos membros inferiores (com ênfase no membro inferior esquerdo – extensão/flexão; adução/abdução; rotação interna/rotação externa) – 15x cada
  - Rolar na cama – 10x
  - Realizar a “ponte” – 5x
  - Colocar-se na posição de sentado
  - Repouso com dissociação dos tempos respiratório (ênfase na expiração com lábios semicerrados e inspiração pelo nariz);
  - Avaliação da dispneia – Escala de Borg Modificada– avaliação da dispneia;
  - Avaliar dor – Escala numérica da dor;

- Fase “ativa”
  - Na posição de sentado fazer extensão do cotovelo e flexão do ombro em simultâneo dos dois membros superiores (com ênfase no ombro direito); - 10x
  - Na posição de sentado fazer extensão do joelho e flexão da coxofemoral (com ênfase no membro inferior esquerdo); - 10x cada
  - Pôr-se de pé com auxílio de cadeira em frente; - 5x
  - Em pé apoiado nas costas da cadeira realizar flexão coxofemoral de ambos os membros inferiores (com ênfase no membro inferior esquerdo) – 10x
  - Em pé apoiado nas costas da cadeira realizar extensão coxofemoral de ambos os membros inferiores (com ênfase no membro inferior esquerdo) – 10x
  - Treino de marcha com apoio bilateral da cama à porta do quarto (2,5m);
  - Avaliar dispneia – Escala de Borg Modificada– avaliação da dispneia;
  - Avaliar dor – Escala numérica da dor;
  - Se tolerável, continuar treino de marcha até à sala (2,5m).
  
- Fase de relaxamento/alongamento
  - Repouso com dissociação dos tempos respiratório (ênfase na expiração com lábios semicerrados e inspiração pelo nariz);
  - Extensão do joelho e flexão da tibiotársica – 10x
  - Rotação interna dos ombros – 5x
  - Rotação externa dos ombros – 5x
  - Massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio – 10x
  - Avaliar dispneia – Escala de Borg Modificada– avaliação da dispneia;
  - Avaliar dor – Escala numérica da dor.

#### Realização de Ensinos:

- Validar ensinos acerca da alimentação e ingestão hídrica;
- Validar ensinos acerca da terapêutica analgésica.
- Instruir para na posição de sentada e deitada realizar movimentos ativos dos membros inferiores (flexão/extensão da coxofemoral; adução/abdução; rotação interna/rotação externa) - de hora a hora 10x

Plano nº2 (programado para a 3ª e 4ª semanas):

Manter fase de aquecimento igual ao Plano nº1

- Fase “ativa”
  - Partir da posição de sentado Pôr-se de pé com auxílio de cadeira em frente; - 5x
  - Realizar treino muscular dos membros superiores com recurso a pedaleira (intensidade a regular de forma a realizar treino entre os 5 e os 10 minutos)
  - Treino de marcha com apoio unilateral do cadeirão à sanita (3m);
  - Treinar uso de sanitário com recurso a barra de apoio (levantar e sentar) – 5x;
  - Treino de marcha com apoio unilateral da sanita até ao cadeirão (3m);
  - Realizar treino muscular dos membros inferiores com recurso a pedaleira (intensidade a regular de forma a realizar treino entre os 5 e os 10 minutos)
  - Realizar treino de equilíbrio – Na posição de pé com apoio nas costas da cadeira realizar flexão plantar – 10x + abdução da pena – 10 x com cada perna.
  - Avaliar dispneia – Escala de Borg Modificada– avaliação da dispneia;
  - Avaliar dor – Escala numérica da dor;

Manter fase de relaxamento/alongamento igual ao Plano nº1

Manter realização de ensinios no Plano nº1

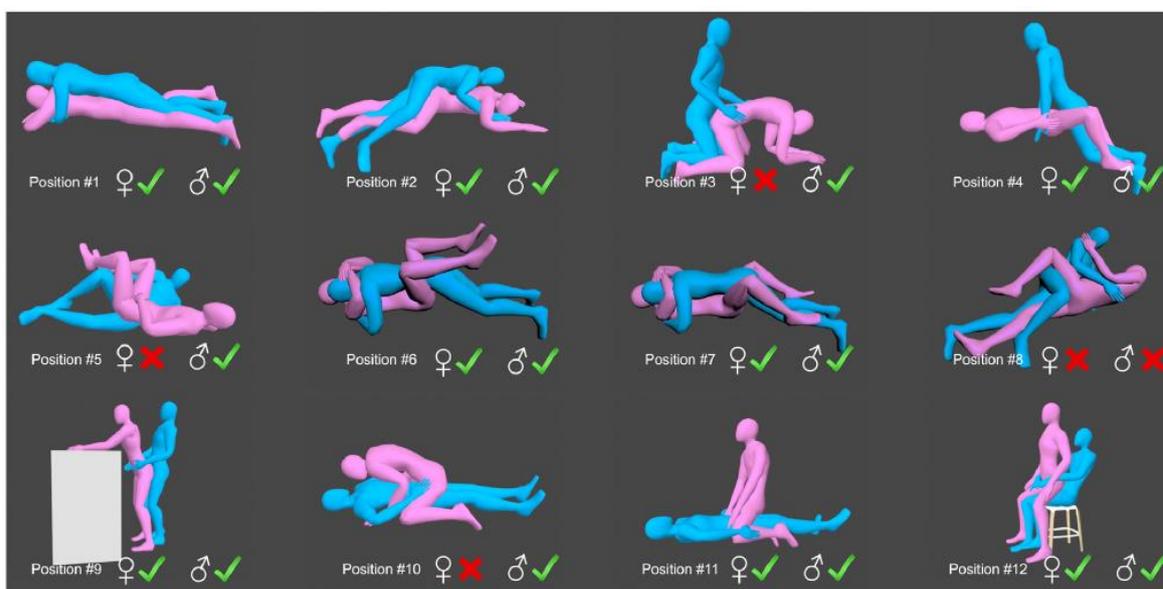
**APÊNDICE VI - Adenda ao desdobrável: “Retorno à atividade sexual após artroplastia total da anca”**

## Retorno da atividade sexual após a artroplastia total da anca.

Dois em cada três pessoas com o diagnóstico de osteoartrose da anca manifestam dificuldades em ter relações sexuais derivado da dor e da limitação da amplitude articular. A artroplastia total da anca, neste aspecto em concreto, tem revelado melhorar a satisfação sexual e desempenho na maioria das pessoas submetidas a este procedimento.

