



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ana Carina Mendes Paixão

CINESIOFOBIA NA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA: UMA SCOPING REVIEW

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

CINESIOFOBIA NA PESSOA SUBMETIDA A
ARTOPLASTIA TOTAL DA ANCA: UMA *SCOPING*
REVIEW

Relatório de Estágio

Ana Carina Mendes Paixão

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Professor Mestre Luís Gaspar

Oliveira de Azeméis | 2024

*“You may not control all the events that happen to you,
but you can decide not to be reduced by them.”*

(Maya Angelou, 1987)

AGRADECIMENTOS

Se somos os arquitetos dos nossos sonhos e objetivos, acredito que o caminho que construí só foi possível graças ao apoio de diversas pessoas, às quais gostaria de expressar o meu sincero agradecimento.

À minha mãe, pelo apoio incondicional em todos os momentos, dividindo o peso dos meus sonhos;

Aos meus familiares e ao Vítor, pelo carinho, motivação e paciência nesta caminhada;

Ao meu orientador, Professor Luís Gaspar e à Isabel por todo o apoio demonstrado, disponibilidade e compreensão. São profissionais de excelência e seres humanos excepcionais com quem tive a sorte partilhar aprendizagens;

À minha chefe e colegas de serviço, que foram impulsionadores deste sonho e acreditaram sempre no meu potencial.

A todos, o meu sincero obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividades de Vida Diárias

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DR – Doença Reumática

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

OE - Ordem dos Enfermeiros

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

No âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”, inserido no 1º Curso de “Mestrado em Enfermagem de Reabilitação”, da Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa integra-se o desenvolvimento deste relatório.

Diferentes tipos de metodologia incorporam os capítulos deste relatório, desta forma foi necessária a organização deste documento em capítulos. Assim, estruturalmente, este encontra-se dividido em dois capítulos principais.

A primeira parte é composta por uma análise sobre o percurso e atividades desenvolvidas nos diferentes ensinamentos clínicos, incorporados na unidade curricular, de modo a dar visibilidade sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados à luz da aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, ao longo deste percurso. Para este momento, recorri a uma metodologia descritiva sob a forma de análise crítico reflexiva.

A autorreflexão foi essencial para o desenvolvimento de uma estrutura pessoal adequada ao perfil de competências de um enfermeiro especialista, desenvolvendo estratégias e pensamento, promoveu o aprofundamento dos diferentes saberes, enquanto pessoa e profissional.

A segunda parte apresenta a realização de uma *Scoping Review* intitulada: “*Cinesiofobia na Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Uma Scoping Review*”, com o objetivo mapear o impacto da cinesiofobia em adultos submetidos a Artroplastia Total da Anca. Esta temática surge como uma oportunidade de melhoria contínua aos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia ortopédica, identificando qual o impacto da cinesiofobia nos resultados funcionais, na amplitude de movimento, no nível de dor e na qualidade de vida após artroplastia total da anca, com a finalidade de mapear o conhecimento atualmente existente sobre o impacto da cinesiofobia e fomentar a consciencialização dos profissionais de saúde de reabilitação para esta problemática, minimizando as suas repercussões na qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: Catastrofização, Cinesiofobia, Medo, Artroplastia.

ABSTRACT

The development of this report is part of the curricular unit 'Professional Internship with Final Report', part of the 1st 'Master's Degree in Rehabilitation Nursing' course at the Portuguese Red Cross Northern Health School.

Different types of methodology make up the chapters of this report, so it was necessary to organise this document into chapters. Structurally, it is divided into two main chapters.

The first part is made up of an analysis of the pathway and activities developed in the different clinical courses included in the curricular unit, in order to give visibility to the rehabilitation nursing care provided in the light of the acquisition of the Common Competences of the Specialist Nurse and the Specific Competences of the Specialist Rehabilitation Nurse along this pathway. To do this, I used a descriptive methodology in the form of a critical reflective analysis.

Self-reflection was essential for the development of a personal structure appropriate to the competences profile of a specialist nurse, developing strategies and thinking, promoting the deepening of different knowledge, as a person and as a professional.

Subsequently, a Scoping Review entitled 'Kinesiophobia in People Undergoing Total Hip Arthroplasty: A Scoping Review' was carried out, with the aim of mapping the impact of kinesiophobia in adults undergoing Total Hip Arthroplasty. This theme emerges as an opportunity for continuous improvement in the care provided to people undergoing orthopaedic surgery, identifying the impact of kinesiophobia on functional results, range of motion, pain levels and quality of life after total hip arthroplasty, with the aim of mapping the knowledge that currently exists on the impact of kinesiophobia and promoting awareness among rehabilitation health professionals of this problem, minimising its repercussions on people's quality of life.

Keywords: Catastrophisation, Kinesiophobia, Fear, Arthroplasty.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Termos de pesquisa e sinónimos	60
Tabela 2 - Síntese dos artigos incluídos na revisão.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA ScR	61
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento dos contextos de estágio	23
1.1. Estágio de prática em contexto Neurológico	25
1.2. Estágio de prática em contexto da Comunidade	26
1.3. Estágio de prática em contexto Ortopédico	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	31
2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	32
2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	34
2.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais	35
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	37
3.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	37
3.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	43
4. Considerações finais	45
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	47
1. Resumo	49
2. Abstract.....	51
3. Fundamentação/enquadramento teórico	53
5. Finalidade e objetivos	57
6. Metodologia.....	59
6.1. Desenho do estudo	59
6.1.1. Critérios de Inclusão e Exclusão	59
6.1.2. Estratégia de Pesquisa	59

6.1.3. Seleção dos Estudos.....	60
6.2. Considerações éticas.....	60
7. Resultados.....	61
8. Discussão.....	65
9. Conclusão.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina. A evolução da enfermagem como ciência têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a qual corresponde um corpo científico próprio e autónomo (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Desta forma, o Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, surge neste percurso profissional e académico, como uma resposta para a obtenção de grau de diferenciação e uma oportunidade de desenvolvimento de um corpo de conhecimento que proporciona ferramentas necessárias para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A linha de pensamento deste processo académico foi desenhada atendendo ao contexto da prática clínica diária e, ao longo deste, a perceção do impacto diário que a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação representa no quotidiano das pessoas a quem são prestados os cuidados. Sem dúvida que, a aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação é complementar da prática, com um corpo de saberes num foro de elevado interesse, pessoal e profissionalmente.

Assim, como mote a excelência do exercício profissional em enfermagem é exigido um constante compromisso na articulação do conhecimento teórico e da *práxis* clínica, bem como uma atitude critico-reflexiva. Só assim é possível construir um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Atendendo ao contexto profissional em que se enquadra a prática, a seleção do tema “*Cinesiofobia na Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Uma Scoping Review*” é relevante para a especialidade visto que a literatura demonstra que a cinesiofobia é uma área que carece de investigação, de forma a fomentar a consciencialização dos especialistas para esta problemática, minimizando as suas repercussões na qualidade de vida das pessoas.

Do ponto de vista metodológico, diferentes tipos incorporam os capítulos deste relatório, iniciando por uma metodologia descritiva, a análise critico reflexiva e posteriormente a Scoping Review. Assim, estruturalmente, este encontra-se dividido em dois capítulos principais: a primeira parte reflete a aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em contexto de Estágio, incluindo a caracterização dos locais de ensino clínico e

a análise crítico-reflexiva sobre as competências específicas adquiridas e as atividades desenvolvidas ao longo do percurso.

A segunda parte, apresenta a realização de uma *Scoping Review* intitulada: “*Cinesiofobia na Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Uma Scoping Review*”, com o objetivo mapear o impacto da cinesiofobia em adultos submetidos a Artroplastia Total da Anca. Esta temática surge como uma oportunidade de melhoria contínua aos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia ortopédica, identificando qual o impacto da cinesiofobia nos resultados funcionais, na amplitude de movimento, no nível de dor e na qualidade de vida após Artroplastia total da anca.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Desde sempre que o ensino clínico fez parte do contexto formativo da profissão de Enfermagem. Este pretende ser um campo de experiências que permite, ao estudante, a aplicação de conhecimentos, no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos, permitindo o exercício do juízo clínico e conduzindo a uma execução que reflete a compreensão as dinâmicas próprias da sua intervenção (Cabete et al., 2016).

É com esta premissa que se desenvolve a fase final deste Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, culminando com a elaboração do presente relatório.

O relatório final de estágio surge como um instrumento essencial no processo de aprendizagem, uma vez que, através da sua elaboração, será apresentada uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado, analisando de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos do estágio realizado (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A unidade curricular de Estágio de Natureza profissional, a que corresponde o presente relatório final, integra três áreas da prática da Enfermagem de Reabilitação: estágio de prática em processo neurológico, contexto de comunidade e contexto ortopédico.

A Unidade Curricular decorreu de 02 de outubro de 2023 a 8 de março de 2024. É composta por um total de 810 horas, das quais 430 horas são de contacto, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação tutorial. As restantes 336 horas corresponderam a tempo de trabalho autónomo, destinado a revisão de conceitos previamente abordados, em contexto teórico, e integrar este conhecimento com a aprendizagem prática. Bem como a aquisição de novos conhecimentos, enriquecidos através de pesquisa bibliográfica, no âmbito da prestação de prática baseada na evidência.

Com vista a uma aquisição e desenvolvimento de competências coerente e estruturado, coadjuvado por uma postura crítico reflexiva da prática, foram delineados objetivos para este período de estágio. Os objetivos gerais foram propostos pela instituição, com o propósito já supramencionado. Os objetivos específicos foram concebidos com o objetivo de refletir as exigências que cada contexto apresentava enquanto estudante de mestrado. De seguida são apresentados descritivamente quais os objetivos supramencionados.

Objetivos Gerais:

- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;
- Conceber planos de intervenção para a promoção das capacidades adaptativas no contexto do autocontrolo e autocuidado da pessoa nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;
- Implementar intervenções para otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, da eliminação e da sexualidade;
- Implementar programas de treino de AVD promovendo a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;
- Implementar programas de treino motor e de treino de exercício físico;
- Demonstrar capacidade de tomada de decisão;
- Participar na organização e gestão do serviço de saúde;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão;
- Dinamizar formação em serviço, com base num diagnóstico de necessidades.

