



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Efetividade de um programa de  
Enfermagem de Reabilitação na  
Capacitação do Doente submetido a  
Artroplastia Total da Anca**

**Nelson Manuel Carvalho Esteves**

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho  
Ferreira

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

**Relatório de Estágio**

Beja, 2023



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Efetividade de um Programa de  
Enfermagem de Reabilitação na  
Capacitação do doente submetido a  
Artroplastia Total da Anca**

**Nelson Manuel Carvalho Esteves**

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho  
Ferreira

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

**Relatório de Estágio**

Beja, 2023

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA**

**Nelson Manuel Carvalho Esteves**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Alice Ruivo

**Arguente:** Professor Doutor César Fonseca

**Orientador:** Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

“Imagine uma nova história para a sua vida e acredite nela”

Paulo Coelho



## AGRADECIMENTOS

Manifesto os meus profundos agradecimentos a toda a minha família, particularmente á minha irmã e á Alexandra Monteiro pelo seu incondicional apoio, compreensão e paciência que me dedicou, e só graças á sua presença e força pude concluir esta etapa. Indubitavelmente o seu companheirismo e dedicação foram uma âncora, durante este meu processo de aprendizagem.

Ao meu orientador professor Doutor Rogério Ferrinho pela sua orientação, motivação e compreensão, sempre com uma palavra de encorajamento durante as nossas conversas, que se tornou crucial para que este percurso se tornasse menos sinuoso.

Aos meus orientadores de estágio Margareth Ferreira, Serafim Silva e Helena Ribeiro, uma palavra de gratidão pois graças á vossa experiência, conhecimento e competência o meu desenvolvimento pessoal, profissional e como futuro enfermeiro de reabilitação foi sem dúvida potencializado.

A todo corpo docente do Mestrado em Enfermagem pela transmissão de saberes e transição de conhecimentos especializados, contribuindo para me tornar um profissional mais completo e humano na minha prática de enfermagem diária.

A todos os meus colegas de trabalho do Bloco Operatório da ULSBA e enfermeiro responsável do serviço, pela compreensão, esforço e disponibilidade durante este período que me encontrei mais ausente, facilitando as trocas de turno e assegurando sempre o serviço.

Aos meus colegas de Mestrado, pela amizade, capacidade de interajuda e motivação, que em muitos dos dias se tornaram uma segunda família e que nos dias cinzentos deram aquela força extra que muitas vezes deu significado ao lema “Ninguém larga a mão de ninguém”. Há amizades que se levam para a vida.

A ti, minha querida amiga, que nos momentos difíceis foste o meu “andarilho” e me ajudaste, passo a passo, a terminar este caminho.

A todos VÓS, uma sincera e humilde palavra de gratidão.

## RESUMO

**Enquadramento:** A devolução da capacidade funcional é prioritária em pessoas submetidas a artroplastia total da anca, restituindo-lhes a sua autonomia e independência, capacitando-as nas suas AVD's, com recurso a um conjunto de estratégias e intervenções de enfermagem de reabilitação. **Objetivos:** Descrever o processo de desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem de Reabilitação e mestre, avaliar a efetividade das intervenções de um programa de reabilitação na capacitação de um doente submetido a ATA e verificar ganhos em saúde decorrentes do programa de reabilitação implementado.

**Metodologia:** Implementação de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação a pessoas submetidas a ATA. Este projeto de intervenção baseia-se numa metodologia descritiva com abordagem quantitativa. A amostra é composta por sete participantes e foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala Numérica de Dor, Escala de Força Muscular – *Lower*, Escala de Equilíbrio – *Tinetti*, Escala de Risco de Queda – *Morse*, Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e a Goniometria. **Resultados:** Verificou-se entre os 1.º e 3.º momentos de avaliação, aumento da amplitude articular, diminuição do nível de dor, aumento da força muscular, do equilíbrio e do nível de independência funcional. Todos os participantes demonstraram melhoria global da sua funcionalidade. **Conclusão:** Os participantes do estudo evidenciaram ganhos de efetividade do programa de reabilitação. Verificou-se desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como competências de mestre, decorrente da participação neste projeto de intervenção.

**Palavras-chave:** Artroplastia Total da Anca, Enfermagem de Reabilitação, Capacitação.

## ABSTRACT

**Background:** Returning functional capacity is a priority for people undergoing total hip arthroplasty, restoring their autonomy and independence, training them in their ADLs, using a set of rehabilitation nursing strategies and interventions. **Objectives:** To describe the process of developing common, specific and master's and master's skills in Rehabilitation Nursing, to evaluate the effectiveness of interventions in a rehabilitation program in training a patient undergoing ATA and to verify health gains resulting from the rehabilitation program implemented. **Methodology:** Implementation of a rehabilitation nursing intervention program for people undergoing ATA. This intervention project is based on a descriptive methodology with a quantitative approach. The sample is composed of seven participants and the following evaluation instruments were used: Numerical Pain Scale, Muscle Strength Scale – Lower, Balance Scale – Tinetti, Fall Risk Scale – Morse, Functional Independence Measurement Scale (MIF) and goniometry. **Results:** Between the 1st and 3rd evaluation moments, there was an increase in joint amplitude, a decrease in the level of pain, an increase in muscle strength, balance and the level of functional independence. All participants demonstrated an overall improvement in their functionality. **Conclusion:** Study participants showed gains in effectiveness of the rehabilitation program. There was development of common and specific skills of specialist nurses in rehabilitation nursing, as well as master's skills, resulting from participation in this intervention project.

**Keywords:** Total Hip Arthroplasty, Rehabilitation Nursing, Training.

## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>Apêndice I</b> - Dados Sociodemográficos.....	97
<b>Apêndice II</b> – Checklist de Avaliação de Competências .....	99
<b>Apêndice III</b> – Escala de Lower.....	102
<b>Apêndice IV</b> – Índice de Tinetti .....	104
<b>Apêndice V</b> – Escala de Morse .....	107
<b>Apêndice VI</b> – Avaliação da Amplitude Articular .....	109
<b>Apêndice VII</b> – Declaração de Consentimento Informado.....	111
<b>Apêndice VIII</b> – Resultados da Avaliação das Competências .....	113
<b>Apêndice IX</b> – SARS COV2: Reabilitar em Internamento.....	121
<b>Apêndice X</b> – Reabilitar: A pessoa com capacidade Reduzida por ATA .....	126
<b>Apêndice XI</b> – Plano de Cuidados Individual Pneumonia a Covid-19.....	133
<b>Apêndice XII</b> – Efetividade da reabilitação na pessoa após Artroplastia da Anca: uma Revisão Integrativa .....	157

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I</b> – Escala Numérica da dor.....	177
<b>Anexo II</b> – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).....	179
<b>Anexo III</b> – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	181
<b>Anexo IV</b> – Enfermagem de Reabilitação no Utente do foro Orto-traumatológico.....	183

## ÍNDICE DE QUADROS

**Quadro 1:** Proposta de Protocolo de Intervenção à pessoa submetida a Artroplastia da Anca.44

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Pirâmides etárias do Baixo Alentejo e Portugal.....	41
<b>Gráfico 2:</b> Pirâmides etárias do Baixo Alentejo e Portugal .....	39
<b>Gráfico 3:</b> Caracterização do risco no teste de <i>TINETTI</i> .....	55



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Caracterização sociodemográfica dos inquiridos .....	49
<b>Tabela 2:</b> Estatísticas relativas à idade dos inquiridos .....	50
<b>Tabela 3:</b> Estatísticas relativas ao peso, altura e IMC dos inquiridos.....	50
<b>Tabela 4:</b> Caracterização clínica dos inquiridos .....	51
<b>Tabela 5:</b> Estatísticas relativas à avaliação da amplitude articular .....	52
<b>Tabela 6:</b> Estatísticas relativas ao nível de dor .....	53
<b>Tabela 7:</b> Estatísticas relativas à avaliação da força muscular ( <i>Lower</i> ).....	53
<b>Tabela 8:</b> Estatísticas relativas ao nível de equilíbrio (Índice de <i>TINETTI</i> ).....	54
<b>Tabela 9:</b> Caracterização do risco no teste de <i>TINETTI</i> .....	54
<b>Tabela 10:</b> Estatísticas relativas à escala de <i>MORSE</i> .....	55
<b>Tabela 11:</b> Caracterização do risco de queda ( <i>MORSE</i> ) .....	55
<b>Tabela 12:</b> Estatísticas relativas aos parâmetros da MIF .....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

AAVD – Atividades Avançadas Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ASHA – American Speech- Language-Hearing Association

ATA – Artroplastia Total da Anca

APA – American Psychological Association

AVD – Atividades Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EPE - Entidade Pública Empresarial

ER – Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

PLS – Plano Local de Saúde

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

*SPSS - Software Statistical package for the Sciences*

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TDAE – Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem

ULS, EPE – Unidade Local de Saúde, Entidade Empresarial

WOMAC – Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index

WHOQOL – BREF – World Health Organization Quality of Life Instruments

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 Artroplastia Total da Anca (ATA) .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2 Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa com ATA .....</b>	<b>22</b>
<b>1.3 Autocuidado.....</b>	<b>26</b>
<b>1.4 Atividades de Vida Diária .....</b>	<b>29</b>
<b>1.5 Capacitação.....</b>	<b>30</b>
<b>1.6 Teoria das Transições de Meleis .....</b>	<b>32</b>
<b>1.7 Teoria Geral de Enfermagem de Orem.....</b>	<b>34</b>
<b>2 APRECIÇÃO CONTEXTUAL .....</b>	<b>36</b>
<b>2.1 Caracterização do Contexto Institucional.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 Análise da População-Alvo .....</b>	<b>39</b>
<b>2.3 Análise da Produção de Cuidados .....</b>	<b>41</b>
<b>3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Metodologia.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1.1 Seleção dos Participantes .....</b>	<b>46</b>

3.1.2	Colheita de dados .....	46
3.1.3	Tratamento de Dados .....	48
3.1.4	Considerações Éticas.....	48
<b>4 RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>		<b>49</b>
4.1	Caracterização Sociodemográfica .....	49
4.2	Caracterização Clínica.....	50
4.3	Caracterização da Avaliação da amplitude articular.....	52
4.4	Caracterização do Nível de Dor .....	53
4.5	Caracterização da avaliação da força muscular (Escala de <i>Lower</i> ) .....	53
4.6	Caracterização do equilíbrio (Índice de <i>Tinetti</i> ).....	54
4.7	Caracterização do risco de queda (Escala de <i>Morse</i> ) .....	55
4.8	Caracterização da medida de independência funcional (MIF) .....	55
4.9	Discussão .....	56
<b>5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>		<b>64</b>
5.1	Introdução .....	64
5.2	Competências comuns do enfermeiro especialista .....	65
5.3	Competências específicas do enfermeiro especialista.....	72
5.4	Competências de Mestre.....	76

<b>5.5</b>	<b>Considerações Finais .....</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>96</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>176</b>

## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente documento em forma de relatório de estágio surge no âmbito da 4ª edição do Curso de Mestrado de Enfermagem de Associação - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a realizar-se pelo Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde de Beja, inserido no contexto da unidade curricular Estágio Final. O relatório tem como finalidade descrever todo o processo inerente ao desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção “Efetividade de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação do doente submetido a Artroplastia Total da Anca e evidenciar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, para além das competências de mestre.

A realização deste relatório assenta em uma metodologia científica que tem como objetivo final a aquisição de competências profissionais e pessoais, na qual se estabelece uma ponte teórico-prática entre a identificação do problema, diagnóstico e resolução, e por isso alicerçada em uma praxis que incorpora conhecimentos cientificamente comprovados, permitindo a produção de competências que vão ao encontro dos Padrões de Qualidade, refletindo-se por isso em mudanças na prestação de cuidados através do desenvolvimento de um pensamento autorreflexivo e crítico. Perante esta descrição preconizo como objetivos de aprendizagem: desenvolver competências comuns do EEER; desenvolver competências específicas de EEER; desenvolver competências de mestre na área de reabilitação, desenvolvendo uma prática especializada à pessoa com alteração funcional respiratória/motora/neurológica, maximizando e capacitando-a nas suas limitações de AVD's e AIVD's para promoção e reinserção do seu exercício de cidadania.

A intervenção precoce do EER deve incidir na prevenção de complicações e assunção da qualidade da sua atuação, adotando procedimentos baseados na evidência de modo a garantir a maximização da capacidade funcional da pessoa (Hommel et al, 2019). De acordo com Yang et al (2016), a substituição da articulação coxofemoral com degeneração osteoarticular crónica efetua-se através de uma artroplastia na qual se recorre á inserção de uma prótese biocompatível mecanicamente, restaurando assim a capacidade funcional da articulação comprometida. O pós-operatório da pessoa submetida a ATA inicia-se com a intervenção precoce do EER no dia da cirurgia, prevenindo complicações, incentivando á mobilização e capacitando-a com recurso a ensinios e exercícios que lhe devolva a sua autonomia, de forma a reduzir tanto os custos de internamento como a preparar a pessoa para o momento da alta



hospitalar. De acordo com o exposto, através da elaboração do relatório pretendeu-se refletir sobre a prática de cuidados especializados de reabilitação bem como avaliar a efetividade do protocolo implementado na área da reabilitação funcional motora á pessoa com afeção osteoarticular degenerativa pós ATA, identificando, compreendendo e avaliando através da sua capacitação, quais os resultados/efeitos produzidos. Perante o protocolo implementado na reabilitação, o controlo da dor, a recuperação da força muscular, da amplitude de movimento articular, do equilíbrio, da marcha e da funcionalidade do membro intervencionado, são variáveis fundamentais na avaliação criteriosa do treino funcional e no potencial terapêutico. A escolha do tema surgiu perante a identificação de um problema cada vez mais presente na nossa sociedade, uma vez que as artroses são cada vez mais uma das patologias gestantes de incapacidade motora na pessoa, e prevalente em todas as faixas etárias, particularmente no idoso. O envelhecimento da pessoa e/ou população é caracterizado sobretudo por uma alteração progressiva e dinâmica das capacidades funcionais ao longo do ciclo de vida, manifestadas pelos défices e limitações das pessoas (Santos, et al., 2020). De forma contínua e expressiva, observa-se um aumento do índice de envelhecimento em Portugal, com as regiões do Alentejo a expressar valores altos, nomeadamente com 219 idosos por cada 100 jovens, ou seja, um total de 87139 pessoas (homens e mulheres) dos 0-14 anos para 190463 pessoas (Homens e mulheres), apresentando assim um índice de envelhecimento de 218,6 (INE, 2021). O modo como se encara o ciclo vital do envelhecimento atribui a cada pessoa uma percepção das suas capacidades, principalmente ao seu bem-estar físico mental e social, de acordo com as suas necessidades e capacidades, constituindo um dos maiores desafios á sua qualidade e vida.

A relação entre a qualidade de vida e a coxartrose é limitada em diversas vertentes, sendo uma delas o défice no autocuidado. O autocuidado é visto como um pilar na saúde, uma vez que permite melhorar a capacidade funcional da pessoa. A Teoria do défice do autocuidado de Orem sustenta que toda a pessoa detém potencialidades para o seu autocuidado, através de capacidades que foram adquiridas ao longo do seu ciclo de vida, mas as limitações impostas pelo comprometimento da mobilidade na maioria das vezes são maiores que a capacidade de as executar, sendo por isso necessário a colaboração de um cuidador ou de um profissional de saúde, neste caso de um enfermeiro (Petronilho & Machado, 2017).

Intrinsecamente associado á intervenção do EER, está a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas, dando desta forma cumprimento, segundo o Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio



de 2019 à primeira competência do EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (O.E. 2019b, p.13566).

A implementação do projeto encontra-se associado a um plano prévio, no qual se elabora um esboço das estratégias e intervenções com objetivos pré-estabelecidos, num determinado contexto e espaço de tempo. Para tal, executou-se um planeamento, procedeu-se a uma intervenção e posteriormente realizou-se uma avaliação na tentativa de se identificar, avaliar e compreender quais são os efeitos produzidos. Assim sendo, ficou estabelecido como objetivo geral a avaliação da efetividade da intervenção do EEER na capacitação de um doente submetido a artroplastia total da anca, através da implementação de um programa de reabilitação, e de forma a responder a este objetivo pretendeu-se identificar e analisar os ganhos em saúde que advêm da intervenção do EER. Como objetivos específicos definiu-se a avaliação da funcionalidade de acordo com diagnósticos que visam alterações na mobilidade; diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação; instruir/implementar programas de treino motor que promovam a maximização da capacidade funcional da pessoa para a promoção da sua autonomia e independência; Produção de dados que demonstrem resultados sensíveis aos ganhos em saúde.

O presente trabalho foi estruturado em 5 capítulos: Após a Introdução onde é contextualizada a temática e os objetivos do trabalho, segue-se o Enquadramento teórico que aborda subtemas como a ATA, o papel do EEER no cuidado à pessoa com ATA, o autocuidado, as AVD's, a capacitação e as teorias de enfermagem que alicerçam o presente relatório. No segundo capítulo é feita uma apreciação contextual com uma breve apreciação da população alvo, contextualização do serviço e análise da produção de dados. No terceiro capítulo é abordada a implementação do projeto de intervenção, bem como a sua metodologia, colheita, tratamento de dados e considerações éticas. No quarto capítulo são apresentados os resultados e a sua discussão. No quinto e último capítulo é realizada uma reflexão crítica da análise de competências comuns, específicas e de mestre desenvolvidas ao longo do estágio. Por último o relatório é finalizado com uma conclusão onde predomina uma síntese e reflexão crítica dos aspetos mais importantes desenvolvidos no trabalho. No final, são apresentadas todas as referências bibliográficas utilizadas ao longo do documento. O presente trabalho foi redigido segundo o novo acordo ortográfico, encontra-se em consonância com as regras definidas pelo Regulamento do estágio final e Relatório de Mestrado em Enfermagem e elaborado com a norma de referenciação bibliográfica APA 7ª edição.

## 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 Artroplastia Total da Anca (ATA)

A Artroplastia Total da Anca (ATA) é um procedimento cirúrgico eficaz e de baixo custo, comumente usado em todo o mundo (Barrett et al., 2013; Seeber, et al., 2017). É uma das intervenções com maior sucesso ao nível da ortopedia e configura-se como a melhor solução para a artrose da anca, uma vez que a cartilagem não possui capacidade de regeneração e não outro tratamento que possa reproduzir a cartilagem hialina de maneira fisiologicamente apropriada (Viana, 2014). A artroplastia consiste num tipo de cirurgia donde emerge uma articulação artificial. Assim, é uma cirurgia que tem por finalidade maximizar a restauração da integridade e da funcionalidade da articulação. Tal como referido, assume-se como o maior progresso das cirurgias ortopédicas, cuja reconstrução de uma articulação se processa através da implementação de uma prótese (Mourad, 2010). As próteses podem ser parciais e totais. No que se refere à prótese parcial, esta é realizada com a substituição do colo e da cabeça do fémur através de uma prótese metálica na qual o acetábulo fica intacto. Por norma, a prótese usada tem a configuração da cabeça do fémur de dimensão original mais estável do que uma prótese com cabeça menor, todavia, possibilitando um maior desgaste do acetábulo (Cunha, 2008). Em relação à prótese total, é realizada uma substituição do colo e da cabeça do fémur com um componente femoral, substituindo-se o acetábulo por um componente acetabular. A cabeça da prótese total é inferior à anatómica. Dá origem a uma menor pressão e baixo coeficiente de atrito, resultando num menor desgaste, com aumento da durabilidade da prótese. Nesta situação, em decorrência da cabeça da prótese ser inferior, a instabilidade também é menor. São vários os tipos de próteses, mas as mais correntes são as seguintes: prótese total da anca (componente acetabular e componente femoral); cimentada prótese de Wagner; cimentada prótese de Chamley Muller e não cimentada prótese de Lord (Cunha, 2008).

- De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2013, p.1), na sua Norma n.º 014/2013,
- 1 - a ATA deve ser considerada em pessoas com artropatia da anca que mantenham dor ou limitação na realização das atividades de vida diárias, após tentativa de tratamento conservador ou de outras opções cirúrgicas prévias (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).
  2. A artroplastia total da anca na fratura do colo do fémur pode ser considerada como tratamento de primeira opção (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).

3. Na artroplastia total da anca, a fixação dos componentes (Nível de Direção-Geral da Saúde (2013, p.1), na sua Norma n.º 014/2013 Evidência C, Grau de Recomendação IIa): a) em pessoas com idade inferior a 65 anos ou com boa qualidade óssea deve considerar-se a realização de uma artroplastia total não cimentada; b) em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com má qualidade óssea, com mau estado geral ou curta expectativa de vida deve considerar-se a realização de uma artroplastia total cimentada.

4. Na artroplastia total da anca o tipo de interface a utilizar é ajustado à especificidade de cada doente, devendo-se, contudo, privilegiar a utilização das interfaces metal/polietileno ou cerâmica/polietileno por apresentar resultados sobreponíveis com um custo inferior (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa).

5. Na artroplastia total da anca está contra-indicada a utilização do interface metal-metal (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I): a) na mulher em idade fértil; b) no caso de insuficiência renal; c) no caso de antecedentes conhecidos de hipersensibilidade aos metais.

6. Na artroplastia total da anca: a) é absolutamente indicada a profilaxia da infeção aquando da indução anestésica (...) (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I); b) a profilaxia antitrombótica é iniciada no pós-operatório imediato (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I).

A mesma Norma descreve que a dor e a disfunção da anca estão na origem do maior número de indicações para artroplastia, nomeadamente:

i. osteoartrose primária ou secundária; ii. osteonecrose da cabeça femoral; iii. doença inflamatória da anca; iv. fratura do colo do fémur. Constituindo-se como contra-indicações para a realização da ATA: i. contra-indicações absolutas: i. infeção ativa (local ou sistémica); ii. imaturidade esquelética; iii. paraplegia ou tetraplegia. ii. contra-indicações relativas: i. obesidade mórbida; ii. artropatia de Charcot; iii. doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva (DGS, 2013, p. 2).

O mesmo organismo refere que a idade não constitui uma contra-indicação, excetuando os casos de imaturidade esquelética, para realização de uma ATA.

Quanto à substituição da articulação da anca, existem duas formas de macro-fixação de implantes, que são alcançadas com a utilização e/ou não-utilização de cimento. O sucesso das próteses “cimentadas são significativamente superiores às observadas com as próteses não-cimentadas” (Santos, 2019, p. 36). A mesma autora refere que artroplastia cimentada consiste num dos procedimentos mais utilizados na cirurgia ortopédica para tratar fraturas e doenças da articulação da anca. Santos (2019, p.36) refere que

Durante o procedimento cirúrgico, a cabeça femoral é removida e o canal femoral é perfurado, para ser preenchido com o cimento ósseo. A haste metálica é inserida no canal femoral e a sua fixação é garantida após a polimerização do cimento. Também a atividade acetabular tem que ser redimensionada de forma a permitir a introdução correta do componente acetabular protésico.

Desde a sua primeira aplicação, os desenvolvimentos de materiais de próteses da anca progrediram continuamente. O seu desenvolvimento é uma das questões mais desafiantes do século no campo da tecnologia dos implantes. Vários materiais foram utilizados para este âmbito: vidro, polímeros, ligas metálicas, cerâmicas, compósitos, etc., tentando combinar biocompatibilidade e resistência à fadiga, rigidez, dureza, resistência a cargas estáticas e dinâmicas, alta resistência ao desgaste mecânico e químico (Merola & Affatato, 2019). De acordo com os mesmos autores, as próteses podem ser de vários materiais: crómio-cobalto, titânio, polietileno de alta densidade, cerâmica, com baixa fricção e utilização mais continuada, bem como outros materiais sintéticos, podendo ser fixada por dois tipos, a cimentada ou a não cimentada (Merola & Affatato, 2019).

A dor, a inatividade e os sintomas relacionados com patologias degenerativas osteoarticulares vão-se prolongando ao longo da vida, desencadeando incapacidade no idoso, que perante uma doença crónica, necessitará de alterar hábitos de vida, vendo-se obrigado a conviver com determinadas incapacidades que condicionam severamente a sua autonomia e independência. A artrose da anca, denominada também de coxartrose, é o reflexo de uma afeção do sistema músculo esquelético com carácter degenerativo que atinge a articulação coxofemoral. Segundo Cunha (2008), a cartilagem da cabeça do fémur, bem como o revestimento cartilágneo do acetábulo, fica comprometido com o desgaste contínuo, ficando tecido cortical exposto e em contato direto, sem qualquer proteção conferida pelas estruturas cartilagueas, membranosas e capsulares resultando uma distorção das superfícies osteoarticulares. Em Portugal, estima-se que o número de artroplastias realizadas anualmente

seja superior a dez mil (Soares, et al., 2013), sendo considerada como um dos procedimentos cirúrgicos mais bem-sucedidos, uma vez que restaura a função, alivia a dor e melhora a qualidade de vida dos doentes (Austin, et al., 2017).

Importa referir que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve proceder a uma correta e rigorosa avaliação de cada pessoa e o seu acompanhamento deve decorrer durante todo o processo, de preferência antes da hospitalização, indo até ao regresso a casa e fase posterior, para que ocorra uma transição saudável quer para a pessoa com ATA, quer para os seus familiares e/ou cuidador principal.

## **1.2 Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa com ATA**

O Regulamento n.º 392 (2019, p. 13565) que define as competências específicas do EEER preconiza que este profissional de saúde “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”, cujo “nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa”, sendo a sua intervenção ao nível da promoção do diagnóstico precoce e de ações preventivas de enfermagem de reabilitação, como meio de assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa cuidada, prevenção de complicações e evitar incapacidades, bem como proporcionar intervenções terapêuticas que têm por finalidade a melhoria das funções residuais, manter ou recuperar a independência na realização das atividades de vida diária (AVD's) e, ainda, diminuir o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

O papel do EEER no cuidado à pessoa com ATA consiste em educar, prestar um cuidado seguro e competente e colaborar na coordenação do cuidado prestado pela equipa multiprofissional (Pierre, et al., 2017). Após a ATA, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ter como finalidade a prevenção de complicações, designadamente o tromboembolismo venoso, a luxação da prótese, a infeção (Hohler, 2018; Sousa & Carvalho, 2017a), a reeducação funcional motora, a promoção do autocuidado e da independência da pessoa, bem como devem contemplar os cuidados respiratórios, através da implementação de intervenções de reeducação funcional respiratória, como forma de previr possíveis complicações do foro respiratório (Cordeiro & Menoita, 2014).



É de igual modo essencial, segundo Saunders et al. (2018), que a capacitação do doente com ATA ocorra em três momentos: antes da admissão, no período pré-operatório e no período pós-operatório, uma vez que a evidência mostra que os efeitos de programas de reabilitação tem vários determinantes, como o tempo de hospitalização, a dor, a habilidade funcional, o conhecimento dos doentes, a ansiedade e a qualidade de vida. Assim, como referem Huang et al. (2017), é essencial que se disponibilize informação aos doentes sobre a estrutura da anca, os fatores de risco, os cuidados antes e após a cirurgia, as complicações, os cuidados depois da alta, identificar as necessidades no que se refere ao autocuidado e fornecer suporte e aconselhamento para a resolução de problemas e tomada de decisão. Estas intervenções têm resultado em efeitos positivos nos doentes, nomeadamente na obtenção de competências mais elevadas a respeito do autocuidado e da autoeficácia, inferior tendência para a depressão, melhorias significativas na realização das AVD's, melhorias na mobilidade e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Neste âmbito, Sousa e Carvalho (2016) referem alguns tópicos a serem ensinados a estes doentes, nomeadamente: reeducação funcional respiratória, exercícios deitado, levantar e deitar, deambulação com auxiliar de marcha, subir e descer escadas, sentar e levantar de cadeiras, com e sem braços utilização do sanitário, banho e prevenção de luxação da prótese.

O objetivo principal dos cuidados do EEER na pessoa após ATA consiste em prevenir “complicações, como a luxação da prótese, comum nas primeiras semanas após a cirurgia quando a resistência dos tecidos ainda não foi recuperada”, sendo também importante “a reeducação funcional motora e a capacitação para o autocuidado”, “melhorar a funcionalidade, maximizando a recuperação global e marcha eficaz”, promovendo “as suas capacidades e redefinindo estratégias para a promoção da reinserção social, familiar e profissional”(Garção & Grilo, 2019, p.41).

As intervenções do EEER no pós-operatório de uma ATA devem compreender o incentivo da pessoa para a mobilização precoce no dia da cirurgia como forma de minimizar o tempo de internamento, reduzir possíveis complicações, dar ensinamentos à pessoa para o seu autocuidado, com a respetiva promoção do movimento e da funcionalidade autónoma e independentemente (Yip, 2018). O mesmo autor refere ainda que o EEER tem de estimular a deambulação, podendo recorrer a auxiliares de marcha, como a bengala, as canadianas ou o andarilho, um meio de impedir a coocorrência de complicações relacionadas com a privação de exercícios prolongados e com a demasia de tempo de imobilidade. Deste modo, o enfermeiro deve aconselhar a pessoa a sentar-se na cama e iniciar a deambulação de forma gradual,

percorrendo no início uma menor distância e de forma gradual ir aumentando para distâncias superiores. Deve igualmente realizar ensinamentos/treino no que se refere aos posicionamentos de proteção e em relação aos cuidados que a pessoa tem de ter no deitar, ou seja, esta deve manter os joelhos separados para evitar uma flexão  $>90^\circ$ , instruindo que deve haver uma limitação na flexão ao longo da transferência e no sentar-se. O mesmo autor menciona também que, se houver um programa de reabilitação com exercícios funcionais, a pessoa deve ser instruída para realizar esses exercícios, o que se traduzirá na melhoria da realização das AVD's (Yip, 2018).

A avaliação funcional tem de compreender os ensinamentos uma vez que “a educação dos doentes submetidos à substituição da articulação coxofemoral é essencial em três momentos: antes da admissão, no período pré-operatório e no período pós-operatório”, possibilitando resultados positivos no que diz respeito ao “tempo de permanência no hospital, da dor sentida, da habilidade funcional, do conhecimento, da ansiedade e da qualidade de vida” (Garção & Grilo, 2019, p. 129). No seu estudo, a autora apresentou um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação a idosos submetidos a ATA, com o objetivo de avaliar e identificar as alterações no que se refere ao desempenho do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal, da amplitude articular e dor. O Estudo reporta-se a 5 casos clínicos, onde as pessoas foram avaliadas na admissão, nos 3º ou 4º dias do pós-operatório e na alta, o seu desempenho nas AVD's, com recurso ao Índice de Barthel, a força Muscular, através da Escala de Lower, o equilíbrio corporal, através do Índice de Tinetti, a dor, através da escala numérica da dor e a amplitude articular das articulações coxo-femoral, joelho e tíbio-társica do membro inferior operado, com o goniómetro. A autora constatou um aumento do desempenho a nível do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal e da amplitude articular de todas as articulações que foram avaliadas, com diminuição da dor. O estudo revela que uma doente não apresentou défices de conhecimento, dois doentes tinham dificuldades na deambulação com o auxiliar de marcha e nas transferências e dois doentes apresentavam dificuldades no que diz respeito aos comportamentos de prevenção da luxação da prótese. No geral, ficou registada uma recuperação em 4 dos doentes. Embora tenha ocorrido uma evolução favorável dos doentes, apenas em 3 deles é que ocorreu uma marcha eficaz no momento da alta.

Embora todos os programas de reabilitação devam abordar a capacidade funcional e a amplitude do movimento após a cirurgia, as necessidades individuais das pessoas devem também ser consideradas à medida que essa população se torna mais heterogénea, ou seja, os programas de reabilitação da pessoa submetida a ATA devem ser adaptados caso a caso (Madara, et al., 2019).



No seu estudo, Pinto (2016) avaliou os efeitos de um programa de reabilitação em 28 pessoas submetidas a ATA, tendo este iniciado no primeiro dia de após a cirurgia com continuidade até à consulta pós-operatória. O programa baseava-se em exercícios resistidos, com avaliação da força muscular, da amplitude articular, com recurso à goniometria, a escala de Tinetti e aplicação do questionário WOMAC, que avalia a qualidade de vida tridimensional (dor, rigidez articular e atividade física). Os dados foram recolhidos em três momentos: admissão, alta e primeira consulta pós-operatória. Ficou demonstrado que, após o programa, houve uma melhoria significativa da qualidade da marcha e dos domínios dor, rigidez articular e atividade física, até ao dia da consulta de pós-operatória, que em média ocorreu após 41 dias. O autor verificou ainda que a força muscular, força máxima e força média, reduziu de forma ligeira na alta e tendo aumentado na primeira consulta pós-operatória, com exceção dos isquiotibiais onde ocorreu um desenvolvimento em todas as avaliações. O estudo revela também que os dados apurados não se associaram às variáveis idade, género e história anterior de cirurgia ortopédica, sugerindo que o programa de reabilitação que contemple a promoção de competências indispensáveis às pessoas submetidas a ATA e que concilie a reabilitação em contexto hospitalar e no domicílio assumindo um papel vital na rápida e eficiente recuperação da pessoa (Pinto, 2016).

De acordo com a *National Association of Orthopaedic Nurses* (2018), os ensinamentos à pessoa submetida a ATA devem compreender também a preparação do espaço interior do domicílio, a prática de atividade física adaptada antes e depois da cirurgia, a gestão da terapêutica, a avaliação dos sinais de alerta para possíveis complicações, a gestão e controlo eficaz da dor, a gestão da obstipação e da dieta, os cuidados para prevenir infeções e tromboembolismo, cuidados com a pele, mobilidade e a utilização de dispositivos de auxiliares de marcha.

Gomes (2014), no seu estudo exploratório, descritivo e correlacional, determinou o nível de dependência funcional da pessoa submetida a ATA, para as ABV's, no momento da admissão hospitalar, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio, bem como avaliou a sua qualidade de vida no domicílio, as dificuldades e necessidades sentidas pela pessoa no domicílio e a perceção que a pessoa submetida a ATA tem em relação ao contributo do EEER. Também avaliou o nível de dependência funcional. Foram utilizados, como instrumentos de recolha de dados, um questionário sociodemográfico e clínico, índice de Barthel, escala WHOQOL – BREF, escala numérica da dor e uma entrevista. A amostra era constituída por 30 pessoas submetidas a ATA, numa unidade de internamento, do foro ortotraumatológico, da zona norte de Portugal. Os resultados indicam que todas as pessoas revelaram maior dependência funcional para as ABV's,

ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio, tendo percecionado dificuldades sobretudo na atividade laboral. Apresentaram um baixo nível de qualidade de vida em todos os domínios e com intervenção do EEER obtiveram uma média mais elevada do nível de independência funcional, comparativamente aos grupos de pessoas submetidas a ATA sem intervenção do EEER.

Os programas de intervenção de enfermagem de reabilitação para as pessoas com ATA resultam no aumento do conhecimento por parte dos doentes e familiares, o que parece reduzir o *stress*, melhorar o conhecimento, determinar a consciencialização sobre os comportamentos e o autocuidado, bem como promover uma melhor transição do binómio doença/saúde (Pierre, et al., 2017).

### 1.3 Autocuidado

O enfermeiro é um profissional de saúde capacitado para antecipar, avaliar, diagnosticar e ajudar a pessoa a lidar com estas mudanças (Meleis, 2012). Cabe ao enfermeiro promover a máxima autonomia e bem-estar da pessoa, para que ela adote comportamentos e detenha uma noção de auto-significado no seu contexto familiar e social, sendo capaz de realizar esta “transição”. Segundo Meleis (2012), a “Teoria da Transição” é um processo, que exige que a pessoa utilização de recursos e mecanismos que suportem a adaptação a este novo *status*/crise. Este contexto reforça a importância do ensino na mudança de comportamentos, no que respeita à autonomia e autodeterminação. Perante o que aqui já foi dito, pode-se então afirmar que a reunião de estratégias de formação e aprendizagem vão ao encontro do desenvolvimento de competências adquiridas, conceito pelo qual denominamos de empowerment ou capacitação, conceito esse que se encontra definido como “... um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação.” (Petronilho & Machado, 2017), tornando-se assim imprescindível investir em comportamentos de autocuidado e autoeficácia, pois são excelentes preditores de qualidade de vida (Schoberer, et al, 2016). De uma forma simplificada, a capacitação implica garantir as necessidades básicas na realização das AVD’s, como comer, beber, lavar-se, vestir-se, eliminar e mover-se. A mensuração entre capacitar e tornar-se capaz deve ser considerada por ações que aumentam o conhecimento, recursos e intervenções que podem ser implícitas em programas de promoção e saúde, permitindo que a transição tome contornos e vá ao encontro das circunstâncias e expectativas da pessoa (Reis & Bule, 2017). Atuar implica, inculcar e desenvolver capacidades em nós e no outro que levam a uma mudança, ou seja, sustentar a intervenção de acordo com uma relação recíproca e simbiótica, de modo a que ambos os intervenientes se tornem agentes de mudança e transformação. Para que isso

ocorra é fundamental definir estratégias e estruturar um plano que permita fomentar uma adaptação, através de construção de novos saberes, pois só assim se capacita as pessoas para transições seguras, sólidas e eficazes (Reis & Bule, 2017). Assim, quando o doente é submetido à artroplastia da anca, a pessoa sofre esta transição, tendo os seus hábitos quotidianos alterados não só pela alteração da sua funcionalidade, como pelas limitações que se fazem sentir nas atividades básicas e instrumentais. Este *status* gerador de transição afeta não só o auto-cuidado da pessoa com alteração da mobilidade, como também influencia toda a dinâmica familiar. Para que estas alterações padrão se encontrem diminuídas, o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel crucial no âmbito da mobilidade, minimizando os efeitos da imobilidade nas AVD's do doente, utilizando para isso o levantamento de diagnósticos precoces e planeamento de intervenções que visem a diminuição de complicações e manutenção/recuperação da capacidade funcional do doente, traduzindo-se em ganhos na independência e qualidade de vida da pessoa. A imobilidade resultante da incapacitação originada pela artrose da articulação coxofemural, enquanto doença crónica e progressiva, implica alterações na realização do autocuidado, sendo o papel do EEER um processo ativo e dinâmico, que foca a sua essência na capacitação da pessoa e na dependência do autocuidado, estruturando os objetivos no desenvolvimento de competências e habilidades, com recurso a estratégias promotoras de *empowerment* e autogestão que resultam em um maior grau de autonomia e satisfação da pessoa.

Para tal, o enfermeiro de reabilitação define como objetivos na prevenção da imobilidade, manter o alinhamento dos vários segmentos, prevenir deformidades, prevenir contraturas e atrofia muscular, facilitar a respiração e drenagem brônquica, garantir a integridade cutânea principalmente nas proeminências ósseas, prevenir a estase venosa, o que de forma ampla e abrangente, se traduza numa diminuição do tempo de internamento por redução da taxa de complicações.

Contudo, em antagonismo à imobilidade temos a mobilidade, que de forma sucinta e em contexto de enfermagem de reabilitação é uma manipulação de segmentos corporais (musculares e osteoarticulares), com vista às amplitudes naturais. Para tal, é relevante o enfermeiro de reabilitação conhecer os diversos tipos de mobilização, como as mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas, assegurando deste modo, que os efeitos negativos adjacentes à imobilidade sejam minimizados, prevenindo e recuperando o doente no seu todo (Simões & Simões, 2017). Assim, o enfermeiro de reabilitação no âmbito das suas competências desenvolve e adquire um conjunto de conhecimentos e capacidades técnicas e

científicas, que lhe permite intervir diretamente, através do desenvolvimento de estratégias de cuidados que aproveitam a capacidade funcional da pessoa e família, nos seus diferentes níveis de dependência.