O reinício da atividade sexual após a artroplastia total da anca deve ser discutido com o ortopedista que o segue, só este atendendo à especificidade da sua cirurgia poderá determinar o melhor momento para o fazer. No entanto, a generalidade pode retomar a atividade sexual entre o primeiro e o terceiro mês após a realização da cirurgia.

Os homens devido à aplicação de uma força menor sobre as estruturas articulares da anca durante as relações sexuais, tendem a reiniciar a sua atividade sexual mais precocemente. Sendo que podem realizar quase todas as posições sexuais que realizavam antes de serem submetidos à cirurgia.



**Fig. 1.** Posições sexuais recomendadas para homens e mulheres após Artroplastia Total da Anca. Em todas as imagens o homem é representado a azul e a mulher a cor-de-rosa. A cruz ao lado do símbolo representativo do gênero significa que a posição deve ser evitada. O certo significa que a posição em causa é permitida para o gênero representado por esse símbolo.

Já as mulheres necessitam de realizar ajustes às posições escolhidas, optam por posições de menor mobilidade, nomeadamente preferindo aquelas em que existe

uma abdução (afastamento das pernas em relação à linha média) com rotação externa dos membros inferiores, de preferência numa posição de supinação (com o dorso apoiado). Com a adoção deste posicionamento é possível um reinício mais precoce devido ao baixo risco de luxação da prótese implantada. É desaconselhado as posições em que se está de lado, uma vez que promovem a adução (passagem da linha média pelo membro operado) e a rotação interna do mesmo.

Com o intuito de poder oferecer um maior esclarecimento em relação às posições sexuais permitidas e não recomendadas foram analisadas doze posições sexuais. Desta análise foi possível ilustrar (Fig. 1.) quais as posições que atendendo ao género da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca são recomendadas e desaconselhadas.

## **Bibliografia**

Bettencourt, M., Afonso, I. C., & Gonçalves, I. L. (2014). Condução Automóvel ,  
Atividade Sexual e Desporto após a Artroplastia Total da Anca – Como e  
quando iniciar ? *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de  
Reabilitação*. 26(2), 41-46.

Charbonnier, C., Chagué, S., Ponzoni, M., Bernardoni, M., Hoffmeyer, P., & Christo,  
P. (2014). *Sexual Activity After Total Hip Arthroplasty : A Motion Capture Study*.  
29, 640–647. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2013.07.043>

**APÊNDICE VII - Nota de Campo do Caso Sr. J.**

## **NOTA DE CAMPO DO SR. J.**

O Sr. J. é um homem de 72 anos de idade com doença renal crônica sob hemodiálises 3 vezes por semana, tem ainda como antecedente de saúde uma insuficiência cardíaca (não foi possível caracterizar esta insuficiência). Apresenta-se sentado num cadeirão na sua sala, mantendo equilíbrio ortostático estático, está consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Sem queixas álgicas. Está com pele ligeiramente ictérica e desidratada, com edema dos membros inferiores (Godet ++) mais concretamente ao nível da tibiotársica e dorso de ambos os pés.

Consegue realizar levantar e caminhar até ao quarto (cerca de 10 metros), a marcha é realizada em ritmo lento, mas com força e equilíbrio mantidos. Senta-se na cama e deita-se posteriormente, sem ajuda. Apresenta neste momento dispneia. Auscultação: murmúrio vesicular mantidos em todos os campos pulmonares, com diminuição do mesmo nas bases bilateralmente. É solicitado que realize os exercícios ensinados na visita domiciliária anterior, posto isto o Sr. J. realiza movimentos ativos dos membros inferiores, nomeadamente: flexão/extensão da articulação coxo-femoral e ainda adução/abdução. Apresenta aumento da dispneia, com necessidade de pausas regulares para recuperar o fôlego.

Posto isto, decide-se realizar reeducação funcional diafragmática, de ambas as hemicúpulas e costal selectiva. Posiciona-se o Sr. J em decúbito lateral direito, com extensão do membro inferior esquerdo e em flexão o membro inferior direito, realização abdução do membro superior esquerdo solicitando a inspiração e a expiração na adução do mesmo segmento corporal.

Na posição de sentado realização reeducação funcional costal global com auxílio de utensílio de cozinha (rolo da massa). O Sr. J. apresenta uma inspiração rápida, com dificuldade em a realizar pelo nariz, mobilizando um volume baixo de ar, realiza a expiração pela boca mas sem a conseguir prolongar no tempo. Experimenta-se colocar um lenço de papel em frente à face do Sr. J., com o intuito de realizar estimulação visual proporcionando uma maior controlo da inspiração e expiração. Ao expirar é solicitado ao Sr. J. que sopra fazendo o lenço se afastar o maior tempo possível. Realiza-se o ensino da técnica da tosse e do huff após inspirações profundas.

A esposa, e cuidadora informal, afirma que diariamente ausenta-se de casa cerca de 1h para ir buscar o neto à escola e que isso a deixa preocupada por deixar o Sr. J. sozinho em casa. O Sr. J. apresenta um desequilíbrio ortostático dinâmico, com tendência em se desequilibrar para a direita e apresenta dispneia a esforços. Foi

realizada uma avaliação do domicílio onde foram propostas alterações com o intuito de aumentar a segurança para o Sr. J., prevendo quedas. Nomeadamente, foi feita referência à necessidade de introduzir uma barra de apoio junto à sanita, colocar assento próprio na banheira, não existindo a possibilidade de a substituir por um poliban. A referir que o Sr. J. ainda não realizou um banho de chuveiro após alta hospitalar, tendo apenas realizado cuidados de higiene totais junto ao leito com auxílio da esposa, esta recusa ajuda derivada de instituições de apoio domiciliário.

Planeia-se na próxima visita, que não veio acontecer uma vez que o Sr. J. foi internado no dia seguinte a esta visita, as seguintes intervenções:

- Avaliação do equilíbrio através da **Escala de Equilíbrio de Berg**;
- Avaliação da Força Muscular através da **Medical Research Council Muscle Scale**;
- Treino dos músculos inspiratórios;
- Realização de mobilização ativas resistidas.