Objetivos específicos:

- Capacitar a pessoa para a autogestão do autocuidado, respeitando o projeto de saúde e objetivos estabelecidos, compartilhados com a pessoa/familiar significativo/equipa de enfermagem de reabilitação;
- Prescrever produtos de apoio adaptados à necessidade da pessoa, assegurando o ensino da utilização a pessoa/pessoa significativa a capacitação dos mesmos para a promoção do autocuidado;
- Capacitar a pessoa com limitação da mobilidade para a identificação de barreiras arquitetónicas que influenciam a reinserção da cidadania;
- Desenvolver planos facilitadores à adaptação ao processo terapêutico de viver com incapacidade.

É fundamental que o enfermeiro estudante de mestrado em ER oriente a sua formação de forma a garantir uma intervenção fundamentada em todos os contextos de cuidados. Assim torna-se essencial estabelecer objetivos para que este período seja verdadeiramente frutífero.

Assim, nos capítulos seguintes serão analisados os diferentes momentos ao longo do estágio bem como descritas as diferentes valências experienciadas.

1.1. *Estágio de prática em contexto Neurológico*

O primeiro contexto de prática foi na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) de um centro hospitalar inserido numa Unidade Local de Saúde da região Norte, no período compreendido entre 02 de Outubro a 17 de Novembro, com duração de 124 horas de contacto em prática clínica, sob a orientação dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER).

Este hospital tem como visão, ser reconhecido como um hospital de referência no serviço nacional de Saúde (SNS), pela sua eficiência, compromisso, práticas sustentáveis e inovação na prestação de cuidados de saúde, integrando as atividades de ensino e investigação. Com a missão de melhorar a saúde da comunidade, prestando cuidados de saúde diferenciados e colaborando em articulação com os diferentes níveis de cuidados e com a rede do SNS, priorizando o respeito pela dignidade e às necessidades individuais de cada utente (ULSGE, 2022).

A unidade de AVC é constituída por 12 camas para utentes em situação aguda, onde estes são internados inicialmente para vigilância e/ou estabilização do quadro associado ao evento, e por uma enfermaria para utentes em situação “subaguda”, com 8 camas, onde se encontram internados utentes com outras patologias neurológicas ou utentes pós evento, que aguardam vaga para resolução da situação social e mantêm reabilitação.

Os utentes internados na unidade acedem à instituição através do serviço de urgência, por triagem intra-hospitalar (Via Verde AVC) ou por referência extra-hospitalar do Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Também podem ser transferidos de outras unidades de saúde, para tratamento de eventos em fase aguda, atendendo que o hospital em questão tem o estatuto, de acordo com a *European Stroke Organisation*, de um centro certificado para o tratamento de AVC.

A equipa clínica executa a sua avaliação, realizam os exames complementares de diagnóstico e os utentes são encaminhados, de acordo com os critérios, para serem submetidos a trombólise e/ou trombectomia. Após serem submetidos ao tratamento são acompanhados pela equipa de saúde até à unidade para vigilância e continuação dos cuidados.

Na fase de internamento, são submetidos a uma avaliação pelas diversas especialidades clínicas e outros profissionais, de forma a delinear o plano de reabilitação, que sempre que a condição clínica o permita é iniciado no dia da admissão. Também de forma precoce é definido o plano alimentar e, através da pessoa de referência, mapeia-se a situação social.

Sendo que esta é uma unidade com foco na pessoa em situação aguda, após a intervenção e estabilização do quadro clínico, os utentes são encaminhados para o internamento com vagas “subagudas” ou para outras unidades do hospital, de acordo com os critérios de vigilância clínica e potencial de reabilitação. Se são provenientes de outras unidades hospitalares regressam à instituição de origem.

Atendendo à rápida variação de estado destes utentes são submetidos a avaliação neurológica uma vez por turno, segundo a escala *NIHSS Stroke Scale* (internacionalmente reconhecida como instrumento para identificar os déficits neurológicos após AVC), pelo ER bem como o enfermeiro generalista, e são debatidos em equipa os achados e alterações identificadas.

Neste contexto foram várias as áreas de intervenções em que assentou o planeamento de cuidados. Foram desenvolvidas intervenções no âmbito do treino de autocuidados como o vestir/despir, alimentação e higiene. Também no treino do movimento muscular, posicionamento, ventilação e transferências.

Na área do treino das competências linguísticas, denotou-se como lacuna a falta de instrumentos para o treino de pessoas com afasia, neste sentido foi desenvolvido um documento com exercícios de intervenção neste âmbito.

Sob este prisma, como um dos principais recursos à prestação de cuidados, destacou-se o modelo de trabalho em equipa multidisciplinar. Ao fornecer complementaridade e integração de cuidados, o trabalho em parceria pode melhorar as oportunidades, recursos e resultados em saúde (Taberna et al., 2020). Diariamente estes utentes tem o apoio de uma médica fisiatra, fisioterapeutas, uma terapeuta da fala, uma nutricionista e de dois EEER (manhã e tarde dos dias úteis e manhãs de fim de semana).

Neste contexto prático, foram acompanhadas as diferentes fases do processo de internamento, desde a admissão até ao momento de alta, o que permitiu perceber o impacto fundamental da avaliação e intervenção precoce do EEER nas pessoas neste contexto. Indiscutivelmente, foi um local que permitiu o desenvolvimento competências específicas do EEER propostas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

1.2. Estágio de prática em contexto da Comunidade

O contexto seguinte foi numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na região do grande Porto, no período compreendido entre 20 de Novembro a 19 de Janeiro, com duração de 124 horas, onde tive a oportunidade de acompanhar a prática de um EEER que desenvolve a sua intervenção em parceria com uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Esta unidade tem como missão a prestação de cuidados no âmbito domiciliário e comunitário na sua área de geográfica de intervenção, centrados na pessoa respetiva família ao longo do seu ciclo de vida e na comunidade (SNS, 2023). A equipa integrante desenvolve intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, gestão dos problemas de saúde e reabilitação e medidas de proteção a grupos vulneráveis, em situação de risco ou dependência física, funcional, ou mental que requeiram acompanhamento de proximidade (SNS, 2023).

A equipa desta UCC é constituída por uma médica, dezassete enfermeiros (uma delas enfermeira coordenadora), uma fisioterapeuta, um secretario clínico e dois assistentes operacionais. A ECCI conta com dois EEER (sendo que um destes é o responsável por esta equipa) e três enfermeiros generalistas.

No seu exercício profissional esta equipa destaca-se pela orientação da prática clínica através do método de enfermeiro de referência, sendo que o trabalho é desenvolvido em parceria de modo que, na ausência de um dos elementos, é garantida a continuidade e qualidade dos cuidados

Neste contexto após a admissão de um utente, realiza-se uma visita domiciliária nas primeiras 24 a 48 horas, durante a qual é recolhida informação para efetuar a avaliação inicial e identificar as necessidades. Em seguida, é desenvolvido e assinado um plano individual de intervenção de Enfermagem de Reabilitação (ER), em conjunto com o utente e o familiar de referência, definindo os objetivos, estratégias e intervenções a serem efetuadas durante o período de intervenção.

As pessoas neste contexto apresentam várias patologias e as dificuldades sentidas por estas representam um desafio significativo. Com foco numa intervenção centrada na pessoa, foram abordadas áreas de intervenção como o andar, equilíbrio, transferências, ventilação, intolerância ao esforço, movimento corporal associado ao treino de força muscular com o objetivo de melhorar a execução dos diversos autocuidados.

De encontro com a missão e visão da unidade, esta equipa implementa diversos programas e projetos, como o projeto dos cuidadores informais, entre outros, com uma intervenção direcionada à sua área geográfica designada, nas diversas áreas de atuação. Assim, no domínio dos projetos da reabilitação, surgiu a oportunidade de acompanhar a intervenção no projeto das Alterações Posturais no Primeiro Ano de Vida, aplicado pela fisioterapeuta da equipa, bem como o projeto *Endireitarte*, um projeto de educação postural desenvolvido por EEER e a fisioterapeuta da unidade, cuja aplicação se encontra suspensa, devido à pandemia COVID-19.

Surgiu também a oportunidade de contribuir para a fase de planeamento de um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem direcionado à

pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), foi desenvolvido um documento de suporte sobre o treino de exercício neste contexto.

1.3. Estágio de prática em contexto Ortopédico

O último contexto, mas não menos importante, contextualiza-se num serviço de Ortopedia, de um centro hospitalar inserido na mesma Unidade Local de Saúde da região Norte que o primeiro local de estágio de prática clínica, no período compreendido entre 22 de Janeiro a 8 de Março, com duração de 141 horas de contacto em prática clínica, sob a orientação uma EEER.

Deste modo, não será enquadrada esta experiência à luz da missão e visão desta unidade, visto que já foi previamente mencionada.

O serviço de Ortopedia desta unidade é constituído por 32 camas de internamento, que dão resposta desde casos de traumatologia até a situações de cirurgia programada. Destas, 6 camas estão designadas à unidade de ortogeriatria, integrada na Unidade de Medicina Geriátrica desta unidade. A equipa de ortogeriatria acompanha idosos em situação de fratura do colo do fémur proximal, com múltiplas patologias, que necessitam de cuidados multidisciplinares adicionais, com o objetivo de prevenir as possíveis complicações pós-operatórias associadas.

Nesta unidade os utentes pertencem aos diferentes grupos etários, no entanto identificou-se uma maior prevalência de pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos, que se encontram em situação de alteração do estado de dependência, devido a intervenções cirúrgicas programadas (como cirurgias de coluna e de artroplastia) mas mais frequentemente em contexto de orto-traumatologia (por exemplo, pós queda ou acidente de viação).

Os utentes nestas condições apresentam, na maioria dos casos, uma incapacidade motora temporária. Com a perda de independência resultante dessa condição, são pessoas que necessitam de suporte, motivação e orientação para recuperar a autonomia ou, caso isso não seja possível, facilitar a adaptação à sua nova realidade, tendo em consideração as limitações funcionais decorrentes da situação.