Nesta ótica, toda a pessoa tem competências para promover o seu autocuidado, pois possui conhecimento empírico e científico, seja ele transmitido por enfermeiros especialistas em reabilitação ou adquirido com a experiência ao longo da vida. Quando as necessidades de autocuidado se tornam superiores às capacidades individuais, as pessoas tornam-se dependentes de terceiros e condicionadas por domínios que podem ser de foro cognitivo, físico, emocional e/ou comportamental (Petronilho & Machado, 2017). A conceptualização do autocuidado foi iniciada por Orem, sendo validado sob a forma de Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado que engloba a Teoria do Autocuidado, a teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Petronilho & Machado, 2017). Por outras palavras, Orem definiu o autocuidado como “... uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ...São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida... manutenção da integridade humana ...e promover a saúde ou bem estar” (Orem, 2001, p. 45). Segundo Orem, são oito os requisitos universais do autocuidado: Manutenção de ar; manutenção suficiente de água; ingestão suficiente de alimentos; manter cuidados associados á eliminação; intercalar períodos de atividade física com repouso; intercalar períodos de solidão com vida social ativa; prevenir perigos que condicionem o bem-estar; promover o potencial humano (Orem, 2001).

É de extrema importância que a intervenção do enfermeiro de reabilitação se construa pela essência do cuidar, fundamentada em modelos teóricos que assentam na prática de cuidados, ou seja, a dicotomia entre o que o doente consegue realizar e o que precisa para manter a sua capacidade funcional, de modo a satisfazer as suas necessidades e expectativas. Assim, o aparecimento de um défice de autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação e a necessidade de cuidados, sendo por isso fundamental abordar a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem, que preconiza o conceito de cuidado de enfermagem numa relação entre as capacidades de ação da pessoa face às exigências do autocuidado:

a promoção de saúde por meio de intervenções educacionais do enfermeiro, que realça ao indivíduo e/ou grupos populacionais o autocuidado (...) relacionados ao avanço de condições crônicas de doença e às necessidades de cuidados particulares (...) como formas de cuidar de si (Bezerra, et al., 2018).



Esta teoria orienta a prestação de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do doente em relação ao seu autocuidado, tornando-se de grande utilidade para uma boa prática. Uma vez que, permite a elaboração de planos de intervenção funcionais e educacionais, delineando metas em conjunto com o doente, capacitando a pessoa e promovendo estratégias de apoio e educação ao fornecer capacidades e ferramentas para lidar com o défice do autocuidado. O enfermeiro presta cuidados no sentido de levar o doente à independência, fomentando a sua envolvência no seu bem-estar no seu estado de saúde-doença, fomentando políticas de educação no idoso para que desenvolvam atitudes positivas em relação ao seu autocuidado de acordo com as suas expectativas individuais (Schoberer t al, 2016). A teoria de Orem é a base para atingir as condições e limitações da ação que a pessoa pode alcançar com o contributo da enfermagem, sendo muito importante que exista um ponto de equilíbrio entre o que é realmente necessário e o que é excesso, tudo isto para que a pessoa consiga realizar o autocuidado (Queirós, et al., 2014). Assim, a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com artroplastia total da anca deve incidir na implementação e avaliação de planos especializados com vista à qualidade de vida, à capacitação e promoção para o autocuidado, tendo sempre como base a reintegração na sociedade e restaurar a sua participação nos hábitos de vida quotidianos (OE, 2010). A intervenção de enfermagem é então necessária quando a pessoa tem necessidades maiores que as capacidades de realização do autocuidado, ocorrendo uma alternância na intervenção do enfermeiro, quer na compensação (total ou parcial) como na intervenção educacional.

#### **1.4 Atividades de Vida Diária**

Os enfermeiros de reabilitação eram tradicionalmente considerados autoridade em matéria de vestir e cuidado pessoal, bem como na gestão e eliminação intestinal, vesical e de integridade cutânea. Ao longo do tempo, diversos profissionais de saúde incorporaram as funções das atividades da vida diária (AVD) nos seus papéis e os enfermeiros passaram a aprender somente os mínimos na sua educação básica e a executá-los na prática cada vez menos. Com a tendência para uma prática transdisciplinar, para a participação do utente no autocuidados e para os programas de base comunitária, os enfermeiros reativaram os seus papéis tradicionais nas AVDs (Theuerkauf, 2000).

As AVD's dividem-se em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As ABVD estão associadas ao autocuidado e à sobrevivência, como por exemplo alimentar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, controlar esfínteres. São

as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente. Quanto às AIVD, estas abrangem tarefas que possibilitem a manutenção da vida em comunidade, como por exemplo realizar compras, utilizar o telefone, gerir assuntos económicos ou utilizar meios de transporte. Para avaliar as ABVD, os principais instrumentos de avaliação utilizados são o Índice de *Barthel*, o Índice de *Katz* e a Medida de independência Funcional. Já no que diz respeito à avaliação das AIVD, os instrumentos mais utilizados são o Índice de *Lawton & Brody* e a *French Activity Index (FAI)* (Vigia, et al., 2017).

No caso da ATA as intervenções prioritárias passam pelo controlo da dor, o levante, o treino das AVD e o treino da marcha (Sousa, et al., 2017; Tinoco, et al., 2009).

Tinoco et al. (2009) referem que o programa de treino de AVD tem como finalidade a preparação da pessoa para a reintegração na vida familiar, social e profissional. A pessoa deverá aprender a mudar corretamente de posição na cama, a levantar-se e deitar-se, a sentar-se e levantar-se de cadeiras, a usar a cadeira da banheira, a subir e descer escadas, a apanhar objetos do chão e a entrar e sair de automóveis. Acresce-se que deverá ser esclarecida e ensinada a realizar outras atividades que sinta necessidade. Deve ser feito, nesta fase, um esforço do ensino dos dispositivos auxiliares das AVD existentes. Deve-se incentivar a pessoa a colocar todas as suas questões de forma a que sejam realizados ensinamentos de acordo com as suas necessidades reais, devendo esta ter uma participação ativa em todo o processo de intervenção de forma a contribuir para uma reintegração na vida familiar, social e profissional com qualidade.

Os resultados de uma revisão sistemática revelam que os programas de reabilitação da pessoa com ATA devem visar a promoção do autocuidado, através de ensinamentos direcionados para a realização das AVD's (Chang, et al., 2017). Neste sentido, EEER deve “conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa”. As suas competências possibilitam-lhe “tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2015, p. 16656).

A avaliação sistemática com protocolos pré-definidos dos doentes com ATA é uma necessidade para que se consigam prever prognósticos funcionais.

## 1.5 Capacitação

O conceito de literacia em saúde, terá sido utilizado, em 1973, pela primeira vez por Scott Simonds. A Organização Mundial de Saúde, na década de 90, definiu a literacia em saúde como a capacidade para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e

manter uma boa saúde. A literacia em saúde, tornou-se, no início do século XXI um construto amplamente discutido e investigado. Vários autores consideram que o referido construto implica o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação. Para além disso, implica conhecimentos para fazer juízos e tomar decisões no dia a dia acerca dos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter e melhorar a qualidade de vida (Sorensen, et al., 2012). Os mesmos autores acrescentam que a literacia em saúde é um conceito multidimensional, complexo e heterogéneo, verificando-se uma estreita ligação entre este construto e o conceito atual de promoção da saúde.

No contexto de educação para a saúde, capacitar é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Reis e Bule (2017) referem que os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados nos valores da pessoa, que se alteram ao longo da vida, sendo influenciados por fatores, tanto de ordem social e cultural como religiosa.

Assim, os processos de capacitação são adaptações que podem acontecer progressivamente, em associação com as modificações que ocorrem ao longo do ciclo vital ou, de forma brusca, causadas por intercorrências vivenciais (Reis & Bule, 2017). Para além disso, tem que se atender ao facto de a pessoa viver diferentes transições simultaneamente e que tem o direito a conhece-las para tomar decisões de forma autónoma (Sousa, et al., 2020).

O ensino e aprendizagem são inseparáveis de cuidados de saúde de qualidade. No serviço de reabilitação, o processo centra-se na necessidade de o indivíduo incorporar no seu estilo de vida o comportamento adaptativo. O objetivo final do processo é assistir o indivíduo a atingir o máximo nível de funcionamento e de autocuidado. Em reabilitação o processo educacional promove o autocuidado ajudando o doente e a família a adquirir novas informações, desenvolver novas competências, aplicar de forma competente os conhecimentos e capacidades às atividades funcionais, desenvolver comportamentos adaptativos para lidar com a doença ou incapacidade e evitar agravamento da incapacidade. É da responsabilidade de cada membro da equipa de reabilitação o conhecimento das técnicas de reabilitação, mas também do processo de ensino-aprendizagem, no sentido de proporcionar experiências de aprendizagem individualizadas e centradas no cliente (Dean-Baar, 2000).

Sousa et al. (2020) acrescentam que o enfermeiro de reabilitação tem como competência capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação, de forma a maximizar a autonomia, facilitar a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, melhorar a participação na sociedade e como consequência a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde.



Assim, para Amaro (2019) o enfermeiro assume a responsabilidade de capacitar a pessoa submetida a ATA com competências que considera necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa. Cabe, assim, ao enfermeiro de reabilitação ajudar o doente a desenvolver as suas potencialidades, otimizar a função e aceitar a responsabilidade.

## **1.6 Teoria das Transições de Meleis**

Neste âmbito, a Teoria das Transições de enfermagem de Meleis tem o potencial de ajudar os enfermeiros a identificar estratégias apropriadas para apoiar os doentes a fazerem transições saudáveis. Segundo Meleis (2012), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. Como tal, define o “cliente” de enfermagem como um ser humano em interação contínua com o ambiente em que se insere, no qual se operam transições ecológicas constantes. A transição, neste caso, compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação do doente com ATA à sua nova condição. Ao vivenciar esta nova situação poderá apresentar desajustamentos e por conseguinte, cabe ao EEER levar a pessoa a ajustar-se ou adaptar-se à nova situação.

No que diz respeito às intervenções para alta, a DGS (2013), preconiza ser fundamental a realização da avaliação funcional com o objetivo de se verificar o potencial da reabilitação, bem como o aconselhamento e implementação de técnicas de reeducação funcional, em complementaridade com a avaliação sociofamiliar e com os recursos existentes na comunidade. Ainda de acordo com a mesma entidade, a alta deve ser planificada assim como a reinserção da pessoa na comunidade.

A DGS (2013) preconiza também que esta avaliação seja realizada por uma equipa multidisciplinar, com elaboração conjunta do programa de reabilitação, planificando a alta de imediato, para que ocorra uma boa transição da pessoa para a comunidade/domicílio.

Segundo Meleis (2012), a transição é um conceito relacionado com uma ou mais alterações significativas na vida. Essas mudanças funcionam através da modificação de identidade, significados, papéis, relacionamentos, expectativas, habilidades ou padrões de comportamento, como resultado do estímulo ou aquisição de conhecimentos e competências. Consequentemente, as pessoas mudam a maneira como se vêem a si mesmas e ao mundo. Assim, na perspetiva da autora, mudar comportamentos significa que as pessoas se reorganizam e se redefinem a fim de incorporar as mudanças nas suas vidas, o que implica que exista um processo de adaptação psicológica. Meleis (2012) definiu o objetivo de transições saudáveis

como o domínio dos comportamentos, sentimentos, pistas e símbolos associados a novos papéis, identidades e processos não problemáticos.

Assim, o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem passou a centrar-se na intervenção de enfermagem, em vez de procurar apenas entender fenómenos relacionados com as respostas às situações de saúde e doença.

Os principais conceitos da Teoria de Transição de Médio Alcance incluem: (1) tipos e padrões de transições; (2) propriedades das experiências de transição; (3) condições da transição (facilitadores e inibidores); (4) padrões de resposta (ou indicadores de processo e indicadores de resultado); e (5) terapêutica da enfermagem (Meleis, et al., 2000). Os mesmos autores afirmam que as propriedades da experiência de transição não estão fundamentalmente dissociadas, mas inter-relacionadas como um processo complexo, sendo muito importante a consciencialização, definida como perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, e o nível de consciência é frequentemente refletido no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e as respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e perceções das pessoas passando por transições semelhantes (Meleis, et al., 2000).

O envolvimento da pessoa na sua transição é outra propriedade de sugerida por Meleis et al. (2000), referindo-se ao grau em que uma pessoa demonstra o envolvimento no processo inerente à transição. O nível de consciência é considerado importante para influenciar o nível de envolvimento, pois, como sustentam os mesmos autores, não há envolvimento sem consciência. Assim, sugerem que o nível de envolvimento de uma pessoa que tem essa consciência da mudança é diferente de uma pessoa que não tem essa consciência. Por tal, a mudança e a diferença são propriedades das transições (Meleis, et al., 2000). Ocorre mudança quando uma pessoa vivencia a sua identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e comportamentos, o que é supostamente importante para trazer um senso de movimento ou direção para processos internos e externos (Schumacher & Meleis, 1994). Os mesmos autores salientam ainda que todas as transições associam mudanças, embora nem todas as mudanças estejam associadas a transições.

Tendo por base o exposto, pode dizer-se que a Teoria das Transições de Meleis tem uma robusta influência na enfermagem, a partir do desenvolvimento de intervenções que facultam um cuidado eficaz anterior a situações de mudanças na vida das pessoas. Assim, oferecer transições saudáveis configura-se como um desafio para o enfermeiro, uma vez que cada pessoa, alvo dos seus cuidados, é dotada de singularidades, necessitando de prosseguir com

novas competências e novas funções no processo de transição (Meleis, 2010). Por conseguinte, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com ATA assumem-se como necessárias com a finalidade de proporcionar um cuidado eficaz, maximizando o desfecho dos resultados e potenciando transições saudáveis. A partir da compreensão da Teoria das Transições, o EEER deve estabelecer intervenções e estratégias no processo de transição que melhorem a qualidade de vida das pessoas com ATA, reduzindo o potencial risco que a experiência de transição pode predispor essas pessoas.

Nesse contexto, a Enfermagem de Reabilitação atua de forma holística em todas as dimensões da sua intervenção, constituindo-se a Teoria das Transições um meio para orientar a sua atuação, permeada pelo contexto de mudanças, tendo como premissa a compreensão da transição enquanto processo dinâmico, configurando-se como uma estratégia para a reabilitação da pessoa com ATA.

### **1.7 Teoria Geral de Enfermagem de Orem**

Orem (2001) defende que a enfermagem pertence a uma família de serviços de saúde organizados que oferecem assistência a pessoas que têm necessidades legítimas de diferentes formas de atendimento direto, devido ao seu estado de saúde ou à natureza das suas necessidades de cuidados de saúde. Tal como outros serviços diretos de saúde, a enfermagem tem características sociais e interpessoais que caracterizam a relação de ajuda entre quem necessita de cuidados e aqueles que prestam os cuidados necessários. O que distingue esses serviços de saúde uns dos outros é a ajuda que cada um oferece.

É neste contexto que surge o autocuidado, um conceito central na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE). Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. A Teórica considera a TDAE uma teoria geral constituída por três teorias inter-relacionadas: 1) a Teoria do Autocuidado, que se refere ao porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descreve e explica as relações a serem criadas e preservadas para que se gere enfermagem (Tomey & Alligood, 2014).

Considerando o importante papel dos enfermeiros neste domínio, é necessário intervir-se de forma a reforçar-se a autoeficácia nas pessoas com ATA, o que se traduz na melhoria da

sua qualidade de vida. Além disso, as pessoas com ATA necessitam de motivação e receber ensinamentos para adotarem comportamentos que são necessários para manter e melhorar a sua saúde e qualidade da vida, estando todos eles enraizados no conceito de autocuidado de Orem, para quem, o autocuidado é considerado como as atividades que as pessoas realizam para manter, restaurar ou melhorar a sua saúde. A Teoria do Autocuidado envolve o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Khademian et al., 2020). O autocuidado consiste numa função humana reguladora que as pessoas desempenham de forma deliberada por si próprias ou que alguém a execute por elas como forma de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua consciente, controlada, intencional e efetivamente, alcançando a real autonomização, designa-se de atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2014).

Neste contexto, Queirós et al. (2014, p. 160) referem que “a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio face a situações de transição”, nas quais não se consegue adaptar de forma favorável. Assim, de acordo com Queirós et al. (2014, p. 160), “a capacidade de adquirir ou de recuperar o autocuidado, por ação própria ou de terceiros, ocorre em três fases dependentes”. Na primeira fase, segundo os autores citados, denominada de “autocuidado estimativo”, determina-se o que deve ser feito para que se recupere o autocuidado; na segunda fase, “autocuidado transitivo”, são reconhecidas as diversas escolhas para a recuperação do autocuidado, selecionando-se a mais favorável; na terceira e última fase, “autocuidado produtivo”, constata-se a capacidade real para o autocuidado na qual a pessoa revela a capacidade para cuidar de si. Para os mesmos autores, a capacidade de autocuidado só é assegurada quando a pessoa se revela “capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar”. Estes pressupostos remetem para o conceito de transição de Meleis, na medida em que o mesmo é definido como uma modificação considerável na pessoa, quando está exposta a estímulos e novos conhecimentos, podendo redundar num novo comportamento ou numa outra definição de si mesma no contexto social. Assim, como salientam Queirós et al. (2014), ao longo da vivência de uma transição, a capacidade que a pessoa possui para delimitar e gerir as suas necessidades e para construir respostas adaptativas pode estar alterada, sendo, deste modo, necessário um período de adaptação ou ajustamento, o que pode concretamente ser trasposto para a reabilitação da pessoa com ATA.

Atualmente, o cuidado centrado na pessoa é amplamente defendido como um componente importante do cuidado em diversos contextos. Um elemento-chave no cuidado

centrado na pessoa é o diálogo entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada: um diálogo com o doente enfatiza a tomada de decisão compartilhada na transição do binómio doença/saúde. O objetivo desse diálogo é chegar a um entendimento mútuo e acordo sobre as intervenções planeadas. Este é o primeiro passo do cuidado centrado na pessoa e a base para a parceria que comumente resulta numa intervenção individualizada, adaptada a cada caso (Olsson, et al., 2016).

De acordo com o Regulamento n.º 350 (OE, 2015), tem-se como premissa que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm como foco “a Pessoa em todas as fases do ciclo vital”, objetivando a promoção do seu projeto de saúde quanto “à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou incapacidades”; de “processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade”; da “capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência”, a tomada de decisão do EEER fundamenta-se “na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade” (OE, 2015 p. 16656).

Os programas de reabilitação têm um efeito positivo ao nível de independência funcional do doente e no autocuidado. Assim, o EEER encontra-se numa posição privilegiada para auxiliar a pessoa com ATA a alcançar o melhor nível de independência possível. Esta recuperação não é feita na totalidade no internamento, sendo, assim, crucial a intervenção deste profissional para ajudar na transição para a nova condição, uma vez que a mobilidade e autonomia estão comprometidas (Santos, 2019).

## **2 APRECIÇÃO CONTEXTUAL**

### **2.1 Caracterização do Contexto Institucional**

O projeto de intervenção inserido na unidade curricular Estágio Final irá decorrer num serviço da Unidade Local de Saúde a sul do país, EPE. A ULS é um organismo público empresarial incluído no Serviço Nacional de Saúde, criado por Decreto-lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, que resultou de uma articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, através de uma alteração realizada pelo Decreto-Lei nº12/2015 de 26 de janeiro de 2015 (ULSBA, 2018). Segundo o PLS (Ramos et al, 2018) proposto para 2018-2020, a ULS, EPE apresenta uma área de influência correspondente à região do Baixo Alentejo, com exceção do concelho de Odemira, num total de 117.868 habitantes, representando 1,1% da população



nacional e uma área geográfica de abrangência de 8542,7 Km<sup>2</sup>, representando 9,3% do território Nacional. A presente entidade empresarial abrange um total de 13 concelhos, correspondente a 62 freguesias e tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde à população em geral, bem como a sua manutenção de todas as atividades de saúde pública na sua área geográfica de abrangência. O desenvolvimento da sua atividade consiste em três níveis de prestação de cuidados (ULSBA, 2018):

- “Cuidados de Saúde Primários:
  - ✓ Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo:
    - Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira;
    - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento de Detecção (CAD).
- Cuidados de Saúde Hospitalares:
  - ✓ Hospital José Joaquim Fernandes, EPE (Anestesiologia, Cardiologia, Cuidados Intensivos e Intermédios, Medicina Interna, Fisiatria, Pediatria e neonatologia, Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Hematologia, Pneumologia, Neurologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ginecologia/Obstetrícia);
- Cuidados Integrados e Paliativos:
  - ✓ Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja +;
  - ✓ Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Moura e Barrancos
  - ✓ Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Mértola;
  - ✓ Equipa Intra-hospitalar”.

Como missão e valores, a Unidade Local de Saúde a sul do país, implementa e investe numa prática que assenta na excelência clínica, garantindo uma justa, responsável e eficaz dos diversos níveis de cuidados, assumindo-se como uma organização de referência no distrito, tendo em conta uma visão qualitativa, eficiente e social da prestação de cuidados de saúde. Os seus objetivos são delineados de acordo com a qualidade, tempo útil e custos financeiros suportáveis, dependendo o seu funcionamento e missão da articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais. Emparelhadas com a prestação de cuidados de saúde, são desenvolvidos planos de formação e investigação fundamentais ao desenvolvimento técnico-profissional dos trabalhadores da entidade de saúde. Os profissionais exercem a sua atividade com base em uma atitude terapêutica focada na relação com o doente, respeitando sempre



princípios e valores como o respeito pela dignidade da vida humana, prevenindo e promovendo a qualidade de vida quer individual quer de uma comunidade, sem deixar de ter em consideração os indicadores de saúde da população do baixo alentejo. A instituição é regida de acordo com a seguinte legislação vigente (ULSBA, 2018):

- “Bases Gerais do Estatuto das Empresas Públicas do Estado – Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro.
- Criação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE – Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de setembro.
- Estatutos das Unidades Locais de Saúde do Baixo Alentejo, EPE – Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.
- Regime de Criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde – Decreto-Lei n.º 239/2015 (Procede à sexta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008).”

O serviço onde vai decorrer o estágio final e consequentemente o desenvolvimento do projeto de intervenção, possui capacidade para admitir até vinte e quatro doentes, dos quais 3 camas (enfermaria de sala de operados) são para doentes do pós-operatório imediato. Contudo, com a presença da atual pandemia o serviço foi reestruturado, sendo convertida a sala de operados em enfermaria normal, deixando de existir camas específicas para os doentes intervencionados cirurgicamente. Atualmente a equipa de enfermagem é constituída por vinte enfermeiros, subdividida em um enfermeiro chefe, cinco enfermeiros detentores do título de especialista, dos quais dois enfermeiros possuem a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, um de saúde comunitária e dois enfermeiros são detentores da especialidade em enfermagem de reabilitação, que vão alternando entre horário fixo e rolleman, consoante as necessidades do serviço. Os restantes elementos que constituem a equipa de enfermagem são catorze enfermeiros generalistas (doze enfermeiros no serviço de internamento de ortopedia e dois enfermeiros em exclusivo na consulta externa). De realçar, os enfermeiros especialistas em reabilitação desempenham funções de acordo com o Regulamento de Competências Específicas, implementando e monitorizando planos de enfermagem de reabilitação diferenciados na tentativa de prevenir complicações secundárias, e para tratar e reabilitar a pessoa internada maximizando o seu potencial (OE, 2010). O contexto clínico do serviço em questão, envolve pessoas com patologia musculo esquelética com necessidades específicas em questões de imobilidade/mobilidade, que se repercutem nas AVD's e AIVD's, necessitando por

isso de uma intervenção precoce e preventiva do EEER para assegurar e potenciar as capacidades funcionais da pessoa em contexto enfermo, sujeita a períodos com pouca atividade física. Desta forma, existe frequentemente atrofia do aparelho músculo-esquelético, fraqueza muscular e consequente alteração na função respiratória e cardiovascular (Mendez-Tellez & Needham, 2012). No que diz respeito aos recursos materiais, existem no serviço meios auxiliares de marcha, artromotor, alguns instrumentos auxiliares de vestuário, e alimentação e outros recursos adaptados às necessidades de eliminação do doente. O serviço de momento não contempla nenhum plano de reabilitação, sendo a prestação de cuidados de enfermagem especializados realizados em colaboração e articulação com profissionais de outras áreas como os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas), existindo uma sinergia positiva, de modo a promover sempre a capacitação funcional dos doentes.

## 2.2 Análise da População-Alvo

Segundo os Censos 2021 (INE, 2022), a população residente no baixo alentejo era de: 114863 habitantes em 2021, dos quais 31694 têm 65 ou mais anos. A população da área de influência da ULSBA, EPE apresenta uma enorme dispersão geográfica, o que levanta grandes dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, em especial no segmento populacional mais envelhecido e em zonas com baixa densidade populacional. De acordo com as pirâmides etárias da região alentejana, encontra-se bem presente o envelhecimento da população, no qual se evidencia uma diminuição acentuada da população mais jovem na base e por conseguinte o aumento da população mais idosa no topo, tal como demonstra os gráficos seguintes:

Gráfico 1: Pirâmides etárias do Baixo Alentejo e Portugal (Estimativas 2017) Fonte: ULSBA (dados: INE, IP)

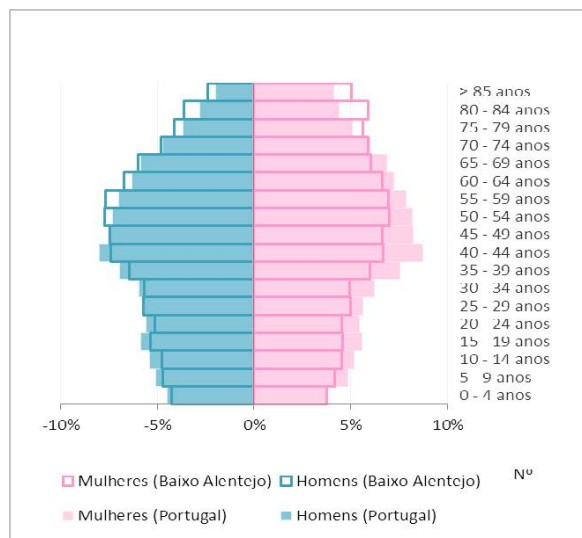
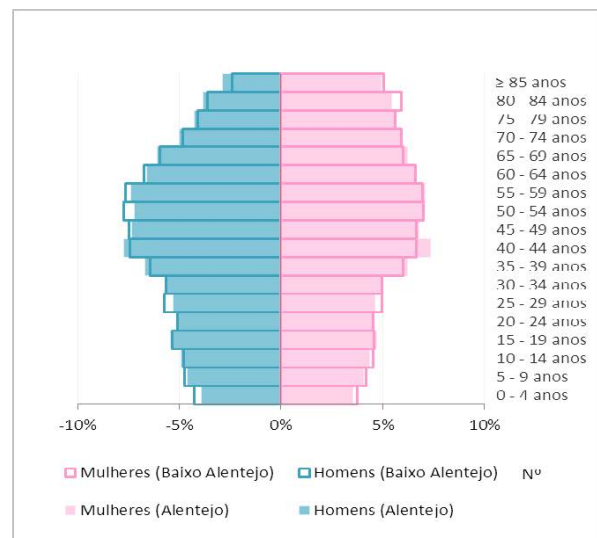


Gráfico 2: Pirâmides etárias do Baixo Alentejo e Portugal (Estimativas 2017) Fonte: ULSBA (dados: INE, IP)



Segundo o PLS (Ramos, et al, 2018), em 2017 a população com idade inferior a 15 anos representava 13,1% da população, enquanto que a população com idade superior e igual a 65 anos representava 24,8% do total, totalizando o Baixo Alentejo um índice de envelhecimento de 189,2 comparativamente com Portugal apresenta um índice de 155,4. Contrariamente a estes valores, a taxa de natalidade do Baixo Alentejo é de 7,9%, com um Índice Sintético de Fecundidade de 1,49 crianças por mulher, sendo necessário no mínimo um índice de 2,1 para existirem renovação de gerações, comparativamente com a taxa de Natalidade de 8,4% em Portugal. Também o envelhecimento da população resulta num aumento da incidência de certo tipo de patologias crónicas e incapacitantes (tensão arterial alta, diabetes, AVC depressão e enfarte agudo do miocárdio) que pressupõe a adaptação da capacidade de resposta dos cuidados de saúde. Os concelhos do distrito alentejano, cuja a área de influência da ULSBA com maior grau de envelhecimento são Mértola e Ourique, com mais de 300 idosos por cada 100 jovens enquanto que os concelhos menos envelhecidos são Beja e Moura.

Recorrendo a uma análise estatística da contínua evolução da faixa etária dos munícipes do baixo Alentejo, de acordo com o PLS em 2018 constata-se um aumento da população idosa e diminuição da população jovem também bem patente nos censos de 2011, onde se verifica uma diminuição de 6,2% de pessoas a viver no Baixo Alentejo. De acordo ainda com os censos de 2011, a nível nacional verificava-se aproximadamente 15% da população pertencente á faixa etária dos 0-14 anos e 19% pertenciam ao grupo etário de 65 ou mais anos de idade, enquanto que no Baixo Alentejo a população idosa se aproximava dos 25,2% (Ramos, et al, 2018).

Ainda segundo o PLS (Ramos, et al, 2018), as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e as doenças cardíacas isquémicas representam a primeira causa de mortalidade, seguindo-se a Diabetes Mellitus. Os problemas do foro da saúde mental têm uma grande relevância, sendo a região do país com a maior taxa de suicídio em idosos, em especial nos concelhos do sul do distrito. As patologias osteoarticulares estão incluídas na lista de problemas de saúde priorizados que afetam a população do Baixo Alentejo, apesar de não ocuparem um local de destaque. Como meta do PLS (Ramos et al, 2018) ficou decidida a diminuição para 2,4% a proporção de utentes com o diagnóstico de osteoporose e a diminuição em 10% a incidência de osteoporose dos doentes inscritos, ambas as metas até final 2020. Como estratégias implementa-se o apoio a iniciativas que visem o consumo de alimentos diversificados e adequados à idade, a prática de atividade física e o cuidado especial com as mulheres em idade pré-menopausa, bem como o apoio a

ações que incentivem a diminuição da obesidade e do excesso de peso. Foram utilizados como indicadores o número de iniciativas que visem o incentivo da população para o consumo de alimentos diversificados e adequados à idade, à prática de atividade física e o incentivo às mulheres em idade pré menopausa para adoção de medidas preventivas (Ramos, et al, 2018).

### **2.3 Análise da Produção de Cuidados**

Tendo em consideração a realidade do serviço da ULS, em 2018 foram realizados anualmente 857 internamentos por afeções músculos esqueléticos, dos quais 20 pessoas tinham etiologia de coxartrose, entre os quais 15 foram submetidos a artroplastia total da anca. No ano 2019 foram efetuados 881 internamentos por afeções músculos esqueléticos, dos quais 37 pessoas tinham o diagnóstico de coxartrose, entre os quais 33 foram submetidos a artroplastia total da anca. No presente ano, até ao dia 31 de novembro de 2020 foram efetivados 763 internamentos por afeções músculos esqueléticos, das quais 14 pessoas com o diagnóstico de coxartrose e com indicação para artroplastia total da anca. Ressalta-se, que este ano o número de internamentos foi ligeiramente menor, comparativamente com os anos anteriores, dado o atual momento de pandemia que vivemos, que se refletiu na diminuição no número de internamentos e consequentemente no número de pessoas internadas por coxartrose e com indicação cirúrgica para artroplastia total da anca.

## **3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O compromisso da mobilidade, relacionada com processos de doença, trauma ou envelhecimento, tem implicações diretas sobre a alteração de padrões das AVD's, uma vez que a imobilidade provoca alterações mecânicas por uma atrofia de desuso musculoesquelético. A imobilidade pode-se encontrar associada a diversos problemas (neurológicos, músculo-esqueléticos), e daí advir várias complicações, como comprometimento da integridade cutânea (ulceras de pressão), comprometimento ventilatório que aumenta exponencialmente as infeções respiratórias, problemas no equilíbrio, contraturas musculares, rigidez muscular, problemas de eliminação (incontinência) e alterações no peristaltismo intestinal (Fan, Zanni, Dennison, Lepre, & Needham (2209) citado por O.E. (2013). Assim, executar um planeamento de cuidados de enfermagem de Reabilitação, que incluam intervenções para a manutenção da mobilidade, na lógica do autocuidado, é fundamental para a independência e prevenção destas alterações.



A realização do projeto de intervenção encontra-se inserido no contexto de músculo-esquelética, direcionado para a reeducação funcional motora, visando a capacitação de doentes submetidos a artroplastia total da anca, através da elaboração e implementação de um plano de reabilitação. Através da capacitação das pessoas conseguimos compreender a efetividade que as intervenções do EEER têm no autocuidado da pessoa e na realização das suas AVD's, uma vez que a sua mobilidade se encontra comprometida pela alteração do padrão da marcha. A repetição de exercícios de acordo com um programa visa readquirir o padrão automático perdido e promover a independência, através da locomoção e segurança, com a perda mínima de energia razoável (Menoita, et al., 2012). A escolha e aplicabilidade deste projeto de intervenção, permite compreender os efeitos que estes doentes têm na sua capacitação para a realização das AVD's e AIVD's, bem como comprovar os ganhos que a unidade hospitalar tem em tempo de internamento e que se traduz em ganhos financeiros. Assim, a implementação e desenvolvimento de um plano de reabilitação através da intervenção do EEER, permite ir ao encontro da maximização da capacidade funcional do doente, manifestadas pelo défice de mobilidade/imobilidade e reflexo no autocuidado e AVD's, promovendo cada vez mais a independência e autonomia do doente, aumentando a taxa de sucesso na sua reintegração na comunidade. O tema do projeto de intervenção tem como população alvo pessoas maioritariamente com idade igual e superior a 65 anos, com patologia osteoarticular degenerativa da articulação coxofemoral, fraturas do colo do fémur e osteonecrose da cabeça femoral (DGS, 2013). De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 Diário da República n.º 85/2019, o EEER desempenha um papel fundamental no contexto atual, prescrevendo e implementando programas de reeducação funcional com o objetivo de assegurar e maximizar a capacidade funcional, prevenir complicações e evitar incapacidades de forma a promover o autocuidado, o bem-estar e a qualidade de vida. Como já foi descrito anteriormente, a região do baixo alentejo tem cada vez mais uma população maioritariamente idosa com cormobilidades associadas, que diminui a independência e a qualidade de vida, apresentando por isso um desafio cada vez maior no processo de reabilitação. Assim, capacitar o idoso de modo a devolver-lhe e maximizar a funcionalidade do membro operado, permite atribuir-lhe ferramentas que desenvolvam o seu autocuidado e permitam a realização das suas AVD's, priorizando sempre a segurança. O aumento da massa muscular, da força e da funcionalidade parecem aumentar após programas de reabilitação (Judd, et al., 2014; Winther, et al., 2016). Estes autores referem ainda, que a recuperação da força muscular melhora a função física, diminui a dor e a qualidade de vida, uma vez que o sistema musculo esquelético está

intimamente relacionando com a efetividade do desempenho e capacidade funcional, como a transferência da cama para a cadeira, subida e descida de escadas e desempenho da marcha (Buir, et al., 2016; Smith, et al., 2011; Unhjem, et al., 2019). Deste modo, este projeto surge da necessidade de se analisar os ganhos dos enfermeiros de reabilitação na capacitação do doente submetido a artroplastia da anca, com a aplicação de um programa de reabilitação durante o período pós-operatório, uma vez que a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação é fundamental na readaptação à nova condição, pois a mobilidade e autonomia encontram-se comprometidas (Gomes, 2014).

A implementação do projeto de Intervenção tem como finalidade prestar o seu contributo na maximização da capacidade funcional, através de uma intervenção precoce e especializada do EEER. Assim estabeleceu-se como objetivos, demonstrar a eficácia dos cuidados de reabilitação no doente submetido a ATA no período pós-operatório:

□ Objetivo Geral:

- ✓ Avaliar o contributo de um programa de reabilitação na capacitação de um doente submetido a artroplastia total da anca.

□ Objetivos Específicos:

- ✓ Desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação á pessoa submetida a ATA;
- ✓ Verificar os ganhos em saúde decorrentes do programa de reabilitação implementado;
- ✓ Avaliar a efetividade das intervenções de reabilitação na capacitação de realização das suas AVD's.

É pertinente referir que este programa, apesar de ter um carácter generalista, será sempre adequado e personalizado de acordo com a individualidade da pessoa, tendo atenção o grau de limitação e o défice apresentado, bem como a condição clínica. É fundamental, ao longo do programa, implementar uma avaliação e monitorização contínua dos doentes, procedendo-se sempre que necessário ao ajuste das intervenções de reabilitação motora, priorizando a sua segurança, com vista a capacidade funcional da pessoa até a momento da alta hospitalar, permitindo assim uma discussão de resultados que comprovem a efetividade da capacitação da pessoa. A capacidade de compreender e avaliar a participação muscular nas diversas ações motoras é uma competência do EEER, que tem como foco o movimento humano (Correia, 2019).



Atualmente, trabalhar com o movimento humano, exige uma grande capacidade adaptativa e versatilidade por parte do enfermeiro de reabilitação, pois mais importante do que memorizar um padrão de participação durante a realização de uma tarefa, é ser capaz de determinar esse padrão, ou seja, identificar e perceber como condiciona ou promove a realização de uma atividade (Correia, 2019). De acordo com os objetivos definidos, elaborou-se uma proposta de protocolo de intervenção pós-operatória das intervenções de enfermagem de reabilitação:

**Quadro 1:** Proposta de Protocolo de Intervenção à pessoa submetida a Artroplastia da Anca (Proposta Intervenção Pós-Operatória)

Intervenção Pós-Operatória
✓ Avaliação funcional (Avaliação 24h após a cirurgia, avaliação intermédia e avaliação no dia da alta): <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dor – Escala numérica da dor;</li><li>▪ Força muscular – Escala Lower;</li><li>▪ Amplitude articular da articulação coxo-femoral e joelho – Goniómetro;</li><li>▪ Equilíbrio – Índice de <i>Tinetti</i>;</li><li>▪ Risco de Queda – Escala de <i>Morse</i></li><li>▪ Desempenho nas AVD – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF);</li></ul>
✓ Realizar crioterapia de 4/4 horas durante 20/30 minutos;
✓ Instruir/Treinar técnicas de reeducação funcional respiratória;
✓ Instruir/Treinar técnicas de posicionamento no leito;
✓ Instruir/Treinar técnicas de exercício muscular no leito, de acordo com o grau de tolerância da pessoa: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Contrações isométricas abdominais/glúteos/quadrícipite (3 series; 12 repetições):<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Elevação da bacia;</li><li>➢ Extensão completa da articulação coxofemoral associada com extensão completa do joelho;</li></ul></li></ul>
✓ Instruir/Treinar técnicas de exercício muscularto-articular, de acordo com o grau de tolerância da pessoa: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mobilizações e exercícios de amplitude articular o mais precocemente possível:<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Exercícios isotónicos (3 séries, 12 repetições):<ul style="list-style-type: none"><li>- Mobilizações passivas/ativas/ativas assistidas/ativas resistidas no membro saudável;</li><li>- Mobilizações passivas/ativas/ativas assistidas/ativas resistidas no membro operado:<ul style="list-style-type: none"><li>• Extensão/flexão até 90º da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho;</li><li>• Abdução/adução da articulação coxofemoral até á linha média do corpo;</li><li>• Rotação medial/lateral da anca;</li><li>• Flexão plantar/dorsiflexão da articulação tibiotársica;</li></ul></li></ul></li></ul></li></ul>
✓ Instruir/Treinar o levante da cama, segundo a prescrição médica (pelo lado são): <ul style="list-style-type: none"><li>▪ No bordo da cama, rodar o corpo, mantendo a perna em extensão;</li><li>▪ Colocar as mãos na cama e fazer carga na perna não operada, mantendo a operada em extensão;</li><li>▪ Apoiar-se em um auxiliar de marcha;</li></ul>
✓ Instruir/Treinar o equilíbrio na posição sentado e ortostática;
✓ Instruir/Treinar o deitar na cama (pelo lado operado): <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fazer força no membro não operado, mantendo o membro intervencionado em extensão;</li><li>▪ Rodar a bacia com o membro operado em extensão e alinhado;</li></ul>
✓ Instruir/Treinar o sentar/levantar da cadeira, assim que seja possível;
✓ Instruir/Treinar a utilização de sanitário e chuveiro: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Providenciar sempre que possível a utilização do assento sanitário;</li></ul>

Fonte: Adaptado de Garção (2019), Sousa e Carvalho (2017b) e Violante (2014).