A considerar que a pessoa em programa regular de hemodiálise:

- Apresenta uma limitação da sua capacidade física global na casa dos 60 a 70%, do esperado para a sua idade;
- Torna-se sedentária, diminuindo a sua atividade física em cerca de 3,4% por mês;
- Tem uma capacidade funcional reduzida e um consumo pico de oxigénio inferior ao da pessoa saudável;
- Apresenta uma perda de massa muscular, uma anemia de causa renal, inatividade e desnutrição;
- Tem uma maior prevalência de doenças cardiovasculares que a população em geral;
- Tem um aumento do risco de fratura por osteoporose e desordem mineral óssea, sendo o risco de fratura do fémur 3 a 4 vezes superior que a população em geral
- Apresenta uma astenia causada pelo aumento de ureia a nível sanguíneo;
- Tem um aumento da fadiga;

**APÊNDICE VIII - Nota de Campo do Caso Sr. J.P.**

## **Nota de Campo do Caso Sr. J.P.**

No dia 03 de dezembro realizamos o primeiro contacto com o Sr. J.P. e a sua esposa. O Sr. J.P. é um homem de 71 anos com antecedentes de demência e um AVC isquémico (sem área específica conhecida) que resultou numa hemiplegia do hemicorpo esquerdo. Ao nível da consciência e orientação espaço-temporal apresenta-se incapaz de cumprir ordens simples e responder a questões. Realizamos, neste dia, uma mobilização passiva de todos os segmentos corporais do hemicorpo esquerdo, e ativa assistida do hemicorpo direito. Realizou-se drenagem postural modificada dos segmentos anteriores superiores e inferiores, após auscultação que se caracterizou pela presença de um murmúrio vesicular mantido sem ruidos adventícios em todo o campo pulmonar bilateralmente. Executou-se uma reeducação funcional diafragmática posterior, da hemicupula direita, esquerda e costal seletiva com abertura costal com mobilização assistida dos membros superiores.

Foi realizada, posteriormente, pressão sob o diafragma aquando da expiração, realizando uma expiração forçada “manualmente”, com o intuito de obter uma inspiração com maior amplitude e com maior volume corrente. Por fim, coloca-se o Sr. J.P. na posição de sentado, no leito, com o auxílio a almofadas. Planei-se sessões de capacitação do cuidador no âmbito da reabilitação, para manutenção da amplitude articular e prevenção de infeções respiratórias.

Dia 09 de janeiro de 2020 dá-se início ao programa de ensino e capacitação do cuidador do Sr. J.P., sendo este cuidador a filha, enfermeira numa unidade de saúde familiar. O plano começou com a avaliação da respiração do Sr. J.P. e auscultação com ensino da técnica, foi sublinhada a maior probabilidade de pneumonia no pulmão direito, em caso de aspiração, pela orientação do brônquio. Foram realizados e validados ensinamentos de abertura costal, recrutamento diafragmático, ajustados à necessidade e capacidade do Sr. J.P.. A considerar que o alvo de cuidados é incapaz de cumprir ordens e colaborar num plano de reabilitação, e posto isto é importante a execução de uma drenagem postural e fluidificação das secreções, através da fluidificação, para a mobilização e expulsão das mesmas. Continuou-se o programa com a realização de mobilizações assistidas de todos os segmentos corporais, como está contemplado no folheto disponibilizado pela ECCI.

Faz-se levantar para cadeirão, após o programa de reeducação sensoriomotora tendo sido alongamento dorsal na posição de sentado com flexão do tronco de forma assistida. Para a transferência foi colocado o Sr. J.P. na posição de pé, com apoio bilateral, sendo que não faz carga, deu apenas pequenos e poucos passos, mantendo

sempre uma flexão da articulação do joelho, apresentou ligeira dispneia no final deste processo. No dia 10 de janeiro de 2020 a filha tornou-se parte ativa do programa após ter visualizado o mesmo no dia anterior.

## **APÊNDICE IX - Jornal de aprendizagem: A marcha é vital**

## **Jornal de Aprendizagem: A marcha é vital**

Passaram-se 4 semanas desde que iniciei o estágio no Serviço de Especialidades Cirúrgicas e vejo-me limitado na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Estes recaem maioritariamente sob a consulta pré-operatória e o treino de marcha. A consulta pré-operatória tem a duração em média de 3h o que ocupa a grande maioria do turno, dificultando a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação junto das pessoas submetidas a cirurgia. Para além desta condicionante, quando existe a possibilidade de prestar este tipo de cuidados especializados o cerne da intervenção foca-se no treino de marcha, com auxílio dos produtos de apoio (canadianas ou andarilho) e com o treino de subir e descer escadas. A referir que este jornal de aprendizagem não foca num acontecimento único, passado num dia específico, mas sim numa preocupação e sentimento que se instalou devido ao receio de não atingir os objetivos a que me comprometi no projeto de estágio.

Tendo em conta o tema do meu projeto de estágio percebo a necessidade de realizar o maior número de consultas pré-operatórias possíveis, no entanto, é com frustração que encaro a pouca diversidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. Sinto que não me encontro a desenvolver as competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

No entanto, e voltando à questão de reflexão, ou seja, a incidência dos cuidados de enfermagem de reabilitação ser maioritariamente sob o treino de marcha. Vejo-me com a necessidade de refletir acerca da importância da marcha no autocuidado da pessoa submetida a cirurgia. Dado que não consigo contornar as condições ambientais, ou seja, criar as condições necessárias para realizar outro tipo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, resta-me conhecer profundamente o andar. A marcha é apesar de ser comum resulta da interação dos sistemas nervoso e músculo-esquelético, através do gasto de energia, com base na simetria corporal, equilíbrio e estabilidade postural (Lenard, Sousa, Grden, Betioli, Carneiro & Ribeiro, 2015). Apesar de aparentar ser uma atividade fácil e banal, a sua complexidade conduz à necessidade de conhecer profundamente o seu mecanismo, através de uma avaliação rigorosa e registo metuculoso. Tudo isto com o objetivo de tornar a pessoa capaz de andar sem a necessidade de outra pessoa, ainda que possa requerer o auxílio de produtos de apoio. A ter em consideração que quanto mais cedo a pessoa recuperar a capacidade para andar, mais cedo recupera a independência na manutenção do seu autocuidado (Maria, Marques-Vieira, Manuel & Sousa, 2015).