Atendendo às necessidades descritas ao longo deste processo, torna-se essencial o papel do EEER, que através do seu leque de competências, elabora um plano cuidadoso e personalizado, adaptado à situação de cada pessoa com atenção aos focos movimento corporal (movimento articular passivo/passivo assistido/ativo; exercícios isométricos e

isotónicos dos segmentos corporais), ventilação, erguer, transferir, andar e andar com auxiliar de marcha.

Uma limitação identificada nesta unidade foi o facto de não dispor de consulta pré-operatória de enfermagem, que atendendo à minha experiência pessoal apresenta-se como uma mais-valia ao processo cirúrgico. Também de acordo com Pina & Baixinho (2020), a consulta apresenta vantagens permitindo uma gestão eficaz da dor e gestão dos componentes psicológicos, aumenta o conhecimento sobre o momento da cirurgia e o período pós-operatório, diminui o tempo médio de internamento e melhora a adesão ao programa de reabilitação.

Uma lacuna também identificada foi a dificuldade que a família sentia em saber qual o profissional a abordar para acompanhar o processo de internamento, por isso foi desenvolvido um fluxograma para afixar na unidade dos utentes que mapeia as fases do processo de internamento e os profissionais envolvidos.

Atendendo à experiência pessoal prévia na área de Ortopedia, o contacto com esta unidade foi uma mais-valia no processo de desenvolvimento profissional. Permitiu a aquisição de uma visão de como aplicar um modelo de trabalho de enfermeiro de referência para a pessoa e família, bem como o elemento que coordena os cuidados, articulando-se com toda a equipa de enfermagem.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências, que constam no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista n.º 140/2019, que devem ser aplicáveis em todos os contextos e encontram-se organizadas por domínios.

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2019):

“O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.”

Este documento afirma também que as competências comuns são demonstradas pelos enfermeiros especialistas através da sua alta capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, o período de estágio constitui-se como uma oportunidade de desenvolvimento profissional, contactando com novas realidades, permutando experiências e conhecimento e aprofundando conhecimento científico nas diversas áreas, desenvolvendo assim uma prática segura.

Este capítulo encontra-se dividido em subcapítulos, de forma a abordar os diferentes domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definido pela Ordem dos Enfermeiros. Serão descritas e fundamentadas as atividades desenvolvidas, de acordo com os objetivos previamente definidos, pretendendo o desenvolvimento profissional e pessoal, através de um pensamento crítico-reflexivo, concretizando a aquisição de competências, como futura EEER, integrada nos diferentes contextos da ER.

2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Nunes (2014) afirma que: *“A ética profissional (neste sentido, deontologia) regula a relação de um profissional com aqueles a quem presta serviço, tendo em conta a dignidade humana, os direitos dos clientes, o respeito devido e a oferta de competências para o exercício do serviço que presta, atentando ao bem-estar das pessoas e do coletivo, no contexto em que exerce”*.

As competências neste domínio estão presentes na atuação enquanto enfermeiro de cuidados gerais, porém foram aprimoradas no contexto da prestação de cuidados

especializados em enfermagem de reabilitação. Torna-se assim imperativo, e mais evidente, que o cuidar especializado nunca se dissocia dos princípios associados ao código deontológico da profissão.

Assim, desenvolver uma prestação de cuidados no domínio da responsabilidade profissional e ética no âmbito da ER requer boas práticas como um agir virtuoso, que procure a alternativa menos restritiva, bem como uma abordagem de capacitação. É da responsabilidade do EEER desempenhar uma constante procura a justa medida de um cuidado ajustado à singularidade da pessoa e da situação (Nunes, 2014).

No decorrer dos diferentes estágios diversas estratégias foram adotadas garantindo uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, desenvolvendo a minha prática de acordo com os princípios éticos e da deontologia profissional. Inicialmente foi importante um período de adaptação inicial para conhecimento dos protocolos em vigor em cada contexto bem como das dinâmicas de trabalho, de forma a garantir uma tomada de decisão segura e fundamentada.

Atendendo à responsabilidade das informações pessoais de cada utente, um dos pilares essenciais para a prática de enfermagem é o direito à privacidade, tanto física como das informações individuais de saúde, sendo que este foi sempre um aspeto de elevado cuidado e atenção.

A Ordem dos Enfermeiros (2019), define que no que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista: *“a) Desenvolve uma prática profissional, ética, legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”*

Considero assim ter sido desenvolvida ao longo de todos os ensinamentos clínicos uma prática segura, que respeita o supra descrito, tendo-se demonstrado como um acréscimo à importância destes princípios na prática diária.

2.2. *Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade*

A qualidade, enquanto conceito, apresenta uma natureza subjetiva e tem sido sujeito a diferentes mutações ao longo do tempo, levando a diversas interpretações e a uma subsequente evolução desta ao longo do tempo. (Sousa et al., 2019). Apresenta-se assim como uma das máximas das diferentes organizações, incluindo, as organizações na área da saúde.

Tornou-se uma dimensão incontornável na saúde, que pretende satisfazer as necessidades dos clientes. A Enfermagem, na área da saúde, pretende o desenvolvimento da

melhoria da qualidade, progredindo assim, para níveis mais rigorosos do conhecimento específico da profissão, compatíveis com a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Soares, 2017).

A OE desenvolveu, como um referencial orientador para a profissão, os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, enumerando os seis enunciados descritivos que orientam a prática clínica em Portugal e contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018): *“Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem”*.

No exercício da profissão, comprometemo-nos em manter o foco na competência dos cuidados prestados, na qualidade e segurança, além da busca constante pela excelência. A melhoria contínua da qualidade deve estar presente no quotidiano de todos os enfermeiros.

Refletindo sobre a melhoria continua da qualidade, neste percurso foram executadas diversas intervenções no contexto de programas de melhoria contínua nos serviços, e as estratégias desenvolvidas vão constituir-se como ferramentas fundamentais no âmbito de projetos futuros voltados para a melhoria continua da qualidade dos cuidados.

Procurei desenvolver uma prática de cuidados segura e com qualidade na intervenção, para isso procurei integrar-me nos procedimentos e normas de cada instituição, com vista ao desenvolvimento de autoconfiança em novas dinâmicas

O envolvimento nos projetos da instituição ou desenvolver algo novo com vista à melhoria da qualidade, foi também uma preocupação. Assim, no estágio em contexto de AVC foi desenvolvido um documento com exercícios de intervenção na pessoa com afasia. Na Unidade de cuidados na comunidade foi desenvolvido um documento de suporte sobre o treino de exercício à pessoa com DPOC, no âmbito de um projeto que se encontra em fase de desenho na unidade. Por fim, no estágio de ortopedia foi desenvolvido um fluxograma para o utente que mapeia as fases do processo de internamento e os profissionais envolvidos.

Todas estas vivências contribuíram para o desenvolvimento de competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade, com o objetivo de uma prestação de cuidados seguros, de excelência e centrados na pessoa.

2.3. *Competências do domínio da gestão dos cuidados*

Independentemente da área de especialização em enfermagem, todos os enfermeiros especialistas partilham elementos fundamentais da disciplina de enfermagem, considerados como competências comuns. O especialista é considerado o elemento da equipa com “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (OE,2019).

Desta forma, este apresenta-se como o detentor de um conjunto de competências especializadas, na sua área de intervenção. No âmbito da gestão dos cuidados, este deve adequar os recursos às necessidades dos cuidados com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados prestados.

Estas ferramentas permitem que ocupe nas equipas uma posição privilegiada, que lhe permite, com base nas suas conceções de cuidados, atuar como agente de mudança, coordenando a prestação de serviços e incentivando o trabalho em equipa para alcançar um nível de qualidade adequado às necessidades de saúde dos pacientes (Peres et al., 2013).

Assim, o EEER torna-se o elemento com competências no âmbito da responsabilidade pela gestão da equipa na priorização de cuidados, atuando como um guia orientador que fornece suporte e orientação a este conjunto.

Existe uma relação evidente da gestão dos cuidados com a liderança do serviço, visto que esta uma das principais responsabilidades do enfermeiro gestor. Em coordenação com este o EEER responsabiliza-se pela gestão do serviço, sendo o elemento que é muitas vezes preferido para substituição nas suas ausências.

No âmbito dos estágios desenvolvidos, os enfermeiros orientadores assumiram várias vezes este papel de responsáveis de equipa, sendo que num destes momentos, a orientadora encontrava-se a desempenhar provisoriamente o cargo de enfermeira chefe, o que permitiu uma experiência de proximidade com as competências necessárias e desafios diários da coordenação de dois papéis distintos, que se complementaram em questões de articulação com a equipa multidisciplinar, tomada de decisão e visão da qualidade dos cuidados.

Atendendo aos recursos humanos disponíveis verificou-se também as mais valias que o modelo de trabalho de enfermeiro de referência para a pessoa e família apresenta. Foram adquiridas competências neste âmbito, que se percecionam como ferramentas que se somam às competências previamente adquiridas, que foram melhoradas e serão instrumentos para futuras necessidades de gestão na minha prática.

Uma barreira identificada foi a dificuldade em garantir uma distribuição justa nos cuidados prestados, atendendo às limitações de recursos humanos das instituições. Na tomada de decisão neste processo foi fundamental trabalhar competências de avaliação e diagnóstico, ou seja, que pessoa necessita mais prioritariamente de intervenção, tentando priorizar sempre os cuidados de ER, de forma a tentar minimizar o impacto da situação e maximizar os resultados das intervenções.

Neste sentido, foi essencial ter em consideração o cuidado centrado na pessoa/família e a capacitação dos mesmos como ferramenta de resposta para as suas necessidades.

Estabelecer parcerias com a pessoa/família, apresentou-se também como um dos maiores desafios, sendo que isto envolve a gestão de expectativas do conjunto. Em todos os locais de ensino clínico a família foi envolvida em todo o processo de reabilitação, percebendo a necessidade/incentivando a participação da família, avaliando e validando as suas capacidades e necessidades, de forma a promover a capacidade de escolha e autonomia.

2.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

A formação contínua do enfermeiro é percecionada não só como uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional. Favorece o autoconhecimento, através de uma prática reflexiva e crítica e desenvolvendo competências pessoais, como a assertividade, refletindo-se assim na prestação de cuidados de qualidade, seguros e humanizados.