- |   |
|---|
| ✓ Instruir/Treinar o uso de dispositivos de poio no autocuidado (banho, vestuário)  |
| ✓ Instruir/Treinar a marcha com andarilho e assim que possível com canadianas;  |
| ✓ Instruir/Treinar o subir e descer escadas de acordo com o grau de tolerância da pessoa;   |
| ✓ Instruir sobre os cuidados na prevenção da luxação da PTA: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Utilização de uma almofada entre as pernas;</li><li>▪ Não fletir a anca operada mais de 90º;</li><li>▪ Não cruzar as pernas;</li><li>▪ Não sentar em cadeiras ou sanitas baixas;</li><li>▪ Não rodar a perna operada para dentro;</li><li>▪ Não rodar na cama para o lado operado;</li><li>▪ Não elevar a perna com o joelho em extensão, acima da anca;</li></ul> |

### 3.1 Metodologia

De acordo com o tema e os objetivos definidos no projeto de intervenção, a metodologia presente neste estudo é descritiva, com uma abordagem quantitativa, uma vez que descreve um fenómeno através de uma observação objetiva e planificada. Por outras palavras definiu-se as características de uma população, permitindo a sua descrição bem como os ganhos sensíveis em saúde para a pessoa submetida a ATA. A sua natureza descritiva, permitiu identificar e descrever as características da população alvo, bem como os seus resultados obtidos após a aplicação dos diversos instrumentos de avaliação (Fortin, et al., 2009). Com esta metodologia pretendeu-se explorar as relações entre as diversas variáveis, uma vez que se utiliza dados numéricos para obter informações, descrever e explorar relações (Fortin, 2009).

A amostra foi selecionada de um modo não aleatório, uma vez que é tido em conta os critérios de inclusão e exclusão durante o contexto da prática de cuidados em que decorreu o estágio. As etapas utilizadas no desenvolvimento deste tipo de estudo foram: Etapa 1 - Definição e elaboração do projeto; Etapa 2 – Colher e analisar os dados; Etapa 3 – Analisar e concluir (Silva & Mercês, 2018)

Na Etapa 1 definiram-se os objetivos do estudo e a forma como se iria proceder a colheita de dados, delineando-se para tal as escalas que se iriam implementar. Após a definição da questão “Qual a efetividade de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca?”, as escalas utilizadas foram: Escala Numérica da Dor, Escala da Força Muscular – *Lower*, Escala de Equilíbrio – *Tinetti*, Escala de Risco de Queda – *Morse*, Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e a Goniometria.

No momento de admissão, recorreu-se ao método observacional e á entrevista informal da pessoa para compreender o estado clínico da pessoa e executar o preenchimento dos dados sociodemográficos (Apêndice I), bem como á consulta do seu processo clínico. Para avaliar se ocorreu ganho de competências, foi aplicada uma checklist de avaliação de competências (Apêndice II). Na Etapa 2 foi realizada a colheita de dados de cada participante e na Etapa 3 foi executada a análise de cada caso com o respetivo cruzamento de dados para posterior análise.

Para a mensuração de cada uma destas escalas mencionadas, foram definidos como focos de enfermagem, a dor, o equilíbrio corporal, a amplitude articular e o desempenho das AVD's.

### **3.1.1 Seleção dos Participantes**

Ao longo do decorrer da realização do estágio os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: pessoas submetidas a artroplastia total da anca com diagnóstico principal de degeneração osteoarticular de coxartrose, fratura, revisão de prótese primária; aceitar integrar o projeto de intervenção após o seu esclarecimento. Para a avaliação da função cognitiva, foi realizada a observação no momento de chegada da pessoa á enfermaria após ser submetida a ATA, sendo considerado como critério de exclusão em caso de patologia do foro neurológico e/ou cognitivo. Por motivos associados á situação pandémica que se atravessava, a retoma da realização de cirurgias de carater eletivo e/ou urgente diferido foi feita de forma lenta e gradual, pelo que o número de participantes foi de apenas 7 pessoas.

### **3.1.2 Colheita de dados**

Uma avaliação rigorosa contribui significativamente para uma colheita de informação crucial necessária ao desenvolvimento de um processo contínuo, sistemático e objetivo, que através do recurso a instrumentos de medida definidos para o objetivo destinado permitem desenvolver e se possível superar os objetivos estabelecidos com a pessoa (Fortin, 2009). É crucial saber-se proceder á avaliação de funcionalidade, pois só assim se compreende e avalia o grau de dependência da pessoa na realização das suas AVD's. Para tal, após a pessoa ser submetida a ATA iniciou-se o exame físico com recurso á observação, palpação, utilização de escalas e colheita de dados feita através de uma entrevista, que nos permitiu contextualizar perante o quadro clinico descrito a identificação de problemas reais e potenciais. Ainda nesta fase foi importante observar a postura e alinhamento corporal (simetrias e desvios articulares), bem como a consulta do processo clínico de cada pessoa. Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de dados: Escala Numérica da Dor, Escala da Força

Muscular – *Lower*, Escala de Equilíbrio – *Índice de Tinetti*, Escala de Risco de Queda – Escala de *Morse*, Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e a Goniometria.

Um dos principais instrumentos de avaliação é a Observação, pois é através dela que é possível visualizar diversos elementos fundamentais na deteção de alteração de padrões e dinâmicas funcionais que se podem encontrar comprometidos. Assim o observador que se encontra no seio do grupo ou objeto que estuda, mantém-se como espectador, assimilando toda a informação pelo seu olhar (Correia, 2009). A avaliação da dor é efetuada através da escala numérica da dor, que consiste na aplicação de uma escala numerada com 10 números (0,1,2...10), permitindo a correspondência entre a intensidade da dor e a sua classificação, na qual 0 significa “sem dor” e 10 a exponencial máxima da dor (DGS, 2003) (Anexo I).

A força muscular é avaliada através da Escala de *Lower* (Apêndice III), na qual 0/5 corresponde a ausência de contração muscular e movimento, enquanto que no grau de força 1/5 existem sinais de discreta contratilidade, mas sem movimentos da articulação. No grau 2/5 ocorrem movimentos normais, mas que não permite vencer a gravidade. No grau 3/5 os movimentos da articulação são de amplitude normal contra a ação da gravidade, mas não vence a resistência e no grau 4/5 a mobilidade integral está presente contra a ação da gravidade, mas apenas com um nível de resistência moderado. Por último o grau 5/5 corresponde ao momento anatomo fisiológico contra a gravidade e resistência (Menoita, Sousa, Alvo, & Marques-Vieira, 2012). Assim pode-se afirmar que este instrumento permite uma avaliação da força muscular nos diferentes segmentos corporais de acordo com o arco de movimento da articulação, sendo a mesma de rápida implementação e de ampla utilização (Pinto, 2001). Relativamente ao equilíbrio, foi utilizada o Índice de *Tinetti* (Apêndice IV) que se baseia na classificação dos parâmetros da marcha como a velocidade, distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar 360º e as alterações com a pessoa de olhos fechados (Silva, et al., 2012). A sua utilização é confiável e fidedigna e requer equipamentos básicos, permitindo detetar alterações significativas de equilíbrio estático e dinâmico (Apóstolo, 2012). O equilíbrio corporal é definido pela manutenção de uma postura do corpo com o mínimo de oscilação possível - equilíbrio estático - ou como a manutenção durante a execução de uma tarefa que implique a perturbação da orientação corporal - equilíbrio dinâmico (Lima, et al., 2007).

Para avaliar o risco de queda foi utilizada a escala de *Morse* (Apêndice V) (DGS, 2019), sendo constituída por 6 parâmetros, Antecedentes de queda; Diagnóstico secundário; Apoio na deambulação; Terapia endovenosa; Tipo de marcha; Estado mental/Perceção Mental, no qual cada item tem duas ou três possibilidades de resposta. A cada resposta corresponde uma



pontuação, que de acordo com o seu somatório é obtido um score variável entre 0 e 125 pontos, que indica o risco de queda. A capacidade funcional de realização das AVD's foi avaliada através da Escala de Medida Funcional – MIF (Anexo II), que consiste na avaliação do nível funcional da pessoa durante a realização do seu autocuidado de alimentar-se, higiene, vestir, utilização da sanita; controlo dos esfíncteres; transferências; locomoção; comunicação a nível da compreensão e expressão; na cognição social a nível da interação social; resolução de problemas e memória. Cada parâmetro é pontuado entre 1 e 7 e a pontuação total varia entre 18 e 126. Assim, quanto maior for a pontuação, maior é o grau de independência e quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência (DGS, 2011).

A Goniometria permitiu avaliar a amplitude articular (Apêndice VI) através da utilização de um goniómetro, que é um instrumento graduado com um braço fixo e outro móvel que mede a amplitude articular dos movimentos de flexão e extensão. A medição da amplitude do movimento articular é de extrema importância na avaliação física, uma vez que permite identificar a limitação articular, e por sua vez fornecer a informação ao EEER sobre a eficácia das intervenções terapêuticas. O instrumento mais geralmente utilizado na avaliação das amplitudes articulares de movimento é o goniómetro (Taboadela, 2007). A exatidão de cada avaliação depende da adaptação correta do goniómetro á articulação, tanto pela doença osteoarticular, como pelo movimento ativo ou passivo, como pelas características específicas da articulação a avaliar, devendo contemplar o movimento da articulação, posição, estabilização, eixo e o correto posicionamento dos braços do goniómetro (Taboadela, 2007)

### **3.1.3 Tratamento de Dados**

Para o tratamento estatístico, foi utilizada como base dados a importação da folha de Excel para o *Software Statistical package for the Sciences* (SPSS) versão 26.0 e recorreu-se às técnicas estatística descritiva. Para descrever os dados obtidos, utilizaram-se medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão e amplitude interquartil) e frequência absoluta (n) e relativa (%).

### **3.1.4 Considerações Éticas**

De acordo com o RGDP em vigor e salvaguardando o sigilo profissional mandatário, os participantes foram informados sobre todas as intervenções, atividades desenvolvidas e objetivos do estudo de forma a darem o seu consentimento informado (Apêndice VII) de forma livre, esclarecida e informada na participação no projeto. Foi também garantida a

voluntariedade dos participantes no programa de reabilitação. Os dados recolhidos tanto na avaliação inicial como durante a aplicação do projeto, foram utilizados exclusivamente para fins académico, de forma manter o seu anonimato, salvaguardando-se a confidencialidade dos dados associados. O projeto foi apresentado à Comissão Científica do Instituto Politécnico X e posteriormente à Comissão de Ética da Unidade Local Y – Hospital Z, tendo sido aprovado e autorizado a sua aplicabilidade.

## 4 RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida e cujo instrumento utilizado foi um questionário. Os resultados da implementação do presente projeto de intervenção têm como finalidade demonstrar a efetividade das estratégias desenvolvidas em cada participante, ao longo do período de estágio de músculo esquelética. Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorremos ao uso de quadros com os respetivos dados estatísticos obtidos.

### 4.1 Caracterização Sociodemográfica

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, constatamos que 4 dos elementos tem mais de 65 anos (57,1%); 4 são do género feminino (57,1%); 4 possuem o 1º ciclo (57,1%); 5 são casados (71,4%) e 3 têm peso normal (42,9%).

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos inquiridos

Variáveis	Frequência	
	nº (7)	% (100.0)
Idade	≤65 anos	3 42,9
	>65 anos	4 57,1
Género	Masculino	3 42,9
	Feminino	4 57,1
Escolaridade	1º ciclo	4 57,1
	2º ciclo	0 00,0
	3º ciclo	1 14,3
	Secundário	1 14,3
	Superior	1 14,3
Estado civil	Solteiro	1 14,3
	Casado	5 71,4



Separado / Divorciado		1	14,3
<b>IMC</b>	Peso normal	3	42,9
	Excesso de peso	2	28,6
	Obesidade	2	28,6

A variável idade dos inquiridos revela um valor médio de  $63,43 \pm 16,96$  anos, um valor a oscilar entre um mínimo de 30 anos e um máximo de 79 anos (cf. Tabela 1). É ainda de salientar uma dispersão moderada ( $CV > 15\%$  e  $< 30\%$ ) dos valores em torno da média.

**Tabela 2:** Estatísticas relativas à idade dos inquiridos

	N	Min.	Max.	Média	dp	CV (%)
<b>Idade</b>	7	30	79	63,43	16,96	26,74

A variável IMC dos inquiridos revela um valor médio de  $27,57 \pm 4,79$  kg/m<sup>2</sup>, valor a oscilar entre um mínimo de 20,58 kg/m<sup>2</sup> e um máximo de 34,48 kg/m<sup>2</sup> (cf. Tabela 2). É ainda de salientar que o peso da amostra oscila entre 54kg e 102kg. Já a altura varia entre 156 cms e 172 cm.

**Tabela 3:** Estatísticas relativas ao peso, altura e IMC dos inquiridos

	N	Min.	Max.	Média	dp	CV (%)
<b>Peso</b>	7	54	102	73,57	15,08	20,49
<b>Altura</b>	7	1,56	1,72	1,63	0,05	3,22
<b>IMC</b>	7	20,58	34,48	27,66	4,79	17,32

## 4.2 Caracterização Clínica

Na tabela 4 estão apresentadas as estatísticas relativas aos parâmetros vitais, de onde salientamos para a TA sistólica um valor médio de  $125,14 \pm 20,38$  mmHg, um valor a oscilar entre um mínimo de 97 mmHg e um máximo de 163 mmHg. Já a TA diastólica apresenta um valor médio de  $69,14 \pm 12,29$  mmHg, um valor a oscilar entre um mínimo de 55 mmHg e um máximo de 87 mmHg. Para a frequência cardíaca (FC) temos um valor médio de  $80,57 \pm 18,58$  bpm, um valor a oscilar entre um mínimo de 58 bpm e um máximo de 102 bpm. Em relação à SpO<sub>2</sub>, obtivemos um valor médio de  $97,00 \pm 1,53\%$ , um valor a oscilar entre um mínimo de 94% e um máximo de 98%. Por fim, para a glicémia, temos um valor médio de  $149,67 \pm 81,22$  mg/dl, um valor a oscilar entre um mínimo de 95 mg/dl e um máximo de 243 mg/dl.

	n	Min.	Max.	Média	dp	CV (%)
TA Sistólica	7	97	163	125,14	20,38	16,29
TA Diastólica	7	55	87	69,14	12,29	17,78
FC	7	58	102	80,57	18,58	23,06
SpO <sub>2</sub>	7	94	98	97,00	1,53	1,57
Glicémia	3	95	243	149,67	81,22	54,27

Já para a caracterização clínica da amostra, constatamos que a maioria dos elementos tem 1 a 3 ou mais de 3 anos de tempo de diagnóstico (42,9% cada); e a maioria não sabem o que é uma coxartrose ou uma artroplastia (85,7% cada).

**Tabela 4:** Caracterização clínica dos inquiridos

Variáveis	Frequência	
	nº (7)	% (100.0)
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
≤1 ano	1	14,3
1 a 3 anos	3	42,9
≥3 anos	3	42,9
<b>Conhecimento sobre coxartrose</b>		
Sim	1	14,3
Não	6	85,7
<b>Conhecimento sobre a artroplastia</b>		
Sim	1	14,3
Não	6	85,7

É ainda de referir que a Hipertensão arterial e a Diabetes são os antecedentes pessoais mais referenciados. Já a terapêutica anti-hipertensora e a mais utilizada. Quanto às expectativas pessoais, salientamos o retorno à independência na realização das AVD's; e a melhoria da qualidade de vida.

### 4.3 Caracterização da Avaliação da amplitude articular

Na tabela seguinte estão patentes as estatísticas relativas a cada uma das articulações anatómicas abordadas, quer à direita, quer à esquerda, de onde salientamos em termos médios a tendência de uma evolução positiva (aumento) da amplitude obtida por segmento da 1ª avaliação para a 2ª; e também da 2ª para a 3ª avaliação.

**Tabela 5:** Estatísticas relativas à avaliação da amplitude articular

		1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação	
		Média	Dp	Média	dp	Média	dp
Flexão da anca com joelho em extensão	Esquerdo	19,29	29,64	32,50	24,24	25,00	27,54
	Direito	27,86	24,13	10,83	12,42	36,43	21,16
Flexão da anca com joelho em flexão	Esquerdo	45,71	30,74	52,50	28,94	64,29	16,69
	Direito	39,29	24,05	39,17	19,34	52,86	26,75
Extensão da anca	Esquerdo	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Direito	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Adução da anca	Esquerdo	10,00	7,64	11,67	6,83	14,29	7,32
	Direito	7,57	3,10	8,33	2,58	10,71	4,50
Abdução da anca	Esquerdo	15,00	9,13	17,50	7,58	18,57	8,52
	Direito	15,00	10,00	13,33	9,83	17,57	10,63
Rotação medial da anca	Esquerdo	18,33	16,02	18,33	16,02	20,71	13,67
	Direito	13,33	6,06	15,00	5,48	21,67	7,53
Rotação lateral da anca	Esquerdo	15,00	12,25	16,67	9,83	17,86	10,35
	Direito	13,33	9,83	15,00	7,75	18,57	6,27
Flexão do joelho	Esquerdo	82,86	38,82	83,33	37,51	101,43	36,71
	Direito	74,29	26,84	69,17	15,63	96,43	36,37
Extensão do joelho	Esquerdo	1,43	2,44	1,67	2,58	,00	,00
	Direito	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Flexão plantar da tibiotársica	Esquerdo	22,86	13,80	23,33	13,29	31,43	12,82
	Direito	22,86	8,09	25,00	10,49	30,71	8,86
Dorsiflexão da tibiotársica	Esquerdo	5,00	7,64	6,67	7,53	9,29	5,35
	Direito	6,86	4,18	8,33	2,58	10,71	4,50

#### 4.4 Caracterização do Nível de Dor

Já para o nível de dor, na tabela 7 estão patentes as estatísticas, de onde salientamos em termos médios a tendência de uma evolução positiva (diminuição) do nível de dor manifestado desde a 1ª até à 3ª avaliação.

**Tabela 6:** Estatísticas relativas ao nível de dor

	1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação	
	Média	Dp	Média	dp	Média	dp
Nível de dor	6,57	1,62	4,17	1,83	1,71	0,76

#### 4.5 Caracterização da avaliação da força muscular (Escala de *Lower*)

Na tabela seguinte estão patentes as estatísticas relativas a cada uma das articulações anatómicas abordadas, quer à direita, quer à esquerda, de onde salientamos em termos médios a tendência de uma evolução positiva (aumento) da força muscular obtida por segmento da 1ª avaliação para a 2ª; e também da 2ª para a 3ª avaliação.

**Tabela 7:** Estatísticas relativas à avaliação da força muscular (*Lower*)

		1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação	
		Média	Dp	Média	dp	Média	dp
Flexão da coxofemural	Direito	3,57	1,13	3,50	0,84	4,14	1,07
	Esquerdo	2,29	1,25	2,83	1,33	3,43	0,79
Extensão da coxofemural	Direito	3,86	1,35	3,83	1,17	4,14	1,07
	Esquerdo	3,00	1,15	3,67	1,03	3,57	0,98
Abdução da coxofemural	Direito	3,86	1,35	3,67	1,37	4,00	1,15
	Esquerdo	2,43	1,51	3,33	1,37	3,57	1,27
Adução da coxofemural	Direito	3,57	1,13	3,83	1,17	4,14	1,07
	Esquerdo	2,71	1,25	3,33	1,37	3,57	1,27
Flexão do joelho	Direito	4,43	0,98	4,50	0,84	4,71	0,76
	Esquerdo	3,71	0,95	4,00	0,89	4,43	0,53
Extensão do joelho	Direito	4,43	0,98	4,50	0,84	4,71	0,76
	Esquerdo	3,71	0,95	4,00	0,89	4,43	0,53
Dorsiflexão da tibiotársica	Direito	4,71	0,49	4,83	0,41	4,86	0,38
	Esquerdo	3,86	1,07	4,00	0,89	5,00	0,00
	Direito	4,71	0,49	5,00	0,00	5,00	0,00

<b>Flexão plantar da tibiotársica</b>	<b>Esquerdo</b>	4,14	0,90	4,33	1,03	5,00	0,00
---------------------------------------	-----------------	------	------	------	------	------	------

#### 4.6 Caracterização do equilíbrio (Índice de Tinetti)

Já para o *score* obtido no Índice de *TINETTI*, na tabela 9 estão patentes as estatísticas, de onde salientamos em termos médios a tendência de uma evolução positiva (aumento) do nível de equilíbrio manifestado desde a 1ª até à 3ª avaliação.

**Tabela 8:** Estatísticas relativas ao nível de equilíbrio (Índice de *TINETTI*)

	1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação	
	Média	dp	Média	Dp	Média	dp
<b>Score TINETTI</b>	6,86	2,27	14,50	5,79	23,14	1,46

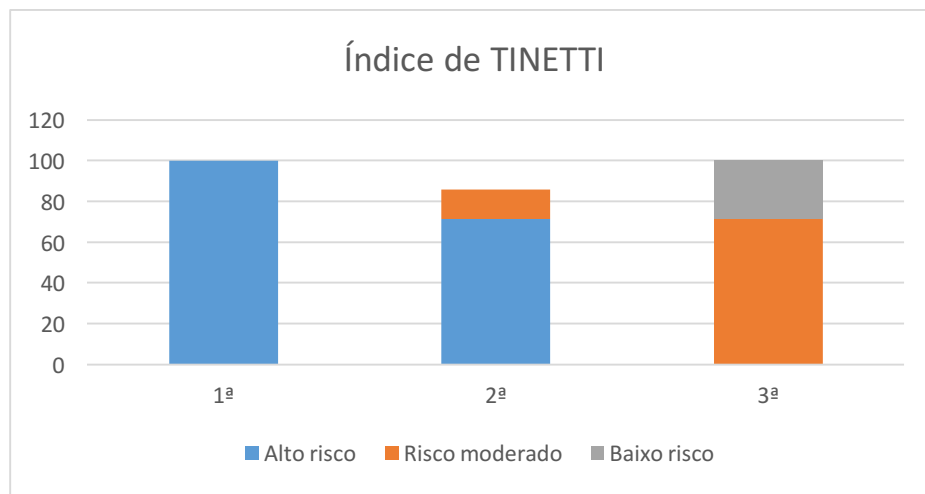
Relativamente ao risco de queda por alteração do equilíbrio, obtido no Índice de *TINETTI*, constatamos que a totalidade dos elementos tem alto risco na 1ª avaliação (100,0%); 71,4% alto risco e 14,3% risco moderado na 2ª avaliação; e na 3ª avaliação 71,4% risco moderado e 28,6% baixo risco.

**Tabela 9:** Caracterização do risco no teste de *TINETTI*

Risco	Frequência	
	nº (7)	% (100.0)
<b>1ª avaliação</b>		
Alto risco	7	100,0
<b>2ª avaliação</b>		
Alto risco	5	71,4
Risco moderado	1	14,3
<b>3ª avaliação</b>		
Risco moderado	5	71,4
Baixo risco	2	28,6



**Gráfico 3:** Caracterização do risco no teste de *TINETTI*



#### 4.7 Caracterização do risco de queda (Escala de *Morse*)

A variável *MORSE* (*score*) dos inquiridos revela um valor médio de  $64,29 \pm 20,50$  pontos, um valor a oscilar entre um mínimo de 40 pontos e um máximo de 90 pontos (cf. Tabela 11). É ainda de salientar uma dispersão elevada ( $CV > 30\%$ ) dos valores em torno da média.

**Tabela 10:** Estatísticas relativas à escala de *MORSE*

	n	Min.	Max.	Média	dp	CV (%)
<b>Score MORSE</b>	7	40	90	64,29	20,50	31,89

Relativamente ao risco de queda por (*MORSE*), constatamos que a maioria dos elementos apresenta alto risco com 85,7%. Apenas 14,3% revelam risco moderado.

**Tabela 11:** Caracterização do risco de queda (*MORSE*)

MORSE	Frequência	
	nº (7)	% (100.0)
<b>Risco de queda</b>		
Risco moderado	1	14,3
Alto risco	6	85,7

#### 4.8 Caracterização da medida de independência funcional (MIF)

Já para o *score* obtido na MIF, na tabela 13 estão patentes as estatísticas, de onde salientamos em termos médios a tendência de uma evolução positiva (aumento) do nível de

independência funcional manifestado desde a 1ª até à 3ª avaliação. Calculamos ainda o Ganho Funcional Percentual dos utentes da seguinte forma:

$$GF(\%) = \frac{(\text{score funcional da 1ª avaliação})}{(\text{score funcional da 3ª avaliação} - \text{score funcional da 1ª avaliação})} \times 100(\%)$$

Assim, pela análise da tabela 13, constatamos um ganho funcional médio da amostra em 31,36% após intervenção do enfermeiro de reabilitação.

**Tabela 12:** Estatísticas relativas aos parâmetros da MIF

	1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação		Ganho Funcional (%)	
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	Média	dp
Score MIF	76,71	8,60	86,00	9,80	100,00	7,81	31,36	13,66

## 4.9 Discussão

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 7 pessoas submetidas a ATA por etiologia degenerativa osteoarticular com coxartrose, sendo 4 mulheres e 3 homens, com uma média de idade de 63,43±16,96 anos. Também se verificou que a maioria da amostra se encontra casada, encontrando-se uma pequena percentagem no grupo de pessoas solteiras ou divorciadas, demonstrando pouca expressão na amostra total. A escolaridade dos participantes encontra-se relacionada com o nível de literacia, influenciando a capacidade individual cognitiva na aquisição de competências, pensamento crítico e resolução de problemas. Verifica-se que o nível de escolaridade amostra é maioritariamente baixo, que segundo Hoeman (2011), um nível de literacia baixo implica uma menor assimilação das intervenções e ensinos, implicando assim custos mais elevados e nomeadamente maiores taxas de internamento hospitalar. O INE (2022) revela que, em 2020, 73,8% da população com idade ≥65 anos tinha associado á sua perceção de saúde, a existência de doenças crónicas, nomeadamente a doença degenerativa osteoarticular com coxartrose, sendo as mulheres e a população idosa (60,8%) as que relataram ter com mais frequência, algum tipo de limitação na execução das suas AVD's, incluindo pessoas com ATA. Yip (2018), a ATA é aconselhada, por norma, a pessoas com idades superiores a 60 anos, com diagnóstico de artrose com evolução avançada e que manifestam dor grave e crónica na anca, apresentando alguns riscos associados à idade e à própria cirurgia. Solarino et al. (2021) realizaram um estudo retrospectivo com 63 mulheres e 24 homens, com uma média de idade de

53 anos, submetidos a ATA por etiologia degenerativa osteoarticular com coxartrose. A média do IMC era de 29,8 kg/m<sup>2</sup> (intervalo 27,1-35,6 kg/m<sup>2</sup>), o que está parcialmente em conformidade com o presente estudo, onde a média do IMC das 7 pessoas submetidas a ATA era 27,57±4,79 kg/m<sup>2</sup>, um valor a oscilar entre um mínimo de 20,58 kg/m<sup>2</sup> e um máximo de 34,48 kg/m<sup>2</sup>. No referido estudo as principais indicações para a cirurgia foram dores graves na anca e incapacidade funcional considerável. As evidências científicas mostram que a ATA é atualmente a melhor opção cirúrgica para a patologia degenerativa osteoarticular com coxartrose (Bahadori, et al., 2022; Solarino, et al., 2021; Withers, et al., 2016). Seguindo-se o preconizado pelas evidências científicas, a finalidade do plano de intervenção pós-operatório foi atingida, uma vez que permitiu melhorar o desempenho nas AVD's e reduziu o tempo de internamento. A reabilitação pós-operatória nas pessoas submetidas a ATA, implicou maior exigência na execução dos cuidados por parte do EEER, resultante das limitações da mobilidade e confinamento na cama a que os doentes estão sujeitos, sendo por isso necessário o estabelecimento de diagnósticos concretos, objetivos claros e intervenções que possibilitem a recuperação funcional dos doentes (Colibazzi, et al., 2020). O *empowerment* dá um forte contributo às pessoas com défice de funcionalidade na satisfação das suas necessidades, permitindo-lhes assumir diferentes graus de responsabilidade nas suas tomadas de decisões, uma vez que deriva do seu processo de autoconsciência (Huang, 2017). Segundo Gill e McBurney (2013, citado por Huang, 2016), a realização de exercícios e a implementação de programas de reabilitação auxiliam na redução da dor e na promoção do seu Status funcional. Ainda segundo o estudo que este autor realizou, demonstra que a intervenção do EEER tem como objetivo melhorar a competência no autocuidado, desenvolvendo determinado grau de autocontrolo a partir do conhecimento adquirido. A avaliação de um programa de reabilitação é feito de acordo com os resultados obtidos no nível de eficácia nas AVD's, na mobilidade, na competência no autocuidado e na qualidade de vida adquirida, enfatizando e capacitando a pessoa no seu papel ativo de tomador de decisão na resolução de problemas, inculcando uma perceção de que se encontram totalmente capacitados para atingir os objetivos desejados (Huang, 2017).

No presente subcapítulo a discussão de resultados derivados da implementação do projeto de intervenção, pressupõe avaliar a efetividade do programa e comprovar a eficácia da intervenção do enfermeiro de reabilitação, tanto nas alterações físicas e psicológicas resultantes da ATA, que resultam num défice de autocuidado e caso esse défice não seja colmatado pela intervenção do ER, as pessoas terão maior dificuldade de reintegração na comunidade (Santos, 2018; Yip, 2018; Van den Eeden & Van Den Eeden, 2018), permitindo afirmar que a Enfermagem

de Reabilitação é um fator chave para cuidar e capacitar as pessoas submetidas a ATA, de forma a maximizar a sua capacidade funcional, objetivando a máxima independência e o desempenho seguro das atividades de autocuidado. Neste sentido, o sucesso da intervenção cirúrgica de ATA e consequentemente o *empowerment* e autonomia atingida pela pessoa, depende da “assimilação de conhecimentos, dos ensinamentos fornecidos à pessoa” e da capacidade do EEER em integrar esses cuidados nas AVD, para promoção da preservação da articulação (Dias, et al., 2021). O papel do EEER no cuidado à pessoa com ATA consiste em educar, prestar um cuidado seguro e competente e colaborar na coordenação do cuidado prestado pela equipa multiprofissional (Dumolard, et al., 2017). Deste modo, os cuidados de enfermagem de reabilitação implementados no projeto de intervenção permitiram responder às necessidades reais das pessoas após a ATA, especialmente ao nível da capacitação para a independência na realização das suas AVD. Teve-se também em conta a necessidade de se instruir os participantes acerca dos cuidados na prevenção da luxação da prótese, designadamente sobre a utilização de uma almofada entre as pernas; a não flexão da anca operada mais de 90º, não cruzarem as pernas e não se sentarem. Os resultados obtidos com a implementação destas intervenções estão em conformidade com a literatura (Colibazzi, et al., 2020; Garção & Grilo, 2019; Hommel, et al., 2019; Madara et al., 2019), não se verificando ao longo da implementação do projeto qualquer ocorrência de luxação de prótese durante o período de internamento dos participantes, comum nos primeiros dias de pós-operatório e que se prolongam durante as primeiras semanas pós-status cirurgia, devendo-se principalmente à reeducação funcional motora durante a realização das suas AVD's e à fomentação da capacitação para o autocuidado, essencialmente para “melhorar a funcionalidade, maximizando a recuperação global e marcha eficaz”, promovendo “as suas capacidades e redefinindo estratégias para a promoção da reinserção social, familiar e profissional” (Garção & Grilo, 2019, p. 41).

Henriques (2020) salienta que a reabilitação dos doentes após ATA, implica uma intervenção precoce através de implementação de programas específicos em cada caso, devendo ser encorajada a mobilização precoce no dia da cirurgia, para diminuir a duração do internamento, as complicações e preparar a pessoa para o autocuidado, o que se traduz numa melhor qualidade de vida, ou seja, com aumento da capacidade funcional motora que lhe permita um elevado nível de independência. As intervenções implementadas no plano de reabilitação tiveram em vista e permitiram não só a rápida reabilitação da pessoa após a ATA, incluindo o incentivo da pessoa para a mobilização precoce no dia da cirurgia, como também a finalidade de minimizar o tempo do internamento, reduzir possíveis complicações, transmitir

ensinos à pessoa para o seu autocuidado, com a respetiva promoção do movimento e da funcionalidade autónoma e independentemente, tal como também defende Yip (2018). Tendo em conta as recomendações do mesmo autor, estimulou-se a deambulação o mais precocemente possível nos participantes do projeto de intervenção, recorrendo-se a auxiliares de marcha, como a bengala, as canadianas ou o andarilho, como forma de impedir que ocorram complicações relacionadas com a ausência de exercícios prolongados devido ao excesso de tempo de imobilidade, alteração do padrão de marcha com repercussões na restrição da mobilidade e consequentemente em mudanças psicológicas como a depressão e reinserção da vida social, com perda significativa da autonomia e independência. Estas recomendações também são sugeridas por outros autores (Garção & Grilo, 2019; Henriques, 2020; Marques-Vieira & Gonçalves, 2021; Mori et al., 2017). Assim, durante a realização de exercícios funcionais, a pessoa com mobilidade comprometida deve ser instruída a realizar os exercícios delineados, o que se traduzirá na melhoria da realização das AVD's (Yip, 2018). Importa salientar que o uso de auxiliares de marcha apropriados resulta no aumento na melhoria da independência e da funcionalidade da pessoa em termos de realização das suas AVD, uma vez que lhe proporciona segurança e, consequentemente, maximiza a sua qualidade de vida (Dias et al., 2021; Faria, et al., 2020; Marques-Vieira & Gonçalves, 2021; Solarino, et al., 2021).

De forma a se proceder a uma avaliação da capacidade funcional que se traduza em melhoria da performance no autocuidado, a escala de MIF permitiu visualizar melhorias do nível de independência durante a realização do autocuidado, e que se encontram intimamente associadas á intervenção do ER á pessoa, quer pela assimilação de conhecimentos, como pela aquisição de competências durante a fase de treino e instrução. A utilização de crioterapia foi também extremamente benéfica na diminuição da dor permitindo o desenvolvimento de competências diárias durante o autocuidado. Verificou-se uma relação entre a MIF e a capacidade funcional da pessoa, verificando-se uma evolução francamente positiva na evolução do grau de dependência, tal como se verifica no score durante os três momentos de avaliação, ocorrendo uma média funcional de 31,36. Assim, conclui-se que foi crucial instruir/treinar os participantes para o autocuidado, seguindo-se o modelo da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, que defende cuidados globais centrados nas pessoas e na saúde. O modelo do autocuidado de Orem segue um padrão, cujo objetivo consiste na melhoria da capacidade no autocuidado das pessoas com défice funcional, especialmente as que sofrem de doenças que causam limitações funcionais para a realização das AVD, como era o caso de todos os participantes neste estudo. Assim, pode-se afirmar que um dos pilares do projeto



implementado, se encontra sustentado na Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem de Orem, mais concretamente na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, uma vez que é a teoria que melhor integra a promoção do autocuidado das pessoas após ATA, possibilitando determinar ao enfermeiro, a forma como as pessoas podem responder às necessidades identificadas, proporcionando a cada um dos participantes, intervenções individualizadas e uma avaliação de funcionalidade que permitiu compreender e avaliar o grau de dependência de cada pessoa. Neste âmbito referencia-se o estudo de Su et al. (2021), cujo objetivo era determinar os efeitos de um programa baseado na teoria do autocuidado de Orem na qualidade de vida de pessoas que tinham fraturado a anca e submetidas cirurgicamente a ATA. O referido estudo clínico foi realizado em 130 pessoas idosas distribuídas aleatoriamente em dois grupos: grupo de intervenção e grupo de controlo. Os dados foram recolhidos através de questionários validados, incluindo a escala visual analógica e o Índice de *Barthel*. O grupo experimental foi tratado de acordo com o modelo de autocuidado de Orem e o grupo de controlo foi tratado com base no modelo de cuidados convencionais. Os resultados médios da escala visual analógica da dor e do Índice de *Barthel* uma semana após a cirurgia no grupo experimental foram significativamente diferentes dos do grupo de controlo. Verificou-se também uma diminuição da dor e um aumento da capacidade funcional, seis semanas após a ATA. Em comparação com o grupo de controlo, a diferença de complicações reduziu significativamente no grupo de intervenção. Os mesmos autores concluíram que a intervenção educacional de acordo com o modelo de autocuidado de Orem foi eficaz na promoção da capacidade de autocuidado para pessoas com ATA, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo significativamente as complicações perioperatórias. Por conseguinte, é fundamental referir que este foi o modelo seguido na reabilitação das 7 pessoas que integraram o programa de reabilitação após ATA. Esta estratégia permitiu a sistematização das intervenções realizadas, conseguindo-se maximizar ganhos no autocuidado e ao nível da capacidade da pessoa na execução das suas AVD's, garantindo assim também a continuidade de cuidados para o domicílio. De igual modo, recorreu-se a técnicas de exercício muscular no leito, de acordo com o grau de tolerância de cada pessoa, designadamente: contrações isométricas abdominais/glúteas/quadrícipite, com elevação da bacia e extensão completa da articulação coxofemoral associada com extensão completa do joelho. Os participantes foram treinados e instruídos com técnicas de exercício musculo-articular, de acordo com o grau de tolerância de cada um, realizando-as o mais precocemente possível, verificando-se que após estas intervenções, em cada uma das articulações anatómicas, quer à direita, quer à esquerda, revelaram uma evolução positiva (aumento) da amplitude articular obtida por segmento da

primeira avaliação até à terceira avaliação (flexão da anca, extensão da anca, abdução da anca, adução da anca, flexão do joelho, extensão do joelho, dorsiflexão da tibiotársica e flexão plantar da tibiotársica). Como refere Santos (2019), os programas de reabilitação da pessoa submetida a ATA têm um efeito positivo ao nível de independência funcional e no autocuidado. Contudo, é de salientar que a recuperação da pessoa não ocorre totalmente ao longo do internamento, o que torna essencial a atuação do EEER ao nível da transição para o domicílio, efetivando-se uma continuidade dos cuidados, ou seja, permite à pessoa ficar capacitada para a sua transição para a nova condição (Dias, et al., 2021; Santos, 2019), tal como é evidenciado na teoria das Transições (Meleis, 2012). As intervenções na função motora melhoraram, o que permitiu uma restituição da função articular da anca, promovendo o arco de movimento fisiológico, de modo a maximizar a independência funcional da pessoa, observando-se uma melhoria substancial da qualidade de marcha, amplitude articular, no autocuidado e AVD's, apresentando melhorias significativas até ao momento da alta hospitalar, ou seja, a transição e a capacitação do doente bem como da família tornam-se evidentes para dar continuidade aos cuidados de reabilitação após o momento da alta hospitalar. A revelação destes resultados permite comprovar que a capacitação ou *empowerment*, permite um envolvimento da pessoa e dos seus cuidadores na sua reabilitação, tornando-se um preditor do seu estado de saúde com maior impacto nos ganhos em saúde.