O andar é essencial para a satisfação da maioria dos requisitos universais do autocuidado. Numa análise mais ampla, e equiparando o andar ao mover-se podemos dizer que o ser humano ao nascer já se move antes de respirar, o que ilustra a importância do movimento no ser humano. O andar tem sido considerado como o sexto sinal vital por refletir o funcionamento de múltiplos sistemas orgânicos e por auxiliar no prognóstico de doenças (Lenard et al., 2015). Esta atividade é responsável pela prevenção de várias complicações pós-cirúrgicas, sendo por isso a sua manutenção fundamental para uma recuperação mais rápida. Ao falarmos da pessoa proposta para prótese total da anca e para prótese total do joelho, juntamente com o andar, é necessário abordar a questão das limitações que ambas as cirurgias impõem à pessoa. Sendo que os enfermeiros de reabilitação têm uma abordagem centrada no desenvolvimento das competências do paciente que são necessárias para voltar a desempenhar esta tarefa complexa (Marques-Vieira, Sousa, Sousa & Berenger, 2016).

Acredito que apesar de não poder moldar as condições ambientais de forma a realizar outro tipo de intervenções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, consegui identificar as necessidades de reabilitação das pessoas internadas no Serviço de Especialidades Cirúrgicas. Para além da identificação das necessidades consegui, também delinear as áreas prioritárias de ação, com intervenções específicas e direcionadas. O que, no meu entender, revela conhecimento tanto pelas áreas de intervenção específicas do enfermeiro de reabilitação como pelas suas intervenções.

Para além desta identificação de necessidades, junta daqueles que intervêm tive sempre presente o pensamento que era impreterível a obtenção da capacidade para andar, mesmo que com limitações e com o auxílio de produtos de apoio. Isto porque, uma das variáveis que prevê se o idoso irá novamente ser independente na marcha é a recuperação que consegue ter até ao momento da alta (Marques-Vieira et al., 2016).

O que eu podia ter feito de melhor? Realizado uma avaliação cognitiva criteriosa às pessoas a quem realizei treino de marcha. Já foi referido que o andar é uma atividade altamente complexa e desafiante que é controlada por estruturas cerebrais superiores (Marques-Vieira et al., 2016). Posto isto, tem sido demonstrado que esta atividade não é uma simples sequência de movimentos, pois requerem funções cognitivas competentes na gestão de múltiplas variáveis, tais como: a memória, a perceção espacial, funções executivas, dentre outras (Lenard et al., 2015).

Para além disso, a avaliação dos membros superiores seria, também uma mais valia para um programa de reabilitação mais personalizado e com maior segurança clínica. Dado que Ferreira e Santos (2016), sugerem a sua avaliação através de testes como seis minutos *pegboard and ring test*, uma vez que estes melhoram a capacidade de exercício funcional, melhorando e mantendo a autonomia das pessoas sob programa de reabilitação.

Com esta reflexão sob a importância do andar e a sua complexidade pode concluir que o necessário não é realizar em abundância intervenções, mas sim saber intervir de uma forma concreta e dedicada ao défice da pessoa. É certo que quando se decide obter o título de especialista, neste caso de reabilitação, se ambiciona aprender e desenvolver o máximo de competências. No entanto, nem sempre as expectativas do estudante são correspondidas pelo contexto em que realiza no estágio. Posto isto, resta-lhe procurar novas expectativas, explorar possibilidades e retirar do contexto o máximo que este tem para lhe dar, apenas é necessário ter alguém que necessite dos nossos cuidados para podermos intervir. A intervenção do enfermeiro deve ter sempre em consideração a necessidade da pessoa de quem cuida e nunca a sua ambição pessoal. Como Walter Hesbeen afirma na sua obra, *A Reabilitação Criar novos caminhos*, “os cuidados personalizados (...) incitam à simplicidade para afastar o risco de confusão entre os desejos de quem recebe cuidados e de quem os presta” (Hesbeen, 2001, p.11).

Neste caso em específico, as pessoas submetidas a prótese total da anca e do joelho têm a necessidade em saber e em conseguir andar com segurança e adaptadas às suas limitações, que se esperam ser provisórias. No entanto, o idoso submetido à artroplastia da anca, por motivos de fratura, frequentemente não recupera totalmente a capacidade de andar, o que poderá levar a alterações permanentes, com o consequente declínio da sua qualidade de vida (Marques-Vieira et al., 2016). Um fator a ter em consideração, futuramente, é a velocidade da marcha uma vez que é considerada como um bom indicador do desempenho cognitivo em idosos saudáveis, com comprometimento cognitivo leve ou outras comorbidades (Lenard et al., 2015).

Quanto mais cedo o idoso recuperar a capacidade de andar, mais depressa se torna independente para outras atividades de vida (Marques-Vieira et al., 2016). Uma vez que a capacidade de marcha é o melhor preditor para a recuperação do autocuidado (Baixinho, 2011). Isto para que no seu quotidiano consigam satisfazer os seus requisitos para o autocuidado que estão dependentes do andar, sendo que o auxílio de um cuidador é fundamental e exigido para a realização destas cirurgias. A

reter que a diminuição da capacidade para andar poderá originar isolamento social e a necessidade de um cuidador familiar (Maria et al, 2015). Na preparação para a alta, e ainda referente à marcha, é relevante transmitir à pessoa e ao cuidador para a importância do exercício físico, a fim de evitar uma perda gradual de massa muscular e de assistir na manutenção de uma adequada velocidade da marcha (Lenard et al., 2015).

## Referências Bibliográficas

Baixinho, C. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur. *Revista Baiana de Enfermagem*, 23(3), 311-319.

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

Lenard, M. H., Sousa, V. De, Grden, B., Betiulli, S. E., Carneiro, K., & Ribeiro, D. (2015). Gait Speed and cognitive score in elderly users of the primary care service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 851–856.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680623i> Submissão:

Maria, C., Marques-Vieira, A., Manuel, L., & Sousa, M. De. (2015). Diagnóstico de enfermagem “deambulação prejudicada” no paciente idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1). Retrieved from <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48602/33321>

Marques-Vieira, C. M. A., Manuel, L., Sousa, M. De, Maria, L., & Sousa, R. De. (2016). O Diagnóstico de Enfermagem “Andar Comprometido” nos Idosos: Revisão Sistemática da Literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(3), 1–10. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003350015> Artig

Ferreira, D., Santos, A. (2016). Avaliação da Pessoa com Patologia Respiratória. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa Ao Longo da Vida* (pp.167-180). Loures: Lusodidacta.