A perceção clínica que temos de cada situação advém da experiência e da aprendizagem adquirida na prática clínica, pelo que importa que o trabalho desenvolvido durante este período seja uni e multidisciplinar.

Durante os contextos de prática foi desenvolvido, em conjunto com os orientadores, estratégias e desenvolver práticas seguras e com qualidade. O trabalho em equipa foi sempre uma mais-valia, desde a coordenação dos cuidados com as famílias e a equipa multidisciplinar, tendo a oportunidade de afirmar e consolidar competências pessoais, bem como abordar especialistas mais velhos e com mais experiência nas diversas áreas clínicas, de forma a colmatar o conhecimento teórico e prático prévio.

A atualização de conhecimentos com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, apresenta-se também como um dever para com a profissão, sendo o enfermeiro autónomo na gestão do seu percurso formativo e de aprendizagem. De forma colmatar

conteúdos de aprendizagem, foi sempre pesquisada bibliografia nas bases de dados, para autoaprendizagem e melhoria dos cuidados. Suportar a prática clínica em evidência científica, foi uma estratégia que tornou os cuidados prestados mais seguros e com qualidade.

Acredito que a experiência profissional prévia consolidada ao longo de cinco anos de prática clínica, juntamente com a formação acadêmica, proporcionaram-me as competências e o conhecimento necessários para a prestação de cuidados especializados. Sendo fundamental realçar que, numa área que se encontra em constante atualização, mutação e evolução é essencial manter o espírito crítico e a procura de conhecimento para conseguir desenvolver na sua plenitude as competências comuns do enfermeiro especialista.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Enquanto especialidade multidisciplinar, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019): *“a reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”*.

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns e em competências específicas de cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nos últimos anos, devido aos avanços científicos, tecnológicos e ao envelhecimento demográfico da população, verifica-se um aumento significativo no número de pessoas que vivem com incapacidades crónicas. Neste cenário sociodemográfico, o papel do EEER torna-se essencial e indispensável, tanto para a população em geral e em particular para pessoas com necessidades especiais (Pestana, 2017). Assim, considerando a vasta abrangência desta especialidade torna-se premente particularizar competências acrescidas e específicas, adequadas ao progresso do conhecimento, que permitem ao enfermeiro especialista intervir em contextos com um nível de complexidade mais elevado.

Nos seguintes subcapítulos, encontra-se refletido o desenvolvimento das competências específicas do EEER ao longo do período de estágio.

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

O EEER “identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas de todas as idades, impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nos estágios, surgiram várias oportunidades de aprendizagem, onde era essencial avaliar a funcionalidade das pessoas sob os meus cuidados, identificando alterações que evidenciavam limitações e incapacidades.

Nos contextos em que estes momentos de aprendizagem se dimensionaram contactei com pessoas de diferentes faixas etárias, maioritariamente com comorbilidades associadas e limitações associadas a alterações neurológicas, ortopédicas e/ou cardiorrespiratórias.

De forma a efetuar uma recolha e análise de dados estruturada, que dê uma resposta priorizada às necessidades de cuidados das pessoas, implica a elaboração de um plano de cuidados fundamentado (Ribeiro et al., 2018). Algo que só é devidamente executado com recurso ao processo de enfermagem, conforme a regulamentação existente para a profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A colheita de dados foi efetuada através de diferentes metodologias. Esta foi elaborada com recurso à transição de cuidados, que fornece informação atualizada sobre o estado da pessoa em cada momento, bem como através da consulta do processo clínico e entrevista com a pessoa/familiar de referência, de modo a realizar uma avaliação inicial inclusiva dos parâmetros vitais, clínicos e da situação social, de modo a ir ao encontro das necessidades do utente. Recolheu-se também informação pertinente através da aplicação de instrumentos de medida, que permitiram quantificar e avaliar funções, de forma que, no final da intervenção, seja possível evidenciar os resultados obtidos.

No ensino clínico realizado na unidade AVC, foi possível aplicar vários instrumentos de avaliação, onde se incluem: a *Medical Research Council's* (para avaliação da força muscular), a Escala de Coma de Glasgow (para avaliação do estado de consciência), a Escala de Ashworth Modificada (que avalia o tônus muscular), a Escala de Morse, entre outros. Uma avaliação neurológica completa através da escala NIHSS, permitia avaliar também, a atenção, a memória, a linguagem, as capacidades práticas e heminegligência, os pares cranianos, a coordenação motora bem como as diferentes sensibilidades.

Após a fase de recolha de dados, foram aplicadas intervenções específicas no âmbito da ER, devidamente adaptadas a cada situação clínica, de forma que a pessoa adquira estratégias adaptativas à sua nova condição de vida/saúde, de modo a potencializar a sua autonomia, com segurança, rigor técnico-científico e sempre sob a supervisão dos enfermeiros orientadores.

Algo que demonstrou particular impacto no trabalho interdisciplinar foi a avaliação do risco de disfagia, através da escala de GUSS, juntamente com o orientador, de forma a posteriormente implementar estratégias no treino da deglutição.

Em contexto de ECCL, a avaliação do utente é realizada nas primeiras 24-48 horas através da visita domiciliária. Incluirmo-nos no contexto domiciliário das pessoas é

desafiante, compreender o nosso momento de atuação enquadrá-lo com as necessidades identificadas torna-se fundamental para que a nossa intervenção se torne frutífera.

O recurso a diferentes instrumentos de avaliação também foi essencial para avaliar a pessoa e a sua capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária (AVD). Fazendo uso de instrumentos, alguns já supramencionados, bem como o Índice de Barthel, 30 *Second Sit to Stand Test*, Escala de Percepção de Esforço de Borg, entre outros.

Neste contexto foi possível contactar com pessoas com diferentes patologias, o que acresce dificuldade à necessidade de adaptação e atualização de conhecimento. A realização de uma pesquisa aprofundada antes da visita domiciliar, tanto da situação clínica como da situação social, demonstrou-se uma ferramenta muito valiosa para o reajuste do plano de reabilitação, que muitas vezes é necessário enquanto desempenhamos a intervenção no terreno.

A identificação da tolerância da pessoa aos treinos de AVD foi um fator que regulou a progressão das intervenções, bem como, a compreensão das dinâmicas familiares e as suas principais dificuldades. Estes foram para mim fatores fundamentais para alcançar os objetivos propostos, no contexto de vida de cada pessoa. Estas estratégias permitiram, em colaboração com o enfermeiro orientador, reformular os programas ou os objetivos propostos, com base na variação dos resultados atingidos, para potenciar o sucesso da intervenção e satisfação do utente e da sua família.

Na prática em contexto Ortopédico procedeu-se á reeducação da função motora, através da realização de diversos esquemas de exercícios, mobilizações passivas e ativas com o propósito do reforço muscular e ligamentar, fragilizados com a intervenção cirúrgica. A prescrição de produtos de apoio, ajustados a cada pessoa, potenciaram a realização de treinos de AVD bem como da marcha, para reeducação do andar com auxiliar de marcha e a técnica associada.

Neste contexto, a família foi envolvida no processo para o ensino e capacitação da utilização de produtos de apoio, no caso das artroplastias da anca a necessidade do elevador de sanita para a prevenção da flexão superior a 90º da articulação coxofemoral, bem como a instrução sobre posicionamento e movimentos potencialmente luxantes. As medidas de prevenção de queda, com o propósito de evitar complicações foram instruídas e as medidas implementadas desde o internamento, como o uso de calçado adequado e a gestão do ambiente de forma segura.

Durante o período de estágio todos os planos de cuidados foram elaborados atendendo a adaptação da pessoa às diferentes situações de saúde, bem como a adaptação a uma nova condição com uma incapacidade provisória ou definitiva e em necessidade de

apoio, especialmente nos autocuidados pessoais. Alinhado com o raciocínio da Teoria das Transições de Afaf Meleis, enquadra-se na experiência humana a transição, onde a saúde e o bem-estar podem ser resultados da intervenção. A mudança gera transformações que permitem à pessoa que enfrente a nova condição de forma mais saudável, onde o EEER desempenha um papel fundamental (L. Sousa et al., 2020).

3.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania

Em conjunto com a pessoa, o EEER desenvolve processos de readaptação aos problemas de saúde, bem como processos de reeducação funcional, sendo imprescindível identificar as necessidades da pessoa e da família, bem como quais os fatores inibidores/facilitadores para a realização de atividades de vida diárias. Com o objetivo de desenvolver estratégias e competências na preparação do regresso ao domicílio e na consequente inclusão social (Silva et al., 2019).

Tendo por base o conhecimento que o EEER adquire sobre a pessoa e do seu estado funcional, este é o elemento da equipa multidisciplinar com um perfil de competências direcionadas para a identificação do potencial da pessoa, em cada área do autocuidado, bem como quais as suas limitações.

Com base nessa recolha de informação, durante o período de estágio instruí e treinei os utentes a realização de AVD, sendo que os focos de atenção privilegiados foram: tomar banho, vestir/despir, usar o sanitário, alimentar-se, transferir-se, arranjar-se. Elaborei planos que promovem a autonomia e a participação ativa, estimulando a readaptação às limitações e reajustando as expectativas e objetivos ao longo do processo, fornecendo ferramentas à pessoa para tomar decisões sobre a sua situação de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Relativamente ao autocuidado tomar banho, vestir/despir e arranjar-se, o planeamento das intervenções dependeu diretamente do grau de dependência e quais os resultados ambicionados e da resposta apresentada às intervenções realizadas. Também o tempo que dispunha para o treino dos mesmos foi tido em conta, de forma a definir objetivos realistas e individualizados. O ensino e treino de estratégias adaptativas relativamente à disposição da roupa, calçado adequado, material de apoio para vestir/calçar mais facilmente, bem como estratégias e produtos de apoio para usar no sanitário e tomar banho, de forma a garantir a inclusão da pessoa nos autocuidados de forma segura e promover a sua independência.

No autocuidado alimentar-se realizei a avaliação do risco de disfagia, em utentes com alterações neurológicas, através da escala de GUSS, em que juntamente com o orientador, após esta avaliação, era implementada uma dieta com uma consistência adequada em cada momento e posteriormente instruído o utente sobre estratégias, de forma a prevenir complicações e estimular o autocuidado alimentação. A articulação com nutricionista e família eram essenciais para definir um plano alimentar adequado aos hábitos alimentares de cada pessoa.