Em relação á dor, este sinal e sintoma afeta negativamente a perceção da qualidade de vida da pessoa, interferindo nas suas AVD's, sendo necessárias estratégias definidas pelo enfermeiro de reabilitação para minimizar o desconforto causado pela intervenção cirúrgica, tornando-se evidente uma atuação nos domínios funcionais da execução de tarefas causadas pela incapacidade física, que limita significativamente o desempenho independente e que interfere com o estadio emocional. Assim de acordo com os resultados obtidos verificou-se uma diminuição da dor relatada pelos participantes desde a primeira avaliação até à terceira avaliação, com valores médios a demonstrarem uma tendência de evolução positiva da força muscular obtida por segmento desde a primeira avaliação até à terceira avaliação, ou seja, houve ganhos da força muscular por parte dos participantes em cada uma das articulações anatómicas quer à direita, quer à esquerda, através da avaliação realizada com a Escala de *Lower*. O objetivo de aumentar a força muscular no membro intervencionando e manter a força no membro não afetado foi conseguido através da implementação de exercícios isotónicos, isométricos e exercícios de amplitude articular. Ao compararmos a força muscular média, entre o membro operado e o membro não operado, constatamos que o membro intervencionado

cirurgicamente não obtém o mesmo valor, experienciando uma diminuição da força muscular comparativamente com a perna saudável, ou seja, existe uma relação entre o período de mobilidade/imobilidade e o tónus muscular. Apesar de não ser possível atribuir as melhorias ao programa de reabilitação, já que não existe grupo de controlo, mas de acordo com os valores e resultados apresentamos podemos inferir que ocorrem ganhos efetivos ao longo dos momentos de avaliação. Os scores obtidos através da *Tinetti* revelaram uma evolução positiva do aumento do nível de equilíbrio desde a primeira até à terceira avaliação, o que se traduziu também na diminuição do risco de queda, pois, inicialmente todos os participantes, na primeira avaliação apresentavam alto risco de queda por alteração do equilíbrio (100,0%), o que foi diminuindo ao longo da intervenção, demonstrado por 71,4% de risco moderado e 28,6% de baixo risco de queda na terceira avaliação. A corroborar os scores da Escala de Morse revelam um valor médio de  $64,29 \pm 20,50$  pontos, um valor a oscilar entre um mínimo de 40 pontos e um máximo de 90 pontos, ou seja, 85,7% das pessoas apresentou alto risco de queda e 14,3% risco moderado. Assim, constatou-se um ganho funcional médio da amostra em 31,36% após intervenção do programa de reabilitação motora. O facto de se terem registado scores indicativos de baixo risco de queda pode ser justificado quer pela intervenção cirúrgica, quer pelo acompanhamento/intervenção do EEER. É necessário ter em consideração que o risco de queda em pessoas submetidas a ATA está intimamente associado á assunção da segurança durante as intervenções de reabilitação. Estes resultados estão em conformidade com os obtidos por Dias et al. (2021), cujo estudo de caso com uma mulher de 67 anos submetida a ATA por coxartrose, através de um programa de reeducação funcional motora semelhante ao aplicado no presente estudo, houve um aumento da força muscular e da amplitude articular no membro intervencionado, revelando a doente melhorias no equilíbrio corporal e independência na realização das AVD, bem como uma redução do risco de queda e intensidade da dor. A ATA, como demonstram as evidências científicas, está relacionada com uma melhoria da capacidade funcional da pessoa, reduzindo a incapacidade funcional verificada no pré-operatório para ganhos de melhoria no pós-operatório, com maior evidência em pessoas inseridas em programas de reabilitação funcional motora por parte do Dias et al. (2021), Henriques (2020) e Madara et al. (2019). Os mesmos autores são unânimes ao referirem que a realização de um programa individualizado de reabilitação no pós-operatório possibilita a melhoria, a curto prazo, da qualidade de vida das pessoas, dado que aumentam a sua força muscular, a amplitude articular, com redução da dor e diminuição do risco de queda. Estudos realizados em Portugal

com a intervenção do EEER revelam melhorias significativas quer ao nível da qualidade de vida, quer de independência funcional, mobilidade e equilíbrio (Dias, et al., 2021).

Através do programa foi possível fazer uma avaliação objetiva da aquisição de competências na reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora, como demonstra o plano de intervenção à pessoa submetida a ATA, ou seja do processo de capacitação de cada participante com *deficit* motor e/ou limitação da capacidade funcional, percebendo assim se existiu melhoria do seu nível de conhecimento e capacidade, permitindo perceber se e como a pessoa se encontra empoderada para as suas tomadas de decisão, refletindo-se assim na maximização da sua autonomia e por conseguinte mais independente na realização das suas AVD's. De acordo com os resultados obtidos, foi possível constatar que todos os participantes se encontraram capacitados para a maioria da realização das suas AVD's. Assim, de um modo geral, todos os doentes, ao longo das intervenções, obtiveram ganhos de competências, tal como se verificou através dos resultados da avaliação de competências (Apêndice VIII) ao nível da reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora. Perante estes factos, pode-se afirmar que os 7 participantes tiveram ganhos ao nível da capacitação de competências, com totalidade da recuperação das pessoas que integraram o programa, evolução favorável e marcha eficaz no momento da alta, demonstrando ganhos da efetividade do Programa de Reabilitação. Estes resultados corroboram os encontrados por Garção (2019), que implementou um programa de reabilitação funcional motora em 3 pessoas submetidas a ATA, tendo constatado ganhos ao nível do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal e da amplitude articular das articulações avaliadas, com progressiva diminuição da sintomatologia dolorosa. À semelhança do presente estudo, a mesma autora também registou que nenhum dos doentes apresentou défices de conhecimento, ainda que dois deles tivessem revelado algumas dificuldades em relação à deambulação com auxiliar de marcha e transferências, bem como no que respeita a comportamentos de prevenção de luxação da prótese, o que segundo a autora, se justificou com o facto de serem pessoas idosas. A intervenção de enfermagem de reabilitação após a alta é um processo de reabilitação de longo prazo essencialmente que ajuda na melhoria da funcionalidade da articulação coxofemoral e na qualidade de vidas pessoas afetadas, uma vez que a adesão a estes programas de reabilitação influenciará o nível de satisfação e conseqüentemente a autonomia da pessoa (Luo, et al., 2019). Além da implementação do programa, o aconselhamento, apoio, conforto, ajuda e encorajamento ajudam significativamente na orientação de uma atitude positiva, melhorando o seu nível de confiança, desempenhando um papel ativo na sua reabilitação (Luo, et al., 2019).



Os mesmos autores sustentam esta premissa referindo que as evidências científicas mostram que as pessoas que não foram sujeitas a programas de reabilitação funcional respiratória e motora durante o internamento tiveram uma recuperação mais demorada e, inclusive, reinternamentos. Neste sentido, pode dizer-se que o EEER desempenha um importante papel na recuperação pós-operatória, tendo em conta as características individuais dos doentes e em particular a presença de comorbilidades, uma vez que estas podem ter uma influência significativa na recuperação após a artroplastia.

As intervenções foram dirigidas de forma individual a cada pessoa, tendo por base a reabilitação funcional motora, a reeducação funcional respiratória e o treino das AVD's, mas também focalizadas na família/cuidador informal, para que houvesse uma efetiva continuidade de cuidados. Pretendeu-se assim, que as pessoas submetidas a ATA alcançassem dentro do possível a independência, ou seja, a sua capacidade para realizar as AVD's. Com a melhoria dos seus níveis de dependência, houve um aumento da sua capacidade no autocuidado, inicialmente comprometida, traduzindo-se em satisfação por parte de cada pessoa, bem como para a família/cuidador informal. As alterações da marcha, a redução da velocidade, comprimento do passo, bem como alterações nas fases de apoio, que resultaram num declínio funcional no pós-operatório imediato, foram trabalhadas e resultaram num aumento da independência e ganhos de autocuidado. Para tal, recorreu-se às competências específicas do EEER, pois é de sua competência cuidar das pessoas em cada fase da sua vida, capacitá-las e maximizar o seu potencial de funcionalidade. Neste âmbito, o EEER nesta fase de recuperação é cada vez mais essencial, pela proximidade que mantém com a pessoa e ao nível da definição das suas reais necessidades individuais, bem como pelas competências especializadas na área e pela abrangência e atualidade dos programas de reabilitação.

## **5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

### **5.1 Introdução**

A evolução dos padrões de qualidade reflete-se pela mudança nos cuidados de enfermagem e pelo desenvolvimento de competências e papéis, permitindo desenvolver no EEER um pensamento autorreflexivo e crítico que lhe permita fundamentar a prática clínica sustentado em *outcomes* científicos, individualizados e autónomos (Mártires, et al., 2019). Partindo de pressupostos como os juízos clínicos e intervenções especializadas, o Enfermeiro



Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é instruído na identificação e satisfação de necessidades, estabelecendo diagnósticos, planeando e implementando intervenções, de modo que a análise dos resultados obtidos conduza a uma avaliação e reestruturação do plano de cuidados, tendo sempre em conta as expectativas e a qualidade de vida da pessoa. Deste modo, é fundamental exercer uma análise retrospectiva e reflexiva da nossa praxis, com tomadas de decisão suportadas pela aquisição e desenvolvimento de competências, de forma a corroborar uma resposta individualizada às necessidades da pessoa, potencializando a sua autonomia e independência (Mártires, et al., 2019; Peixoto & Peixoto, 2016; Pereira, 2016). Esta operacionalização de saberes reflete-se no âmbito da prática clínica, através das competências do enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros na qual se reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do nº3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (O.E. 2019a), o que permite cuidar de pessoas com necessidades especiais, nos diversos contextos da prática clínica ao longo do seu ciclo de vida. Perante as competências descritas, a reabilitação compreende um vasto conjunto de conhecimentos e procedimentos que permite ajudar as pessoas com múltiplas patologias e sequelas, de forma a maximizar a sua capacidade funcional, independência e autonomia, promovendo a qualidade de vida (Pestana, 2016). O desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre do EEER, dignifica uma prática especializada à pessoa com alteração funcional respiratória/motora/neurológica, capacitando a pessoa com alterações funcionais nas suas limitações de AVD's e AIVD's, de forma a promover a reinserção do seu exercício de cidadania. As competências supramencionadas encontram-se em concordância com o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, alicerçado por pilares como o raciocínio crítico e evidência científica.

## **5.2 Competências comuns do enfermeiro especialista**

A aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista encontra-se contemplada no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019 de 3 de fevereiro de 2019, sendo-lhe atribuído competências técnico-científicas e humanas na prestação de cuidados especializados e na sua área de atuação, ao qual lhe confere a existência de 4 domínios: “a - Responsabilidade profissional, ética e legal (artigo 5.º); b - Melhoria contínua da qualidade (artigo 6.º); c - Gestão dos cuidados (artigo 7.º); d - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (artigo 8.º)”. Assim, denominamos por competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), segundo a OE

(2019a), as competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação e/ou especialização, centralizadas na elaboração, gestão e supervisão dos cuidados, bem como na educação, liderança e investigação. No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal, é imperioso gerir corretamente o conhecimento e as competências, uma vez que a prestação de cuidados de enfermagem especializados ajuda na construção do seu projeto individual de saúde, no qual se deve adotar sempre condutas que dignifiquem a pessoa cuidada, guiando-nos por princípios éticos e regido por deveres deontológicos que privilegiem a restituição da sua capacidade funcional.

Em todos os contextos de intervenção, o respeito pela capacidade de decisão da pessoa, deve perdurar em todas as nossas decisões, planificações e intervenções, uma vez que se encontra subjacente direitos como a autodeterminação, individualidade, liberdade e dignidade (OE, 2015). Por isso, quando se fala no cuidar em saúde, o nosso pensamento é imediatamente canalizado para a pessoa enquanto doente, sob uma perspetiva vulnerável, vivendo com a possibilidade de que outros seres humanos, lhe possam causar algum sofrimento ou dano. Um dos princípios que deve estar presente no nosso quotidiano profissional é o Princípio da Vulnerabilidade, no qual a pessoa enfrenta um processo de doença e se torna dependente de prestadores de cuidados, encontrando-se sujeita ao risco, ao sofrimento, à dor, deixando de traçar as suas próprias metas. Perante este compromisso, o Princípio da Responsabilidade surge como um dever para com o cuidado, que segundo OE (2015, p.44) “os enfermeiros são profissionalmente responsáveis pelos seus atos.”, já que o enfermeiro define o seu exercício profissional de acordo com a responsabilidade que detém, perante o respeito dos direitos humanos e a excelência dos cuidados. Quando a responsabilidade reconhece o ato de se encontrar associado a alguém, significa que lhe está a atribuir ou imputar uma obrigação ou dever (OE, 2015). Responsabilidade é aquela que se exerce no compromisso designado perante o que nos está encarregue, tendo o dever de responder perante o que nos foi atribuído. Enquanto enfermeiros, assumimos o desígnio que nos foi atribuído, ou seja, agir de forma correta, de acordo com valores e princípios considerados nobres, sempre com a preocupação de garantir a defesa da dignidade, autonomia e liberdade humana, contribuindo deste modo para a qualidade em cuidados de enfermagem explícitos no Artigo 109.º alínea a), b) e d) (Lei nº156/2015).

A elaboração e implementação de um projeto de estágio, requer a sua prévia reflexão, sendo imperativo a submissão do mesmo na Comissão de Ética da entidade, bem como o seu parecer positivo. Para que o presente projeto elaborado fosse implementado, foi necessário

recorrer à Comissão de Ética da ULSBA, EPE para que o mesmo fosse executado, ao qual deu o seu parecer positivo (Anexo III), levando sempre em consideração os princípios éticos de investigação (Nunes, 2020). Durante a sua implementação foi aplicado o consentimento informado, no qual se recorreu a uma linguagem clara e objetiva que permitisse à pessoa informada a compreensão da informação transmitida, permitindo à pessoa decidir de forma voluntária, livre e esclarecida, através da sua assinatura no consentimento se pretendia ou não integrar o projeto. A denotar que foi sempre salvaguardado o direito da pessoa de recusar ou revogar a sua participação no estudo a qualquer momento, respeitando sempre a sua vontade, mesmo quando os objetivos estabelecidos não eram passíveis de atingir, conforme afirma Deodato (2016). A colheita de dados de cada pessoa foi respeitada de acordo com o direito à confidencialidade e anonimato, estando o enfermeiro obrigado ao sigilo profissional, mensurado no artigo 85º da Deontologia Profissional de Enfermagem (OE,2015).

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, é fundamental que o enfermeiro, procure a excelência do cuidar em todas as intervenções e ações que executa, mantendo-as em conformidade com as necessidades individuais de cada pessoa, ao longo de todo o seu ciclo de vida (OE, 2015). O enfermeiro de reabilitação desenvolve estratégias que vão ao encontro da expectativa e satisfação da pessoa, não só através da motivação, mas principalmente através da implementação de cuidados personalizados e diferenciados baseados na conceção de planos de reabilitação definidos nos padrões de qualidade (Marques-Vieira & Gonçalves, 2021; (Martins, et al., 2018) que identificam problemas reais e potenciais que decorrem da alteração funcional do seu estado de saúde, estabelecendo como prioritário o acompanhamento e avaliação dos resultados de modo a contribuir para a satisfação individual, bem estar, maximização de todo o potencial e autonomia nas sua AVD's. A qualidade dos cuidados prestados resulta de um desenvolvimento gradativo das competências, não só pela assimilação de conteúdos bibliográficos, como também pela transmissão de conhecimento científico dos pares, experiência profissional, formação contínua em serviço, discussão de casos clínicos e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No âmbito do ensino clínico Respiratório, desenvolvido no serviço de Medicina Covid da ULSLA, tornou-se pertinente desenvolver uma ação de formação com o tema "SARS COV 2: Reabilitar em Internamento" (Apêndice IX). Contudo, a indisponibilidade da presença da enfª perceptora por motivos pessoais não permitiu a sua apresentação e a sua validação, que se encontrava programada para a última semana de novembro 2020. Perante um estado pandémico que naquele momento se atravessava, não existindo qualquer projeto implementado para a

melhoria da qualidade de vida da pessoa em contexto de internamento Covid, identificou-se a necessidade de realização desta ação de formação, que tinha como objetivo geral identificar as práticas de reabilitação respiratória em contexto de SARS COV2 durante o internamento. Definiu-se como objetivos específicos a aquisição de conhecimentos teórico-práticos de RFR, bem como conhecer os exercícios, recomendações e orientações em contexto de Covid durante o internamento e identificar os benefícios dos posicionamentos terapêuticos, nomeadamente o decúbito ventral (posição prona). Uma vez que a pandemia afetava maioritariamente os idosos, agravando significativamente o seu estado de saúde, já por si por vezes debilitado pelas inúmeras comorbilidades, principalmente de foro respiratório, ocorriam elevadíssimas taxas de internamento e era exigido aos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação uma aceleração na necessidade de resultados que melhorasse a qualidade de vida das pessoas afetadas por esta doença pandémica, aliviando diretamente os internamentos hospitalares. Para melhor caracterização clínica do COVID-19, foram desenvolvidas estimativas que apontam para períodos de incubação em média de 5 e 6 dias, que se podiam prolongar até 14 dias (Del Rio & Malani, 2020). Pessoas com sintomas de COVID-19 apresentam inicialmente uma radiografia do tórax normal, contudo, quando a imagem se altera, encontram-se definidas características tais como manchas assimétricas e difusas na opacidade do espaço aéreo (Hare, et al., 2020). Estes doentes apresentam consolidações irregulares bilaterais das bases pulmonares, que em simultâneo uma TAC do tórax revela infiltrados em vidro fosco (Del Rio & Malani, 2020; Wong, et al., 2020). De modo a compreender qual a capacitação e limitação da pessoa, o EEER deve intervir principalmente na reeducação funcional respiratória, investindo em exercícios respiratórios de expansão torácica, mobilização e drenagem de secreções privilegiada pela drenagem postural, posicionamentos terapêuticos como o decúbito ventral, manobras de vibração, fortalecimento muscular, focando a sua prestação de cuidados na recuperação funcional, autocuidado, preparação para a alta e regresso a casa, tornando-se fulcral a necessidade urgente de os Enfermeiros e especificamente do EEER em aliviar a sintomatologia desta doença na pessoa afetada, mais concretamente no alívio da sintomatologia respiratória, promovendo a diminuição das complicações resultantes da imobilidade e ansiedade (Rocha, 2020).

Durante o contexto de estágio clínico em internamento Medicina covid, surgiu também a oportunidade de participar e integrar projetos já existentes nos serviços, através da articulação de terapeutas da fala com os ER, nomeadamente na implementação de despiste de alterações da deglutição, utilizando-se como referência a escala de GUSS. O desenvolvimento e



consolidação de programas de deteção precoce no comprometimento da deglutição é cada vez mais uma necessidade imperativa no desenvolvimento de competências e intervenções pelo EEER (Moreira, et al., 2021). Assim, o programa de reabilitação para a reeducação face ao compromisso da deglutição, surge numa tentativa de avaliar precocemente quais os distúrbios da disfagia, de forma a implementar intervenções específicas que contribuam para a melhoria da função alimentar. Segundo ASHA (2020), uma serie de complicações e consequências da disfagia, como as pneumonias por aspiração, desnutrição, desidratação, as doenças pulmonares crónicas têm um severo impacto na qualidade de vida da pessoa e sua família. Diversos estudos mencionam que as pessoas com comprometimento da deglutição manifestam e demonstram retração por comer/beber, havendo necessidade de adaptar a pessoa à sua nova condição (ASHA, 2020). De referir, que as pessoas sem diagnóstico de disfagia, desenvolvem inconscientemente alterações de comportamento, aumentando a incidência de aspirações silenciosas (Wilkinson, et al., 2021). Deste modo EEER deve intervir na pessoa com comprometimento na deglutição, potencializando a sua capacidade funcional, prevenindo complicações, priorizando as competências e os padrões de qualidade devidamente regulamentados, visando sempre a satisfação da pessoa no seu processo de reabilitação.

No decorrer do estágio de músculo esquelética inserido na unidade curricular de Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final, que decorreu no serviço da ULS, percecionou-se que o envolvimento do ER na formação contínua dos enfermeiros de prestação de cuidados gerais através de ações de formação em serviço, é fundamental na divulgação do seu conhecimento que visam a melhoria de prestação de cuidados especializados na capacitação da pessoa com alterações de mobilidade, principalmente com patologia da anca. Para que se inicie um processo formativo, é imperativo que o ER tenha não só um conhecimento empírico e sólido do ambiente envolvente, como também, da intervenção que pretende fazer, ou seja, identificar de uma forma concreta e objetiva a resolução de um problema, sem esquecer variáveis como a caracterização da população. O levantamento das necessidades de formação, constitui-se como um dos elementos-chave na elaboração da primeira etapa da formação, determinando subsequentemente o curso de todas as restantes fases de todo o processo formativo. Realizar este levantamento é algo bastante complexo, não só porque requer conhecimento e domínio do ambiente envolvente para se proceder à recolha de dados, como também interpretar as necessidades que permitam fazer diagnósticos. Deste modo elaborou-se uma sessão de formação com o tema “Reabilitar: A pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATA” (Apêndice X), revisto e avaliado pela enfermeira perceptora.



Ao longo da realização dos ensinamentos clínicos foram sempre assegurados os princípios enunciados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2018), bem como os Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados de Enfermagem de reabilitação autorizados pela Mesa do colégio da especialidade (OE, 2018). Todas as intervenções permitiram incrementar capacidades de análise e planeamento de programas de melhoria contínua da qualidade, permitindo a efetivação de um ambiente seguro, tal como refere o artigo 6º do Regulamento n.º 140/2019

No domínio da Gestão dos Cuidados, o enfermeiro especialista tem o dever de implementar cuidados que melhorem a eficácia de resposta da equipa e sua articulação, de forma a ajustar e gerir os recursos disponíveis às diversas situações e contextualização de cuidados. Neste âmbito, o ensino clínico na unidade de reabilitação de cuidados continuados de média e longa duração situada no Hospital Conde Bracial em Santiago do Cacém, foi fundamental na compreensão da rede de cuidados continuados, pois não só permitiu a participação em reuniões de equipas multidisciplinares (enfermeiro, ER, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social), delineando e planeando cuidados individualizados a pessoas com défices cognitivos e mobilidade reduzida, como permitiu a articulação diária de prestação de cuidados especializados de reabilitação com as equipas multidisciplinares presentes. Perante isto os cuidados prestados foram geridos de acordo com o limiar de atuação do enfermeiro especialista com a equipa multidisciplinar. Durante os ensinamentos clínicos foi permitido tomar decisões de acordo com a prestação de cuidados especializados, após uma reunião inicial com a enfermeira/o perceptor. Assim, a aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados foi atingida, permitindo ao enfermeiro especialista desenvolver atividades de coordenação e supervisão na gestão de cuidados individualizados a cada pessoa, assumindo um papel de liderança na equipa multidisciplinar. É neste contexto, que a liderança tem vindo a assumir-se como um marco importante na conquista de excelência dos cuidados prestados, na medida em que influencia fortemente a satisfação dos profissionais envolvidos numa determinada equipa organizacional. O elemento-chave na gestão da liderança, dentro de um grupo de trabalho de enfermagem, é o enfermeiro chefe, o qual se torna um elemento decisivo no funcionamento eficiente da estrutura organizativa, alcançando consigo atributos motivacionais para a equipa que lidera (Fradique e Mendes, 2013). Esta esfera de segurança, confiança e aceitação mútua funciona como pilar na construção de ambientes favoráveis, na medida em que as pessoas são devidamente reconhecidas, sendo as suas necessidades notadas e valorizadas (Canastra & Ferreira, 2012). Nesta linha de pensamento (Carvalho, et al., 2021) ao

longo do tempo, os EEER foram desenvolvendo capacidades de liderança por serem pessoas em constante reflexão de aprendizagem uma vez que refletem sobre as suas práticas, sem persistirem em modelos observacionais ou de imitação. Segundo Silva et al. (2022), ser líder em enfermagem, significa fortalecer uma conduta profissional nos enfermeiros baseada na autonomia, contribuindo assim para uma influência positiva e um trabalho em equipa na articulação entre pessoas e equipas, promovendo a eficiência. Uma vez que os rácios enfermeiro-doente se encontram diminuídos, sem que as dotações seguras se encontrem cumpridas na esmagadora maioria dos casos, muitos dos enfermeiros especialistas assumem funções de enfermeiros generalistas, um problema associado não só à inerte falta de liderança como à falta de visão das instituições, impedindo muitas vezes que a potencialização de resultados obtidos junto da pessoa e os princípios éticos e deontológicos se imponham às *guidelines* dessas mesmas instituições (Borges, et al., 2021; Padilha, et al., 2021), promovendo uma insatisfação na prestação de cuidados e surgimento de complicações que podiam ser evitadas (Guerra, 2021). Em suma, durante o estágio a gestão de recursos foi sempre avaliada de acordo com as necessidades e carências dos serviços, sem pôr em causa a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, os recursos presentes nos serviços foram adaptados às necessidades individuais de cada pessoa, permitindo a maximização da capacidade funcional, a reintegração social, promovendo ganhos na funcionalidade, capacitando a pessoa para a independência e melhor qualidade de vida (Guerra, 2021).

No domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, durante a prática clínica, as intervenções foram realizadas com assertividade e fundamentadas com evidência científica, envolvendo uma constante necessidade de reflexão e procura de cuidados de excelência. Durante o meu desenvolvimento de competências no serviço de medicina covid, foi elaborado um estudo de caso de um participante, com o tema “Pneumonia a Covid-19” (Apêndice XI), que assentou num plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado. Durante o estágio de músculo esquelética, assisti ao Webinar da OE com o seguinte tema “Enfermagem de Reabilitação no utente do foro orto-traumatológico” (Anexo IV), que deu um forte contributo para o conhecimento de outras realidades e intervenções de ER em outras unidades hospitalares, na reabilitação de enfermidades crónico-degenerativas associadas a patologias da anca, com tratamento cirúrgico indicado para artroplastia total.

Ao compreendermos a inovação como uma solução na forma de encararmos e resolvermos um problema, permite dizer que quando se inova acrescenta-se valor, ou seja, apostasse em conteúdos de investigação, estudos e divulgação de resultados que contribuem

para a melhoria da qualidade dos cuidados, desenvolvendo-se estratégias com o objetivo de criar novo conhecimento que pode fazer a diferença na atuação do EEER (Martins, et al., 2021).

### 5.3 Competências específicas do enfermeiro especialista

A aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista encontra-se contemplada no artigo 4.º do Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio de 2019, publicado em Diário da República, que se enquadra na homologação, encontrando-se o EEER capacitado para cuidar de pessoas nos mais diversos contextos, determinando de acordo com as necessidades específicas da pessoa as respostas específicas adequadas, ao longo das fases de vida. O enquadramento conceptual que rege o exercício profissional especializado surge da conceptualização e especificidade dos cuidados prestados, continuando a sua aposta na melhoria contínua e obtenção de ganhos em saúde.

A observação contínua de dados reflete a produção de indicadores de saúde, encontrando-se os mesmos associados aos cuidados de EEER e aos padrões de qualidade, transcrevendo um paradigma de avaliação de qualidade e eficácia, que continuará a dar o seu contributo na criação de políticas de gestão de qualidade. A capacidade reflexiva sobre a prática de cuidados requer uma avaliação consciente, prudente e ativa na reabilitação da pessoa de modo a permitir a possibilidade de desenvolver a sua prática e conseqüentemente a sua competência. É durante o processo de aprendizagem que é realizada a assunção de competências, avaliando as experiências vividas com o objetivo de discernir sobre as mesmas, de modo a contribuir afincadamente para o desenvolvimento de políticas de gestão de qualidade. Quando falamos de aprendizagens, falamos também do desenvolvimento de um corpo científico assente numa componente teórico prática incorporada durante o estágio final em ER, aprendizagens essas que se converteram em desenvolvimento de competências que se encontram devidamente regulamentadas pelo regulamento de 2011, retificado em maio de 2019 e publicado em Diário da República:

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

A aquisição de competências foi paralelamente sustentada através de uma pesquisa contínua na área musculoesquelética no domínio da patologia da anca, indo de encontro ao tema

do projeto de intervenção implementado, reforçando ainda mais o meu contributo para a assunção de conhecimentos, desenvolvendo para tal uma revisão integrativa com o tema “Efetividade da reabilitação na pessoa após artroplastia da anca: uma revisão integrativa” (Apêndice XII). Ainda durante o presente ensino clínico foi elaborado e implementado o projeto de intervenção, no sentido de compreender e comprovar a efetividade da implementação de um programa de reabilitação em pessoas intervencionadas a artroplastia total da anca (Apêndice VIII). A aplicação deste projeto foi guiada por práticas fundamentadas em evidência científica que contribuíram para a melhoria da qualidade e excelência dos cuidados prestados, com uma ação benéfica na melhoria da capacidade funcional de indivíduos com dependência funcional, através do seu planeamento e intervenções. Deste modo, os ganhos na autonomia, capacidade funcional e o desempenho nas AVD’s, traduz-se em qualidade de vida melhorada, demonstrando e, por conseguinte, o espelhamento da efetividade dos cuidados de reabilitação (Santos, 2017). Durante o decorrer do estágio de músculo esquelética, inserido na unidade curricular de Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final, dei início á realização de um projeto de estágio associado a um plano prévio de reabilitação, no qual se elaborou um esboço das estratégias e intervenções com objetivos pré-estabelecidos, num determinado contexto e espaço de tempo. Para tal, procedeu-se a um planeamento, execução e avaliação na tentativa de se identificar, avaliar e compreender quais são os resultados/ efeitos produzidos. Assim sendo, com a elaboração e implementação do projeto de intervenção, o objetivo geral passa por avaliar a efetividade da intervenção do EEER na capacitação de um doente submetido a ATA, através da implementação de um programa de reabilitação, com objetivos específicos na avaliação da funcionalidade de acordo com diagnósticos que visam alterações no comprometimento da mobilidade, encontrando-se direcionado para a reeducação funcional motora, visando a capacitação de doentes submetidos a artroplastia total da anca, através da elaboração e implementação de um plano de reabilitação. O compromisso da mobilidade, relacionada com processos de doença, trauma ou envelhecimento, tem implicações diretas sobre a alteração de padrões das AVD’s, uma vez que a imobilização provoca alterações mecânicas por uma atrofia de desuso musculoesquelético. A imobilidade pode-se encontrar associada a diversos problemas (neurológicos, músculo-esqueléticos,), e daí advir várias complicações, como comprometimento da integridade cutânea (úlceras de pressão), comprometimento ventilatório que aumenta exponencialmente as infeções respiratórias, problemas no equilíbrio, contraturas musculares, rigidez muscular, problemas de eliminação (incontinência) e alterações no peristaltismo intestinal. Assim, executar um planeamento de



cuidados de enfermagem de Reabilitação, que incluam intervenções para a manutenção da mobilidade, na lógica do autocuidado, é fundamental para a independência e prevenção destas alterações. Através da capacitação das pessoas conseguimos compreender a efetividade que as intervenções do EEER têm no autocuidado da pessoa e na realização das suas AVD's, uma vez que a sua mobilidade se encontra comprometida pela alteração do padrão da marcha. A repetição de exercícios de acordo com um programa visa readquirir o padrão automático perdido e promover a independência, através da locomoção e segurança, com a perda mínima de energia razoável (Menoita, et al., 2012).

Ao longo do decorrer do projeto implementado, foi necessário avaliar que necessidades se encontravam comprometidas nas pessoas em estudo, bem como a sua funcionalidade, uma vez que as mesmas se encontram limitadas na execução de realizar as suas AVD's mais básicas, resultado de uma condição alterada do seu estado de saúde. Para tal, a importância de implementar, avaliar e reformular programas de reabilitação individualizados e especializados, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida, sempre com a finalidade de reintegrar a pessoa no seu ato de cidadania (Gaspar, et al., 2021). A intervenção especializada tem inúmeras propriedades que instigam a satisfação da pessoa, e pode ser mostrada através de 2 vertentes, a que é atingida através dos cuidados prestados e a que é obtida através dos resultados reais, uma vez que as pessoas são impulsionadas pelo seu estado evolutivo ao longo do tratamento (Kearney & Lever, 2010). De acordo com os indicadores estabelecidos no decorrer da elaboração do projeto, os resultados das intervenções foram constantemente avaliados e se necessário reformuladas com o objetivo de promover a capacitação e autonomia, tendo como resultado final a sua reintegração individual, familiar e na comunidade (Regulamento n.º392/2019). O processo de reabilitação acontece nas mais variadas etapas de vida, bem como nas mais diversas fases de transição de ciclo de vida da pessoa, na qual se inicia pela prevenção, presente na fase inicial de doença e se desenvolve na fase de recuperação que implica toda uma nova visão e processo de adaptação a um novo ciclo de vida (Hoemen, 2011), assentando no desenvolvimento de competências adquiridas ao longo dos estágios, contribuindo para a exponencialidade e capacitação das pessoas ao longo do seu ciclo de vida. Quando se fala em capacitar, falamos de um processo evolutivo com múltiplas vertentes, que envolve saber, decidir, agir e implementar, que se inicia de um processo de dependência e se desenvolve em torno de um domínio de autonomia e potencialização da capacidade cognitiva, física e social. Com isto pretende-se dizer que o processo de capacitação depende de uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos à condição humana, como o ambiente envolvente, o estilo



de vida, a motivação e expectativa do projeto de vida predisponente, levando à adoção de comportamentos que impliquem reajustes que permitam a melhoria da qualidade de vida. Essa mudança ou reajuste irá depender da fase em que a pessoa se encontrar, e da sua aceitação perante a adversidade com que se debate. Para o planeamento e implementação dos planos de cuidados ao longo do ensino clínico, foram reunidos todos os esforços e intervenções compensatórias e educativas para devolver a sua capacidade funcional, utilizando-se para tal mecanismo e dispositivos compensatórios, como andarilhos, canadianas, auxiliares de vestuário, cadeiras de rodas, entre outros, de modo a que fossem ao encontro do desenvolvimento do potencial das pessoas alvo de intervenção, não obstante de outros produtos adaptativos, mas que não se encontravam disponíveis nos serviços. A implementação de programas de treino de reeducação motora encontra-se intimamente ligada ao treino cardiorrespiratório, prevenindo e corrigindo défices ventilatórios através de exercícios de expansão torácica, controlo respiratório, exercícios de reeducação respiratória abdomino-diafragmática e exercícios de reeducação costal global. Em contexto de internamento convencional, e uma vez que praticamente todo o ensino clínico foi desenvolvido durante a pandemia, a MCEER, elaborou um documento de orientações aos cuidados prestados à pessoa com COVID-19, no qual se encontra redigido os principais exercícios a serem executados para uma recuperação precoce da pessoa e promova melhoria da sua condição de saúde (OE, 2020):

- **Reeducação Funcional Respiratória:**
  - ✓ Exercícios respiratórios e de Relaxamento;
  - ✓ Exercícios Abdomino-diafragmáticos;
  - ✓ Exercícios de Expansão torácica;
  - ✓ Treino dos músculos respiratórios;
  - ✓ Mobilização e drenagem de secreções traqueobrônquicas apenas quando a sua presença condiciona a oxigenação da pessoa. Privilegiar sempre que possível a utilização do ciclo ativo da respiração e a técnica de aumento do fluxo expiratório e ponderar drenagem postural e manobras de vibração;
  - ✓ Incentivar o decúbito ventral se tolerado ao longo do dia;
- **Treino de exercícios:**
  - ✓ Intensidade: Escala de Borg Modificada (D/F):  $\leq 3/3$
  - ✓ Frequência: Bidiário
  - ✓ Duração: de acordo com a tolerância. Idealmente entre 12 e 30 minutos
  - ✓ Tipo de Treino: Aeróbio e Anaeróbio

- ✓ Músculos envolvidos: Membros superiores, inferiores, dorsal e abdominal.

A manutenção da segurança é uma das premissas fundamentais do cuidar em ER, e para tal a prevenção de quedas na pessoa com comprometimento na mobilidade é vital no seu processo de reabilitação, reunindo-se esforços para prevenir o risco, promovendo desta forma a sua condição e melhoria da qualidade vida. O risco associado ao episódio de queda é um fator predisponente à fragilidade da condição de saúde da pessoa, pois resulta do comprometimento da função músculo esquelética e cognitiva como reflexo de fatores dominantes como o equilíbrio, nutrição, ansiedade, força muscular, tônus e sensibilidade. O medo e a ansiedade são dois fatores preponderantes no planeamento de medidas de prevenção de risco, uma vez que se encontram subjacentes ao risco de queda e por isso é crucial a supervisão pelo EER na prevenção e incentivo da realização de exercícios que garantam a continuidade do plano de intervenção (Correia, 2019). A redução do sentimento de medo e do nível de ansiedade, permite um treino de marcha controlado e um treino das AVD's e AIVD's que incremente a recuperação da mobilidade, da função motora, do aumento da massa muscular e do equilíbrio, que, por conseguinte, melhorem a sua autonomia e qualidade de vida, inserindo a pessoa em um contexto de reconstrução familiar e inclusão social.

#### **5.4 Competências de Mestre**

Para além das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, surgem as competências de Mestre em Enfermagem. De acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 publicado em Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 24 de março de 2006, com última atualização introduzida pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 - Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16 as competências de mestre a desenvolver são:

- ✓ Desenvolver e aprofundar conhecimentos em contexto de investigação;
- ✓ Aplicar conhecimentos em situações em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a enfermagem de reabilitação;
- ✓ Colaborar com equipas multidisciplinares e participar em projetos relacionados com a área de estudo de reabilitação;
- ✓ Desenvolver competências na intervenção especializada em reabilitação, demonstrados por julgamentos e conhecimentos clínicos e tomadas de decisão, de acordo com as necessidades e problemas de saúde;

- ✓ Promover a melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, através da implementação de práticas de investigação, assentes em bases éticas e deontológicas;
- ✓ Capacitar a comunicação de conhecimentos, raciocínios e conclusões subjacentes á área de especialidade de reabilitação de forma clara e objetiva;
- ✓ Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem autónoma ao longo do percurso profissional;
- ✓ Desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão que permita a realização de um projeto de intervenção em contexto de investigação, de modo a aplicar conhecimentos específicos como técnicas de reabilitação funcional respiratória e motora aos doentes intervencionados ao longo dos campos de estágio.