**APÊNDICE X - Check-list: Conteúdos Programáticos da Consulta  
Pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação**

## Conteúdos Programáticos da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação

- O dia da cirurgia (local onde se dirigir, hora, exames e medicação, jejum, linha azul);
- Esponja anti-séptica com digluconato de clorexidina a 4% (como utilizar, cuidados na prevenção de infeções nosocomiais);
- Meias elásticas de compressão (receita, onde adquirir, como vestir, tempo de utilização, intuito da sua utilização);
- O dia seguinte à cirurgia (realização de raio-x, 1º levante para cadeirão, realização de Artromotor R, necessidade de canadianas, utensílios de higiene pessoal e calçado apropriado);
- Visitas (horário, diferenças entre cuidador/acompanhante e visita);
- O 2º e 3º dia de internamento (treino de marcha com canadianas, técnica para subir e descer escadas);
- Alta (cuidados no domicílio com o penso, data para retirar pontos, carta de alta, contato por parte do enfermeiro do centro de saúde, consulta de seguimento);
- Restrição de movimentos (apropriar consoante a cirurgia);
- Gestão de expectativas (retoma da atividade desportiva e sexual, condução);
- Tempo pré-operatório
  - Prescrição de exercícios ao nível dos membros inferiores (extensão completa da perna e a sua flexão, extensão e flexão da tibiotarsica);
  - Prescrição de exercícios ao nível dos membros superiores (aumento de massa muscular ao nível do bíceps e tríceps);
  - Prescrição de exercícios de Kegel;
  - Prescrição de exercícios respiratórios (dissociação dos tempos respiratórios, ensino da tosse, respiração diafragmática);
  - Dieta (aumento da ingestão hídrica e alimentos ricos em ferro);
- Caminhar com auxílio de canadianas (ensinar a técnica, recomendar o treino no período pré-operatório);
- Domicílio (preparar o domicílio para a recepção da pessoa submetida a cirurgia, prevenção de quedas);
- Plano de cuidados personalizado às limitações da pessoa proposta para cirurgia;

**APÊNDICE XI – Dados da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem  
de Reabilitação**

## Dados da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação

Cirurgia	Homem	Mulher	Dados
<b>Prótese Total da Anca</b>	<p>43 anos – Direita            45 anos – Esquerda            51 anos – Direito            55 anos – Direito            59 anos – Esquerdo            61 anos – Esquerdo            63 anos – Esquerda (Já operado à direita)            65 anos – Direita            65 anos – Direita            69 anos – Esquerda            69 anos – Direita            69 anos – Esquerda            69 anos – Direita            72 anos – Esquerda (Já operado à direita)            73 anos – Esquerdo            75 anos – Direito            Revisão (Já operado à esquerdo)            73 anos – Esquerda            74 anos – Esquerda            75 anos – Direita</p>	<p>48 anos – Esquerda            57 anos – Direita            67 anos – Esquerda            72 anos – Direita            72 anos – Esquerda            73 anos – Esquerda</p>	<p>Realizadas <b>25 consultas</b> a pessoas propostas para Artroplastia Total da Anca.</p> <p>Das quais 19 foram a <b>homens (76%)</b> e 6 a <b>mulheres (24%)</b>.</p> <p>Existe uma certa homogeneidade na distribuição da lateralidade cirúrgica no <b>sexo masculino com 10 casos (52%) à esquerda e 9 (48%) à direita</b>.</p> <p><b>36%</b> das pessoas a quem foi feita a consulta <b>têm menos de 65 anos</b>.</p> <p>Nas <b>mulheres</b> existe um predomínio da lateralidade à <b>esquerda</b> com 4 casos (<b>66%</b>) versus 2 casos à <b>direita (33%)</b>.</p>
<b>Prótese Total do Joelho</b>	<p>65 anos – Direito            68 anos – Esquerdo            71 anos – Esquerdo            73 anos – Direito</p>	<p>57 anos – Direita            60 anos – Esquerdo            64 anos – Direita            65 anos – Direita            69 anos – Esquerdo            71 anos – Esquerdo            71 anos – Esquerdo</p>	<p>Realizadas <b>15 consultas</b> a pessoas propostas para Artroplastia Total do Joelho.</p> <p>Das quais 4 foram a <b>homens (26,6%)</b> e 11 a <b>mulheres (73,3%)</b>.</p> <p>Existe uma certa homogeneidade na</p>

		72 anos – Direito (já operada ao esquerdo) 72 anos – Direito (Já operada ao esquerdo) 74 anos – Esquerdo 76 anos – Direito	distribuição da lateralidade cirúrgica no <b>sexo masculino</b> 2 com <b>casos (50%) à esquerda</b> e <b>2 (50%) à direita</b> .  <b>3 pessoas (20%)</b> a quem foi feita a consulta <b>têm menos de 65 anos</b> .
<b>Ligamentoplastia do Joelho (LCA)</b>	23 anos – Esquerdo 28 anos – Direito 30 anos – Esquerda (Já operado à direita) 36 anos – Esquerdo 37 anos – Direito	20 anos – Esquerdo 27 anos – Esquerda (Já operada à direita) 39 anos – Direito 47 anos – Direito	Realizadas <b>9 consultas</b> a pessoas propostas para Ligamentoplastia do Ligamento Cruzado Anterior  Das quais 5 foram a <b>homens (55,5%)</b> e 4 a <b>mulheres (44,4%)</b> .  Existe uma certa homogeneidade na distribuição da lateralidade cirúrgica
<b>Artroplastia Total do Ombro</b>	67 anos - Direito	76 anos – Esquerdo 77 anos – Esquerdo	Realizadas <b>3 consultas</b> a pessoas propostas para Artroplastia Total do Ombro.  Das quais 1 <b>homem (33,3%)</b> e 2 <b>mulheres (66,6%)</b> .
<b>Artroscopia do Ombro</b>	19 anos – Direito 20 anos – Esquerdo 39 anos – Direito 46 anos – Esquerdo 53 anos – Esquerdo	35 anos – Direito 49 anos – Direito 51 anos – Direito 52 anos – Direito 59 anos – Esquerdo 65 anos – Esquerdo 69 anos – Esquerdo 69 anos – Direito 74 anos – Direito	Realizadas <b>14 consultas</b> a pessoas propostas para Artroscopias do Ombro.  Das quais 5 <b>homem (35,7%)</b> e 9 <b>mulheres (64,3%)</b> .