Nos diversos contextos, para atingir os objetivos propostos e estimular o treino de AVD é necessário treinar diversos movimentos musculo-articulares. De acordo com Rocha et al. (2020), para ocorrer a independência nas AVD é necessário haver um desempenho satisfatório na execução de diversos movimentos, como por exemplo, levantar-se de uma cadeira ou deambular. Associa-se essa competência motora à capacidade que ela proporciona para a realização autónoma das AVD.

Assim, em utentes com alterações neurológicas ou motoras, foram realizados exercícios de mobilização articulares, iniciando com mobilizações articulares passivas e posteriormente ativas, evoluindo para exercícios de reforço muscular, com o objetivo de recuperar a capacidade para se erguer. Exercícios como o de rolamento no leito, a ponte e o treino de equilíbrio estático e dinâmico, revelaram-se benéficos para a maximização da força muscular e posteriormente para andar potenciando assim a realização de AVD. Este treino foi importante em contexto de internamento, mas foi essencial na comunidade, em muitas das pessoas por contexto patológico ou com síndrome de desuso articular, que demonstram comprometimento marcado impactando a sua qualidade de vida.

A identificação de estratégias de adaptação das AVD foi algo sempre focado durante as sessões de ensino aos familiares cuidadores, para que em conjunto com os utentes, fossem determinadas práticas seguras para o regresso ao domicílio. Era fornecido material em suporte de papel, sempre que disponível, de forma a garantir que o fácil acesso para esclarecimento de dúvidas acerca do conhecimento adquirido durante as sessões, com o contacto da equipa de reabilitação para esta finalidade.

No contexto hospitalar, a preparação para a alta e promoção do envolvimento da família, passou essencialmente por promover a participação da pessoa de referência nos cuidados de higiene, nos posicionamentos e transferências e no apoio no momento da alimentação.

Muitas das pessoas que cruzaram o meu caminho enquanto enfermeira estudante pela sua condição patológica crónica se isolavam no domicílio. Ensinar e instruir estratégias de *empowerment* para que a pessoa tenha esta perceção e ultrapasse esta barreira foi um

verdadeiro desafio que me fez crescer muito como profissional. O papel dos enfermeiros orientadores foi fundamental na orientação destas situações, visto que a abordagem a esta questão, por vezes, estava na génese de agravamentos patológicos e diminuição da qualidade de vida e saúde mental destas pessoas. Foi essencial o uso do conhecimento que dispunha para empoderar a pessoa para a tomada de decisão de modo a maximizar a sua autonomia.

Empoderar a pessoa para maximizar a aprendizagem de capacidades torna-a mais independente na realização das atividades de vida diária. O processo de capacitação não se limita unicamente à pessoa enquanto individualidade singular, mas também o seu contexto como seja a família, o ambiente de trabalho e social, porque os conhecimentos e as aprendizagens não se limitam às pessoas com deficiência (L. Sousa et al., 2020).

Para abordar a temática do autocuidado é imprescindível mencionar a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de *Dorothea Orem*, visto que este é o conceito central nesta teoria e estas apresentam-se para a profissão de enfermagem como uma ferramenta para a orientação das intervenções favorecendo um pensamento sistemático na profissão. Esta permite a construção fundamentada da intervenção prática dos enfermeiros e dos padrões de conhecimento a que recorrem, quando têm necessidade de dar resposta aos problemas de saúde, de doença e de bem-estar das pessoas e populações a que têm de assistir. Esta teoria clarifica um propósito para a enfermagem, promovendo a capacidade de autocuidado e atribui sentido às intervenções de promoção de aquisição de competências para a autonomia (J. Queirós et al., 2014).

Com os princípios defendidos por esta teoria, pude na prática suportar decisões clínicas de forma fundamentada e maximizar a utilização do conhecimento sobre a pessoa e sua interação com o ambiente, oferecendo uma resposta individualizada e mais adequada aos défices no autocuidado, em todos os contextos da prestação de cuidados. Seguindo a premissa dos enunciados descritivos, pautados pela OE no documento Ordem dos Enfermeiros, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2018), maximizando o bem-estar da pessoa e assegurando assim a qualidade dos cuidados prestados.

Com vista a alcançar o potencial máximo em saúde, o EEER identifica e minora as barreiras arquitetónicas que limitam o exercício da cidadania e participação social, promovendo um ambiente seguro da população em geral (Silva et al., 2019). Instruir sobre os recursos disponíveis na comunidade e estimular as pessoas para a participação social foi fundamental para tentar minorar os efeitos do isolamento social e da ansiedade provocada pelas doenças crónicas e para minimizar o risco de novos eventos agudos, em situações patológicas agudas.

3.3. *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*

A funcionalidade refere-se a todas as funções do corpo, atividades e participação, é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), na qual o ER tem um grande nível de atuação na alteração de diferentes funcionalidades, a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OMS, 2001).

Com vista a melhorar a funcionalidade de pessoas com incapacidades, o EEER exerce a sua intervenção através de ensinamentos, exercícios e técnicas que permitem restabelecer a capacidade e promover uma melhoria da qualidade de vida. A aprendizagem de capacidades implica a passagem para ação do que foi adquirido como o empoderamento e tomada de decisão, de modo a tornar a pessoa mais independente na execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, contribuindo assim para uma transição saúde/doença com sucesso (L. Sousa et al., 2020).

Assim, ao longo deste período, foram desenvolvidos e implementados planos de treino motor, cardíaco e respiratório com o objetivo de prevenir lesões, promover a saúde, incentivar a autogestão e capacitação, sempre atendendo às limitações da funcionalidade de cada pessoa e a segurança da intervenção. A capacidade de adaptação às diferentes adversidades apresentadas foi uma ferramenta desenvolvida com apoio dos enfermeiros orientadores, visto que, as condições ambientais ou físicas apresentam constantes variações e, por isso, deparei-me com a necessidade de adaptação do plano de reabilitação.

Em contexto de estágio de Ortopedia, efetuou-se treino motor e de força. Ênfase primeiro o treino de marcha, necessário nos diversos contextos de estágio. Foram efetuados diversos exercícios, iniciando com treino do semi-passo anterior/posterior, nos casos necessários, evoluindo para marcha em plano com apoio unilateral ou bilateral de auxiliar de marcha (como andaluz, canadiana ou bengala), subir e descer escadas, ultrapassar obstáculos ou executar mudanças de direção. A seleção do auxiliar de marcha depende das características físicas da pessoa bem como da sua capacidade de adaptação e aprendizagem. Executou-se treino de força através de exercícios ativos assistidos e ativos resistidos, exercícios isométricos e isotónicos. Com o objetivo de melhorar a funcionalidade, aumentar amplitude de movimento, melhorar propriocepção para diminuir o risco de queda. Este tipo de treino foi aplicado essencialmente em pessoas após cirurgia de artroplastia do joelho e da anca.

Foi realizado, também neste contexto, treino de exercício aeróbico e de força à pessoa com patologia cardíaca visto que a evidência científica aponta para o exercício físico como uma ponte para a independência no autocuidado (Fernandes, 2018).

Em contexto de estágio na Comunidade, tive oportunidade de contactar em ambulatório com pessoas com patologia do foro respiratório, mais frequentemente com patologia pulmonar obstrutiva, como a doença pulmonar obstrutiva crónica e o enfisema pulmonar.

Foram desenvolvidos programas com componente de treino de exercício (exercício aeróbico, exercício de força muscular, alongamentos e treino de equilíbrio). Os programas de exercícios para pessoas com estas condições constituíram-se com um período de aquecimento, treino de força muscular, finalizando com alongamentos, de modo a aliviar a fadiga muscular e promover o relaxamento. Estes têm como objetivo o fortalecimento muscular e aumento da capacidade e tolerância ao exercício físico, atendendo a vários indicadores de segurança. Foi essencial instruir e capacitar as pessoas com instrumentos como a escala de Borg e foi monitorizada a frequência cardíaca, em repouso e durante o exercício, de forma a balizar a capacidade máxima treino.

Também de elevada importância nestes programas foi o ensino de técnicas de gestão de energia, para melhorar a intolerância ao esforço, bem como para otimizar uso de energia para aumentar o potencial de capacitação das AVD.

4. Considerações finais

O estágio final e a elaboração do relatório traduziram uma componente fundamental no percurso do Enfermeiro Especialista, de forma a potenciar a reflexão e aquisição de competências.

É em contexto de estágio que enfermeiro no papel de estudante desenvolve uma estrutura pessoal adequada ao seu perfil de competências e confronta-se com a necessidade de articular os saberes práticos e teóricos, desenvolvendo estratégias e pensamento que alia o conhecimento previamente adquirido e promoveu o aprofundamento dos diferentes saberes, enquanto pessoa e profissional.

Esta experiência permitiu o desenvolvimento das diferentes competências do enfermeiro especialista, já realçadas ao longo do documento, em que foram o desenvolvidos diferentes saberes, bem como a aquisição de novos conhecimentos e a consolidação de outros adquiridos em contexto teórico.

Relativamente aos objetivos mencionados neste relatório, considero que estes foram quase integralmente atingidos. Refleti sobre a avaliação da funcionalidade e das alterações da atividade, descrevi a conceção e implementação de planos para a promoção das capacidades adaptativas e autocuidado, abordei os programas de treino implementados, refletindo na capacidade de tomada de decisão e nas responsabilidades éticas que resultam do processo de tomada de decisão, baseando sempre a intervenção na melhor evidência científica, procurando a melhor qualidade de prestação de cuidados. O único objetivo proposto não concretizado foi a dinamização de formação de serviço.

Ao longo da elaboração do presente relatório acredito que nem sempre consegui traduzir em texto as diferentes experiências e situações vividas com intensidade, alegria e concretização pessoal e profissional, que me proporcionaram experiências ricas na aquisição de competências.