A aquisição do grau de mestre é atribuída quando se detém e obtém a capacidade de fortalecer competências, emitir raciocínio crítico e alienar a capacidade de produzir investigação na área de ER, respondendo a situações de acordo com as competências comuns e específicas adquiridas pela evidência científica, conhecimentos teórico práticos obtidos no decorrer do ensino clínico, liderando equipas e projetos, fomentando o reforço dos valores éticos e deontológicos da profissão. A denotar, que ao longo da unidade Curricular Estágio Final, todas as intervenções desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências de mestre. Para o cumprimento das competências de mestre supramencionadas, foi assegurado o desenvolvimento da investigação na área de especialização, através da implementação de um programa de reabilitação e a elaboração de um artigo científico que aguarda publicação, demonstrando-se uma vez mais como o EEER potencia a autonomia, independência e funcionalidade da população alvo, passando por fazer cumprir e respeitar a dignidade da pessoa e os valores éticos e deontológicos da profissão, apontando assim novos caminhos na área da reabilitação em enfermagem.

Durante o desenvolvimento da Unidade Curricular Estágio Final foram desenvolvidos planos de cuidados de reabilitação debatidos com o enfermeiro preletor, avaliando e reajustando sempre que necessário esses mesmos cuidados. A reflexão efetuada sobre o que se ia desenvolvendo ao longo dos estágios, permitiu identificar problemas e limitações de forma a se encontrar/diagnosticar respostas, permitindo demonstrar a importância da validação desses conhecimentos adquiridos. A continuidade dos cuidados demonstra que deve existir um olhar atento a todos os fatores intervenientes na reabilitação da pessoa, por isso as intervenções ajustadas à pessoa, a prevenção de complicações e a promoção da adaptação da pessoa/família

à sua nova condição, dependem na maioria das vezes de uma boa articulação e comunicação entre profissionais, pessoa/família/cuidador e serviços de saúde (Faria et al., 2020). Assim sendo, pode-se concluir que as competências de mestre foram adquiridas através de atividades desenvolvidas ao longo do percurso do mestrado, respeitando o ciclo de estudos da qual faz parte as unidades curriculares Estágio Final e Relatório de Estágio, desenvolvendo um pensamento crítico e prático da evidência científica especializada de enfermagem de reabilitação, enquadrando-se a obtenção do grau de mestre, como objetivo e competência adquiridos durante este período de aprendizagens.

## 5.5 Considerações Finais

Nos dias de hoje, os constantes progressos no seio da investigação científica impõem cada vez mais o recurso á aquisição de competências mais especializadas para dar resposta às contínuas exigências que daí advêm, uma vez que, a linha condutora de um enfermeiro especialista depende não só de um conjunto de capacidades, atitudes, princípios e valores que devem ser adequadas a uma determinada circunstância, como também de um carácter reflexivo e profissional que permita uma construção sólida de conhecimentos baseados em evidência científica, tornando o enfermeiro um agente promotor de mudança. O foco da prática clínica especializada em enfermagem centra-se na identificação e satisfação de necessidades, estabelecendo-se diagnósticos, planeando e implementando intervenções, de modo que a análise dos resultados obtidos conduza a uma avaliação e reestruturação do plano de cuidados, tendo sempre em conta as expectativas e a qualidade de vida da pessoa. Para garantir a satisfação das necessidades, a pessoa deve ser vista de uma forma holística e não apenas como um doente com uma limitação ou alteração fisiopatológica, sendo fundamental envolvê-la a si e à sua família no seu percurso de reabilitação, capacitando-a no seu autocuidado para que este processo de transição lhe restitua o máximo de autonomia e independência.

Na prestação de cuidados é imperioso gerir corretamente o conhecimento e as competências, reforçando nos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação um papel privilegiado na restituição da capacidade funcional da pessoa, desempenhando um papel ativo na construção do seu projeto individual de saúde. O envolvimento da pessoa após ATA é extremamente relevante no desenvolvimento de uma estratégia eficaz no que diz respeito à devolução da funcionalidade, traduzindo-se em melhorias na capacidade de andar, redução de dor, capacidades físicas mentais e sociais e qualidade de vida. Quando se fala em envolvimento da pessoa e família, na sua reabilitação, referimo-nos aos direitos e benefícios da pessoa,

detentoras de uma posição central no seu processo de saúde, ou seja, pessoas motivadas tem um maior contributo no seu processo de transição. A restauração da funcionalidade é um esforço duradouro que pode envolver uma diversidade de sentimentos de vulnerabilidade, e durante este processo de transição, o conhecimento e desenvolvimento de competências pode ajudar a perceber e ultrapassar eventos perturbadores como a submissão a ATA, na tentativa de devolução de autonomia e qualidade de vida. Com base nestes eventos, é fundamental enfatizar o foco no programa de reabilitação individualizado e no cuidado de cada pessoa ao longo de cada etapa do processo de recuperação, lembrando sempre que, estar em recuperação pode ser visto como uma “pausa na vida”.

A melhoria de práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação encontra-se subjacente á educação da pessoa e de pessoas significativas, implicando que uma ampla gama de questões de necessidades de aprendizagem seja preenchida de forma holística. A pessoa com diminuição de funcionalidade precisa de se encontrar envolvida na implementação do projeto de reabilitação, de modo a avaliar as suas necessidades individuais, melhorando o seu conhecimento, resultando em pessoas capacitadas em alcançar maior qualidade de vida. Ao capacitar a pessoa, está-se a envolv-la ativamente no seu processo de recuperação, participando em tomadas de decisão, devolvendo-lhe a sua capacidade de gestão nas dimensões biofisiológicas, funcionais, experienciais, éticas, sociais e financeiras. Durante o decorrer do projeto de intervenção, a contribuição do EEER na instrução e educação da pessoa submetida a ATA foi fundamental na capacitação/empowerment, intervindo na prevenção de incidências e complicações, como também no desenvolvimento de competências que permitiram taxas de internamento mais curtas e baixas, reflectindo-se em ganhos em saúde.

O investimento em programas de mobilidade e reabilitação implica a formalização de diagnósticos precoces e planeamento de intervenções, que visam não só a prevenção de complicações, mas também a manutenção e devolução da capacional funcional da pessoa, traduzindo-se em ganhos globais em saúde, promovendo a sua autonomia, independência e melhor qualidade de vida. Em enfermagem de reabilitação, a ênfase é atribuída á natureza individual de empowerment/capacitação, uma vez que envolve uma abordagem holística centrada na pessoa. Ainda em relação ao projeto de investigação realizado, é importante tecer e realçar algumas conclusões sobre a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Na amostra obtida, cada pessoa que apresentou diminuição da funcionalidade detinha uma dependência alterada do seu padrão funcional, com necessidade de ajuda inicial em mais de 50% da realização das suas tarefas de AVD's, principalmente durante o autocuidado. O



programa de enfermagem de reabilitação, ajudou na recuperação funcional da articulação da anca, aumentando a capacidade de autocuidado nas AVD's, aliviando não só na dor, edema, medo e ansiedade, como também no desempenho de tarefas que se encontram incluídas nas atividades instrumentais de vida, contribuindo para o sucesso do equilíbrio dinâmico e estabilidade da marcha durante o processo de reabilitação. De uma forma resumida, as intervenções implementadas através do protocolo de reabilitação em pessoas com ATA foram significativamente úteis para melhorar o prognóstico e acelerar o processo de reabilitação, uma vez que permitiu recuperar a confiança, promover a recuperação da função articular, melhorar o desempenho nas AVD's e AID's, conferindo uma maior autonomia á pessoa.

Uma das grandes dificuldades atravessadas ao longo do ensino clínico foi sem dúvida o contexto da pandemia COVID 19, uma vez que obrigou ao desenvolvimento de competências e prestação de cuidados sob condições rígidas e adversas, a qual criava sentimentos ambíguos de desânimo e frustração, mas também de sucesso e luta. A possibilidade de integrar outras unidades hospitalares, com dinâmicas diferentes e culturas diferentes, permitiu perceber que as lideranças, sejam elas de carácter político, de gestão ou de serviço, são cruciais na resposta á melhoria da qualidade, eficiência, produtividade e ganhos em saúde. O facto de desenvolver competências numa área tão distinta, daquela que pratico no meu dia a dia profissional (Bloco Operatório), permite-me ter uma visão precoce, rigorosa e consciente de um plano de reabilitação após cada pessoa ser intervencionada cirurgicamente, iniciando o mais precocemente possível a implementação de cuidados de reabilitação no pós-operatório imediato, quer na sua capacitação, quer na prevenção de complicações. A área de reabilitação é um mundo completamente novo e diferente. O contacto com esta realidade desenvolveu ainda mais um espírito reflexivo e crítico para a prática do cuidar e reabilitar, pois é fundamental conhecer a pessoa e o contexto em que ela se insere, seja ele de carácter pessoal, familiar ou social, intervindo e colaborando sempre na perspectiva de melhorar o seu bem-estar.

Com o desígnio de operacionalizar um percurso de aquisição de competências de grau de mestre, e de competências específicas e específicas do EEER, foi fundamental demonstrar a efetivação do cuidado centrado na pessoa, de forma a atingir níveis de satisfação elevados, capacitando-as para a sua reinserção e maximizando a sua funcionalidade. Importa ainda referir que o percurso realizado ao longo da aquisição de competências foi sem dúvida gratificante, proporcionando-me um desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-se uma pedra basilar na compreensão e adoção de novas estratégias capazes de maximizar a independência possível e consequentemente melhorar a qualidade de vida do doente e família/cuidador.

Reabilitar é ir mais além que uma mudança positiva do paradigma de vida. Reabilitar é potenciar e capacitar uma pessoa que se encontra em um processo frágil de saúde, dando-lhe ferramentas que permitam de novo a sua reintegração. É um processo único, individual, disciplinado e contínuo, coordenado entre a pessoa, EEER, família e comunidade, que através da implementação de estratégias, mune a pessoa de capacidades físicas e intelectuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, S. (2019). *O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2277>.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 24 de janeiro de 2018, de Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Instrumentos\\_de\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o\\_Geri%C3%A1trica\\_MAIO\\_12%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20(1).pdf)
- ASHA. (2020). *Dysphagia Adult*. Obtido em 15 de setembro de 2022, de <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Adult-Dysphagia>
- Austin, M., Urbani, B., Fleischman, A., Fernando, N., Purtill, J., Hozack, W., . . . Rothman, R. (2017). Formal physical therapy after total hip arthroplasty is not required. *Journal of bone and joint surgery, incorporated*, 99, pp. 648-655. doi: 10.2106/JBJS.16.00674
- Bahadori, S., Middleton, R.G., & Wainwright, T.W. (2022). Using Gait Analysis to Evaluate Hip Replacement Outcomes—Its Current Use, and Proposed Future Importance: A Narrative Review. *Healthcare*, 10, 2018. <https://doi.org/10.3390/healthcare10102018>
- Barrett, W., Turner, S., & Leopold, J. (2013). Prospective randomized study of direct anterior vs postero-lateral approach for total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 28(9), pp. 1634-1638. doi: 10.1016/j.arth.2013.01.034
- Bezerra, M., Faria, R., Jesus, C., Reis, P., Pinho, D., & Kamada, I. (2018). Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. *Journal of Management & Primary Health Care*, pp. 1-19. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.538>
- Borges, E., Queirós, C., Vieira, M., & Teixeira, A. (2021). Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. *Revista Rene*, 22, p. e60790. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>

- Buirs, L., Van Beers, L., Scholtes, V., Pastoors, T., Sprague, S., & Poolman, R. (2016). Predictors of physical functioning after total hip arthroplasty: a systematic review. *BMJ Open*, 6, p. e010725. doi:10.1136/bmjopen-2015-010725
- Canastra, M., & Ferreira, M. (2012). Liderar com competência... ou (treinar)competências de liderança. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 1(1), pp. 77-81. <http://hdl.handle.net/10400.14/18517>
- Carvalho, B., Santos, N.R., Pais, L. (2021). Intervenções para o desenvolvimento de liderança em enfermagem: uma revisão sistemática da literatura. *Gestin*, 22, pp 27-40. <http://hdl.handle.net/10174/30339>
- Chang, C.-F., Lin, K.-C., Chen, W.-M., Jane, S.-W., Yeh, S.-H., & Wang, T.-J. (2017). Effects of a Home-Based Resistance Training Program on Recovery From Total Hip Replacement Surgery. *Journal of Nursing Research*, 25(1), 21–30. doi:10.1097/jnr.000000000000128
- Colibazzi, V., Coladonato, A., Zanazzo, M., & Romanini, E. (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *HIP International*; 30(2\_suppl):20-29. doi:10.1177/1120700020971314
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (2.ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Correia, M.C.B. (2009). A Observação participante enquanto técnica de Investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2).
- Correia, P. (2019). *Aparelho Locomotor: função Neuromuscular e Adaptações á Actividade Física, faculdade de Motricidade humana*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Cunha, E. (2008). *Enfermagem em ortopedia*. Lisboa: LIDEL.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República n.º 157/2018, Série I. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Dean-Baar, S. (2000). Ensino e aprendizagem orientados para resultados. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª ed., pp. 145-159). Loures: Lusociência.
- Del Rio, C., & Malani, P. (2020). COVID-19: new insights on a rapidly changing epidemic. *JAMA*, 323(14), pp. 1339-1340. doi:10.1001/jama.2020.3072

- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- Dias, P., Ferreira, R.F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/167/427>
- Direção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. <https://nocs.pt/registo-sistematico-intensidade-dor/>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011).Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direcção-Geral de Saúde, 054/2011, 1–19. Disponível em [file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20Lista/Downloads/i016752%20\(11\).pdf](file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20Lista/Downloads/i016752%20(11).pdf)
- Direção Geral de Saúde (2013). Portugal – doenças respiratórias em números 2013. Programa Nacional para as doenças respiratórias. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Artroplastia Total da Anca. Número 014/2013 Data: 23/09/2013. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Número: 008/2019. Data: 09/12/2019. Acedido em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Dumolard, P., Gök, M., & Le, N. (2017). *Nurses' responsibilities in postoperative pain management following total hip arthroplasty*. (Dissertação de Mestrado). <https://www.theseus.fi/handle/10024/131818>.
- Faria, A., Martins, M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), pp. 36-41.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.



- Fradique, M., Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, pp 45-53. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239969010.pdf>
- Garção, A. (2019). *Recuperação Global e Marcha Eficaz da Pessoa idosa Submetida a Artroplastia da Anca*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositorium Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29043>.
- Garção, A., & Grilo, E. (2019). The importance of teaching and training activities in nursing care to patients undergoing hip arthroplasty. *Journal of Aging & Innovation*; 8 (1): 127 – 140. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/>
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas* (pp. 13-18). Lisboa: Lidel.
- Gomes, J. (2014). *A pessoa com artroplastia total da anca. Atividades de vida diária e qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1324>.
- Guerra, N. (2021). Dotações seguras na gestão de cuidados a pessoas com doença aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baizinho, *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 225-232). Loures: Lusodidacta.
- Hare, S., Rodrigues, J., Jacob, J., Edey, A., Devaraj, A., Johnstone, A., . . . Robinson, G. (2020). A UK-wide British Society of Thoracic Imaging COVID-19 imaging repository and database: design, rationale and implications for education and research. *Clinical Radiology*, 75(5), pp. 326-328. doi:10.1016/j.crad.2020.03.005
- Henriques, T. (2020). *Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca – Revisão Sistemática da Literatura*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde. Disponível em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23046/1/Henriques\\_Tiago.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23046/1/Henriques_Tiago.pdf)
- Hoemen, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação-prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- Hohler, S. (2018). Walk patients through total hip arthroplasty. *Nursing*, 48(9), pp. 24-30. doi:10.1097/01.NURSE.0000544209.08536.d1
- Hommel, A.; Magnéli, M.; Samuelsson, B.; Schildmeijer, K. Sjöstrand, D.; Göransson, K. E. & Unbeck, M. (2019). Exploring the incidence and nature of nursing-sensitive orthopaedic adverse events: A multicenter cohort study using Global Trigger Tool. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103473. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103473
- Huang, T., Sung, C., Wang, W., & Wang, B. (2017). The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), pp. 1848-1861. doi: 10.1111/jan.13267
- Instituto Nacional de Estatística - Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População : VI Recenseamento Geral da Habitação. Resultados definitivos. Lisboa : INE, 2022. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>
- Judd, D., Dennis, D., Thomas, A., Wolfe, P., Dayton, M., & Stevens-Lapsley, J. (2014). Muscle strength and functional recovery during the first year after THA. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(2), pp. 654-664. doi: 10.1007/s11999-013-3136-y
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 8(2), 140–149. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690.0>
- Kearney, P., & Lever, S. (2010). Rehabilitation nursing: invisible and underappreciated therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(8), pp. 394-395. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.8.49278>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2ª alteração ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2018, Série I. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lima, K., Figueiredo, K., & Guerra, R. (2007). Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 9(4), pp. 408-413. doi: <https://doi.org/10.1590/%25x>

- Luo, J., Dong, X., Hu, J. (2019). Effect os nursing intervention via chatting tool on the rehabilitation of patients after total hip Arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery and research*, pp 2-6. doi: 10.1186/s13018-019-1483-4.
- Madara, K., Marmon, A., Aljehani, M., Hunter-Giordano, A., Zeni, J., & Rasis, L. (2019). Progressive rehabilitation after total hip arthroplasty: a pilot and feasibility study. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 14(4), pp. 564-581.
- Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. (2021). A tomada de decisão em enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho, *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 51-60). Loures: Lusodidacta.
- Martins, M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitaçãp para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), pp. 22-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- Martins, M., Ribeiro, O., & Schoeller, S. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas* (p. 38). Lisboa: Lidel.
- Mártires, A., Monteiro, M., Rainho, C., & Castelo-Branco, M. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44, pp. 159-172.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendez-Tellez, P., & Needham, D. (october de 2012). Early Physical Rehabilitation in the ICU and ventilator leberation. *Respiratory Care*, 57(10), pp. 1663-1669. doi: 10.4187/respcare.01931

- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Merola, M., & Affatato, S. (2019). Materials for Hip Prostheses: A Review of Wear and Loading Considerations. *Materials (Basel, Switzerland)*, 12(3), 495. <https://doi.org/10.3390/ma12030495>
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas* (pp. 550-563). Lisboa: Lidel.
- Mori, C., Hageman, D., & Zimmerly, K. (2017). Nursing care of the patient undergoing an anterior approach to total hip arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 36(2), 124–130. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000326>.
- Mourad, L. (2010). *Ortopedia*. Madrid: Mosby.
- National Association of Orthopaedic Nurses. (2018). *Patient Education Manual: Total Hip Replacement*. Acedido em [https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD\\_ptPTPT812PT812&ei=jOaPXMcvBtilLsPmmBmAs&q=patient+education+manual+total+hip+replacement+naon&oq=Patient+Education+Manual%3A+Total+Hip++Replacement+N&gs\\_l=psyab.1.0.33i22i29i30.158790.163738..166660...0.0..0.103.307.0j3.....0....2j1..gswiz.sjpHr9cKQ48#](https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD_ptPTPT812PT812&ei=jOaPXMcvBtilLsPmmBmAs&q=patient+education+manual+total+hip+replacement+naon&oq=Patient+Education+Manual%3A+Total+Hip++Replacement+N&gs_l=psyab.1.0.33i22i29i30.158790.163738..166660...0.0..0.103.307.0j3.....0....2j1..gswiz.sjpHr9cKQ48#).
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Setúbal: IPIS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Olsson, L., Hansson, E., & Ekman, I. (2016). Evaluation of person-centred care after hip replacement a controlled before and after study and after study on the effects of fear of movement and self-efficacy compared to standard care. *BMC Nurse*, 15, p. 53. doi: 10.1186/s12912-016-0173-3
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1-4.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações de mobilidade – posicionamentos, Transferencias e treino de deambulação, serie 1, Nº7. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p.24.



Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 350/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.a Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019*, 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2.a Série (N.º 85 de 03-05-2019)*, 13565–13568.

Ordem dos Enfermeiros (2020). Orientações - Covid-19. Mesa do Colégio Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17940/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19.pdf>

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St Louis: Mosby.

Padilha, J., Martins, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os Processos Formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), pp. 83-89. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem*, IV(11), pp. 121-132.

Pereira, A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), pp. 1-23.



- Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Fundamentos de reabilitação - Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-12). Loures: Lusodidacta.
- Pierre, D., Mustafa, G., & Ngoc, L. (2017). Nurses' responsibilities in postoperative pain management following total hip arthroplasty. *Social service and healthcare degree programme in nursing*, pp. 2-46.
- Pinto, V. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência. In J. Padilha, *Enfermagem em neurologia* (p. 46). Coimbra: Formasau.
- Pinto, V. (2016). *Efeitos de um programa de reabilitação instituído a pessoas submetidas a artroplastia total da anca*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde). Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/13077>.
- Queirós, J., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV(3)*, pp. 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ramos, I., Ortega, F., Pinheiro, V., Nereu, H., Soares, C., Rosário, J., Escoval, R., Costa, L., Galrito, S., (2018). Plano Local de Saúde, Perfil de Saúde, Beja. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, 26, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2ª Série, 85, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

- Reis, G., & Bule, M. (2017). Fundamentos de reabilitação: capacitação e atividade de vida. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 57-63). Loures: Lusodidacta.
- Rocha, B. (2020). O papel do enfermeiro de saúde pública: projeções no ensino. *APER*, pp. 1-7.
- Santos, J. (2017). *Ganhos em saúde no serviço de Medicina Física e Reabilitação: contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem do Porto). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/18657>.
- Santos, J. (2018). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Preparação para Alta da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca – Promoção do Autocuidado*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/28388>
- Santos, M. (2019). *Prótese total da anca: efetividade e um programa de reabilitação*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5455>.
- Santos, P., Pestana, S., Santana, M. R., & Ferreira, A. I. (2020). Reabilitação no Envelhecimento. In M. C. Faria, J. P. Ramalho, A. C. Nunes, & A. I. Fernandes (Eds.), *Visões sobre o Envelhecimento* (pp. 31–48). IPBeja Editorial.
- Saunders, R., Seaman, K., Ashford, C., Sullivan, T., McDowall, J., Whitehead, L., . . . Gullick, K. (2018). An health program for patients undergoing a total hip arthroplasty: protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research Protocols*, 7(6), p. e137. doi: 10.2196/resprot.9654.
- Schoberer, D., Leino-Kilpi, H., Helga & Breimaier, Halfens, R.J.G., Lohrmann, C. (2016). Educational interventions to empower nursing home residents: a systematic literature review. *Clinical interventions in Aging*, pp 1351-1363. doi: 10.2147/CIA.S114068
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(12), pp. 119-127. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x.
- Seeber, G., Wijen, A., Lazovic, D., Bulstra, S., Dietz, G., Lingen, C., & Stevens, M. (2017). Effectiveness of rehabilitation after a total hip arthroplasty: a protocol for an

- observational study for the comparison of usual care in the Netherlands versus Germany. *BMJ Open*, 7, p. e016020. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016020
- Silva, A., Serrão, P., Driusso, P., & Mattiello, M. (2012). Efeitos de exercícios terapêuticos no equilíbrio de mulheres com osteoartrite do joelho: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16(1), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012000100002>
- Silva, L., & Mercês, N. (2018). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), pp. 1263-1267. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>
- Silva, G., Varanda, P., Santos, N., Silva N., Salles, R., Amestoy, S., Teixeira, G., & Queirós, P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar á luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26, pp 1 -9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>
- Simões, A., & Simões, M. (2017). Enfermagem de Reabilitação e a pessoa vítima de queimadura. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa. *Cuidados de de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.535-545). Loures: Lusodidacta.
- Smith, T., Blake, V., & Hing, C. (2011). Minimally invasive versus conventional exposure for total hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis of clinical and radiological outcomes. *Ortopedia International*, 35(2), pp. 173-184. doi: 10.1007/s00264-010-1075-8
- Soares, A., Silva, A., Silva, G., Siqueira, I., Paponet, J., Cruz, M., . . . Santos, M. (2013). A assistência de enfermagem ao paciente a artroplastia total do quadril e a importância dos cuidados no período pós-operatório. *Revista Científica de Enfermagem*, 3(7), pp. 11-18. doi: 10.24276/rrecien2021.3.7.11-18
- Solarino, G., Vicenti, G., Carrozzo, M., Ottaviani, G., Moretti, B., & Zagra, L. (2021). Modular neck stems in total hip arthroplasty: current concepts. *EFORT open reviews*, 6(9), 751–758. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.6.200064>
- Sorensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and. *BMC Public Health*, 12(80), pp. 1-13.

- Sousa, L., & Carvalho, M. (2016). Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Branco, P. (2017). Prevenir a queda: um indicador da qualidade dos cuidados . In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., & Carvalho, M. (2017a). Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-428). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., & Carvalho, M. (2017b). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 405-417). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), pp. 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Su, R., Feng, W., Liu, X., Song, Y., Xu, Z., & Liu, J. G. (2021). Early Rehabilitation and Periprosthetic Bone Environment after Primary Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *Orthopaedic Surgery*, 13(5), 1521–1531. <https://doi.org/10.1111/os.12984>
- Taboadela, C. (2007). *Goniometria Una Herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales*. Buenos Aires: Asociart ART.
- Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e actividades da vida diária. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª ed., pp. 173-207). Loures: Lusociência.
- Tinoco, A., Rodrigues, A., Sousa, A., Morais, A., Albuquerque, C., Parente, C., . . . Conceição, V. (2009). *Enfermagem em Ortotraumatologia* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2014). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- ULSBA. (2018). *Missão, Atribuições e Legislação*. <https://www.ulsba.min-saude.pt/category/institucional/missao/>



- Unhjem, R., Van den Hoven, L., Nygard, M., Hoff, J., & Wang, E. (2019). Functional Performance With Age: The Role of Long-Term Strength Training. *Journal of Geriatric Physical Therapy, 42*, pp. 115-122. doi: 10.1519/JPT.0000000000000141
- Van Den Eeden, Y., & Van Den Eeden, F. (2018). Learning curve of direct anterior total hip arthroplasty : a single surgeon experience. *Acta Orthop Belg.*; 84(3), 321-330. PMID: 30840575.
- Ventura-Silva, J., Ribeiro, O., Cardoso, M., Monteiro, M., Castro, S., & Esteves, N. (2021). The organizational culture in times of COVID-19 pandemic: repercussions on specialist nurses and nurse managers. *Revista de Enfermagem UFPI, 10*(1), e882. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.882>
- Viana, L. (2014). *Artroplastia total da anca dolorosa sem sinais de instabilidade: causas e tratamento*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/31731>.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.
- Violante, A. (2014). *Efetividade de ensino pré-operatório em doentes submetidos a artroplastia total da anca*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=5BACZzIW>.
- Wilkinson, J., Codipilly, D., & Wilfahrt, R. (2021). Dysphagia: evaluation and collaborative management. *American Family Physician, 103*(9), pp. 97-106.
- Winther, S., Husby, V., Foss, O., Wik, T., Svenningsen, S., Engdal, M., . . . Husby, O. (2016). Muscular strength after total hip arthroplasty. A prospective comparison of 3 surgical approaches. *Acta Orthopaedica, 87*(1), pp. 22-28. doi: 10.3109/17453674.2015.1068032
- Withers, T. M., Lister, S., Sackley, C., Clark, A., & Smith, T. O. (2016). Is there a difference in physical activity levels in patients before and up to one year after unilateral total hip replacement? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation, 31*(5), pp. 639–650. doi:10.1177/0269215516673884



- Wong, H., Lam, H., Fong, A., Leung, S., Chin, T., Lo, C., . . . Ng, M. (2020). Frequency and distribution of chest radiographic findings in patients positive dor COVID-19. *Radiology*, 296, pp. E72-E78. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020201160>
- Yang, L., Wang, X.-M., Zuo, X.-L., Gong, S.-Q., & Meng, F.-J. (2016). Systematic evaluation of the clinical nursing pathway with the GRADE approach applied to functional exercise in patients with hip replacements before and after surgery. *Chinese Nursing Research*, 3(4), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.11.008>
- Yip, K. (2018). Nursing care for patients undergoing total hip arthroplasty. *Care, Health, Arthritic Manegement*, 12. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329963420\\_Nursing\\_care\\_for\\_patients\\_undergoing\\_total\\_hip\\_arthroplasty](https://www.researchgate.net/publication/329963420_Nursing_care_for_patients_undergoing_total_hip_arthroplasty)

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I - Dados Sociodemográficos**

QUESTIONÁRIO		Nº: _____
Idade: _____ anos		
Gênero: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		
Nível de escolaridade:		
Estado civil:		
Peso: _____ Kg      Altura: _____ cm      IMC: _____		
Antecedentes pessoais:		
Medicação no domicílio:		
T.A: _____ FC: _____ bat/min      SPO2: _____      Glicémia capilar: _____ mmHg		
Tempo de diagnóstico da coxartrose : ≤ 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> ≥ 3anos <input type="checkbox"/>		
Sabe o que é uma coxartrose?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Sabe o que é uma Artroplastia Total da Anca?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Expetativas da pessoa:		

## **Apêndice II – Checklist de Avaliação de Competências**



Período Pós-operatório ATA	<b>Competência</b>	_/_/_	_/_/_	_/_/_
	<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conscientização e controle da respiração</li> <li>✓ Respiração abdomino diafragmática</li> <li>✓ Tosse dirigida e assistida</li> </ul>			
	<b>Reeducação Funcional Motora</b>	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Posicionamentos no leito:</u></li> <li>✓ Decúbito dorsal com pernas afastadas;</li> <li>✓ Decúbito lateral para o lado não operado;</li> <li>✓ Decúbito semi-dorsal para o lado operado;</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Exercícios no leito:</u></li> <li>✓ Contrações isométricos abdominais</li> <li>✓ Contrações isométricos dos glúteos</li> <li>✓ Contrações isométricos do quadríceps</li> <li>✓ Elevação da bacia</li> <li>✓ Extensão/flexão até 90º da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho</li> <li>✓ Dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível:</u></li> <li>✓ <u>Mobilizações passivas</u></li> <li>✓ Mobilizações ativas;</li> <li>✓ Mobilizações ativas assistidas;</li> <li>✓ Mobilizações ativas resistidas;</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Levante da cama:</u></li> <li>✓ Avaliação do equilíbrio na posição sentado e ortostática;</li> <li>✓ Sair da cama pelo lado sã;</li> <li>✓ No bordo da cama, rodar o corpo, mantendo a perna operada em extensão</li> <li>✓ Colocar as mãos na cama e fazer carga na perna não operada, mantendo a operada em extensão</li> <li>✓ Manter posição ortostática</li> <li>✓ Apoiar-se em um auxiliar de marcha</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Deitar na cama:</u></li> <li>✓ Sentar-se na cama, pelo lado operado</li> <li>✓ Fazer força no membro não operado, mantendo o membro intervencionado em extensão</li> <li>✓ Rodar a bacia com o membro operado em extensão e alinhado</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Sentar/levantar da cadeira</u></li> <li>✓ Utilizar cadeira altas e com apoio de braços;</li> <li>✓ Encostar a região posterior das pernas ao assento da cadeira</li> <li>✓ Fazer força no membro não operado com as mãos nos braços da cadeira, mantendo o membro intervencionado em extensão;</li> <li>✓ Baixar a bacia, sempre com a articulação da anca e joelho em extensão;</li> <li>✓ Para levantar da cadeira, realiza-se a sequência contrária dos procedimentos descritos anteriormente;</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Utilização do chuveiro e banheira:</u></li> <li>✓ Utilizar sempre possível chuveiro em vez de banheira;</li> <li>✓ Utilizar barras de apoio e providenciar banco/tábua de banheira;</li> <li>✓ Entrar no chuveiro/banheira com membro não operado em primeiro lugar e depois o membro operado em extensão;</li> <li>✓ Sair do chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro operado em extensão e depois o membro não operado;</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Uso do Sanitário:</u></li> <li>✓ Utilizar alteador de sanita e barras de apoio</li> <li>✓ Encostar a região posterior das pernas ao assento do sanitário;</li> <li>✓ Fazer força no membro não operado com as mãos nas barras de apoio, mantendo o membro intervencionado em extensão;</li> <li>✓ Baixar a bacia, sempre com a articulação da anca e joelho em extensão;</li> <li>✓ Para levantar do sanitário, realizar a sequência contrária dos procedimentos descritos anteriormente</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Treino de Marcha com andarilho e canadianas:</u></li> <li>✓ Deambulação: em superfície plana avança primeiro com o dispositivo auxiliar de marcha, em seguida com a perna operada e por fim avança com a perna não operada;</li> <li>✓ Subir: colocar primeiro a perna não operada no primeiro degrau, seguida pelo auxiliar de marcha, e por fim o membro operado;</li> <li>✓ Descer: colocar primeiro as canadianas no degrau inferior, seguindo-se a perna operada, e por fim a perna não operada;</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Aprendizagem de movimentos antiluxação:</u></li> <li>✓ Utilizar sempre uma almofada entre as pernas;</li> <li>✓ Não fletir a anca operada mais de 90º;</li> <li>✓ Não cruzar as pernas;</li> <li>✓ Não sentar em cadeiras ou sanitas baixas;</li> <li>✓ Não rodar a perna operada para dentro;</li> <li>✓ Não rodar na cama para o lado operado;</li> <li>✓ Não elevar a perna com o joelho em extensão, acima da anca;</li> </ul>			

**Legenda de Preenchimento:**

<b>Avaliação da Efetividade do Programa de Reabilitação</b>	
<b>Competência</b>	<b>Capacitação</b>
Adquiriu competência	A
Adquiriu parcialmente competência	B
Não adquiriu competência	C

### **Apêndice III – Escala de Lower**

5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência;
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação á sua própria força;
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

## **Apêndice IV – Índice de Tinetti**



<b>ÍNDICE DE TINETTI</b>		___	___	___
<b>1. EQUILÍBRIO SENTADO</b>	0 – Inclina-se ou desliza na cadeira 1 – Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2 – Estável, seguro			
<b>2. LEVANTAR-SE</b>	0 – Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1 – Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa 2 – Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços			
<b>3. EQUILÍBRIO IMEDIATO</b> (primeiros 5 segundos)	0 - Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) 1 – Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se 2 – Estável sem qualquer tipo de ajudas			
<b>4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b>	0 – Instável 1 – Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados $\geq 10$ cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio 2 – Pés próximos e sem ajudas			
<b>5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO</b> (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – Começa a cair 1 – Vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2 – Estável			
<b>6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>	0 – Instável 1 – Estável			
<b>7. VOLTA DE 360°</b> (2 vezes)	0 – Instável (agarra – se, vacila) 1 – Estável, mas dá passos descontínuos 2 – Estável e passos contínuos			
<b>8. APOIO UNIPODAL</b> (aguenta pelo menos 5 seg de forma estável)	0 – Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto 1 – Aguenta 5 segundos de forma estável			
<b>9. SENTAR-SE</b>	0 – Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 – Usa os braços ou movimento não harmonioso 2 - Seguro, movimento harmonioso			
<b>SCORE TOTAL</b>		<b>___/16</b>	<b>___/16</b>	<b>___/16</b>

<b>Equilíbrio Dinâmico - Marcha</b>				
<b>10. Início da Marcha</b> (Imediatamente após o sinal de partida)	0 – Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 – Sem hesitação			
<b>11. LARGURA DO PASSO</b> (pé direito)	0 – Não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – Ultrapassa o pé esquerdo em apoio			
<b>12. ALTURA DO PASSO</b> (pé direito)	0 – O pé direito não perde completamente o contato com o solo 1 - O pé direito eleva-se completamente do solo			
<b>13. LARGURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)	0 – Não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – Ultrapassa o pé direito em apoio			
<b>14. ALTURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)	0 – O pé esquerdo não perde completamente o contato com o solo 1 - O pé esquerdo eleva-se completamente do solo			
<b>15. SIMETRIA DO PASSO</b>	0 – Comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 – Comprimento do passo aparentemente simétrico			
<b>16. CONTINUIDADE DO PASSO</b>	0 – Pára ou dá passos descontínuos 1 – Passos contínuos			
<b>17. PERCURSO DE 3M</b> (previamente marcado)	0 – Desvia-se da linha marcada 1 – Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 – Sem desvios e sem ajudas			
<b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b>	0 – Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2 - Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha			
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0 – Calcanhares muito afastados 1 – Calcanhares muito próximos, quase se tocam			
SCORE		__/12	__/12	__/12
SCORE TOTAL		__/28	__/28	__/28

## **Apêndice V – Escala de Morse**

<b>ESCALA DE MORSE</b>			__/__/__
<b>1. História de queda</b>	Não	0	
	Sim	20	
<b>2. Diagnóstico secundário</b>	Não	0	
	Sim	15	
<b>3. Ajuda na Mobilização</b>			
Nenhum/Acamado		0	
Canadianas / bengala/ Andarilho		15	
Aparelho/Equipamentos		30	
<b>4. Terapêutica IV</b>	Não	0	
	Sim	20	
<b>5. Marcha</b>			
Normal/Acamado/Cadeira de rodas		0	
Marcha Lenta		10	
Marcha Alterada/Cambaleante		20	
<b>6. Estado Mental</b>			
Orientado		0	
Confuso/Desorientado		15	
<b>Grau de risco: Baixo risco&lt; 30 Alto risco</b>		<b>Score</b>	

## **Apêndice VI – Avaliação da Amplitude Articular**



MEMBRO INFERIOR		DATA:		DATA:		DATA:		Valor Ref.
		ESQ	DTA	ESQ.	DTA	ESQ	DTA	
ARTIC. ANCA	FLEXÃO (JOELHO EM EXTENSÃO)							90°
	FLEXÃO (JOELHO EM FLEXÃO)							120°
	EXTENSÃO							20°
	ADUÇÃO							20°
	ABDUÇÃO							40°
	ROTAÇÃO MEDIAL							40°
	ROTAÇÃO LATERAL							50°
ARTIC. JOELHO	FLEXÃO							140°
	EXTENSÃO							5°
ARTIC. TIBIOTÁRSICA	FLEXÃO PLANTAR							50°
	DORSIFLEXÃO							20°

## **Apêndice VII – Declaração de Consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Nelson Manuel Carvalho Esteves, aluno do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, estou a implementar um Projeto de Intervenção intitulado de Efetividade de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na capacitação do doente submetido a Artroplastia Total da Anca. Este projeto é aplicado em pessoas com 65 e mais anos de idade internadas no serviço de ortopedia da ULSBA, EPE com artroplastia total da anca por artrose da articulação coxa femoral. Este projeto tem como objetivos: avaliar a capacidade funcional do doente com ATA no período pré-operatório e pós-operatório; implementar intervenções de enfermagem de reabilitação adaptadas e personalizadas aos doentes com ATA; identificar diariamente as limitações/ganhos nas AVD's, durante a implementação do plano de reabilitação; otimizar a prestação de cuidados de reabilitação em articulação com a colaboração da equipa multidisciplinar;

Este Projeto de Intervenção contempla a implementação de um plano de intervenções que permita identificar e avaliar a sua efetividade na capacitação do doente submetido a artroplastia total da anca.