Foram realizadas 66 consultas pré-operatórias de enfermagem de reabilitação



## **APÊNDICE XII - Apresentação do Projeto de Estágio em PowerPoint**

# Apresentação do Projeto de Estágio em PowerPoint

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  **ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização  
**Enfermagem de Reabilitação**

UC Opção II – Projeto de Formação  
Apresentação intercalar

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:**  
***Prehabilitation* da pessoa proposta para cirurgia ortopédica.**

DISCENTE: BRUNO VENÂNCIO ALEXANDRE, Nº4411  
DOCENTE: PROFª MARIA DE CÉU SÁ  
2019

 **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:**  
***Prehabilitation* da pessoa proposta para cirurgia ortopédica.**

## Sumário

- ▶ Justificação da escolha do tema;
- ▶ *Prehabilitation*;
- ▶ Questão de investigação;
- ▶ Análise dos dados obtidos;
  - ▶ *Prehabilitation*;
  - ▶ Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- ▶ Referências Bibliográficas.

Bruno Venâncio Alexandre

2

 **A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:**  
***Na Prehabilitation* da pessoa proposta para cirurgia ortopédica.**

Segundo dados do Ministério da Saúde, num espaço compreendido entre **novembro de 2018 e janeiro de 2019**, no **\_\_\_\_\_** a **cirurgia ortopédica**, de origem não oncológica, tem um **tempo de espera médio de 180 dias para uma cirurgia normal**. Caso seja a cirurgia seja classificada como **prioritária o tempo de espera é em média de 29 dias**, e se a classificação for de **muito prioritária são 2 dias** que terá de esperar.

- Que acompanhamento é feito durante o tempo de espera para cirurgia?
- Que implicações tem o tempo de espera na recuperação pós-operatória?
- Como pode um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervir na capacitação da pessoa para enfrentar o processo cirúrgico?

Bruno Venâncio Alexandre

3

## Justificação do tema

Uma **fraca condição física** pré-operatória tem revelado um aumento do número de complicações pós-cirúrgicas e do risco de mortalidade (Carli et al, 2017).

A otimização da atividade física e do **estado funcional** no pré-operatório pode ser uma intervenção eficaz no combate ao declínio funcional após a cirurgia (Cabilan et al., 2016).

**Intervenção Autônoma do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Considerada área de investigação prioritária (OE, 2015)

Os resultados de procedimentos invasivos, como é o caso da cirurgia, são maioritariamente definidos por três fatores: eficácia clínica, eficácia operacional e o **estado funcional da pessoa** (Boudreaux & Simmons, 2019).

Bruno Venâncio Alexandre

4

## Justificação do tema

O défice no autocuidado é **influenciado por fatores intrínsecos**, como a idade, mas também por extrínsecos, como doenças que requerem hospitalização e intervenção cirúrgica (Preto et al, 2018).

Muitos são os fatores que contribuem para um défice no autocuidado, que está diretamente correlacionado com um aumento do declínio funcional, que tende a aumentar com o processo de hospitalização e com a submissão a uma cirurgia (Cordeiro et al, 2015).

**O estado funcional compreende a capacidade da pessoa em assegurar o seu autocuidado.**

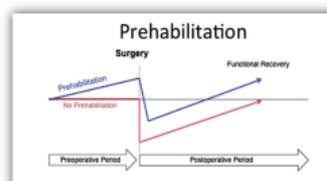
Bruno Venâncio Alexandre

5

## Prehabilitation

Tem início na **identificação da necessidade de cirurgia**, inclui uma **avaliação física e psicológica visando o estabelecimento de uma referência do estado funcional** da pessoa. Pressupõem a identificação de deficiências e a prescrição de intervenções que promovam um grau de saúde suficiente para **reduzir a incidência e/ou gravidade de deficiências futuras** (Carli et al., 2017).

Tem como objetivos: o aumento da **capacidade de exercício físico**, o aumento de **massa muscular**, a melhoria do **estado nutricional** e a **preparação psicológica** (Boudreaux & Simmons, 2019).



**Figura 1.** Trajetória do período peri-operatório com o aumento da reserva funcional no período pré-operatório [*prehabilitation*] e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório (Carli et al., 2017).

Bruno Venâncio Alexandre

6

## Questão de Investigação

Qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na *Prehabilitation* (I) da pessoa (P) proposta para cirurgia (Co)?

## Palavras-Chave

"reabilitação/ rehabilitation"; "enfermagem/ nursing"; "pré-operatório/ preoperative"; "paciente cirúrgico/ surgical patients"; "prehabilitation".

Bruno Venâncio Alexandre

7

## Análise - Prehabilitation

- A **prehabilitation conduz a ganhos em saúde**, na medida em que esta visa uma manutenção do nível normal de funcionalidade e **uma recuperação mais rápida do estado funcional durante a inatividade do pós-operatório** (Cabilan et al., 2016).
- A *prehabilitation* contribui **para internamentos mais curtos e com menos probabilidades de reinternamentos** (Boudreaux & Simmons, 2019)
- A *prehabilitation* deve ser **realizada junto das pessoas com cirurgias eletivas, sejam elas muito ou pouco invasivas**, com o objetivo de melhorar o seu estado funcional **reduzindo os riscos de morbilidade e mortalidade peri operatória** (Tew et al., 2018).

Bruno Venâncio Alexandre

8

## Análise – Intervenção do EEER na Reabilitação Motora

- O exercício físico deve ter conta as preferências e necessidades da pessoa, identificando a **melhor supervisão** (presencial ou telefónica), **o tipo de programa** (aulas de grupo ou individual) e **modalidade** (tipo de exercício) (Carli et al., 2017).
- O programa deve iniciar-se a partir do momento em que se identifica a necessidade cirúrgica, sendo que para **obter melhorias significativas na aptidão da pessoa este processo deve decorrer durante 4 semanas** (Tew et al., 2018).
- **O treino físico é baseado no princípio da sobrecarga**, ou seja a intensidade do mesmo deve ser aumentada em conformidade com resposta que a pessoa dá ao exigido, **recomenda-se a utilização da Escala de Borg para esta avaliação** (Carli et al., 2017).