À luz do previamente descrito posso afirmar que termino este percurso com um sentimento de que cresci como pessoa e como profissional, fortalecendo os alicerces do meu “ser” como enfermeira e que a aquisição de conhecimento não termina aqui pois só assim é possível prestar cuidados diferenciados de qualidade. A aprendizagem é um processo dinâmico presente nos vários momentos da vida, que implica uma mudança e alteração dos comportamentos e conhecimentos, assim posso afirmar que aprender para mim representa um processo flexível e que se muito aprendi, muito mais tenho a aprender.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Cinesiofobia na Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Uma
Scoping Review

1. Resumo

Enquadramento: A cinesiofobia é definida como um medo excessivo, irracional e debilitante do movimento e da atividade física, resultante de um sentimento de vulnerabilidade a lesões dolorosas ou a novas lesões. Elevados níveis de cinesiofobia foram associados com piores resultados funcionais em diversas patologias da coluna, cirurgias de membro superior e membro inferior. Verificou-se que o impacto da cinesiofobia após a cirurgia de artroplastia da anca não é um tema muito explorado na literatura.

Objetivo: O objetivo geral da realização desta revisão é mapear o impacto da cinesiofobia em adultos submetidos a ATA. Determinou-se como objetivo específico identificar qual o impacto da cinesiofobia nos resultados funcionais, na amplitude de movimento, no nível de dor e na qualidade de vida após artroplastia total da anca.

Metodologia: A presente scoping review foi desenvolvido de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Foi realizada uma pesquisa prévia realizada em 10 de Julho de 2023, nas bases de dados eletrónicas CINAHL® Complete, Nursing & Allied Health Collection via EBSCO e MEDLINE® via PubMed. A pesquisa de literatura cinzenta incluiu o Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o OpenGrey. A lista de referências dos artigos incluídos foi analisada para pesquisa de estudos adicionais. Foram incluídos estudos publicados em língua portuguesa e inglesa, publicados nos últimos cinco anos.

Resultados: Dos 686 artigos identificados, 5 foram incluídos na revisão. Da análise dos artigos incluídos, verifica-se que pessoas com maior nível de cinesiofobia apresentaram níveis mais elevados de dor. Quanto mais elevada a cinesiofobia, piores são os resultados funcionais, sendo que no que concerne aos resultados funcionais precoces não se verificou perda na função física. Nesta pesquisa não foi possível encontrar nenhum estudo que enfoque o impacto na amplitude de movimento. Enfatiza-se os resultados obtidos relativamente à qualidade de vida, visto que se verifica tanto a curto prazo como a longo prazo uma perda nos níveis de qualidade de vida em pessoas com cinesiofobia.

Conclusão: A cinesiofobia representa uma barreira notável aos resultados em saúde após uma ATA. Esta influencia diferentes aspetos no período pós-operatório, incluindo os resultados funcionais, níveis de dor e a qualidade e vida.

Palavras-chave: Catastrofização, Cinesiofobia, Medo, Artroplastia.

2. Abstract

Background: Kinesiophobia is defined as an excessive, irrational and debilitating fear of movement and physical activity, resulting from a feeling of vulnerability to painful injuries or new injuries. High levels of kinesiophobia have been associated with worse functional outcomes in various spinal pathologies, upper limb and lower limb surgeries. The impact of kinesiophobia after hip arthroplasty surgery has not been widely explored in the literature.

Aim: The general aim of this review is to map the impact of kinesiophobia in adults undergoing THA. The specific objective was to identify the impact of kinesiophobia on functional results, range of motion, pain levels and quality of life after total hip arthroplasty.

Methodology: This Scoping Review was carried out according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. A preliminary search was carried out on 10 July 2023 in the electronic databases CINAHL® Complete, Nursing & Allied Health Collection via EBSCO and MEDLINE® via PubMed. The grey literature search included the Portuguese Open Access Scientific Repositories (RCAAP) and OpenGrey. The reference list of the included articles was analysed to search for additional studies. Studies published in Portuguese and English and published in the last five years were included.

Results: Out of the 686 articles identified, 5 were included in the review. Analysis of the included studies indicates that individuals with higher levels of kinesiophobia exhibited increased pain levels. The higher the kinesiophobia, the worse the functional outcomes, although no early functional impairments were observed in terms of physical function. This review did not identify any studies focusing on the impact on range of motion. The findings regarding quality of life are particularly emphasized, as there is a noticeable decline in quality of life both in the short and long term for individuals with kinesiophobia.

Conclusion: Kinesiophobia represents a notable barrier to health outcomes after THA surgery. It influences different aspects in the postoperative period, including functional outcomes, pain levels and quality of life.

Keywords: Catastrophising, Kinesiophobia, Fear, Arthroplasty.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

As doenças do sistema musculoesquelético são internacionalmente uma das causas mais frequentes de morbilidade. Na Europa, estimou-se que exista uma prevalência pontual de dor de causa musculoesquelética na população adulta entre 20 e 30% (Mota et. al, 2020).

O fenómeno de envelhecimento provoca modificações biológicas, sendo que a degeneração do estado musculoesquelético e osteoarticular está comprovado na literatura e associado a este fenómeno. Estima-se que cerca de 3 a 6% da população europeia sofre de sintomas relacionados com a degeneração osteoarticular, dados estes que irão aumentar no futuro devido ao envelhecimento populacional, constituindo um problema de saúde pública com implicações económicas importantes (Colibazzi et al., 2020).

De acordo com o estudo *GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators* (2023), as doenças reumáticas (DR) são as doenças mais comuns nos países desenvolvidos, representando um importante problema de saúde. Caso estas não sejam diagnosticadas e/ou tratadas atempadamente, podem originar repercussões físicas e traduzirem-se num elevado impacto individual, social e económico para os indivíduos e para os sistemas de saúde (Martins, 2019). Segundo o *EpiReumaPt* (estudo epidemiológico que estudou as doenças reumáticas em Portugal em 2016), metade da população portuguesa sofre de pelo menos uma DR (Branco et al., 2016).

De acordo com os resultados apresentados pela Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia, em Portugal a prevalência da Osteoartrose foi de 3,8% para osteoartrose do joelho e 1,3% para osteoartrose da anca (Lucas & Monjardino, 2010). Também, de acordo com o último estudo realizado pelo Observatório Nacional das Doenças Reumáticas em Portugal, a prevalência de coxartrose autodeclarada sintomática foi 11,6% (ONDOR, 2007).

Assim, por consequência desta problemática na população portuguesa, podem surgir doenças como a coxartrose, para a qual, nas últimas décadas, a Artroplastia Total da Anca (ATA) tem demonstrado ser um eficaz tratamento cirurgico, resultando num aumento da qualidade de vida e dos resultados funcionais das pessoas, diminuindo a morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia (Colibazzi et al., 2020).

Os resultados após uma ATA são influenciados por diversos fatores, desde condições intrínsecas da pessoa (como o sexo, a idade, a estatura e as suas comorbilidades), à reconhecida importância dos fatores psicológicos (Clapp et al., 2020). As variáveis psicológicas pré-operatórias, principalmente a depressão e a ansiedade, foram associadas

como fatores preditivos de maior nível de dor e de piores resultados funcionais após ATA (O'Connor et al., 2022).

Os estudos que abordam as variáveis psicológicas pré-operatórias correlacionam a sua problemática com o modelo *“fear avoidance”*, este modelo, descreve a relação entre os fatores comportamentais, emocionais e cognitivos nas respostas à dor. Descreve também duas respostas distintas à dor: uma em que a pessoa aceita a experiência dolorosa, que leva à redução do medo ao longo do tempo e ao retorno da atividade normal; outra em que a pessoa não mobiliza ou evita o movimento na região onde se manifesta a dor, o que origina à exacerbação do medo.

Atendendo a este modelo, foi identificada a necessidade descrever um conceito que resumisse este processo cognitivo, originando o conceito da cinesiofobia. Assim, a cinesiofobia é definida como um medo excessivo, irracional e debilitante do movimento e da atividade física, resultante de um sentimento de vulnerabilidade a lesões dolorosas ou a novas lesões (Brown et al., 2020).

Recentemente, o conceito da cinesiofobia tem requerido maior atenção. A literatura levanta a hipótese de que os comportamentos cognitivos desadaptativos podem conduzir à criação de um ciclo vicioso de evitação ao estímulo, que leva ao desenvolvimento de dor crónica e incapacidade, afetando o processo de reabilitação podendo até originar retrocesso na atividade física (Alsaleem et al., 2021). A cinesiofobia pode ser confundida como uma reação fisiológica normal nas fases iniciais do pós-operatório, mas uma crescente evidência associa a que elevados níveis de cinesiofobia resultam em piores resultados funcionais em várias lesões e procedimentos cirúrgicos (Antunes et al., 2013; Brown et al., 2020; Wang et al., 2022).

Atualmente, o planeamento dos cuidados de enfermagem nas unidades de cirurgia ortopédica exige continuamente a necessidade de combinar a redução do tempo de hospitalização com uma recuperação eficaz e precoce das capacidades motoras. A possibilidade de identificar e compreender os fatores que podem comprometer os resultados após a cirurgia emerge como um elemento crítico neste contexto (Morri et al., 2020).

De acordo o Regulamento das Competências do EEER, este é o profissional indicado para a realização do diagnóstico precoce em alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

A pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, está sujeita a constantes mudanças e desafios, físicos e emocionais. Assim a intervenção de enfermagem torna-se fundamental, atuando como um facilitador do processo.

Alinhado com este raciocínio, o modelo teórico que serviu de enquadramento a este estudo foi o da Teoria das Transições de Afaf Meleis, tendo em conta que a compreensão do impacto da cinesiofobia aplicadas à pessoa após ATA facilitam a adaptação ao processo de transição saúde-doença. Assim, o EEER enquadra-se na experiência humana num momento de transição, onde a saúde e o bem-estar podem ser resultados da intervenção. A mudança gera transformações que permitem à pessoa que enfrente a nova condição de forma mais saudável, onde o EEER desempenha um papel fundamental (L. Sousa et al., 2020).

Uma pesquisa prévia realizada em 10 de Julho de 2023, nas bases de dados eletrónicas CINAHL® Complete, Nursing & Allied Health Collection via EBSCO e MEDLINE® via PubMed, revelou a inexistência de revisões da literatura publicadas sobre a cinesiofobia no período pós-operatório da artroplastia da anca.

5. Finalidade e objetivos

A elaboração deste estudo tem como finalidade fomentar a consciencialização dos profissionais de saúde de reabilitação para esta problemática, minimizando as suas repercussões na qualidade de vida das pessoas.