Peço-lhe o seu consentimento para participar neste Projeto e garanto-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e da proteção dos dados recolhidos e disponibilizo-me para prestar qualquer esclarecimento que entenda necessário. Em qualquer momento pode desistir de participar sem necessidade de justificar a sua decisão e sem que a mesma tenha qualquer consequência.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Se não for o próprio a assinar por incapacidade:

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Agradeço a sua colaboração

Orientador: Professor Rogério Ferrinho Ferreira

Investigador: Nelson Manuel Carvalho Esteves

Contatos: 968571693 / [nelsonmce83@gmail.com](mailto:nelsonmce83@gmail.com)

## **Apêndice VIII – Resultados da Avaliação das Competências**

**DOENTE 1**

<b>COMPETÊNCIA</b>	05 / 05 / 22	07 / 05 / 22	09 / 05 / 22
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	B	A	A
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Motora</b>			
Posicionamentos no leito	B	A	A
Exercícios no leito	B	A	A
Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível	B Mob. passiva	B Mob. passiva	B Mob. passiva
Levante da cama	B	A	A
Deitar na cama	B	A	A
<u>Sentar/levantar da cadeira</u> - Utilizar cadeira altas e com apoio de braços; - Encostar a região posterior das pernas ao assento da cadeira - Baixar a bacia, sempre com a articulação da anca e joelho em extensão; - Para levantar da cadeira, realiza-se a sequencia contrária dos procedimentos descritos anteriormente;	B	A  C	A  C
Utilização do chuveiro e banheira	B	A	A
Utilização do Sanitário	C	C	C
Uso do Sanitário	C	A	A
Treino de Marcha com andarilho e canadianas:			
✓ Deambulação	B	A	A
✓ Subir/Descer	C	C	C
Aprendizagem de movimentos antiluxação:	B	A	A

**DOENTE 2**

COMPETÊNCIA	06 / 04 / 22	07 / 04 / 22	08 / 04 / 22
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	B	A	A
<b>Reeducação Funcional Motora</b>	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
✓ Posicionamentos no leito	B	A	A
✓ Exercícios no leito	B	A	A
✓ Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível	B	A	A
✓ Levante da cama	B	A	A
✓ Deitar na cama	B	B	A
✓ Sentar/levantar da cadeira	B	B	A
✓ Utilização do chuveiro e banheira:	B	A	A
✓ Uso do Sanitário	B	A	A
✓ Treino de Marcha com andarilho e canadianas:	B	A	A
✓ Deambulação	C	B	A
✓ Subir/Descer	C	B	A
✓ Aprendizagem de movimentos antiluxação	B	A	A



**DOENTE 3**

COMPETÊNCIA	21 / 04 / 22	22 / 04 / 22	25 / 04 / 22
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	B	A	A
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Motora</b>			
✓ <u>Posicionamentos no leito:</u>	B	A	A
✓ <u>Exercícios no leito</u>	B	A	A
✓ <u>Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível:</u>	B Mob. Passiva; Mob. Ativa	B Mob. Passiva; Mob. Ativa; Mob. AA;	A
✓ <u>Levante da cama</u>	B	A	A
✓ <u>Deitar na cama</u>	B	A	A
✓ <u>Sentar/levantar da cadeira</u>	B	A	A
✓ <u>Utilização do chuveiro e banheira:</u>	C Não foi ao duche	C	A
✓ <u>Uso do Sanitário</u>	C Não foi ao Sanitário	C	A
✓ <u>Treino de Marcha com andarilho e canadianas</u>	C	B	A
✓ <u>Aprendizagem de movimentos antiluxação:</u>	B	A	A

**DOENTE 4**

COMPETÊNCIA	21 / 04 / 22	22 / 04 / 22	25 / 04 / 22
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	B	B	A
<b>Reeducação Funcional Motora</b>	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
✓ <u>Posicionamentos no leito</u>	B	B	A
✓ <u>Exercícios no leito:</u>	B	A	A
✓ <u>Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível</u>	C	B	A <i>πR</i>
✓ <u>Levante da cama</u>	C	B	A
✓ <u>Deitar na cama:</u>	C	B	A
✓ <u>Sentar/levantar da cadeira</u>	C	B	A
✓ <u>Utilização do chuveiro e banheira:</u>	C	C	A
✓ <u>Uso do Sanitário:</u>	C	C	A
✓ <u>Treino de Marcha com andarilho e canadianas:</u>	C	C	A
✓ <u>Deambulação</u>	C	C	C
✓ <u>Subir/Descer</u>			
✓ <u>Aprendizagem de movimentos antiluxação:</u>	C	B	A

**DOENTE 5**

COMPETÊNCIA	04 / 05 / 22	06 / 05 / 21	08 / 05 / 21
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	B	B	A
<b>Reeducação Funcional Motora</b>	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
✓ <u>Posicionamentos no leito</u>	B	B	A
✓ <u>Exercícios no leito</u>	B	B	A
✓ <u>Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível</u>	B	B	A
✓ <u>Levante da cama</u>	C	C	A
✓ <u>Deitar na cama</u>	C	C	A
✓ <u>Sentar/levantar da cadeira</u>	C	C	A
✓ <u>Utilização do chuveiro e banheira:</u>	C	C	A
✓ <u>Uso do Sanitário:</u>	C		A
✓ <u>Treino de Marcha com andarilho e canadianas</u>	C		A
✓ <u>Aprendizagem de movimentos antiluxação:</u>	B		A

**DOENTE 6**

COMPETÊNCIA	28 / 04 / 22	29 / 04 / 22	04 / 05 / 22
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	B	B	A
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
✓ <u>Posicionamentos no leito:</u>	B	B	A
✓ <u>Exercícios no leito:</u>	B	A	A
✓ <u>Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível</u>	C	B	A <i>πR</i>
✓ <u>Levante da cama:</u>	C	B	A
✓ <u>Deitar na cama:</u>	C	B	A
✓ <u>Sentar/levantar da cadeira</u>	C	B	A
✓ <u>Utilização do chuveiro e banheira:</u>	C	C	A
✓ <u>Uso do Sanitário</u>	C	C	A
✓ <u>Treino de Marcha com andarilho e canadianas:</u>	C	C	C
✓ <u>Aprendizagem de movimentos antiluxação</u>	C	B	A

**DOENTE 7**

COMPETÊNCIA	28 / 04 / 22	30 / 04 / 22	04 / 05 / 22
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Respiratória</b>	B	A	A
	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
<b>Reeducação Funcional Motora</b>	<b>CAPACITAÇÃO</b>		
✓ <u>Posicionamentos no leito</u>	B	A	A
✓ <u>Exercícios no leito</u>	B	A	A
✓ <u>Iniciar mobilizações e exercícios de amplitude articular no membro intervencionado, logo que possível</u>	B	A	A
✓ <u>Levante da cama</u>	B	A	A
✓ <u>Deitar na cama:</u>	B	B	A
✓ <u>Sentar/levantar da cadeira</u>	B	B	A
✓ <u>Utilização do chuveiro e banheira:</u>	B	A	A
✓ <u>Uso do Sanitário:</u>	B	A	A
✓ <u>Treino de Marcha com andarilho e canadianas:</u>	B	A	A
✓ <u>Deambulação</u>	C	B	A
✓ <u>Subir/Descer</u>	C	B	A
✓ <u>Aprendizagem de movimentos antiluxação</u>	B	A	A

## **Apêndice IX – SARS COV2: Reabilitar em Internamento**



## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Nelson Ezequiel  
Medicina A Covid-19 ULSLA*

*Instituto Português de Reabilitação*

Plano de unidade de tratamento em contexto - SARS COV 2: Reabilitar em internamento

Local: Sala de Conferências do ILSLA  
Tiradora: Nelson Ezequiel  
Coordenador: Nelson Ezequiel  
Data: 7 de Junho de 2022 Hora: 10:00 às 10:30 Duração: 30 minutos

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Designio	Avaliação
Monitorizar a evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Adaptar condutas terapêuticas à evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Monitorizar a evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Workshop			
Monitorizar a evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Adaptar a conduta terapêutica à evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Monitorizar a evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Workshop			
Monitorizar a evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Adaptar a conduta terapêutica à evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Monitorizar a evolução da patologia respiratória associada à COVID-19 em contexto de internamento.	Workshop			

*Instituto Português de Reabilitação*

Medicina A Covid-19 Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

> Patologia respiratória associada à Covid-19 – Mecanismos fisiopatológicos

- Aumento da permeabilidade da membrana alveolar-capilar devido a:
  - ✓ A presença do vírus;
  - ✓ A uma resposta inflamatória;
- Alteração da perfusão pulmonar;
- Aprava significativamente a evolução da patologia respiratória a qual está associada.

*Sociedade Portuguesa de Geriatria e Idosos (2019)*

Medicina A Covid-19 Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

> Patologia respiratória associada a Covid-19 – Raio X Torax

- Infiltrados tipo vidro duplo;
- Múltiplos perfis de predomínio basal;

*Sociedade Portuguesa de Geriatria e Idosos (2019)*

Medicina A Covid-19 Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

> As pessoas com covid 19 com indicação para internamento em contexto de reabilitação apresentam:

- febre;
- insuficiência Respiratória Aguda;
- Hipoxia;
- Radica;
- Dores musculares.

*Ordem dos Enfermeiros (2022) 30/06*

Medicina A Covid-19 Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

Como reabilitar um doente com patologia respiratória associada a COVID-19

Medicina A Covid-19-Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

Enfermagem de Reabilitação

► Os objetivos da avaliação & conformação do estado físico do paciente são:

- Alívio da sintomatologia;
- Otimização do funcionamento;
- Ganho de atividade

Ordem dos Serviços de Saúde 16/2020/31/9

Medicina A Covid-19-Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

Enfermagem de Reabilitação

Reforçar as medidas de proteção individual durante exercícios de RFR na para minimizar os riscos de transmissão

Uso de EPI's

Ordem dos Serviços de Saúde 16/2020/31/9

Medicina A Covid-19-Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

Enfermagem de Reabilitação

► Recomendações de exercícios de Circunscrita Respiratória:

- Exercícios respiratórios e de relaxamento;
- Exercícios de Expansão torácica;
- Exercícios abdomino-diafragmáticos;
- Treino de músculos respiratórios

Adaptar os exercícios à condição clínica do doente

Ordem dos Serviços de Saúde 16/2020/31/9

Medicina A Covid-19-Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

Enfermagem de Reabilitação

► Recomendações de exercícios de Circunscrita Respiratória:

- Mobilização e alongamento de músculos traqueobronquiais;
- Incentivar ao deambulo ventral;

Ordem dos Serviços de Saúde 16/2020/31/9

Medicina A Covid-19-Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

Enfermagem de Reabilitação

► Treino de Exercício:

- Intensidade: Escala de Borg modificada (DIT < 3);
- Frequência: 2x/dia;
- Duração: Tolerância do doente (12 a 30 min);
- Tipo de treino: ambulo assente

Membros superiores, inferiores musculatura dorsal e abdominal

Ordem dos Serviços de Saúde 16/2020/31/9

Medicina A Covid-19-Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

Enfermagem de Reabilitação

► Recomendações na administração de oxigénio para oxigenação:

- Indicada na Insuficiência Respiratória Hipoxémica;
- Administração de oxigenoterapia suplementar, se SpO2 menor que 90% ou PaO2 menor que 60 mmHg ou 96%;
- Oxigenoterapia de alto fluxo não é consensual;

Ordem dos Serviços de Saúde 16/2020/31/9

Medicina A Covid-19/Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

➤ Recomendações na administração de oxiacetona com nebulização:

- ❑ Recomenda-se a administração inicial de oxipentóxido de etileno para a administração de oxiacetona (na concentração de 0,25% em solução de 50ml), preferencialmente em nebulização.

**Justificação:** A hipertermia febril associada à respiratória aguda pode causar 10 ml a centenas de ml de secreções. Não é suficiente a broncoaspiração. O oxipentóxido de etileno é bactericida e atua sobre a membrana celular, permitindo uma maior penetração da oxipentóxido de etileno.

*Instituto Português de Oncologia de Lisboa, (2020)*

Medicina A Covid-19/Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

➤ Outras orientações e recomendações:

- ❑ Terapêutica inalatória:
  - ✓ Deve ser administrada por câmara expiratória;
  - ✓ Não recomendados sistemas de membrana occlusiva, preferindo-se o uso de máscara.

➡ **Ênfase associando a administração de oxigénio**

*Ordem dos Enfermeiros, MEDD, 2020*

Medicina A Covid-19/Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

➤ Outras orientações e recomendações:

- ❑ Posicionamentos terapêuticos:
  - ✓ Decúbito Dorsal com Semiflexão;
  - ✓ Decúbito Semidorsal;
  - ✓ Decúbito Lateral;
  - ✓ Decúbito Ventral;
  - ✓ Decúbito Semiventral

➡ **Permite atuar na capacidade residual da hipoxemia**

Medicina A Covid-19/Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

➤ Posição na montagem terapêutica - Considerações gerais:

- ❑ Melhora a complacência pulmonar;
- ❑ Diminui o trabalho respiratório;
- ❑ Facilita a difusão pulmonar e oxigenação;

Medicina A Covid-19/Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

➤ Posição na montagem terapêutica - Considerações gerais:

**Oxigénio**

- ❑ Alteração do padrão respiratório de superficial e rápido para mais lento e profundo;
- ❑ Minimiza o esforço respiratório;

➡ **Maximiza a eficiência**

Medicina A Covid-19/Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

*Enfermagem de Reabilitação*

➤ Recomendações de alternância de decúbitos:

- ❑ 30 min a 2h em prona com cabeça a 0°;
- ❑ 30 min a 2h em decúbito lateral direito com cabeça a 0°;
- ❑ 30 min a 2h em posição supina com cabeça elevada de 30 a 45°;
- ❑ 30 min a 2h em decúbito lateral esquerdo com cabeça a 0°.

**É importante notar que doentes com Covid-19 podem apresentar mais rigidez e subita deterioração clínica, portanto é fundamental uma constante vigilância para de sinais precoces de profundo respiratório.**

*Associação Care Society, (2020)*

Medicina & COVID-19: Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

**Enfermagem de Reabilitação**

➤ **Decúbito ventral (Posição Prone) - Indicações:**

- ❑ Doentes com relação P/F22 mais elevada
- ❑ Imagens radiológicas sem consolidações
- ❑ Uma decúbito deve ser mantido em caso de deterioração da oxigenação (diminuição de 20% no P/F22 em comparação com o decúbito anterior) mesmo em situações de compressão precoce.

*Associação Portuguesa de Fisiologia, (2020)*

Medicina & COVID-19: Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

**Enfermagem de Reabilitação**

➤ **Decúbito ventral (Posição Prone) - Mecanismos:**

- ↳ **Arrendo pulmonar distribuído de forma mais uniforme**
- ↳ **Diminuição da pressão pulmonar**
- ↳ **Melhora a relação ventilação-difusão**

Medicina & COVID-19: Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

**Enfermagem de Reabilitação**

➤ **Decúbito ventral (Posição Prone) - Benefícios:**

- ❑ Benefícios fisiológicos
- ❑ Melhora a oxigenação e reduz a mortalidade, comparada com o decúbito supino
- ❑ É compatível com todas as formas básicas de suporte respiratório
- ❑ Potencial para melhorar a oxigenação em doentes com Covid-19

*Associação Portuguesa de Fisiologia, (2020)*

Medicina & COVID-19: Reabilitação

## SARS COV 2: REABILITAR EM INTERNAMENTO

**Enfermagem de Reabilitação**

➤ **Benefícios da Posição Prone comparados com a Posição Supina:**

Posição Prone	Posição Supina
✓ Melhor correspondência V/Q	↳ Incompatibilidade V/Q
✓ Diminuição da hipoxemia devido a ventilação heterogênea e melhor gradiente de pressão pulmonar	↳ Excesso de insuflações dos segmentos dos alvéolos anteriores e atelectasia dos segmentos alveolares posteriores
✓ Diferil de perfusão pulmonar constante devido a uma ventilação mais heterogênea do pulmão	↳ Compressão dos alvéolos por pressão do coração e do diafragma
✓ Recrutamento dos segmentos pulmonares posteriores	
✓ Maior libertação de secreções	

*Associação Portuguesa de Fisiologia, (2020)*

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Associação Portuguesa de Fisiologia. Fatores que Regulam os Processos de Ventilação e Perfusão Pulmonar. (2019)
- Cerdas, M., Murolo, E., Manual de Técnicas Práticas de Reabilitação Respiratória. (2020)
- Balcioglu, F., Bayraktar, A., Dincel, J., Yilmaz, D., Yildirimoglu, N., E. (2019)
- Associação Portuguesa de Fisiologia. (2020)
- Murphy, J.J., Murphy, P., Fung, C., Jones, J., Goss, J., (2019)
- Associação Portuguesa de Fisiologia. (2019)
- Associação Portuguesa de Fisiologia. (2019)

**SARS COV 2: Enfermagem de Reabilitação**

**Silvia Esteves**  
Médica & Covid - 2020

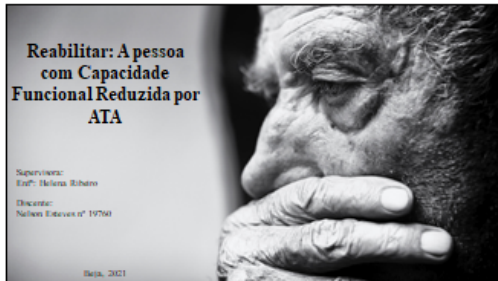
"A grande medida, não é a cura, é dar liberdade respiratória e promover a oxigenação adequada dos tecidos e a qualidade de vida."

ESR, 2017

# Obrigado

Associação Portuguesa de Fisiologia

**Apêndice X – Reabilitar: A pessoa com capacidade Reduzida por ATA**



Reabilitar: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATA

☐ **Objetivo Geral:**

- ✓ Cooperar na aquisição do Tratamento da Reabilitação, na preparação da pessoa com ATA;

☐ **Objetivos específicos:**

- ✓ Avaliar a funcionalidade do conduto articular durante a preparação;
- ✓ Contribuir as estratégias terapêuticas sobre a dor aguda da ATA, por via farmacológica e não farmacológica;
- ✓ Discutir as intervenções de EEER na ATA por via farmacológica;

Reabilitar: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATA

**Osteoartrite**

- A artrite ocorre-se mais frequentemente associada ao envelhecimento;
- É uma doença degenerativa crónica;
- Ocorre degeneração da cartilagem (devido por redução de síntese) perfêrica das superfícies da articulação, resultando num desparelhamento da cartilagem e exposição de suas subunidades;
- Geram alterações biomecânicas da articulação por perda de mobilidade, acompanhado de dor;

Reabilitar: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATA

**CAUSA** ↔ **PREVENÇÃO**

☐ **Alteração do funcionamento da articulação e cartilagem**

- ✓ Tratamento da osteoporose;
- ✓ Prevenção de quedas;
- ✓ Plano nutricional;
- ✓ Exercício Físico;

↓

**COMUNIDADE**

Reabilitar: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATA

Problema para o doente e família

Problema para a ULBSA

Problema a nível nacional

Problema a nível mundial

Fonte: [www.who.int](http://www.who.int)

Reabilitar: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATA

**Coxartrose** →



Resumo: A Perna com Capacidade Funcional Reduzida por ATX

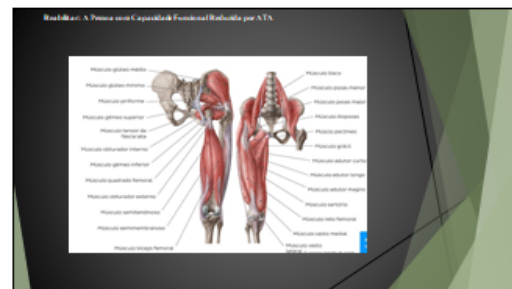
**HISTORIOLOGIA**

- Dor na região inguinal com irradiação para coxa anterior lateral até ao joelho;
- Dor por carga e por compressão articular;
- Rigidez articular;
- Diminuição da amplitude de movimento, principalmente na rotação interna;
- Podem ocorrer crepitação durante o movimento;

Resumo: A Perna com Capacidade Funcional Reduzida por ATX

"A artropatia local da anca é um dos pontos de substituição de uma utilização do corpo humano com maior sucesso a médio longo prazo" (Análio, 2017)

12000 Cirurgias/ano → Artrose anca DOR → Idade



Resumo: A Perna com Capacidade Funcional Reduzida por ATX

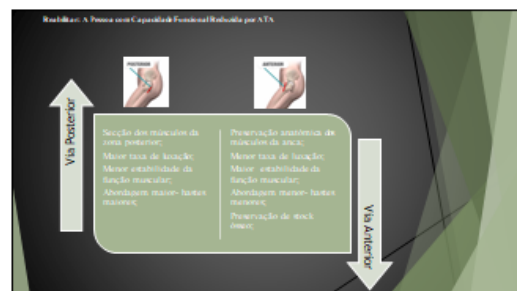
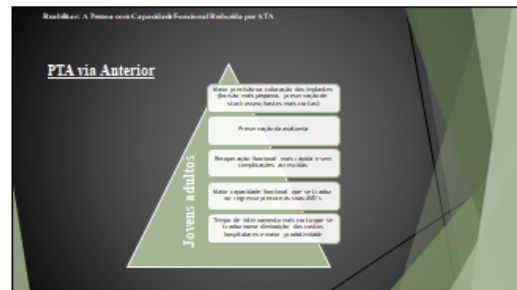
**Músculos e sua Função**

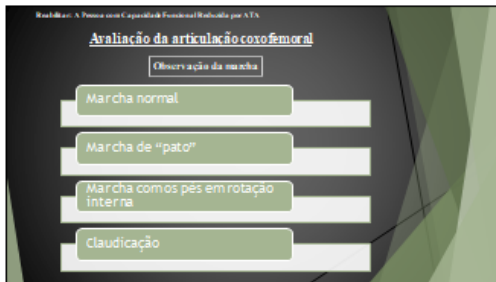
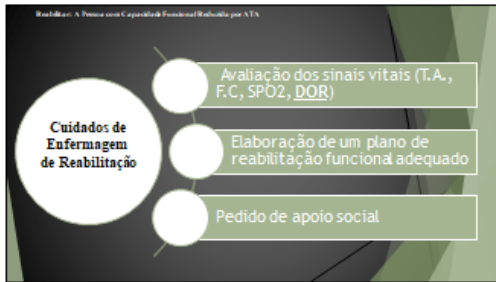
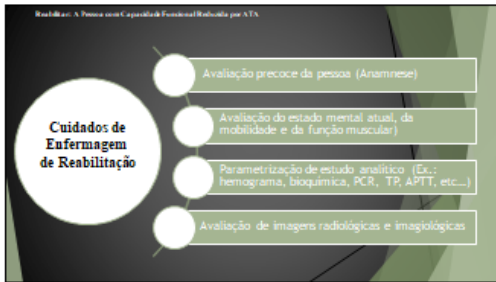
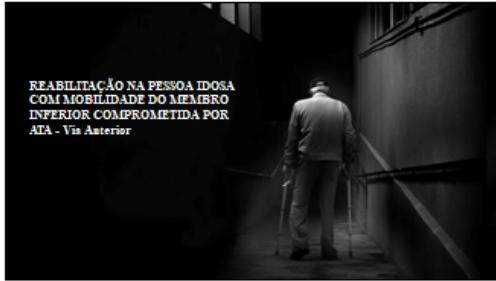
Músculos	Função
<b>Músculos da região glútea</b>	
Glúteo máximo	Extensão, abdução e rotação externa
Glúteo médio	Abdução, flexão e rotação interna
Glúteo mínimo	Abdução, flexão e rotação interna
Piriforme	Abdução e rotação externa
Obturator interno	Rotação externa
Obturator externo	Rotação externa

Resumo: A Perna com Capacidade Funcional Reduzida por ATX

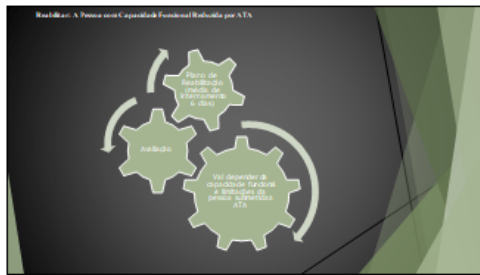
**Músculos e sua Função**

Músculos	Função
<b>Músculos da anca</b>	
Sartório	Flexão, abdução e rotação externa
Tensor fáscia lata	Flexão, abdução e rotação interna
Quadrado femoral	Flexão, rotação interna, rotação externa
Pectíneo	Abdução e flexão da coxa
Adutores	Abdução
Grácil	Abdução
Deltoideu femoral	Extensão e rotação externa
Semitendíneo	Extensão
Semimembranoso	Extensão









Resultado: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATD

Pré-operatório	Pré-operatório imediato	1 <sup>o</sup> 2 <sup>o</sup> 3 <sup>o</sup> dias de pós-operatório
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista pelo enfermeiro, avaliação das condições de registo a dia após a alta;</li> <li>Encontro de preparação para o pós-operatório;</li> <li>Reunião pré-dorção com dorsofórta;</li> <li>Visitação de acordo com as normas prescritas no contrato de trabalho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enter notação interna do membro intervencionado (no posterior);</li> <li>Realizar o membro em rotação interna (via anterior);</li> <li>Manter triângulo de abdúção/abdução entre a articulação da cintura e a articulação do joelho;</li> <li>Aplicação de estímulos;</li> <li>Manter dorção dorsal e dorso lateral ao lado direito;</li> <li>Análise do penso cirúrgico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisar dorso (dois hemiglobos, TA);</li> <li>Enterar o dorso sobre os momentos articulares da PD;</li> <li>Realizar RFE;</li> <li>Exercícios isométricos no lado dos glúteos (glúteo médio, em caso de PD por via anterior) e quadríceps;</li> <li>Exercícios isométricos (passivos e ativos de acordo com o segmento articular);</li> <li>Análise das amplitudes articulares;</li> <li>Se o dorso estiver melhor progressivamente (1<sup>o</sup> no lado e depois transferindo para o outro) e depois transferindo para a cintura corporal no membro lesado;</li> </ul>

Resultado: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATD

2 <sup>o</sup> 3 <sup>o</sup> 4 <sup>o</sup> dias de pós-operatório	1 <sup>o</sup> 2 <sup>o</sup> 3 <sup>o</sup> dias de pós-operatório	1 <sup>o</sup> 2 <sup>o</sup> 3 <sup>o</sup> dias de pós-operatório
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisão dorso?;</li> <li>Avaliar a mobilidade passiva;</li> <li>Torno de ATD com braço (ligar um suporte vertical direito);</li> <li>Realizar manobras isométricas e resistivas no braço (Redução/normalização da força isométrica);</li> <li>Realizar treino para autoadministração de rotas;</li> <li>Avaliação de equilíbrio e tempo de marcha na presença de dorso;</li> <li>Torno de marcha autoadministração com braço sobre dorso;</li> <li>Realizar manobras de dorso lateral sobre o uso de dorso (cinturão);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar treino de ATD (autoadministração) dorso lateral, uso de dorso lateral;</li> <li>Torno de equilíbrio, sobre o uso de braço e dorso lateral (propriocepção com dorso lateral, uso de um braço);</li> <li>Assento progressivo de autoadministração e dorso lateral/normalização, equilíbrio;</li> <li>Avaliação de equilíbrio dorso lateral e marcha;</li> <li>Avaliação de equilíbrio, atitudes;</li> <li>Torno de marcha de dorso e dorso lateral autoadministração a 1 passo, com o dorso lateral, uso de braço lateral;</li> <li>Realizar manobras de dorso lateral ATD no plano de preparação do dorso para a alta e regresso a casa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar treino de ATD (autoadministração) dorso lateral;</li> <li>Mobilização do uso de braço;</li> <li>Assento progressivo de autoadministração e dorso lateral/normalização, equilíbrio;</li> <li>Torno de marcha de dorso e dorso lateral autoadministração a 2 passos, sobre o dorso lateral (dorso lateral sobre o dorso lateral);</li> <li>Realizar manobras de dorso lateral ATD no plano de preparação do dorso para a alta e regresso a casa;</li> </ul>

Resultado: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATD

Caso retrospectivo e comparativo entre a abordagem direta (DD-A) e a abordagem posterior (DD-P)

Resultado por CITEP em 2017 - Hospital de São Marcos, Braga

**Reabilitação em 57 dias:**

- 16 ambulâncias por via anterior;
- 21 ambulâncias por via posterior;

Dorso submetido a DD - A: 16 casos (70% de marcha mais cedo (3,82 vs DD - A e 3,24 vs DD - P, diferença 2 dias);

Dorso submetido a DD - A: 16 casos em cuidados mais cedo, incluindo a marcha autónoma sem auxílio de marcha mais precoce (6,13 vs DD - A e 6,7 vs DD - P);

DD - A: 16 casos em regresso mais rápido ao ATD (9,14 vs DD - P, diferença de 11 dias);

DD - P: 16 casos em regresso mais rápido ao ATD (9,14 vs DD - P, diferença de 11 dias);

Dorso submetido a DD - P: 16 casos em regresso mais rápido ao ATD (9,14 vs DD - P, diferença de 11 dias);

Abordagem de DD - P: o tempo cirúrgico foi significativamente menor;



Resultado: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATD

**Referências Bibliográficas:**

Barger, L., Wallace-Park, D., & McKillop, H. (1995). *Passo (book: One diagnostic gait -* - Processo de enfermagem por neurologia. (Oxford), p. 54-6, 1995.

Boschi, L. C., Anello, M., Rubin, L. A., & Corra, M. (2013). *Atropia da Tabela de movimento Inicial: Observação preliminar. Anais do Instituto de Fisioterapia, 36(1), 101-105.*

Botta-Schraggen, S., Rapp, M., Krupp, H. M., Schabo, M., Hübner, G., & J. J. Schramm, E. - (Kasperburg, M. (2016). *Linhas de atenção (na literatura) In: Livro de Actas do Congresso de Fisioterapia (2016) (Lisboa: Associação Portuguesa de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 11-12).*

Carvalho, F., Fernandes, L., Ferreira, L., Ferreira, R., & Dias, R. (2017). *Capacidade funcional e qualidade de vida em indivíduos com dor crónica subaguda aguda total dorsal.*

Carvalho, F. M., M., Almeida, S. C. P., & Martins, R. M. (2013). *Gálicia de enfermagem de dor subaguda e atropia de dor. Anais de Fisioterapia, 36(1), 14-20.*

Costa, A. M., Fernandes, R. B., Silva, J. P., & Rodrigues, E. B. (2013). *Atropia da Tabela de movimento Inicial: Estudo de caso de um indivíduo com dor crónica subaguda total dorsal e síndrome de dor regional crónica. Anais de Fisioterapia, 36(1), 14-20.*

Resultado: A Pessoa com Capacidade Funcional Reduzida por ATD

**Referências Bibliográficas:**

Crowther, B. L., C. (2019). *Gálicia de fisioterapia em atropia. In Livro de Actas do Congresso de Fisioterapia (2019) (Lisboa: Associação Portuguesa de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 11-12).*

DMRTD. (2019). *Anexo. DMRTD-Instituto de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Retrieved February 13, 2019, from <https://www.dmrtd.pt/>*

Figueiredo, A. (2016). *Atropia da Tabela de movimento Inicial. Anais de Fisioterapia, 36(1), 101-105.*

Klein, C., & Cobby, L. A. (2015). *Características de fisioterapia funcional e clínica. (Lisboa: Lda), (4<sup>a</sup> edição), p. 54-6, 2015.*

Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2019). *Retorno da mobilidade em Gálicia de Enfermagem na Clínica subaguda e atropia de dor. Anais de Fisioterapia, 36(1), 14-20.*

Ordem dos Fisioterapeutas. (2018). *Dez: Guia orientador de dor crónica (Ordem de Fisioterapia), p. 55.*

Proença, A. (2018). *Ortopedia e Traumatologia. (Lisboa: Lda), (1<sup>a</sup> edição), pp. 94-104, 2018.*

Robello, B. T. (2018). *Atropia da Tabela de movimento Inicial. Anais de Fisioterapia, 36(1), 101-105.*

Vital, L. C., & Queiroz, L. C. (2019). *Gálicia de enfermagem de dor subaguda e atropia de dor. Anais de Fisioterapia (PT em Livro), p. 14-20. Anais de Fisioterapia, 36(1), 14-20.*

## **Apêndice XI – Plano de Cuidados Individual Pneumonia a Covid-19**



## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Ensino Clínico em Enfermagem de Reabilitação I

### PLANO DE CUIDADOS - PNEUMONIA A COVID-19

Serviço de Medicina A Covid – Unidade Local Saúde Litoral Alentejano

**Docente Orientador:**

Prof. Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

**Enfermeira Supervisora:**

Enf<sup>a</sup> Margareth Ferreira

**Discente:**

Nelson Esteves

Instituto Politécnico de Beja  
Mestrado em Enfermagem em Associação

4º Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Ensino Clínico em Enfermagem de Reabilitação I

## **PLANO DE CUIDADOS - PNEUMONIA A COVID-19**

**Serviço de Medicina A Covid – Unidade Local Saúde Litoral Alentejano**

**Docente Orientador:**

Prof. Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

**Enfermeira Supervisora:**

Enfª Margareth Ferreira

**Discente:**

Nelson Esteves nº19760

Santiago do Cacém, novembro 2020

## ABREVIATURAS E SIGLAS

Aplic. - Aplicações

AVD's – atividades de vida diária

CO<sub>2</sub> – dióxido de carbono

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI – Equipamento Proteção Individual

EV – endovenosa

H – Horas

HCO<sub>3</sub> – bicarbonato

M.V. – murmúrio vesicular

meq – milequivalentes

mg – miligramas

ml – mililitros

mRC – medical research council

NaCl – cloreto de sódio

O<sub>2</sub> – oxigénio

PCR – proteína C-reativa

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

Rx – raio-x

S.C. – subcutânea

TAC – tomografia axial computadorizada

ug – microgramas

ULSLA – Unidade Local Saúde Litoral Alentejano

V- VST - Volume – Viscosity Swallow Test

ÍNDICE

CONTEXTUALIZAÇÃO.....	138
ANAMNESE.....	139
HISTÓRIA CLÍNICA.....	139
AVALIAÇÃO ENFERMAGEM REABILITAÇÃO.....	141
PLANO DE CUIDADOS.....	148
CONCLUSÃO .....	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	156

## CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente documento surge no contexto do Ensino Clínico I, em que se preconiza a elaboração de um plano de cuidados com as intervenções específicas de enfermagem de reabilitação. De forma a cumprir o propalado e atendendo às condicionantes apresentadas pelo doente manifestada no atual internamento e internamentos anteriores, elaborei, um plano de cuidados, com diagnósticos e intervenções específicas de enfermagem de reabilitação mais direcionado para a parte respiratória, referente a um senhor de 86 anos, com o diagnóstico de pneumonia a COVID-19 com eventual sobreinfecção bacteriana. De acordo com Presto e Damázio (2009), a pneumonia considera-se típica quando “(...) apresenta sinais clássicos de um processo inflamatório/infeccioso que são: apresentação aguda, febre alta, calafrios, dor torácica, tosse produtiva e secreção.” (p. 225). Na pneumonia, ocorre uma resposta inflamatória na circulação pulmonar, a qual é gerada pelo agente infeccioso. Desta forma, ocorre o aumento do fluxo sanguíneo local e da permeabilidade capilar e conseguinte passagem das células de defesa do organismo do sangue para o interstício, alvéolos e/ou vias aéreas periféricas, para os microrganismos serem eliminados. No entanto, o preenchimento dos alvéolos, vias aéreas periféricas e/ou do interstício pelas células de defesa do organismo como, por exemplo, leucócitos e/ou eritrócitos, devido á exsudação intraalveolar de líquido, origina uma diminuição da ventilação dos alvéolos perfundidos, causando diminuição da complacência pulmonar, e por conseguinte diminuição dos volumes pulmonares. Assim verifica-se a presença de alterações na relação ventilação/perfusão (relação V/Q) que se podem traduzir no compromisso da realização das trocas gasosas, observando-se pela hipoxémia (Presto e Damázio, 2009). Neste tipo de patologia respiratória está preconizado tratamento farmacológico e não farmacológico, no qual o tratamento farmacológico está direcionado à causa da pneumonia e aos seus sintomas, enquanto que no tratamento não farmacológico, a reabilitação funcional respiratória desempenha um papel preponderante na prevenção e correção de alterações posturais, a permeabilização das vias aéreas e a reeducação e otimização da mecânica ventilatória. Associado a este diagnóstico está o SARS-CoV-2, tão presente neste contexto de pandemia, que agrava significativamente a condição pulmonar do doente, exigindo do profissional de saúde a utilização de EPI's (fato impermeável integral, pantufas de proteção, máscara P2, mínimo 2 pares de luvas, touca e viseira), sempre que se preconiza a sua entrada na enfermaria ou em quartos de isolamento com pressão negativa, para a prestação de cuidados de enfermagem gerais e específicos de reabilitação, tal como refere o documento da DGS, 2019 “Num contexto de trabalho sem precedentes que exige medidas e atividades extraordinárias que assegurem a saúde e segurança dos trabalhadores, ... quanto á definição de medidas concretas de prevenção e proteção dos trabalhadores a COVID-19, tendo por base as recomendações da Direção-Geral de Saúde ...” (pag.1) e “... é indispensável instituir rigorosos procedimentos de prevenção e controlo de infeção, designadamente assegurar a

disponibilização dos equipamentos de proteção individual de acordo com o nível de cuidados a prestar, tendo em conta o disposto na orientação nº002/2020 e demais orientações...” (pag.3).