Bruno Venâncio Alexandre

9

## Análise – Intervenção do EEER na Reeducação Funcional Respiratória

- O êxito da Reeducação Funcional Respiratória depende em grande parte da existência de um treino pré-operatório, e que no caso das pessoas com doença pneumológica este treino deverá prolongar-se, em especial nas com broncorreia, proporcionando-lhes uma higiene brônquica eficaz (Isaías et al., 2012).
- A prescrição do plano de cuidados deverá ter ênfase sob o treino dos músculos inspiratórios, as recomendações variam entre 2 vezes ao dia a 3 sessões por semana, com uma duração de 15 minutos (Tew et al., 2018).
- A conjugação do treino da musculatura inspiratória deve ser conjugada com o treino aeróbico e resistido para potenciar o aumento da resistência, da força e da capacidade ventilatória (Tew et al., 2018).

Bruno Venâncio Alexandre

10

## Análise – Intervenção do EEER na Preparação Psicológica

- A condição psicológica apresenta-se também como foco e atenção dos cuidados pré-operatórios, uma vez que em contexto cirúrgico o sofrimento psíquico tem demonstrado impacto na cicatrização de feridas, no controlo da dor, em internamentos mais longos e com mais limitações funcionais (Carli et al., 2017).
- A ansiedade pode aumentar devido ao aparecimento de desequilíbrios emocionais e psicossociais durante o período pré-operatório (Gonçalves et al., 2017).
- O enfermeiro pode apresentar-se como agente promotor de sentimentos de tranquilidade, prevenindo e diminuindo níveis de ansiedade pré-operatória através de uma preparação que vise a componente psicológica da pessoa (Gonçalves et al., 2017).

Bruno Venâncio Alexandre

11

## Considerações Finais

- A *prehabilitation* atua sob o estado funcional da pessoa, com o intuito de o potenciar antes da cirurgia e de diminuir o seu declínio durante e após o cirúrgico.
- Um declínio que acontece com todo o ato cirúrgico.
- Devem ser submetidos a este processo todos aqueles propostos para cirurgias eletivas.
- A aplicação da *prehabilitation* promove ganhos em saúde, diminui a taxa de complicações pós-operatórias, diminui os dias de internamentos e os riscos de morbilidade e mortalidade.
- O período pré-operatório assume-se assim como um espaço de ação para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tendo em conta ao intuito deste processo em concomitância com as competências específicas deste profissional. Onde este pode intervir de uma forma autónoma.

Bruno Venâncio Alexandre

12

## Referências Bibliográficas

- Araújo C, Makdisse M, Peres P, Tebexreni A, Ramos L, Matsushita A & Carvalho, A. (2006). Diferentes Padronizações do Teste da Caminhada de Seis Minutos como Método para Mensuração da Capacidade de Exercício de Idosos com e sem Cardiopatia Clinicamente Evidente. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 86(3), 198-205.
- Barker, L. A., Gout, B. S., & Crowe, T. C. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8(2), 514-527.
- Boudreaux, A., Simmons, J. (2019). Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes. *ACORN Journal*. 109 (4), 500-7.
- Cabilan, C., Hines, S. & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life. *Orthopaedic Nursing*. 35 (4), 224-237.
- Carli, F., Gillis, C., Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*. 56 (2), 128-133.
- Cody, E., Mancuso, C., Burket, J., Marinescu, A., MacMahon, A., Ellis, S. (2017). Patient Factors Associated With Higher Expectations From Foot and Ankle Surgery. *Foot & Ankle International*. 1-7.
- Cordeiro, A., Brito, A., Santana, N., Silva, I., Nogueira, S., Guimarães, A., Melo, T. (2015) Análise do Grau de Independência Funcional Pré e na Alta da UTI em Pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 5(1), 21-27.
- Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (14), 17-26.
- Heltor, M. & Sousa, M. (1997). Reabilitação Respiratória. In Freitas e Costa, M. *Pneumologia na Prática Clínica*, 2ª ed. Lisboa: FML.

Bruno Venâncio Alexandre

13

## Referências Bibliográficas

- Isaias, F, Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções Gerais da Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Torácica/ Cardíaca/Abdominal. In Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Martinez, B., Bispo, A., Duarte, A. & Neto, M. (2013). Declínio Funcional em uma Unidade de Terapia (UTI). *Revista Inspirar*. 5(1), 1-5.
- Ministério da Saúde (2019). Tempos de médios de espera. Disponível em: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-sigic>. Consultado a 27/04/2019
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 27/04/2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Preto, L., Lopes, I., Mendes, M., Novo, A. & Barreira, I. (2018). Estado funcional e nutricional em pacientes idosos admitidos num serviço de cirurgia geral. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (17), 43-52
- Souza, L., Papini, S. & Corrente, J. (2015). Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity for Older People. *Health*. 7, 1090-97.
- Tew, G., Ayyash, R., Durrand, J. & Danjoux, G. (2018) Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*. 1-19.

Bruno Venâncio Alexandre

14

Agradecido pela  
vossa atenção!

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:  
**Prehabilitação da pessoa proposta para cirurgia ortopédica.**

Discente: Bruno Venâncio Alexandre, nº4411

Docente: Profª Maria de Céu Sá

2019

**APÊNDICE XIII - Póster: Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação *Prehabilitation* da Pessoa Proposta  
para Cirurgia Ortopédica**



Bruno Venâncio Alexandre<sup>1</sup>, Maria do Céu Sá<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestrando em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeiro no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, brunovanancioalexandre@gmail.com

<sup>2</sup>PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, U1&DE, ceu\_sa@esel.pt

## 1. Introdução

Uma **fraca condição física** pré-operatória tem revelado um aumento do número de complicações pós-cirúrgicas e do risco de mortalidade (Carl et al., 2017).

Os resultados das intervenções cirúrgicas são influenciados por três fatores: eficácia clínica, eficácia operacional e o **estado funcional da pessoa** (Boudreau & Simmons, 2019).