O objetivo geral da realização desta revisão é mapear o impacto da cinesiofobia em adultos submetidos a ATA. Determinou-se como objetivo específico identificar qual o impacto da cinesiofobia nos resultados funcionais, na amplitude de movimento, no nível de dor e na qualidade de vida após artroplastia total da anca.

6. Metodologia

Este capítulo expõe a metodologia utilizada para elaboração deste estudo, particularmente o desenho do estudo, os critérios de inclusão e exclusão, estratégia de pesquisa, seleção dos estudos e considerações éticas.

6.1. *Desenho do estudo*

Este estudo é um Scoping review realizado de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, com o objetivo de mapear a evidência disponível em áreas emergentes do conhecimento, ainda pouco investigadas e expandir a informação actual (Aromataris et al., 2024).

A elaboração da questão de revisão foi desenhada através da mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Tricco et al, 2018). Para esta revisão foi definida a população como a pessoa submetida a artroplastia total da anca. Relativamente ao conceito, incluiu-se a cinesiofobia e o seu impacto e, quanto ao contexto considerou-se apenas o período pós-operatório. O que leva à construção da seguinte questão de revisão: Qual o impacto da cinesiofobia na pessoa submetida Artroplastia Total da Anca?

6.1.1. *Crítérios de Inclusão e Exclusão*

Foram incluídos estudos em que a cinesiofobia ou a catastrofização é incluída como variável medida ou de resultado, estudos em que a população apresentava idade ≥ 18 anos e estudos publicados em língua portuguesa e inglesa, publicados nos últimos cinco anos. Quanto ao desenho dos estudos, foram incluídos estudos primários (observacionais ou de intervenção), estudos quantitativos, qualitativos e mistos, revisões de literatura e literatura cinzenta. Foram excluídos estudos que investiguem a influência e intervenções de tratamento exclusivamente no período de pré-operatório, artigos não publicados e resumos de conferências e pósteres pelo seu grau de simplicidade.

6.1.2. *Estratégia de Pesquisa*

Foi realizada uma pesquisa inicial na MEDLINE® via PubMed para identificar os termos a utilizar, a partir dos seguintes descritores MeSH: catastrophization; Kinesiophobia; Fear; Arthroplasty, Replacement, Hip. Para conjugar os termos MeSH com os seus sinónimos (outros termos de pesquisa), foi utilizado o operador booleano OR. Para construir a frase booleana utilizou-se o operador AND. A estratégia de pesquisa foi adaptada a cada base de

dados e/ou fonte de informação incluída. Na tabela 1 encontram-se os termos de pesquisa e os sinónimos que foram utilizados:

Termos Mesh	Outros termos de pesquisa
Catastrophization	Movement phobia
Kinesiophobia	Activity avoidance
Fear	Fear of movement
Arthroplasty	Replacement
	Hip replacement
	Hip arthroplasty

Tabela 1 - Termos de pesquisa e sinónimos

Conjugando os termos de pesquisa e os sinónimos, construiu-se a seguinte frase booleana: ((“Catastrophization” OR “Kinesiophobia” OR “Fear”) AND “Arthroplasty”).

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: MEDLINE® via PubMed, CINAHL® Complete e Nursing & Allied Health Collection via EBSCO e Scielo. A pesquisa de literatura cinzenta incluiu o RCAAP e o OpenGrey. A lista de referências dos artigos incluídos foi analisada para pesquisa de estudos adicionais

6.1.3. Seleção dos Estudos

Após a realização da pesquisa, todas as citações identificadas foram reunidas e inseridas no *software Rayyan (Rayyan – Intelligent Systematic Review)* sendo removidos os duplicados. Para reportar os resultados da pesquisa foi utilizado o fluxograma PRISMA ScR (Tricco et al., 2018).

A extração e análise dos estudos foi realizada por dois investigadores, tendo-se recorrido recorreu-se a um terceiro investigador para discussão e resolução de discordância de algum aspeto. Os dados extraídos encontram-se apresentados em forma tabela de extração de dados, com os seguintes itens: autor, ano de publicação, título da publicação, desenho do estudo, contexto do estudo, objetivos e principais resultados, de acordo com o objetivo da revisão. Um resumo descritivo acompanha os resultados tabelados e descreve a forma como os resultados se relacionam com o objetivo e a pergunta da revisão.

6.2. Considerações éticas

Não foi requerida aprovação ética para este tipo de investigação e não apresenta qualquer conflito de interesses. Durante a elaboração do estudo foram respeitados os princípios éticos de integridade e equidade preservando-se o rigor e objetividade da pesquisa, sem modificação da informação ou na apresentação dos dados.

7. Resultados

Após a exclusão dos artigos duplicados (48 artigos), foram analisados 686 artigos. Destes, 678 foram excluídos após análise do título e resumo, ficando 8 artigos para leitura integral. Após a leitura integral 3 artigos foram excluídos por se focarem exclusivamente na catastrofização da dor e não abordarem a cinesiofobia. Assim, foram incluídos na revisão 5 artigos. Os resultados são apresentados de seguida, através do fluxograma PRISMA-ScR, (figura 1).

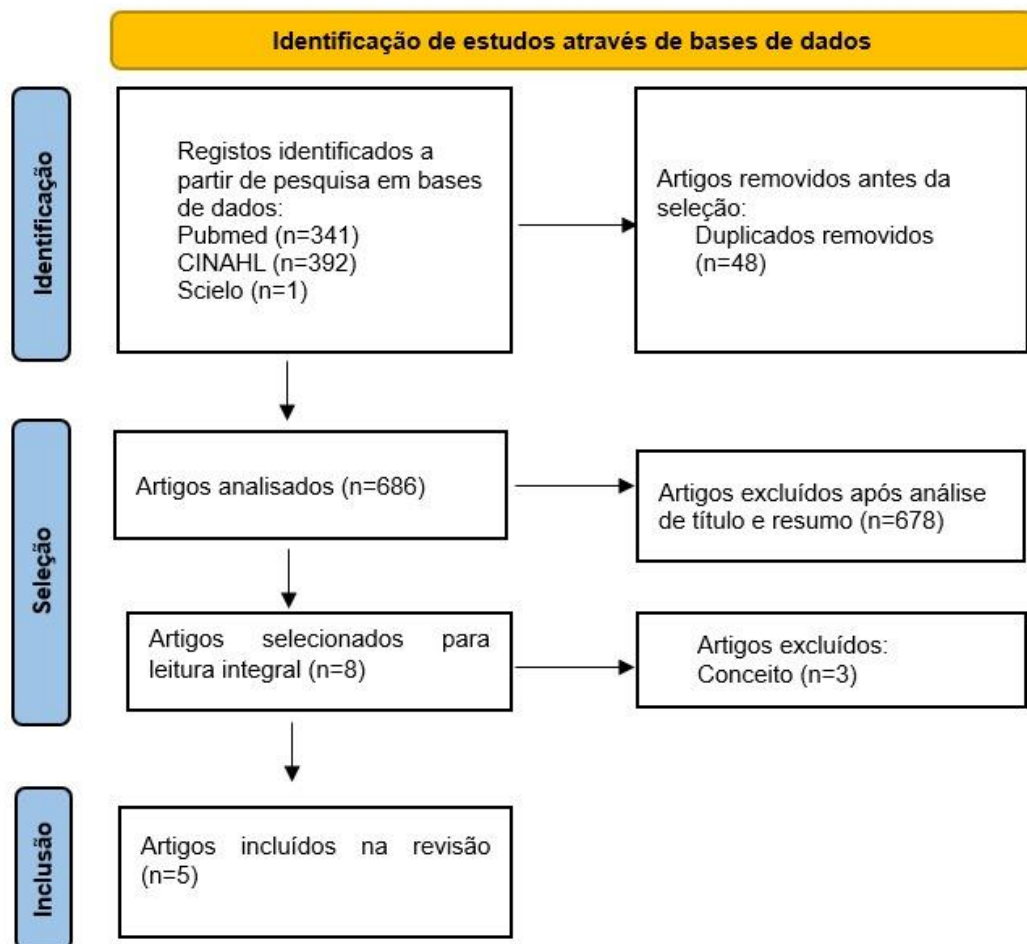


Figura 1 - Fluxograma PRISMA ScR

Da pesquisa que foi conduzida 5 artigos são referentes à cinesiofobia no período pós-operatório da cirurgia de ATA, sendo que destes, 2 correspondem a estudos de coorte, 2 estudos observacionais e 1 estudo transversal.

Do ponto de vista metodológico, todos os estudos são de abordagem quantitativa. No que concerne ao tipo de estudo, 3 classificam-se como estudos quantitativos descritivos e 2 como estudos quantitativos correlacionais.

Da análise das publicações encontradas, duas fazem referência ao nível de dor, três aos resultados funcionais, duas à qualidade de vida e não foi possível encontrar nenhuma que enfoque a amplitude de movimento.

Os dados extraídos encontram-se apresentados em forma tabela de extração de dados (tabela 2).