## ANAMNESE

<b>AVALIAÇÃO INICIAL</b>	<b>Nome:</b>	A.A.J	<b>Género:</b>	Masculino
	<b>Idade:</b>	86 Anos	<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa
<b>Antecedentes Pessoais</b>	Hipertensão arterial com fibrilhação auricular permanente, hipotiroidismo e síndrome demencial;			
<b>Terapêutica habitual</b>	Lisinopril + Hidroclorotiazida, Pantoprazol, Cinarizina, Bisoprolol, Amiodarona, Levotiroxina sódica, Alprazolam e Risperidon;			
<b>Situação atual Familiar, Habitacional e Social</b>	<b>Agregado Familiar</b>	Filha e Neta		
	<b>Pessoa Significativa</b>	Neta		
	<b>Residência</b>	Lar Santa Casa da Misericórdia		
<b>Encaminhamento após Alta</b>	Lar Santa Casa da Misericórdia			
<b>Observações</b>	Pessoa com múltiplos internamentos anteriores			

## HISTÓRIA CLÍNICA

<b>Data de Internamento</b>	24/10/2020
<b>História da doença atual</b>	No dia 21.10.2020 foi realizado despiste para SARS-CoV-2 que apresentou resultado positivo. No dia 23.10.2020 foi admitido no serviço de urgência da ULSLA, vígil, consciente e nada colaborante, por agravamento da dispneia, picos febris (39°C), hipoxemia e SPO2 85%. Apresenta fragilidade cutânea acentuada com equimoses acentuadas nos membros superiores, com pele e mucosas descoradas e desidratadas. Apresenta situação clínica muito instável com necessidade de oxigenoterapia a 10L por máscara de Venturi. Apresenta provável patologia de base desconhecida, sem aumentos de tosse ou expectoração. Feita auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, com ruídos adventícios e farfalheira bilateral. Feita transferência do doente para o serviço de Medicina A – Covid que deu entrada no dia 24.10.2020 por volta das 00:10 com o diagnóstico de pneumonia a COVID-19 com eventual sobreinfecção bacteriana. Dependente nas suas AVD's, com óculos nasais e oxigenoterapia em curso a 2L/min com sintomatologia de dificuldade respiratória, apresentava integridade cutânea comprometida nos membros superiores com duas lesões no punho esquerdo e uma lesão no braço direito e cianose facial e nas extremidades dos membros superiores e inferiores, com tiragem costal e pouca resistência á fadiga. No dia do internamento apresentava uma alcalose respiratória compensada, e disfagia a líquidos e a sólidos.
<b>Medicação Actual</b>	Sucralfato 1000 mg via oral 4x/dia á hora das refeições; Glucose 50mg/ml + Nacl 4,5mg/ml 500 ml EV 12/12h Piperacilina 2000mg + Tazobactam 225 mg EV 8/8h Nistatina 1 pipeta (1ml) via oral 4x/dia; Brometo de ipatrópio 20 ug – 6 aplic. via inalatória 6/6h; Salbutamol 100 ug – 6 aplic. via inalatória 6/6h;



	<p>Budesonida 160 ug + Formaterol 4,5 ug – 2 aplic. via inalatória 12/12h;                  Clotrimazol 10 mg 1 aplicação tópica 12/12h;                  Bisoprolol 2,5 mg via oral 24/24h;                  Enoxaparina sódica 40 mg via S.C 24/24h;                  Sertralina 25 mg via oral 24/24h;</p>
<p><b>Exames Complementares de Diagnóstico</b></p>	<div data-bbox="624 434 1254 712" data-label="Image"> </div> <p>✓ TAC (23.10.2020): TAC com árvore traqueobrônquica permeável, com presença de nódulos subpleurais na vertente lateral do lobo superior direito e alterações atelectáticas subpleurais e subsegmentares em ambas as bases. Sem evidência de derrame pleural.</p> <p>✓ RaioX Tórax (02.11.2020):</p> <div data-bbox="624 909 1254 1193" data-label="Image"> </div> <p>✓ RaioX Tórax (06.11.2020):</p> <div data-bbox="624 1249 1254 1536" data-label="Image"> </div> <p>✓ Análises Sanguíneas (23/10/2020): Hemoglobina 17.8 g/dl; Leucócitos 6,8 uL; Creatinina 1.1 mg/dl; Sódio 138 mEq/L; Potássio 4.2 mEq/L PCR 6.14 mg/dl; LDH 964 UI/L; DDímeros 1169; INR 1.09</p> <p>✓ Análises sanguíneas (06.11.2020): Hemoglobina 16.2g/dl; Leucócitos 12,4uL; Creatinina 1 mg/dl; Sódio 157 mEq/L; Potássio 2.9 mEq/L; PCR 14,58 mg/dl; LDH 590 UI/L; INR 1.17</p> <p>✓ Gasimetria arterial com O<sub>2</sub> a 2L/min (24/10/2020): pH - 7.445; PCO<sub>2</sub> - 36.6; HCO<sub>3</sub> - 24.8; PaO<sub>2</sub> - 59.6</p> <p>✓ Gasimetria arterial com O<sub>2</sub> a 2L/min (06.11.2020): pH – 7.536; PCO<sub>2</sub> - 32.3 mmHg; HCO<sub>3</sub> - 29 mmol/L; PaO<sub>2</sub> – 109.9 mmHg</p> <p>✓ Gasimetria arterial com O<sub>2</sub> a 2L/min (18.11.2020): pH – 7.425; PCO<sub>2</sub> – 38.7 mmHg; HCO<sub>3</sub> – 25.1 mmol/L; PaO<sub>2</sub> – 105.2 mmHg</p>

## AVALIAÇÃO ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

Apesar de já ter sido estabelecido alguns contactos anteriores com o sr. A.A.J., o plano de cuidados foi elaborado ao 18º dia de internamento, após se observar uma melhoria da condição clínica do doente de modo a que permitir elaborar e desenvolver o presente plano de cuidados. A avaliação foi feita durante os turnos da manhã do dia 10/11/2020 e 12/11/2020, que se procedeu á realização da avaliação de enfermagem de reabilitação.

### ➤ Exame Físico

<b>Exame Físico Pele e Mucosas</b>	Cianose facial e nas extremidades, desidratadas e quebra cutânea
<b>Pescoço</b>	Sem alterações
<b>Tórax</b>	Sem deformações e simétrico
<b>Abdómen</b>	Mole e depressível
<b>Região Dorso/Lombar</b>	Sem alterações
<b>Membros Superiores</b>	Sem alterações
<b>Membros Inferiores</b>	Sem alterações, com ligeira hipertonia na região tibiotársica e transmetatársica

### ➤ Exame Neurológico

- ✓ O Sr. A.A.J. apresentava-se vígil, orientado no tempo, no espaço e na pessoa e de acordo com a *Escala de Coma de Glasgow* apresentava um *score* de 13.

<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>	
<b>Parâmetro</b>	<b>Pontuação</b>
Abertura Ocular	4 (abertura espontânea)
Resposta Verbal	3 (Palavras inapropriadas)
Resposta Motora	6 (obedece a ordens)
Total	13 pontos

### ✓ Avaliação Motora e Sensitiva

- Quanto ao equilíbrio, foi utilizada a Escala de Avaliação Simples (Menoita et al, 2012), verificando-se equilíbrio sem alterações na posição sentado, enquanto que na posição ortostática o equilíbrio estático e dinâmico apresenta alterações, verificando-se um equilíbrio de grau elevado tal como se observa no quadro abaixo descrito.

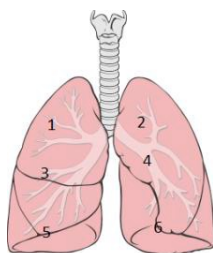
Escala de Avaliação Simples		
Data		10.11.2020
Sentado	Equilíbrio Estático	<u>Estável</u>
	Equilíbrio Dinâmico	<u>Instável</u>
Ortostática	Equilíbrio Estático	<u>Instável</u>
	Equilíbrio Dinâmico	<u>Instável</u>

**Sem problema:** equilíbrio em pé e sentado (estático e dinâmico) estável;  
**Grau reduzido:** Equilíbrio sentado estático e dinâmico e equilíbrio em pé estático estável e equilíbrio em pé dinâmico instável;  
**Grau moderado:** Equilíbrio sentado estático e dinâmico estável e equilíbrio em pé estático e dinâmico instável;  
**Grau elevado:** Equilíbrio sentado estático estável e sentado dinâmico e em pé estático e dinâmico instável;  
**Grau Muito Elevado:** Equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico instável;

- Quanto á força muscular, segundo a escala de mRC (medical Research Council), o doente apresenta força de grau 4 (movimento ativo contra a gravidade e resistência moderada) na flexão e extensão da articulação escapulo-umeral, flexão/extensão do cotovelo e flexão e extensão do punho. Nos membros inferiores, o doente apresenta força de grau 4 (movimento ativo contra a gravidade e resistência moderada) na flexão/extensão da articulação coxo-femural, flexão/extensão da articulação do joelho e flexão/extensão da articulação tibiotársica, traduzindo-se em uma dificuldade em realizar treino de marcha sem auxílio.
- Quanto ao tónus muscular, segundo a escala de Ashworth modificada, o doente apresenta tónus de grau 2 (aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento) nos membros superiores e tónus de grau 3 (partes em flexão ou extensão movimentados com dificuldade) nos membros inferiores.
- Quanto á coordenação motora não apresenta dismetria na Prova Índice-nariz nos membros superiores, enquanto que nos membros inferiores não foi possível avaliar a dismetria devido á ausência de colaboração do doente.
- Quanto á sensibilidade:
  - Sensibilidade Superficial – apresenta sensibilidade táctil, térmica e dolorosa mantidas bilateralmente.
  - Sensibilidade Profunda – apresenta sensibilidade vibratória, postural e de pressão com alterações.

➤ Avaliação Respiratória

<b>AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA</b>		
<b>DATA</b>	<b>10.11.2020</b>	<b>12.11.2020</b>
TENSÃO ARTERIAL	122/79 mmHg	116/75 mmHg
FREQUÊNCIA CARDÍACA	92 bpm	109 bpm
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Ligeira Polipneia	Ligeira Polipneia
RITMO	Regular	Regular
AMPLITUDE	Pequena amplitude	Pequena amplitude
SPO2	Em repouso com fio2 a 60% de 90%-95%	Em repouso com fio2 a 60% de 90%-95%
COLORAÇÃO PELE E MUCOSAS	Ligeira cianose e seca	Ligeira cianose e seca
TOSSE	Tosse pouco eficaz	Tosse pouco eficaz
EXPETORAÇÃO	Ausente	Expetoração purulenta espessa em pequena quantidade
DOR TORÁCICA	Ausente	Ausente
SIMETRIA	Assimétrica	Assimétrica
MÚSCULOS ACESSÓRIOS	Utilização durante a expiração	Ausente
AUSCULTAÇÃO PULMONAR	M.V. mantido em 1 e 2 M.V. diminuído em 3 e 4 M.V. ausente em 5 e 6	M.V. mantido em 1 e 2 M.V. diminuído em 3 e 4 M.V. ausente em 5 e 6
OBSERVAÇÕES	Doente com respiração predominantemente abdominal, apresenta dispneia em repouso. Após levantar, em posição ortostática apresenta ligeira polipneia, com pouca tolerância ao esforço.	



Escala de Borg Modificada – Avaliação da dispneia		
	10.11.2020	12.11.2020
Repouso	2	1
Esforço	3	2
<b>Legenda</b>	<p>0 – Sem dispneia                      0,5 Dispneia muito, muito leve                      1 – Dispneia muito leve                      2 – Dispneia Leve                      3 – Dispneia moderada                      4 – Dispneia um pouco forte                      5 – Dispneia forte                      6/7/8 – Dispneia muito forte                      9 – Dispneia muito, muito forte                      10 – Dispneia máxima</p> <p>➤ <b>Relação entre os diferentes níveis de dispneia e os seguintes níveis de dependência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sem problema: Sem dispneia;</li> <li>▪ Grau reduzido: Dispneia 0,5/1/ 2</li> <li>▪ Grau moderado: Dispneia 3/4/5</li> <li>▪ Grau elevado: Dispneia 6/7/8</li> <li>▪ Grau Muito Elevado: Dispneia 9/10</li> </ul>	

➤ Sinais Vitais/Circulação/Oxigenação

<b>Temperatura</b>	36,3°C	36.3 °C
<b>Tensão Arterial</b>	122/79 mmHg	116/75
<b>Frequência Cardíaca</b>	92 bpm	109 bpm
<b>Dor</b>	Sem dor	Sem dor
<b>SpO2</b>	95%	94%
<b>Glicémia Capilar</b>	121 mg/dl	147 mg/dl
<b>Edemas</b>	Ausente	Ausente

Apresentava-se hemodinamicamente estável, com padrão respiratório regular, com respiração predominantemente abdominal, simétrico e de baixa amplitude, sem utilização de musculatura acessória. Na auscultação o Sr. A.A.J. apresentava murmúrio vesicular bilateral mantido nos segmentos do lobo superior, diminuição do murmúrio vesicular nos segmentos pulmonares do lobo médio direito e língula do lobo esquerdo e ausência de murmúrio vesicular bilateral nos segmentos do lobo inferior. Reflexo de tosse presente, mas pouco eficaz, com presença de expectoração purulenta e espessa.

➤ Atividades de Vida Diária – Índice de Barthel

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

De acordo com o Índice de Barthel, verificou-se um grau de independência do doente para a realização das suas atividades básicas de vida diária um *score de* 10 pontos.

➤ Avaliação do Risco de Úlceras por Pressão – Escala de Braden

Escala de Braden		
ITEM	NÍVEL	PONTOS
<b>Perceção Sensorial</b>	Ligeiramente limitada	3 pontos
<b>Humidade</b>	Pele muito húmida	2 pontos
<b>Atividade</b>	Acamado	1 ponto
<b>Mobilidade</b>	Muito limitado	2 pontos
<b>Nutrição</b>	Deficiente	1 pontos
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	Problema potencial	2 pontos
	<b>Total</b>	<b>11 pontos</b>



De acordo com a avaliação na escala de Braden verificou-se um alto risco (10 a 12 pontos) de úlcera por pressão, nas proeminências ósseas (trocânter e sacrocóccigea) com um *score* total de 11 pontos.

➤ Avaliação Risco de Quedas - Escala de Morse:

Escala de Morse		
ITEM	NÍVEL	PONTOS
<b>Antecedentes de Quedas</b>	Não	0 pontos
<b>Diagnóstico Secundário</b>	Sim	15 pontos
<b>Apoio na Deambulação</b>	Auxiliado por profissional de saúde	0 pontos
<b>Terapia endovenosa em perfusão</b>	Sim	20 pontos
<b>Tipo de Marcha</b>	Fraca	10 pontos
<b>Estado Mental</b>	Não consciente das suas limitações	15 pontos
	Total	60 pontos

De acordo com a avaliação na escala de Morse, verificou-se um alto risco ( $\geq 45$  pontos) de quedas, com um *score* total de 60 pontos.

## DIAGNÓSTICOS/PROBLEMAS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

De acordo com a avaliação realizada, e tendo em conta as necessidades individuais e do cuidador, identificaram-se os seguintes diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:

- Diagnostico 1: Dispneia em repouso, presente;
- Diagnostico 2: Padrão respiratório, comprometido.
- Diagnostico 3: Limpeza das vias aéreas, comprometida.
- Diagnóstico 4: Ansiedade, presente;
- Diagnóstico 5: Movimento muscular e articular comprometido em grau reduzido;
- Diagnóstico 6: Deglutição comprometida em grau moderado

## OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

Considerando os focos de intervenção de enfermagem de reabilitação pretende-se que as intervenções de enfermagem implementadas permitam ganhos de autonomia, de redução de gastos energéticos, de reeducação ao esforço e melhoria da função respiratória, contribuindo para a melhoria clínica, promovendo a sua independência e capacitação na realização das suas AVD's. Deste modo, defini os seguintes objetivos de intervenção de enfermagem de reabilitação:

- ✓ Integrar o doente no seu processo de saúde e de reabilitação;
- ✓ Diminuir dispneia funcional;
- ✓ Promover a eficácia do padrão ventilatório;
- ✓ Melhorar a oxigenação e ventilação alveolar;
- ✓ Assegurar a permeabilidade das vias aéreas;
- ✓ Diminuir a ansiedade;
- ✓ Prevenir a imobilidade, mantendo a amplitude articular de todos os segmentos corporais, tolerável para o doente;
- ✓ Promover a autonomia do doente nas suas atividades básicas de vida diária;
- ✓ Prevenir a pneumonia por aspiração;
- ✓ Reeducação ao esforço;
- ✓ Reduzir gastos energéticos;
- ✓ Prevenir complicações;

## 1. PLANO DE CUIDADOS

**DATA**      **DIAGNÓSTICO:** Dispneia em repouso, presente.  
[Falta de ar quando em repouso e em posição confortável]

10.11.2020/ 12.11.2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultação do tórax;</li> <li>- Observar Rx tórax;</li> <li>- Avaliar a dispneia e suas características, de acordo com a escala de Borg;</li> <li>- Vigiar e monitorizar a respiração;</li> <li>- Vigiar coloração de pele e mucosas, e/ou presença de cianose;</li> <li>- Monitorizar e avaliar sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação de O<sub>2</sub>);</li> <li>- Administrar e supervisionar oxigenoterapia;</li> <li>- Promover técnicas de conservação de energia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posicionamento terapêutico (semi-fowler);</li> <li>▪ Técnicas de descanso e relaxamento;</li> <li>▪ Consciencialização e controlo da respiração;</li> </ul> </li> <li>- Reeducação ao esforço:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prestar cuidados de higiene e conforto no leito;</li> <li>▪ Executar treino de marcha, com avaliação constante de valores de frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>;</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>10.11.2020:</b> ligeira dispneia com respiração predominantemente abdominal, compensada com O<sub>2</sub> a 3L; após exercícios de relaxamento e controlo respiratório, melhorou sincronidade toraco-abdominal e SPO<sub>2</sub> passou de 94% para 96%; presença de cianose, menos acentuada que nos dias anteriores; pouca colaboração na realização da ponte e rolamento durante a prestação de cuidados de higiene e conforto; durante o treino de marcha (desde a cama até à janela), apresentou grau 3 de dispneia (moderado), SpO<sub>2</sub> de 95%, com O<sub>2</sub> a 3L; apresenta pouca resistência à fadiga;</p> <p><b>12.11.2020:</b> ligeira dispneia com respiração predominantemente abdominal, compensada com O<sub>2</sub> a 2L; melhorou sincronidade toraco-abdominal e SPO<sub>2</sub> de 94% para 97%, após exercício de RFR; diminuição da cianose ao longo do internamento; realização da ponte e rolamento durante a prestação de cuidados de higiene e conforto; durante o treino de marcha (desde a cama até à janela), apresentou grau 2 de dispneia (reduzido), SPO<sub>2</sub> de 96%, com O<sub>2</sub> a 2L, que tolerou; melhorou resistência à fadiga; diminuição da dispneia ao longo do internamento;</p>

**DATA**      **DIAGNÓSTICO:** Padrão respiratório, comprometido.

[Padrão ventilatório ineficaz, respiração predominantemente abdominal, sem recurso aos músculos acessórios];

10.11.2020/ 12.11.2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a dispneia e suas características;</li> <li>- Vigiar e monitorizar a respiração;</li> <li>- Administrar e supervisionar oxigenoterapia;</li> <li>- Realização da técnica de inaloterapia (realizar 30 minutos antes do início do programa de reeducação funcional);</li> <li>- Monitorizar e avaliar sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação de O<sub>2</sub>);</li> <li>- Promover técnicas de conservação de energia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posicionamento terapêutico (semi-fowler);</li> <li>▪ Técnicas de descanso e relaxamento;</li> <li>▪ Consciencialização e controlo da respiração;</li> </ul> </li> <li>- Treinar a dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- Executar exercícios de respiração abdomino-diafragmática;</li> <li>- Executar exercícios costais globais;</li> <li>- Executar exercícios costais seletivos (à direita e à esquerda);</li> <li>- Executar exercícios de reeducação diafragmática;</li> <li>- Corrigir os defeitos posturais, através do alinhamento corporal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O doente revelou dificuldades na adoção do ritmo respiratório abdomino-diafragmático, motivo pelo qual necessita de um programa de reeducação funcional respiratório de maior duração.</li> <li>- <b><u>10.11.2020:</u></b> respiração predominantemente abdominal, com pouca amplitude ventilatória da região torácica; após exercícios RFR, melhorou os valores de SPO<sub>2</sub> de 94% para 96%; tolerou levantar com alguma dificuldade; boa tolerância respiratória á posição ortostática, comparativamente aos dias anteriores;</li> <li>- <b><u>12.10.2020:</u></b> respiração predominantemente abdominal, com ligeiro aumento da amplitude ventilatória da região torácica; após RFR, melhorou os valores de SPO<sub>2</sub> de 94% para 97%; maior colaboração na realização dos exercícios RFR, comparativamente aos dias anteriores; tolerou levantar com alguma dificuldade e apresentou mais tempo de tolerância respiratória na posição ortostática; aumento da simetria torácica durante o movimento respiratório;</li> <li>-Aumento da compliance e expansão alveolar/pulmonar;</li> </ul>

**DATA**      **DIAGNÓSTICO:** Limpeza das vias aéreas, comprometida.

[Processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório. CIPE, versão 2];

10.11.2020/ 12.11.2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultação tórax;</li> <li>- Monitorizar frequência respiratória;</li> <li>- Monitorizar saturação de oxigénio;</li> <li>- Incentivar a pessoa ao ato da tosse;</li> <li>- Avaliar a eficácia da tosse;</li> <li>- Realizar técnica de tosse assistida;</li> <li>- Incentivar a tosse eficaz;</li> <li>- Avaliar as características das secreções respiratórias</li> <li>- Incentivar a hidratação oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>10.11.2020:</b> colaboração nula do doente nos exercícios de tosse assistida; M.V. presente nos segmentos do lobo superior esquerdo, com diminuição do M.V. nos segmentos da língula e ausente no lobo inferior. M.V. presente nos segmentos do lobo superior direito, mantém diminuição dos segmentos do lobo médio e ausência no lobo inferior. Mantém mesmo M.V, após exercícios de limpeza das vias aéreas; tosse pouco eficaz, sem presença de secreções e expetoração;</li> <li>- <b>12.10.2020:</b> pouca colaboração do doente no ato de tosse; M.V. presente nos segmentos do lobo superior esquerdo, com diminuição do M.V. nos segmentos da língula e ausência no lobo inferior. M.V. presente nos segmentos do lobo superior direito, mantém diminuição dos segmentos de lobo médio e ausência no lobo inferior; após exercícios de limpeza das vias aéreas, melhorou M.V nos segmentos do lobo inferior esquerdo, mantendo M.V. semelhante nos restantes lobos; tosse pouco produtiva, com presença de secreções e expetoração de pequena quantidade e características purulentas e espessas; mobilização de algumas secreções da região distal para proximal;</li> </ul>

**DATA**      **DIAGNÓSTICO:** Ansiedade presente.

[Emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. CIPE, Versão 2].

10.11.2020/ 12.11.2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvir a pessoa;</li> <li>- Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa;</li> <li>- Incentivar na verbalização de sentimentos e/ou emoções;</li> <li>- Treinar a dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- Estabelecer e auxiliar o contacto por videochamada com a neta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao longo do período de internamento, o doente apresentou diminuição da labilidade emocional;</li> </ul>

**DATA**      **DIAGNÓSTICO:** Movimento muscular e articular comprometido em grau moderado.

[Mobilidade - Capacidade para mobilizar-se. CIPE, Versão 2]

10.11.2020/ 12.11.2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar força muscular, utilizando a escala de mRC;</li> <li>- Avaliar tónus muscular, segundo a escala de Ashworth;</li> <li>- Avaliar equilíbrio sentado;</li> <li>- Avaliar equilíbrio em pé;</li> <li>- Executar treino ao ortostatismo;</li> <li>- Feita mobilização de todos os segmentos corporais e respeitado as amplitudes articulares, até o doente tolerar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doente com força de grau 4 nos m.s. e m.i. (vence gravidade e apresenta alguma resistência);</li> <li>- Doente com tónus de grau 2 (aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento) nos membros superiores e tónus de grau 3 (partes em flexão ou extensão movimentados com dificuldade) nos membros inferiores;</li> </ul>

- Executar treino de marcha, com auxílio de enfermeiro até doente tolerar;
  - Incentivar/treinar/motivar a pessoa a andar com auxílio de enfermeiro;
- Amplitude da articulação transmetatársica com alguma rigidez no movimento de flexão e extensão e da articulação do joelho com dificuldade na flexão e extensão em ambas as articulações dos joelhos.
  - Apresenta equilíbrio estático estável e equilíbrio dinâmico instável na posição de sentado;
  - Apresenta equilíbrio estático instável e equilíbrio dinâmico instável na posição ortostática;
  - **10.11.2020:** fez levantar para o cadeirão, que tolerou - risco de queda reduzido; fez treino de marcha com pequenos passos, com auxílio e supervisão do enfermeiro – risco de queda elevado; tolerou posição ortostática durante pequeno tempo;
  - **12.11.2020:** fez treino de marcha com pequenos passos, com auxílio e supervisão do enfermeiro – risco de queda elevado; tolerou posição ortostática sem perda de força durante mais tempo que o dia 10;

**DATA**      **DIAGNÓSTICO:** Deglutição comprometida em grau moderado.

[Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago].

10.11.2020/ 12.11.2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	- Utilizar o método de avaliação da disfagia "Volume – Viscosity Swallow Test (V-VST);	- Avaliação da deglutição, onde se verificou disfagia orofaríngea com comprometimento da segurança;



- Monitorização da saturação periférica de oxigénio antes de iniciar a avaliação;
  - Avaliar o estado de consciência do doente;
  - Posicionar o doente em decúbito fowler (90°);
  - Avaliar equilíbrio da cabeça e pescoço na posição de sentado;
  - Avaliar a mobilidade da mandíbula, através de movimentos de abrir e fechar a boca;
  - Avaliar a mobilidade interna e externa da língua;
  - Avaliar a preensão labial, pedindo ao doente que segure uma espátula de madeira com os lábios;
  - Avaliar a simetria facial, pedindo ao doente para insuflar as bochechas e sorrir;
  - Avaliar o reflexo do vômito, com recurso a espátula de madeira, tocando a úvula;
  - Avaliar a dentição;
  - Avaliar a sensibilidade orofaríngea;
  - Executar auscultação cervical pedindo ao doente para deglutir saliva;
  - Executar auscultação pulmonar, para despiste de ruídos adventícios;
- **10.11.2020**: Feita reavaliação da deglutição com líquido sem espessante, onde se verificou descoordenação respiração-deglutição, pelo que se sugere manter líquido espessado, tipo néctar, fase 1;
  - **12.11.2020**: Mantém líquido com espessante, onde mantém descoordenação respiração-deglutição, pelo que mantém líquido espessado, tipo néctar, fase 1;

- Iniciar o teste com a consistência néctar, oferecendo 5 ml, se não houver alterações, continuar com 10 ml e 20 ml, se não houver alterações, fazer o mesmo procedimento para a consistência líquido, e se necessário avaliar a consistência pudim;
- Em cada um dos passos da avaliação registar presença de alterações de segurança: tosse, queda da saturação maior ou igual a 3% relativamente ao valor basal do doente, alterações vocais como a voz molhada, encerramento labial insuficiente, resíduos orais e/ou resíduos faríngeos e observação de deglutições múltiplas;
- Efetuar registo da avaliação e informar equipa multidisciplinar.;

## CONCLUSÃO

Com a conclusão deste trabalho, penso ter atingido os objetivos a que me propus, uma vez que me permitiu uma análise reflexiva sobre a minha atuação, permitindo uma autoavaliação sobre as minhas capacidades e dificuldades. As minhas intervenções foram sempre de carácter holístico, uma vez que a pessoa em reabilitação deve ser vista como um todo, enfatizando os cuidados de enfermagem de reabilitação na área respiratória à pessoa com Pneumonia a Covid-19, mas sem descurar a vertente humana que caracteriza tão bem a nossa profissão de enfermagem, de modo a proporcionar uma melhoria da qualidade de vida da pessoa. A colheita de dados e a avaliação individual da pessoa, foram fundamentais para orientar e desenvolver um plano de orientação que me permitisse planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação, de acordo com os diagnósticos/problemas encontrados, de forma a prevenir complicações e potenciar a capacidade funcional da pessoa, traduzindo-se em ganhos para a saúde. Contextualizando a prestação de cuidados à pessoa com pneumonia a covid-19 no tempo, a implementação das intervenções foi muito mais além que os dias que preconizei neste trabalho, uma vez que se manteve a abordagem e contato com o doente posterior às datas referenciadas neste plano de cuidados (10.11.2020 e 12.10.2020), dando continuidade a todo o trabalho de reabilitação que desenvolvi e que se traduziu numa melhoria significativa do seu estado de saúde até ao momento da alta. Considero que a eficácia das intervenções foi fundamental para o processo de reabilitação da pessoa e que foi demonstrada pela melhoria de parâmetros de SPO2 entre o início e final de cada sessão de RFR, seja pela diminuição gradual do suporte suplementar de oxigenoterapia, pelos valores de gasimetria, como pela maior tolerância ao esforço (reeducação ao esforço). A denotar, os ensinamentos foram pouco implementados no plano de cuidados, pela falta de colaboração do doente na execução dos exercícios terapêuticos, uma vez que é um doente com múltiplos internamentos, com uma cronicidade de patologias associadas ao diagnóstico principal, com alguns anos de evolução. Se avaliar a pessoa desde o momento da sua admissão no serviço até ao momento da alta, considero que os diagnósticos de enfermagem onde se obtiveram melhores resultados foram a otimização do padrão respiratório, que permitiu aumentar a amplitude respiratória e reexpansão pulmonar, bem como readquirir coordenação respiratória e mobilidade toraco-abdominal, e os diagnósticos da redução da dispneia e mobilidade com ganhos em poupança de energia e maior resistência e tolerância à fadiga e esforço, permitindo ao doente recuperar parâmetros vitais próximos aos prévios da agudização da sua situação clínica. Considero que ainda tenho um longo caminho de aprendizagem e espero que ao longo do percurso dos estágios seguintes, a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Reabilitação seja maior, de forma a permitir-me maximizar a independência da pessoa nas suas AVD's. Agradeço à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Margareth Ferreira pelo acompanhamento, orientação e toda a disponibilidade e atenção demonstradas, bem como ao trabalho conjunto de toda a equipa multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F. et al, (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados, Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 25, nº. 2, pag. 59-62.
- Direção Geral de Saúde, (2020). Programa de saúde Ocupacional, Informações Técnicas, Informação Técnica nº14/2020 – Infecção por SARS-CoV-2 (COVID 19): Principais alterações nos procedimentos e atividades dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/saúde Ocupacional, Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/informacoestecnicas/informacao-tecnica-n-142020-infecao-por-sars-cov-2-covid-19-principais-alteracoes-nos-procedimentos-e-atividades-dos-servicos-de-saude-e-seguranca-do-trabalhosade-ocupacional.aspx>
- Menoita, E.C., Cordeiro, M.C (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória, Conceitos, Princípios e Técnicas. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros, (2015). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/classificacao-internacional-para-a-pratica-de-enfermagem-cipe/>
- Ordem dos Enfermeiros, (2016). Enfermagem de Reabilitação, Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreabilita%C3%A7%C3%A3ovf.pdf>.
- Presto, B. e Damázio, L., (2009). Fisioterapia Respiratória. 4ª Edição. São Paulo: Elsevier Editora Ltda.
- Corrêa, R., Costa, A., Lundgreen, L., Michelim, L., Figueiredo, M., & Pereira, M., (2018). Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade, J Bras Pneumologia, 44(5):405-425 Disponível em: <http://dx.doi.org/1590/S1806-37562018000000130>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Asembleia/PadraoDocumental](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/PadraoDocumental)

**Apêndice XII – Efetividade da reabilitação na pessoa após Artroplastia da Anca: uma Revisão Integrativa**

## **Efetividade da reabilitação na pessoa após artroplastia da anca: uma revisão integrativa**

Nelson Esteves<sup>1</sup>, Rogério Ferrinho Ferreira<sup>2</sup>[0000-0001-5180-2036]

<sup>1</sup> Master Student, ULSBA, <sup>2</sup> Polytechnic Institute of Beja, Researcher POCTEP 0445\_4IE\_4\_P, Portugal

### **RESUMO**

**Introdução** A Artroplastia Total da Anca (ATA) é uma das intervenções com mais sucesso ao nível da ortopedia, considerando-se como a melhor solução para a artrose da anca. Para que ocorra uma transição saudável, tanto para a pessoa com ATA como para os seus familiares/cuidadores, cabe ao EEER acompanhar todo o processo, antes da hospitalização até ao regresso a casa e fase posterior. **Objetivo:** analisar em artigos científicos a efetividade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa submetida à artroplastia da anca. **Metodologia:** revisão integrativa realizadas nas bases de dados MEDLINE Complete, PubMed e CINAHL Complete, efetuadas através da plataforma EBSCOhost. A pesquisa foi limitada a artigos de pesquisa publicados em inglês desde janeiro de 2015 a junho de 2021, em revistas científicas analisadas por pares e disponível na coleção da biblioteca. A amostra final foi constituída por 6 artigos. **Resultados:** planeamento de intervenções de reabilitação durante o internamento, no momento da alta e pós alta hospitalar, realizada por enfermeiros, influenciando a retoma nas atividades de vida diária. Os artigos científicos demonstram os principais fatores que afetam significativamente a qualidade de vida após a ATA, sendo de extrema importância a inclusão de instrumentos que permitam avaliar a capacidade funcional, a mobilidade, a redução da dor e AVD's durante e após o programa de reabilitação. **Conclusão:** a artroplastia da anca causa múltiplas complicações, reduz a qualidade de vida das pessoas, devidos às alterações na independência funcional oriundas da restrição de mobilidade.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Artroplastia da Anca, Idoso

## INTRODUÇÃO

A Artroplastia Total da Anca (ATA) é um procedimento cirúrgico eficaz, comumente usado em todo o mundo (Barrett, Turner & Leopold, 2013). Neste âmbito, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no cuidado à pessoa com ATA consiste em educar, prestar um cuidado seguro e competente e colaborar na coordenação do cuidado prestado pela equipa multiprofissional (Pierre, Mustafa & Ngoc, 2017). Em Portugal, estima-se que o número de artroplastias realizadas anualmente seja superior a dez mil (Soares et al, 2013), uma vez que restaura a capacidade funcional da pessoa, promove o alívio a dor e melhora a qualidade de vida dos doentes (Austin, S.M., Brian, T., Urbani, B.S., Fleischman, A.N. et al, 2017). Devolver a capacidade funcional é prioritário em pessoas submetidas a artroplastia total da anca, tornando-se imperativo a devolução e restituição da sua autonomia e independência, capacitando-a nas suas AVD's, com recurso a um conjunto de estratégias e intervenções assentes na reeducação funcional motora e respiratória, cujo o objetivo deve ser orientado para a mobilidade, condicionada pela marcha que afeta a locomoção, transferência, eliminação, sexualidade, autocuidado e interação social. Reabilitar e habilitar a pessoa, bem como a sua família, implica recorrer a uma gestão de recursos individuais, de modo a atribuir-lhe ferramentas (*empowerment*), capacitando-a para as situações mais adversas que possam advir, maximizando a sua reintegração e autonomia, envolvendo a própria pessoa nos ganhos da sua funcionalidade, promovendo não só o seu bem-estar como a sua qualidade de vida. Após a ATA, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ter como finalidade a prevenção de complicações, designadamente o tromboembolismo venoso, a luxação da prótese, a infeção (Sousa & Carvalho, 2016; Hohler, 2018), a reeducação funcional motora, a promoção do autocuidado e da independência da pessoa, bem como devem contemplar os cuidados respiratórios, através da implementação de intervenções de reeducação funcional respiratória, como forma de previr possíveis complicações do foro respiratório (Cordeiro & Menoita, 2014). Assim, como referem Huang et al. (2017), é essencial que se disponibilize informação aos doentes sobre a estrutura da anca, os fatores de risco, os cuidados antes e após a cirurgia, as complicações, os cuidados depois da alta, identificar as necessidades no que se refere ao autocuidado e fornecer suporte e aconselhamento para a resolução de problemas e tomada de decisão. Estas intervenções têm como resultado, efeitos positivos nos doentes, nomeadamente na aquisição e desenvolvimento de mais competências, como a autoeficácia, que se traduzem em melhorias significativas na realização das atividades de vida diária (AVD's), melhorias na mobilidade e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. O aumento da massa muscular, da força e da funcionalidade é diretamente proporcional à intervenção do enfermeiro de reabilitação, uma vez que este ensina, instrui, capacita, sempre com a finalidade de promover a qualidade de vida da pessoa dependente, de forma a garantir a sua máxima independência (Santos, L. L., 2017). Analisar os ganhos do doente submetido a artroplastia da anca, através de uma avaliação da sua capacitação, permite reinserir a pessoa na



readaptação á sua nova condição, uma vez que a mobilidade e autonomia se encontravam comprometidas (Gomes, J.M.P.A., 2013). Refletindo no conceito de qualidade de vida e nas alterações que este procedimento cirúrgico invoca, é da responsabilidade do enfermeiro de reabilitação exercer como elemento facilitador e mediador, a construção de bons indicadores em saúde, devolvendo e restituindo a capacidade funcional á pessoa que se encontra com limitações físicas, dependente nas suas AVD's como o tomar banho, vestir-se/despir-se, alimentar-se, deitar-se, deambular e subir escadas (Vital, I.C., Cameron, L.E., 2009; Maeshiro, F.L., Lopes, M.C.B.T., Okuno, M.F.P., Camapanharo, C.R.V., Ruth, E.A.B., 2013). Através da implementação de planos de treino funcional e formação interdisciplinar, o enfermeiro de reabilitação interfere não só no fortalecimento muscular da região comprometida como também permite reduzir os níveis de ansiedade, capacitando a pessoa funcionalmente, dotando-a simultaneamente de confiança, clarificando as suas dúvidas, medos e apreensões, contribuindo em um processo evolutivo tanto da articulação da coxofemural como no desenvolvimento de indicadores de saúde, realizando deste modo um planeamento holístico, focado no retorno funcional, independência e autonomia (Maeshiro, F.L., Lopes, M.C.B.T., Okuno, M.F.P., Camapanharo, C.R.V., Ruth, E.A.B., 2013; Guimarães, F.A.M., Lima, R.R., Souza, A.C., Livani, B., Belangero, W.D., 2011)

## **OBJETIVO**

Avaliar a efetividade da intervenção do enfermeiro de reabilitação na capacitação da pessoa idosa, após artroplastia total da anca

## **MÉTODOLOGIA**

Tendo em conta que a Enfermagem de Reabilitação tem evoluído progressiva e positivamente para dar resposta aos desafios e exigências emergentes, sustentando-se em um cuidar holístico do doente, em conformidade com as suas necessidades, opções e expectativas, bem como na prática baseada na evidência, é fundamental investir-se na investigação, o que se reveste de grande importância na medida em que permite ao EEER compreender as diferentes dimensões da sua profissão, as exigências e as expectativas da pessoa cuidada, fator determinante para o desenvolvimento da prestação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados de enfermagem em contextos críticos tem registado avanços muito significativos, essencialmente devido ao enorme investimento que tem sido feito nesta área. De igual forma, a preocupação das comunidades científicas tendo estado atenta, á prática dos enfermeiros que se encontra em conformidade com a melhor e mais recente evidência científica disponível, a qual que se tem revelado uma constante. A existência de uma alguma disparidade entre os resultados de investigação e a prática clínica tem sido frequentemente aludida na literatura, com uma lacuna merecedora de uma análise mais concisa e objetiva. Assim, investigar,

etimologicamente, significa *procurar e investigação*. A “investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribuiu para explicar e compreender os fenómenos sociais” (Coutinho, 2021, p. 7). Por tal, é através da investigação que o EEER pode refletir e problematizar os problemas nascidos na prática, que o levará a suscitar e a edificar ideias inovadoras. É com base nestes pressupostos que se realizou uma *revisão integrativa*, sendo considerada o método mais adequado para realizar este estudo. Optou-se por esta tipologia de revisão como estratégia para identificar e resumir os principais conceitos, impacto e ganhos subjacentes ao tema em estudo, a fim de responder à pergunta específica com a intenção de identificar ganhos e lacunas. Com critérios de inclusão, menos restritivos, formulou-se a seguinte pergunta de partida, baseada nos elementos PCC (*Population, Concept and Context*; População, Conceito e Contexto):

- Qual a efetividade da intervenção do enfermeiro de reabilitação na capacitação da pessoa idosa após artroplastia total da anca?

Esta questão deixa a população bastante “aberta” e implica que qualquer pessoa com ATA com idade igual e superior a 50 anos, desde que seja submetida a uma artroplastia da anca por doença osteoarticular e/ou trauma e esteja incluída num programa de reabilitação. Foram definidos como critérios de exclusão, idosos com histórico de alteração cognitivo ou transtornos psiquiátricos, que no pós-operatório por problemas de saúde randomizados, desenvolveram complicações pós-operatórias (alteração cognitiva e/ou reintervenção) e não puderam ter alta clínica para casa. A intervenção também fica “aberta” a qualquer tipo de programa e intervenção da Enfermagem de Reabilitação na qual pode ocorrer diversos tipos de medição dos resultados ou comparação envolvidos. O “conceito” desta *revisão integrativa* é amplo e pode abranger qualquer tipo de resultado, desde que seja em contexto de programa de reabilitação, onde tenham lugar a capacitação da pessoa com ATA. Na suprarreferida questão, o “contexto” também é deixado em “aberto”, portanto as evidências podem vir de qualquer contexto, ou seja, de qualquer o ambiente em que se tenha realizado um programa de reabilitação, ou seja, em contexto hospitalar, domiciliário ou na comunidade. Como “*outcomes*” é importante avaliar a efetividade/ganhos e o impacto que a intervenção de um enfermeiro de reabilitação tem na capacitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca.