A **prehabilitação** através da otimização do **estado funcional**, no pré-operatório, pode ser uma intervenção eficaz no combate ao declínio funcional após a cirurgia (Cabilan et al., 2016).

Os **objetivos desta revisão narrativa da literatura** são: **identificar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no processo de prehabilitação; conhecer os ganhos em saúde atingidos através da implementação de um programa de prehabilitação.**

**Palavras-chave:** "reabilitação/ rehabilitation"; "enfermagem/ nursing"; "pré-operatório/ preoperative"; "paciente cirúrgico/ surgical patients"; "prehabilitation".

## 2. Metodologia

A **revisão narrativa da literatura (RNL)** procura dar resposta à pergunta: qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prehabilitação (P - Fenómeno de Interesse) da pessoa (P - População) proposta para cirurgia ortopédica (Co - Contexto)?

A RNL foi realizada segundo os critérios de pesquisa selecionados, **otimiza-se o fluxograma presente na Figura 1.**

A referir que na base de dados **MEDLINE** foi necessário correlacionar a **linguagem natural com a indexada**, por falta de termos indexados apropriados à temática.

Com o intuito de obter resultados atuais e ajustados à população alvo foram utilizados os critérios de inclusão: idioma (Português e Inglês); idade (all adult 19+); data de publicação (2014-2019).

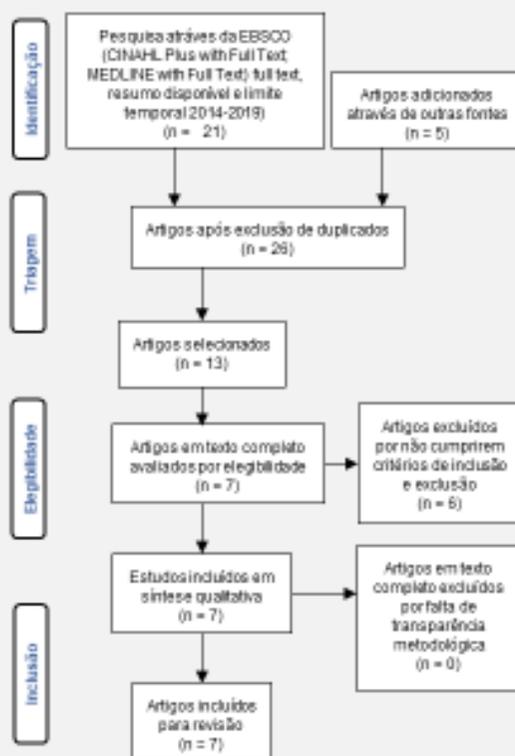


Figura 1. Operacionalização da Revisão Narrativa da Literatura

## 3. Resultados

A **prehabilitação** tem início na **identificação da necessidade de cirurgia**, inclui uma **avaliação física e psicológica** visando o **estabelecimento de uma referência do estado funcional da pessoa**. Pressupõem a identificação de deficiências e a prescrição de intervenções que promovam um grau de saúde suficiente para **reduzir a incidência e/ou gravidade de deficiências futuras** (Figura 2.) (Carl et al., 2017).

Os objetivos da **prehabilitação** são: o aumento da **capacidade de exercício físico**, o aumento da **massa muscular**, a melhoria do **estado nutricional** e a **preparação psicológica** (Boudreau & Simmons, 2019).

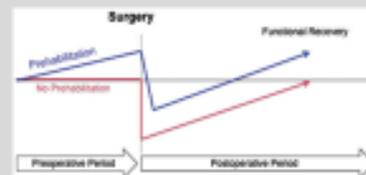


Figura 2. Trajetória do período peri-operatório com o aumento da reserva funcional no período pré-operatório (prehabilitação) e o impacto na aceleração da recuperação funcional no pós-operatório (Carl et al., 2017).

O programa de **prehabilitação** deve iniciar-se a partir do momento em que se **identifica a necessidade cirúrgica**, sendo que para obter melhorias significativas este processo **deve decorrer durante 4 semanas** (Tew et al., 2018).

O **treino físico** é baseado no **princípio da sobrecarga**, ou seja a intensidade do mesmo deve ser aumentada em conformidade com resposta que a pessoa dá ao exigido, **recomenda-se a utilização da Escala de Borg** para esta avaliação (Carl et al., 2017).

A prescrição do plano de cuidados deverá ter **ênfase sob o treino dos músculos inspiratórios**, as recomendações variam entre 2 vezes ao dia a 3 sessões por semana, com uma **duração de 15 minutos** (Tew et al., 2018).

A **conjugação do treino da musculatura inspiratória** deve ser **conjugada com o treino aeróbico e resistido** para potenciar o aumento da resistência e da capacidade ventilatória (Tew et al., 2018).

A **condição psicológica** é também foco de atenção dos cuidados pré-operatórios, dado o seu impacto na cicatrização de feridas, no controlo da dor, em internamentos mais longos e em mais limitações funcionais (Carl et al., 2017).

O **enfermeiro** pode promover sentimentos de tranquilidade, prevenindo e **diminuindo níveis de ansiedade pré-operatória** (Gonçalves et al., 2017).

## 4. Conclusão

A **prehabilitação** conduz a ganhos em saúde, na medida em que esta visa uma **manutenção do nível normal de funcionalidade e uma recuperação mais rápida do estado funcional durante a inatividade do pós-operatório** (Cabilan et al., 2016).

A **prehabilitação** contribui para **internamentos mais curtos e com menos probabilidades de reinserimentos** (Boudreau & Simmons, 2019).

## 5. Referências Bibliográficas

Boudreau, A., Simmons, J. (2019). Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes. *ACORN*, 19(1), 50-7.

Cabilan, C., Hines, S., & Munday, J. (2016). The Impact of Prehabilitation on Postoperative Functional Status, Healthcare Utilization, Pain, and Quality of Life. *ORTHOPEDIC NURSING*, 30(4), 220-227.

Carl, F., Gilis, C., Schwede Bergelin, C. (2017). Prehabilitation of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Orthopædica*, 86(2), 108-110.

Gonçalves, M., Santos, M., Martins, J. (2017). The influence of information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de enfermagem: pesquisa*, 4(14), 17-26.

Tew, S., Appah, P., Darnell, J.B., Deyrup, S. (2018). Clinical guidelines and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*, 1-10.