### **Busca dos estudos e extração de dados**

Foi utilizada uma estratégia e abordagem sistemática na procura da resposta á pergunta de investigação e pesquisados diversos bancos de dados para revisão de estudos relacionados com a avaliação e os efeitos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na capacitação da pessoa idosa após ser submetida a uma artroplastia total da anca, datados entre janeiro de 2015 a junho de 2021: A estratégia inicial de pesquisa foram usados termos de pesquisa mapeados para o *Medical Subject Headings* (MeSH). Portanto, a estratégia de pesquisa consistia nos seguintes termos:

“nursing OR nursing care AB” AND “Rehabilitation TX” AND “Arthroplasty, Replacement, Hip OR Hip prosthesis TX” AND “aged OR elderly TX”. A pesquisa de dados sobre este tema decorreu durante o mês de março de 2021 nas bases de dados já anteriormente referidas, sendo importante referir que decorreram na MEDLINE Complete, PubMed e CINAHL Complete, efetuadas através da plataforma EBSCOhost. A pesquisa foi limitada a artigos de pesquisa publicados em inglês desde janeiro de 2015 a junho de 2021, em revistas científicas analisadas por pares e disponível na coleção da biblioteca. Como expansores foram utilizados os textos integrais e a aplicação de assuntos equivalentes. No total foram obtidos resultados de 230 artigos. O processo de triagem baseou-se no *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para a realização de revisões sistemáticas (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) e na metodologia do *Joanna Briggs Institute* no que se refere às diretrizes de uma *scoping review* (*The Joanna Briggs Institute, 2015*), o que se assumiu como parte da estratégia de pesquisa. O texto completo de cada artigo foi revisto para determinar se satisfaz os critérios de inclusão do estudo por dois revisores com discussões entre ambos para obter consenso sobre a exclusão de artigos. Foram incluídos estudos referentes a programas de Enfermagem de Reabilitação na capacitação do doente submetido a ATA e estudos que sejam artigos de pesquisa originais. Foram excluídas as citações relacionadas com pareceres, congressos e resumos. Os resultados foram extraídos por dois investigadores que, em consenso, procuraram anular quaisquer divergências. Estas etapas de pesquisa são demonstradas na Figura 1:

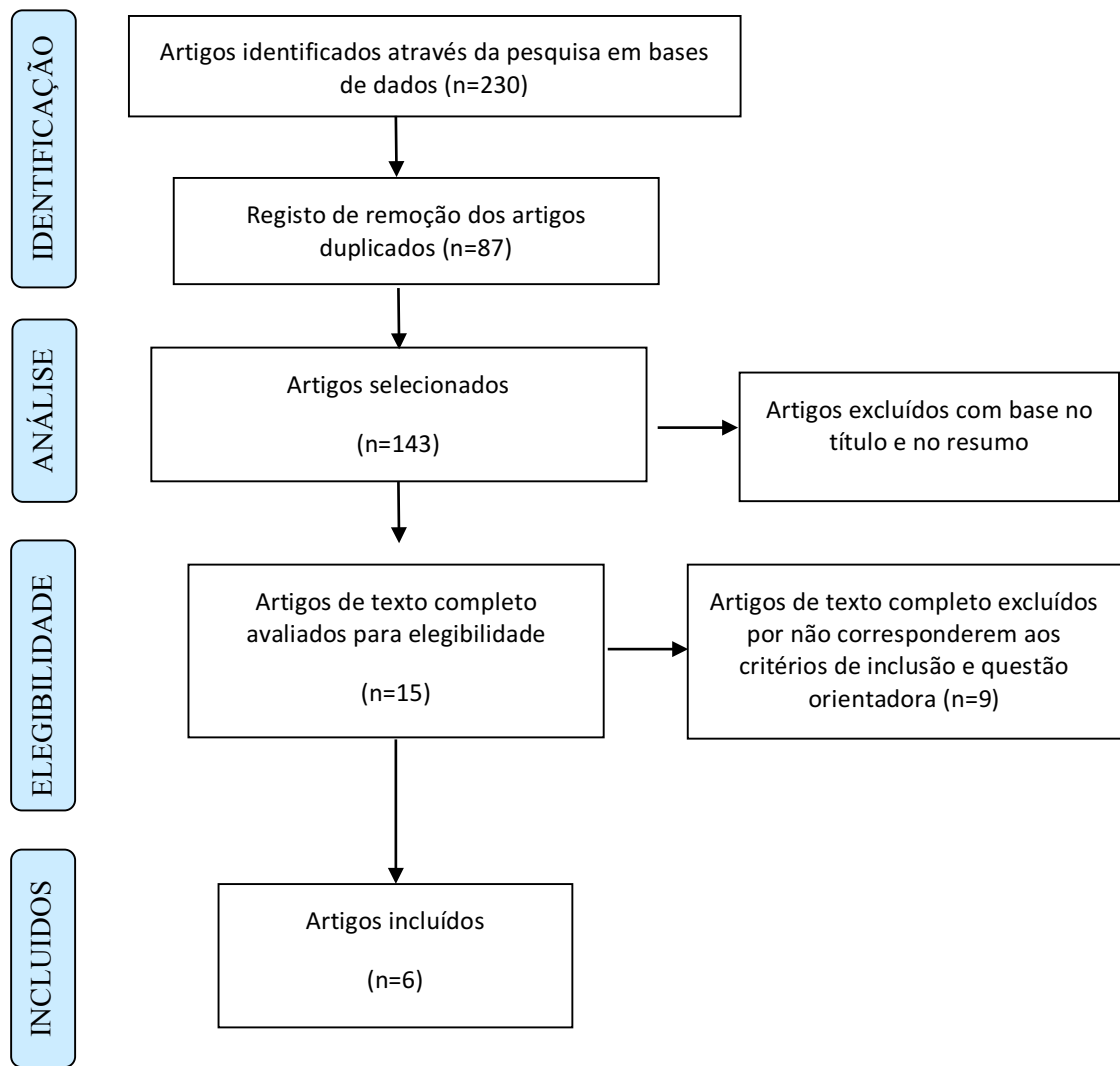


Figura 1 - Diagrama de Metodologia de pesquisa, tipo PRISMA [16]

A análise crítica dos presentes artigos é defendida e orientada segundo uma *theoretical framework*, ou seja, um modelo conceptual que guia e organiza as revisões integrativas (Denney and Tewksbury 2013; Torracco 2016; Fisch and Block 2018; Soares et al. 2014). A explicação de como uma framework define a presente revisão da literatura é fundamental para estabelecer a ligação entre os objetivos, a metodologia e os resultados, servindo assim de estrutura ao desenho da revisão. Deste modo a recuperação funcional pós-operatória de uma pessoa submetida a artroplastia da anca é considerada como um indicador de resultado para justificar e avaliar a qualidade do cuidado em enfermagem de reabilitação de forma continuada. Por este motivo, tornou-se imperativo estruturar e delinear este trabalho de acordo com o modelo de Donabedian (Donabedian, 1966), na qual este modelo descreve a associação entre as estruturas do ambiente e do trabalho, a intervenção da enfermagem para educação da pessoa (inclusive o planeamento da alta) e os resultados em saúde, demonstrados pela qualidade de vida e a capacidade funcional da pessoa em realizar as suas AVD's.

## RESULTADOS

Referência	Nível de Evidência	Qualidade Metodológica
Zak, M., Krupnik, S., Puzio, G., Staszczak-Gawelda, I., Czesak, J., (2015)	Nível 3	Strong
Lee, M., Clancy, T.R., (2016)	Nível 3	Strong
Huang, T.-T., Sung, C.-C., Wang, W.-S., Wang, B.-H., (2017)	Nível 1	Strong
Wang, J., Tong, Y., Jiang, Y., Zhu, H., Gao, H., Wei, r., que, X., Gao, I., (2018)	Nível 1	Strong
Aree-Eu, S., Roopsawang, I., Kawinwonggowit, V., (2019)	Nível 3	Strong
Luo, J., Dong, X., Hu, J., (2019)	Nível 2	Strong

Tabela 13 – Nível de Evidência e recomendação JBI

Referência	Objetivos	Resultados
<p><b>Zak, M., Krupnik, S., Puzio, G., Staszczak-Gawelda, I., Czesak, J., (2015)</b></p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo Transversal</p> <p><b>Participantes:</b> 149 doentes com idade média de 83,4 anos submetidos a ATA primária por queda accidental, residentes em lares de idosos, submetidos a um programa de reabilitação de 4 semanas. O estudo foi realizado entre 2011 e 2013; em cada uma das 7 instalações de lar de idosos;</p>	<p>- Avaliar a capacidade funcional e o risco de quedas em idosos institucionalizados após artroplastia total de quadril (ATA) por fraturas do colo do fémur;</p>	<p>- Nos 3 meses anteriores á fratura da anca 58% das pessoas caíram pelo menos uma vez e 54% relataram ter medo de cair novamente. Aproximadamente metade dos participantes eram sedentários e a outra metade tinha uma atividade física moderada;</p> <p>- Foi estabelecida uma correlação fraca e negativa entre o equilíbrio e a marcha nas pessoas com atividade sedentária;</p> <p>- Foi estabelecida uma correlação positiva entre o equilíbrio e a marcha, nas pessoas que praticavam atividade física moderada;</p> <p>- O MMSE médio dos sujeitos foi de 23,1 pontos, enquanto no índice de Tinetti a média é de 19 pontos, o que se traduziu em um risco cinco vezes maior de quedas, enquanto os scores médios do TUG de 23,9 corroboraram essa afirmação.</p> <p>- A análise destacou efetivamente que os scores de TUG estão fortemente associados ao número de distúrbios concomitantes, número de</p>

		<p>medicamentos tomados regularmente e tempo de lazer sedentário ou moderadamente ativo;</p> <p>- Quase 54% dos residentes do lar de idosos tendem a auto-relatar medo relacionado com as quedas na 4ª semana do procedimento primário de ATA;</p>
<p><b>Lee, M., Clancy, T.R., (2016)</b></p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Retrospectivo de Análise de Dados</p> <p><b>Participantes:</b> 254 doentes internados em uma unidade para doentes submetidos a ATA, na qual foram colhidos dados de 3 bases eletrônicas correspondentes a 218 camas de um hospital comunitário de Midwest.</p>	<p>- O objetivo principal deste estudo foi investigar até que ponto os cuidados de enfermagem em comparação com os scores fornecidos pela gravidade da doença (IOS) e pelo APR-DRG. foram responsáveis pelos custos hospitalares diretos;</p> <p>- O estudo teve como objetivo descrever o tipo, frequência e duração das intervenções de enfermagem para pacientes submetidos à ATA em um hospital;</p>	<p>- A idade média dos 254 doentes é de 65,8 anos, na qual mais de metade eram mulheres e a maioria casada;</p> <p>-O diagnóstico primário é osteoartrite, com uma média de 5 comorbidades por doente;</p> <p>- A maioria dos doentes, n=165 pessoas (65%) submetidos a ATA (THR) estavam no estadio 3 na escala de APR-DRG SOI, enquanto que as restantes doentes encontravam-se no estadio 2, n=89 (35%);</p> <p>- O tempo médio de internamento hospitalar foi de 3,8 dias;</p> <p>- O custo médio direto do hospital foi de 4,3333 dólares, variando de 2,756 a 7,332 dólares;</p> <p>- Em média, os enfermeiros necessitaram significativamente de mais tempo no plano de intervenção para os doentes do estadio 3 que nos pacientes no estadio 2. As diferenças nas necessidades de intervenção de enfermagem não eram consistentes com o SOI;</p> <p>- As 5 intervenções diretas de enfermagem implementadas pelo Plano de Cuidados de enfermagem foram a Administração medicamentosa EV, gestão de próteses; ensinos, apoio emocional e medicação oral;</p> <p>- Os cuidados de enfermagem por si só explicam 25,7% dos custos hospitalares diretos;</p> <p>- Necessidade imperiosa de no futuro, continuar a validar as pesquisas sobre os custos das intervenções de enfermagem nas pessoas submetidas a ATA's;</p> <p>- A terapia de exercícios como a mobilidade articular deve ser implementada por RN's (Rehabilitation</p>

		<p>Nurses), bem como o controlo postural e muscular com recurso aos ensinios;</p> <p>- A articulação dos diversos tipos e quantidades de cuidados de enfermagem implementados em doentes com ATA foram significativamente maiores que as escalas e scores da gravidade da doença (SOI), logo o reembolso pode não refletir de forma objetiva verdadeiramente o consumo de recursos dos cuidados de saúde;</p>
<p><b>Huang, T.-T., Sung, C.-C., Wang, W.-S., Wang, B.-H., (2017)</b></p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo Prospectivo Controlado Randomizado</p> <p><b>Participantes:</b> 108 participantes com mais de 50 anos de idade internados para ATA, sem comprometimento cognitivo, atribuídos aleatoriamente ao grupo de capacitação educacional ou ao grupo de controle. Os investigadores efetuaram a colheita de dados na admissão, dia de alta, 1 mês após a alta e 3 meses após a alta, durante setembro 2013 e maio 2014 (12 semanas).</p>	<p>- Avaliar e medir a eficácia de um programa de capacitação educacional sobre resultados primários (autoeficácia e competência de autocuidado) e secundários (Atividades da Vida Diária, mobilidade, humor depressivo e qualidade de vida) para idosos submetidos a cirurgia de artroplastia total da anca.</p>	<p>- Após as intervenções do EE, os participantes do grupo de empoderamento educacional demonstraram significativamente maior competência e eficácia para o autocuidado e tendências depressivas mais baixas quando comparados com os do grupo de controle. Os participantes de ambos os grupos melhoraram significativamente nas atividades de vida diária, mobilidade e qualidade de vida ao longo das intervenções;</p> <p>- O <i>empowerment</i> desenvolvido por estratégias de ensino foi muito eficaz em melhorar os resultados dos participantes. Além disso, o envolvimento dos idosos e dos seus cuidadores na participação deste programa é recomendado, pois possibilita um maior impacto em ganhos em saúde;</p> <p>- O <i>empowerment</i> educacional é baseado em teorias de capacitação, que se destinam a fortalecer ou desenvolver as habilidades e capacidades físico-psico-sociais, em vez de e concentrarem em doenças específicas;</p> <p>- Os pacientes desenvolveram algum grau de autocontrolo a partir do conhecimento adquirido sobre a doença, com resultados positivos;</p>
<p><b>Wang, J., Tong, Y., Jiang, Y., Zhu, H., Gao, H., Wei, r., que, X., Gao, l., (2018)</b></p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo Experimental</p>	<p>- Avaliar a efetividade de utilização de uma plataforma de atendimento ortopédico domiciliar, baseada na Internet (WeChat) em doentes submetidos a artroplastia da anca, durante a sua recuperação articular funcional, qualidade de vida e atividades de vida diária;</p>	<p>- Não houve diferenças significativas nos dados iniciais entre os dois grupos;</p> <p>- Após 6 meses de intervenção contínua, a pontuação média do MOS SF-36 (avalia a qualidade de vida), o índice de Barthel e o score da anca de Harris (avalia a deformidade articular e a recuperação da função articular da anca) no grupo de</p>



<p><b>Participantes:</b> 400 doentes submetidos à artroplastia da anca, desde abril a outubro de 2016, e foram selecionados em 18 hospitais com enfermeiras especialistas;</p> <p>- 11 pacientes foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão;</p> <p>- Por fim, 389 pacientes foram incluídos neste estudo (182 homens, 207 mulheres). Havia 194 pacientes no grupo intervenção e 195 no grupo controle.</p>		<p>intervenção foram significativamente maiores do que no grupo controle;</p> <p>- No momento da admissão, não houve diferença significativa nas pontuações de AVD entre os dois grupos, no entanto, as pontuações ADL em ambos os grupos foram significativamente maiores em 3 e 6 meses após a alta e os scores de AVD no grupo de intervenção foram significativamente maiores do que no grupo de controle;</p> <p>- Os scores iniciais de função da anca em ambos os grupos indicavam má funcionalidade;</p> <p>- Aos 3 e 6 meses após a alta, os scores de funcionalidade da anca foram maiores no grupo de intervenção do que no grupo de controle, mostrando diferenças estatisticamente significativas. A análise da variação de medidas repetidas revelou que a função do quadril melhorou gradualmente com o tempo em ambos os grupos; A qualidade de vida dos doentes também melhorou visivelmente após a cirurgia, aumentando a confiança, a funcionalidade diária, bem como as relações sociais;</p>
<p><b>Aree-Eu, S., Roopsawang, I., Kawinwonggowit, V., (2019)</b></p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo de Cohort Prospectivo Correlacional</p> <p><b>Participantes:</b> 95 doentes com idade média de 67,2 anos, agendados para Artroplastia Total da Anca e Artroplastia Total do Joelho.</p>	<p>Avaliar e compreender a influência da qualidade do cuidado, segundo o modelo Donabedian, tendo em atenção as características do ambiente, do cuidar, da intervenção de enfermagem, do ensino ao doente e planeamento da alta, nos resultados em saúde avaliados pela qualidade de vida, capacidade funcional da pessoa na realização das suas AVD's;</p>	<p>- Os resultados mostraram que os participantes apresentaram alto nível de capacidade funcional. A expectativa de melhorar a sua capacidade funcional e a transição da qualidade do cuidado encontram-se positivamente relacionadas com a capacidade funcional;</p> <p>- As características dos doentes (idade, comorbilidades, IMC, função física pré-operatória) não se encontram significativamente correlacionadas com a sua capacidade funcional, por a maioria dos participantes serem independentes nas suas AVD's e as cirurgias serem de carácter eletivo que permitiu uma avaliação pré-operatória e que por sua vez ajudou na prevenção de complicações pós-operatórias;</p> <p>- As principais subescalas de expectativa de melhora da capacidade funcional como a capacidade de locomoção, participação social foram os preditores</p>

		<p>para a explicação de 36,9% de variação na capacidade funcional;</p> <p>- As enfermeiras visitaram, educaram e prepararam os doentes e seus familiares sobre como cuidar após a alta domiciliária. Também visitaram os doentes nas suas casas nos primeiros três dias após a alta para avaliar e ajudar o doente a enfrentar e gerir qualquer problema que acontecesse. Isso está de acordo com um estudo anterior que descobriu que um programa de cuidados transitórios holísticos, incluindo planeamento de alta e visitas domiciliares, levou a uma transição de cuidados bem-sucedida entre idosos;</p> <p>Estes resultados podem ajudar os enfermeiros a desenvolver intervenções com foco que por sua vez permite ajudar os doentes a desenvolver expectativas realistas sobre a capacidade funcional após a artroplastia total da articulação. Isso envolve particularmente capacidade de locomoção, a participação social e a coordenação do atendimento entre os doentes e as suas famílias, juntamente com a equipe de saúde, a fim de definir a preparação de um plano de cuidados de enfermagem adequada para idosos submetidos à artroplastia total da articulação;</p> <p>- Melhora a qualidade dos cuidados de enfermagem e melhores resultados clínicos;</p> <p>- Uma boa estrutura deve levar a um bom processo o que por sua vez promove bons resultados, tal como refere o modelo Donabedian;</p>
<p><b>Luo, J., Dong, X., Hu, J., (2019)</b></p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo Retrospectivo (Quase Experimental)</p> <p><b>Participantes:</b> 232 doentes submetidos a artroplastia da anca entre de janeiro de 2013 a outubro de 2015. Foram divididos em dois grupos:</p>	<p>- Avaliar o efeito da intervenção de enfermagem via WeChat na reabilitação de doentes submetidos a artroplastia da anca.</p>	<p>- Os resultados obtidos com o presente estudo revelam que as intervenções de enfermagem por via WeChat melhoram significativamente o efeito da educação para saúde, a recuperação da função da ACF, a independência funcional e a qualidade de vida dos doentes submetidos a artroplastia da anca.</p> <p>O enfermeiro por via WeChat realiza várias intervenções tais como: suporte emocional melhorando o humor do doente e por consequência promove a saúde mental; lembrar ao doente a</p>

<p>grupo A, onde 114 doentes receberam intervenção de enfermagem por telefone e grupo B, onde 118 doentes receberam intervenção de enfermagem via WeChat.</p>		<p>importância de manter uma dieta adequada; supervisionar a toma da medicação; realizar treinos de reabilitação e consequentemente prevenir várias complicações associadas a uma má mobilização.</p> <p>O estudo evidencia que no grupo B a escala de Harris (utilizada para avaliar a função do membro) obteve valores superiores do que no grupo A, sendo que atingiu uma pontuação de 91 após 6 meses da cirurgia.</p> <p>A intervenção prolongada de enfermagem via WeChat melhora significativamente a qualidade de vida dos doentes submetidos a artroplastia da anca. Nesse sentido, a pontuação da escala SF-36 (utilizada para avaliar a qualidade de vida) dos dois grupos aumentou gradualmente. No entanto, dos 3 e 6 meses após a alta, a pontuação do grupo B foi notavelmente superior ao do grupo A.</p> <p>Em relação ao nível de independência, foram mais pessoas completamente independentes no grupo B do que no grupo A, aos 1, 3 e 6 meses após a alta.</p>
---	--	---

Tabela 4 – Extração de Resultados

## DISCUSSÃO

A análise dos 6 artigos que constituíram o desenho integral da revisão integrativa da literatura, demonstra que a efetividade da implementação de um programa de reabilitação foi demonstrada pelos ganhos em saúde, seja a nível de funcionalidade, mobilidade, prevenção de complicações, autonomia pessoal ou custos financeiros.

A conceptualização de cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas com osteoartroses e com indicação cirúrgica para artroplastia da anca é fundamental para a prevenção de complicações e recuperação da funcionalidade, permitindo que os resultados se traduzam em ganhos em saúde, tal como refere Aree-Eu, Roopsawang, Kawinwonggowit, (2019) e Sousa & Carvalho, 2016; Hohler, 2018. Segundo Saunders et al. (2018), a capacitação do doente com ATA acontece em três momentos: antes da admissão, no período pré-operatório e no período pós-operatório, demonstrando que os efeitos da implementação de programas de reabilitação se encontram associados a vários fatores, como o tempo de hospitalização, a dor, a habilidade funcional, o conhecimento dos doentes, a ansiedade e a qualidade de vida. A maioria dos programas de reabilitação incluem a capacidade funcional, a amplitude articular, o arco de

movimento após a cirurgia e as necessidades individuais das pessoas de forma personalizada e adaptados individualmente (Madara, Marmon, Aljehani, Hunter-Giordano, Zeni & Rasis, 2019). Os resultados da revisão integrativa que se realizou, abordam a capacidade funcional em pessoas adultas/idosas submetidas a ATA no pós-operatório imediato e/ou após a alta hospitalar, sendo este momento de extrema importância para a transição de cuidados para a pessoa com diminuição da capacidade funcional quer para o cuidador informal/pessoa significativa, sendo determinante para o *empowerment* ou capacitação, atribuindo à educação e aos ensinamentos o momento da preparação da pessoa e família para a alta e sua reinserção na comunidade, tal como se encontra presente no artigo Huang, Sung, Wang, Wang, (2017). A pesquisa contínua de estudos com evidência científica contribuem para sistematizar e melhorar os domínios de enfermagem de reabilitação na mudança de paradigmas da qualidade e vida da população, principalmente em áreas como a artroplastia da anca que exigem um grande custo de internamentos hospitalares e acompanhamento multiprofissional, tal como se encontra evidenciado pelos autores Lee, Clancy, (2016). A artroplastia da anca tem diversas implicações e alterações nas AVD's das pessoas, existindo vários fatores que prejudicam severamente a reabilitação da pessoa, nomeadamente pela alteração do padrão de marcha com repercussões na restrição da mobilidade e conseqüentemente em mudanças psicológicas como a depressão e reinserção da vida social, com perda significativa da autonomia e independência sendo por isso fundamental investir em cuidados especializados que demonstrem um reflexo direto na qualidade de vida das pessoas (Zak et al, 2015; Huang, Sung, Wang, Wang, 2017; Wang, et al, 2018; Aree-Eu, Roopsawang, Kawinwonggowit, 2019; Luo, Dong, Hu, 2019). Associados a esta incapacidade, estão os padrões socioeconômicos alterados pela interrupção das atividades laborais, a autoimagem e o sentimento de inferioridade em relação à sociedade, que desempenham um papel fundamental a nível de satisfação pessoal. De acordo com estas alterações emocionais e psicológicas a percepção da pessoa sobre o processo de reabilitação deve ser um dos focos de intervenção, atuando sobre o esclarecimento de dúvidas e incentivo para restauração da autoconfiança, devendo-se estabelecer uma comunicação eficaz, de forma a evitar o declínio cognitivo da pessoa, tal como apurou Luo, Dong, Hu, (2019) & Huang, Sung, Wang, Wang, (2017). Em relação à dor, este sinal e sintoma afeta negativamente a percepção da qualidade de vida da pessoa, interferindo nas suas AVD's, sendo necessárias estratégias definidas pelo enfermeiro de reabilitação para minimizar o desconforto causado pela intervenção cirúrgica, tornando-se evidente uma atuação nos domínios funcionais da execução de tarefas causadas pela incapacidade física, que limita significativamente o desempenho independente e que interfere com o estado emocional (Zak et al, 2015; Huang, Sung, Wang, Wang, 2017; Wang, et al, 2018; Aree-Eu, Roopsawang, Kawinwonggowit, 2019; Luo, Dong, Hu, 2019). O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), é também fundamental na discussão dos resultados dos artigos enunciados, uma vez que nos mostra os indicadores que integram e servem de suporte aos ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem, dando continuidade à qualidade dos cuidados de saúde. Assim, os resultados

obtidos (indicadores) segundo a análise descritiva de cada artigo são distribuídos ao longo das categorias dos padrões de qualidade (Satisfação do cliente, Promoção da saúde, Prevenção de complicações, Bem-estar e autocuidado, Funcionalidade e Organização dos cuidados de enfermagem), permite avaliar a efetividade resultante das intervenções dos programas de reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca, representada aqui em ganhos para a saúde, que se encontram presentes na análise do corpus textual dos 6 estudos evidenciados (Zak et al, 2015; Lee, Clancy, (2016); Huang, Sung, Wang, Wang, (2017); Wang, et al, (2018); Luo, Aree-Eu, Roopsawang, Kawinwonggowit, (2019); Dong, Hu, (2019)). Segundo Luo, Dong, hu, (2019) & Wang et al (2018) após a alta, a intervenção de enfermagem via WeChat pode melhorar a restituição da função articular da anca, promovendo o arco de movimento fisiológico e por sua vez a qualidade de vida, de modo a maximizar a independência funcional da pessoa. Segundo Wang et al (2018), observou que, após o programa de reabilitação, houve uma melhoria substancial da qualidade de marcha, amplitude articular e no autocuidado no grupo de intervenção comprovadas pela escala de Barthel, índice de Harris e nas AVD's, apresentando se melhorias significativas 3 a 6 meses após o momento da alta hospitalar, ou seja, a transição e a capacitação do doente bem como da família tornam-se evidentes com a continuidade de cuidados de reabilitação após a alta hospitalar. Comprova-se assim que um programa de reabilitação que forneça as competências necessárias às pessoas, articulando reabilitação em meio hospitalar e domiciliário, é fundamental para uma restituição mais eficiente e funcional da pessoa com artroplastia da anca. Estes resultados estão em conformidade com os de Huang, et al (2017) cujo estudo revela que a capacitação ou empowerment, permite um envolvimento da pessoa e dos seus cuidadores na sua reabilitação, tornando-se um preditor do seu estado de saúde com maior impacto nos ganhos em saúde, verificando-se a mesma ideia em Gomes, J.M.P.A., 2013 & Santos 2013. As evidências revelam que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, com recurso a um programa de reabilitação funcional, adaptado á necessidades de cada doente, seja em contexto hospitalar ou domiciliar, é uma grande valia que compete pela independência, autonomia e qualidade de vida, exponenciando projetos de vida individual de acordo com as expectativas de cada pessoa que foram intervencionadas a artroplastia da anca, tal como refere Aree-Eu, Roopsawang, Kawinwonggowit, 2019, referenciado pelo modelo de Donabedian (Donabedian, 1966).

### **Limitações do estudo**

Existem algumas limitações na realização desta revisão, nomeadamente na descrição dos planos de reabilitação funcional motora, pois apesar da maioria dos estudos incluídos apresentarem os ganhos obtidos como produto final, as intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação não foram descritas detalhadamente de forma a proporcionar uma visão complexa mais específica das competências técnica e científicas do enfermeiro especialista.

A não inclusão de estudos portugueses com validade científica, obtidos através de plataformas de pesquisa e base de indexação de dados não nos permite identificar nem comprovar a efetividade que a intervenção do enfermeiro especialista em Portugal. A integração de poucos estudos experimentais e quase experimentais nesta revisão da literatura condiciona a obtenção de resultados com o maior elevado nível de evidência, e consequentemente resultados com maior rigor científico, uma vez que o investigador não controla de forma intencional a totalidade das variáveis.

### **Contribuições para a enfermagem**

A realização desta sinopse com base em produção científica permitiu explicar a efetividade da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, através da implementação de estratégias e planos de reabilitação funcional que maximizem ganhos em saúde, principalmente na autonomia e independência da pessoa submetida a artroplastia da anca como da sua família. As AVD's são uma parte integrante no processo de afirmação da pessoa com limitações na sua capacidade funcional, tendo em vista a complexidade desta patologia e por isso imprescindível que a reabilitação continue a convergir no sentido da capacitação e *empowerment*, de forma a potencializar a melhoria da qualidade de vida da pessoa, convertendo-se em ganhos em saúde. A orientação que os estudos analisados nesta revisão integrativa tiveram, foi dada pelo sucesso que os planos de intervenção de enfermagem reabilitação tiveram, uma vez que a especificidade do conhecimento técnico científico e a perseverança do corpo de enfermagem são um dos responsáveis pelos resultados obtidos. São estes resultados que demonstram uma aposta ganha na continuidade em cuidados especializados, que corroboram os benefícios e o papel fundamental que enfermagem tem como agente de mudança na assunção de qualidade e confiabilidade de resultados cientificamente comprovados.

### **CONCLUSÃO**

Os ensaios clínicos presentemente analisados na revisão integrativa mostram melhorias significativas nas pessoas adultas idosas submetidas á artroplastia da anca, sempre que são implementados planos de cuidados de reabilitação. A efetividade da intervenção do enfermeiro é demonstrada pela capacitação e empowerment da pessoa com deficit funcional, promovendo a sua participação ativa na restauração da sua mobilidade, o que se traduz em qualidade de vida e consequentemente em ganhos em saúde. A prioridade em prestar cuidados especializados de reabilitação deve atender sempre em primeiro lugar a segurança da pessoa, pois o seu compromisso é uma falha garantida para comprometer a saúde, qualidade de vida e sobretudo um sinal de baixa qualidade, atendendo aos padrões de elevado custo predominantes em saúde. A sociedade deve levar cada vez mais em consideração que a população se encontra envelhecida e daí a importância de uma aposta válida na reabilitação gerontológica de curta, média e longa

duração, pois o futuro cada vez mais se centraliza em operacionalização de ganhos, individuais e financeiros e por isso, a alta precoce em um *modus operandi* hospitalar com traços ambulatorial e com um foco na comunidade, permite dar maior visibilidade á individualização de cuidados de enfermagem de reabilitação focada nos objetivos da pessoa, com interesse particular nas AVD's e autocuidado, uma vez que a mobilidade é um dos principais agentes de mudança na qualidade de vida das pessoas após uma artroplastia da anca. O desenvolvimento de competências suportados por modelos de cuidados de transição, capacitação e autoeficácia, permite um acompanhamento integrado pela enfermagem de reabilitação, centralizado na pessoa e família, até que o seu bem-estar seja atingido na sua plenitude, em permanente articulação com as expectativas e objetivos estabelecidos.

## 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aree-Eu, S., Roopsawang, I., Kawinwonggowit, V., (2019). Factors Predicting Functional Ability among Older Adults undergoing Hip and Knee Arthroplasty. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 23(2), 156-169. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=e729ed70-f493-4eef-843d-34c153acbb51%40sessionmgr4006>
- Austin, S.M., Brian, T., Urbani, B.S., Fleischman, A.N. et al. (2017). Formal Physical Therapy After Total Hip Arthroplasty Is Not Required. A Randomized Controlled Trial. *J Bone Joint Surg Am.*; 99, 648-55 d <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.16.00674>
- Barrett, W. P., Turner, S. E., & Leopold, J. P. (2013). Prospective randomized study of direct anterior vs postero-lateral approach for total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*; 28( 9 ), 1634-1638 . doi:10.1016/j. arth.2013.01.034
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. 2ª Edição - Reimpressão. Lisboa: Lusociência.
- Denney AS, Tewksbury R (2013) How to write a literature review. *J Crim Justice Educ* 24(2):102–106. <https://doi.org/10.1080/10511253.2012.730617>
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966; 44 (3): suppl: 166-206.
- Fisch C, Block J (2018) Six tips for your (systematic) literature review in business and management research. *Manag Rev Q* 68:103–106. <https://doi.org/10.1007/s11302-018-0142.x>
- Gomes, J.M.P.A. (2013). *A pessoa com artroplastia total da anca. atividades de vida diária e qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viena do Castelo. Acedido em [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1324/1/Jacinta\\_Gomes.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf)



- Guimarães, F.A.M., Lima, R.R., Souza, A.C., Livani, B., Belangero, W.D., 2011. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur. *Revista Brasileira Ortopedia*; 46(Suppl 1):4854
- Hohler, S.E. (2018). Walk patients through total hip arthroplasty. *Nursing*; 48(9), 24-30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000544209.08536.d1.
- Huang, T. -T., Sung, C. – C., Wang, W. - S., Wang, B. - H., (2017). The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1848–1861. Disponível em: doi: 10.1111/jan.13267
- Lee, M., Clancy, T., (2016). Accountability of Nursing Interventions vs Severity of illness Scores for the Hospital Care Costo of Total Hip Replacement. *Nursing Economics*, 34 (4), 190-199. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f68e2498-5be1-4da9-8391-293384b76769%40sessionmgr103>
- Luo. J., Dong, X., Hu, J., (2019). Effect of nursing intervention via a chatting tool on the rehabilitation of patients after Total hip Arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14(417), 1-6. Disponível em. <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1483-4>
- Madara, K. C., Marmon, A., Aljehani, M., Hunter-Giordano, A., Zeni, J., Jr, & Rasis, L. (2019). Progressive rehabilitation after total hip arthroplasty: a pilot and feasibility study. *International journal of sports physical therapy*, 14(4), 564–581
- Maeshiro, F.L., Lopes, M.C.B.T., Okuno, M.F.P., Camapanharo, C.R.V., Ruth, E.A.B., 2013 Functional capacity and severity of trauma in the elderl. *Acta Paul Enferm*; 26(4):38994.
- Ordem dos Enfermeiros: Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Divulgar (2001). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Pierre, D., Mustafa, G., & Ngoc, L. (2017). Nurses' responsibilities in postoperative pain management following total hip arthroplasty. *Social Service and Healthcare Degree programme in Nursing*, 2-46. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/84799805.pdf>
- Santos, L. L. (2017). O Processo de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (15-23). Loures, Lusodidática
- Saunders, R., Seaman, K., Ashford, C., Sullivan, T., McDowall, J., Whitehead, L., Ewens, B., Pedler, K., & Gullick, K. (2018). An eHealth Program for Patients Undergoing a Total Hip Arthroplasty: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc.*; 7(6), e137. doi: 10.2196/resprot.9654.
- Soares CB, Hoga LA, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DR (2014) Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP* 48(2):329–339. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>

- Soares, A., Silva, A., Silva, G., Siqueira, I., Pamponet, J., Cruz, M., Quiles, P., Santos, M., & Santos, M. (2013). A assistência de enfermagem ao paciente submetido a artroplastia total do quadril e a importância dos cuidados no período pósoperatório. *Revista Científica de Enfermagem*, 3 (7), 11-18. Acedido em <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/47/91>
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2016). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.421- 431). Loures: Lusodidacta
- Torraco J (2016) Writing integrative literature reviews: using the past and present to explore the future. *Hum Resour Dev Rev* 15(4):404–428. <https://doi.org/10.1177/1534484316671606>
- Vital, I.C., Cameron, L.E., 2009. Assistência ao paciente submetido à artroplastia total de quadril: o saber da enfermagem traumato-ortopédica. *Rev Enferm UFPE on line*; 3(4):1134-41. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5613/4833>
- Wang, J., Tong, Y., Jiang, Y., Zhu, H., Gao, H., Wei, R., Que, X., Gao, L., (2018). The effectiveness of extended care based on Internet and home care platform for orthopaedics after hip replacement surgery in China. *J Clin Nurs*, 27, 4077–4088. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14545>
- Zak, M., Krupnik, S., Puzio G., Staszczak-Gawelda I., Czesak, J. (2015). Assessment of functional capability and on-going falls-risk in older institutionalized people after total hip arthroplasty for femoral neck fractures. Elsevier, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 61 (1), 14-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.03.003>

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Escala Numérica da dor**

### ***Escala Numérica***

<b>Sem Dor</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Dor Máxima</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Fonte: Direção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. <https://nocs.pt/registo-sistematico-intensidade-dor/>

## **Anexo II – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)**

APELIDO \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ P.U.nº            
 DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA																
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">3M</th> <th style="width: 10%;">4M</th> <th style="width: 10%;">6M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> <th style="width: 10%;">18M</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </thead> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	3M	4M	6M	12M	18M	DATA								
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	3M	4M	6M	12M	18M											
DATA																		
	<b>AUTO-CUIDADOS</b>																	
	A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	C. Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<b>CONTROLO DOS ESFINCTERES</b>																	
	G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<b>MOBILIDADE</b>																	
	<b>TRANSFERÊNCIAS</b>																	
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<b>LOCOMOÇÃO</b>																	
	L. Marcha/Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<b>COMUNICAÇÃO</b>																	
	N. Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>																	
	P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	NOTA: Não deixe nenhum item em branco. se não testável marque 1																	

Fonte: Direção Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>



**Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do  
Baixo Alentejo, EPE**

**EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 02/2021 DA COMISSÃO DE ÉTICA  
HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 12.02.2021 (Ata nº 05, Ponto 5.1)**

Aos oito dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e um, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente e justificou a sua ausência, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social. -----

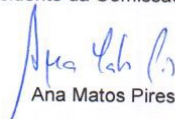
----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

««**PONTO UM – EDOC/2021/2172** – Projeto «Efetividade de um programa de enfermagem de reabilitação na capacidade do doente submetido a Artroplastia Total da Anca», a realizar por Nelson Manuel Carvalho Esteves. -----

--- A Comissão de Ética analisou o Projeto e deu parecer favorável. -----

Beja, 18 de fevereiro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

  
Ana Matos Pires

**Anexo IV – Enfermagem de Reabilitação no Utente do foro Orto-  
traumatológico**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “Reabinar da Comissão Regional de Peritos Enfermagem Reabilitação” subordinado à temática “Enfermagem de Reabilitação no utente do foro orto-traumatológico” no dia 23 de Março de 2021, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 24 de Março de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

---

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui os Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.