Autor	Ano de publicação	Título da publicação	Desenho do estudo	Contexto do estudo	Objetivos	Principais resultados
Alsalem et al.	2021	<i>Kinesiophobia Post Total Hip Arthroplasty: A Retrospective Study</i>	Estudo transversal	4-8 semanas após ATA	Avaliar o nível de cinesiofobia após a cirurgia; Associações entre cinesiofobia e intensidade da dor, dados demográficos do paciente e características clínicas.	↑ prevalência de cinesiofobia pós-ATA; ↑ nível de cinesiofobia está associado a ↑ níveis de dor. Pessoas submetidas a fisioterapia apresentaram taxas de cinesiofobia ↑
Al-Amiry et al.	2022	<i>Kinesiophobia and its association with functional outcome and quality of life 6-8 years after total hip arthroplasty</i>	Estudo de coorte	6-8 anos após ATA	Avaliar a incidência da cinesiofobia 6-8 anos após a ATA e explorar a sua relação com os resultados funcionais e a qualidade de vida.	↑ incidência de cinesiofobia associou-se a ↓ qualidade de vida, ↓ resultados funcionais e ↑ dependência de auxiliares de marcha. ↑ de eventos adversos associados à cinesiofobia.
Hidaka et al.	2023	<i>Kinesiophobia is Associated with Quality of Life After Total Hip Arthroplasty: A Short-Term Prospective Observational Study</i>	Estudo observacional	12 meses após ATA	Avaliar relação entre níveis pós-operatórios de cinesiofobia e resultados de Qualidade de vida.	↑ dos níveis de cinesiofobia associam-se a ↓ qualidade de vida;
Temporiti et al.	2019	<i>Functional and postural recovery after bilateral or unilateral total hip arthroplasty</i>	Estudo observacional	7 dias após ATA	Avaliar e comparar os resultados funcionais e posturais a curto prazo em doentes submetidos a ATA bilateral ou ATA unilateral.	Não se registaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados funcionais, níveis de dor e cinesiofobia entre os 2 grupos.
Morri et al.	2020	<i>Is Kinesiophobia a Predictor of Early Functional Performance After Total Hip Replacement? A Prospective Prognostic Cohort Study</i>	Estudo de coorte	5 dias após ATA	Avaliar se o nível de poderia prever o desempenho funcional precoce em doentes após ATA; Descrever as características dos doentes com pontuações elevadas de cinesiofobia.	Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre o nível de cinesiofobia e os resultados funcionais precoces. Os doentes com ↑ dos níveis de cinesiofobia apresentavam limitações funcionais mais graves antes da cirurgia.

Tabela 2 - Síntese dos artigos incluídos na revisão

Seguidamente, apresentaremos uma breve síntese, dos artigos incluídos na revisão.

Artigo 1

O estudo de Alsalem et al. é um estudo de 2021 realizado na Arábia Saudita. Tem o objetivo geral de avaliar a prevalência da cinesiofobia e da dor associada em pessoas após ATA. Como objetivos específicos investiga: o nível de cinesiofobia presente 4 a 8 semanas após a cirurgia; As associações entre cinesiofobia e o nível da dor, dados demográficos das pessoas submetidas à cirurgia e as suas características clínicas.

É Um estudo transversal retrospectivo, com uma amostra de 74 pessoas.

Os principais resultados identificados neste estudo foram:

- Prevalência de Cinesiofobia: o estudo identifica uma prevalência elevada de cinesiofobia (62,2%) entre as pessoas após ATA (em que 45,9% a apresentam níveis graves, 31,1% moderados e 23% ligeiros).

- Correlação com nível de dor: foi observada uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r=0,46$, $p<0,001$) entre as pontuações da Escala de Cinesiofobia de Tampa e a Escala Analógica Numérica para a dor, indicando que uma maior cinesiofobia estava associada a maiores níveis de dor.

- Impacto dos factores clínicos e demográficos: Pessoas submetidas a fisioterapia ($p=0,044$) apresentaram maiores taxas de cinesiofobia. Não foram encontradas diferenças significativas na cinesiofobia com base na idade, género, nível de educação, índice de massa corporal ou profissão.

Artigo 2

O estudo de Al-Almiry et al. é um estudo de 2022, realizado na Suécia. Apresenta como objetivo principal investigar a incidência de cinesiofobia em pacientes 6 a 8 anos após a ATA e explorar a sua relação com os resultados funcionais e a qualidade de vida. Como objetivo específico investiga a correlação da dependência de auxiliares de marcha e de eventos adversos relacionados com a realização de uma ATA.

Trata-se de um estudo de coorte observacional retrospectivo, com uma amostra de 160 pessoas.

Os principais resultados identificados neste estudo foram:

- Prevalência de Cinesiofobia: 38,5% das pessoas apresentaram cinesiofobia, representando uma aumento relativamente aos resultados do pós-operatório imediato;

- Resultados funcionais: grupo com cinesiofobia apresenta pontuações no *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (índice que avalia resultados funcionais), significativamente piores (média de 32,2) em comparação com as pessoas sem cinesiofobia (média de 12,4), indicando maior nível de dor e uma maior disfunção física.

- Auxiliares de marcha e eventos adversos: as pessoas com cinesiofobia apresentam maior probabilidade de depender de auxiliares de marcha (21% vs. 9%) e registaram uma maior incidência de eventos adversos relacionados com o episódio cirúrgico (20% vs. 8%).

Artigo 3

O estudo de Hidaka et al. é um estudo de 2023, realizado em Tóquio. Apresenta como objetivo avaliar se os níveis pós-operatórios de cinesiofobia e catastrofização da estão associados aos resultados de qualidade de vida aos 12 meses após a cirurgia de ATA. Foi um estudo observacional prospetivo, com uma amostra de participantes de 90 pessoas.

Os principais resultados identificados neste estudo foram:

- Cinesiofobia e Qualidade de vida: Os níveis de cinesiofobia pós-operatória foram significativamente associados a pontuações mais baixas de qualidade de vida 12 meses após a ATA;

- Intensidade da dor vs. Cinesiofobia: Tanto a cinesiofobia como a intensidade da dor aos 12 meses foram factores de previsão independentes da qualidade de vida, sendo que a cinesiofobia demonstra um efeito mais forte nestes resultados.

Artigo 4

O estudo de Temporiti et al. é um estudo de 2019, realizado em Itália. Apresenta como objetivo avaliar e comparar a recuperação funcional e postural a curto prazo, 7 dias após a cirurgia, em pessoas submetidas a ATA bilateral ou ATA unilateral. Estudo observacional prospetivo, com uma amostra de participantes de 40 pessoas.

Os principais resultados identificados neste estudo foram:

- Recuperação funcional: Ambos os grupos apresentaram uma recuperação funcional semelhante, medida pelo teste *Timed Up and Go*, indicando uma mobilidade comparável a curto prazo.

- Dor e Cinesiofobia: Não se registaram diferenças significativas nos valores da dor e do nível de cinesiofobia entre os dois grupos. Ambas as métricas melhoraram ao longo do tempo em ambos os grupos.

Artigo 5

O estudo de Morri et al. Foi realizado em 2020, em Itália. Apresenta como objetivo avaliar se o nível de cinesiofobia poderia correlacionar-se com o desempenho funcional precoce em pessoas submetidas a artroplastia primária da anca.

Estudo de coorte observacional retrospectivo, com uma amostra de 260 pessoas.

Os principais resultados identificados neste estudo foram:

- Recuperação Funcional: o estudo não encontrou associação significativa entre o nível de cinesiofobia e os resultados funcionais precoces (no quinto dia pós-operatório).

- Características da Cinesiofobia: Aproximadamente 30% da população de pacientes apresentou cinesiofobia elevada. Estes também apresentavam valores médios mais elevados de pontuação *WOMAC (Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index)*, indicando limitações funcionais mais graves antes da cirurgia.

8. Discussão

Os resultados desta *Scoping Review* indicam que, a cinesiofobia tem demonstrado um impacto significativo na recuperação após uma cirurgia de ATA, tal como descrito em outros estudos (De Vroey et al., 2020; Olsson et al., 2016), e que as suas implicações afetam a perceção de nível da dor, a mobilidade funcional e a qualidade de vida em geral. Estes resultados podem indicar que a cinesiofobia poderá ser um fator importante, no entanto subestimado, para piores resultados após a ATA.

Relativamente a estudos que identificam menores níveis de cinesiofobia no pós-operatório e assim com menor impacto neste período, como o de Morri et al. (2020), com resultados alinhados com estudos prévios como o de Manali et al. (2017), em que determinam que estes resultados podem ser atribuídos à aplicação de programas de reabilitação com foco na educação da pessoa e a sessões regulares de exercício, o que pode ter ajudado a minimizar os níveis de cinesiofobia.

No entanto, foram identificados poucos estudos que abordam este tema, e entre os selecionados pode-se observar o recurso a metodologias variadas, com diferenças nas amostras e intervenções, o que, naturalmente, resulta em resultados diferenciados.

De acordo com o mandato social da ER, a intervenção do EEER é fundamental na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico das alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, este torna-se o elemento que precocemente diagnostica as respostas humanas desadequadas ao processo de transição saúde-doença e que podem gerar limitações da atividade e incapacidades.

Com vista a dar resposta ao objetivo científico desenhado para esta revisão, no âmbito da amplitude de movimento, não foi possível perceber qual o seu impacto. Estes resultados, apesar de inesperados, revelam-se um achado interessante. Uma explicação possível para este facto pode ser a dimensão limitada da amostra de resultados desta *Scoping Review* para identificar esse impacto. Este achado encontra-se também, parcialmente, alinhado com o descrito no estudo Brown, et al. (2020), em que na análise de resultados foi identificado o menor conjunto de dados disponíveis para o critério da amplitude de movimento e apresentando resultados mistos.

Apesar de se verificar controvérsia na literatura entre a cinesiofobia e os resultados funcionais no período pós-operatório, Al-Amiry et al.(2022), um estudo a longo prazo (6-8 anos após a cirurgia), demonstra que níveis mais elevados de cinesiofobia estão correlacionados com uma redução acentuada dos resultados funcionais. As pessoas com

níveis elevados de cinesiofobia demonstraram uma maior dependência de auxiliares de marcha (21%) do que pessoas com níveis mais baixos (9%), e segundo Alsaleem et al. (2021) sob um programa de recuperação funcional com fisioterapia. Assim estes resultados podem indicar que a cinesiofobia pode surgir como uma barreira à reintegração das atividades de vida diárias no quotidiano das pessoas e assim afetar a recuperação de, pelo menos, a sua capacidade funcional pré-cirúrgica.

No entanto, Morri et al. (2020), num estudo que se concentra nos resultados funcionais a curto prazo (5 dias após a cirurgia), não encontrou diferença estatisticamente significativa no desempenho funcional precoce e no nível de cinesiofobia identificado. No entanto, observou-se que as pessoas com níveis elevados de cinesiofobia antes da cirurgia apresentavam maiores limitações funcionais pré-operatórias. Estes resultados podem sugerir um componente psicológico e comportamental, em que o período de início está indeterminado, talvez pré-operatório, que poderá influenciar os resultados precoces. Estudos prévios demonstram que pessoas com sintomas de ansiedade e patologia depressiva apresentam menores níveis de satisfação após submetidas a cirurgia de artroplastia (Filardo et al., 2017; Vajapey et al., 2021).

Assim, os resultados desta revisão indicam que a cinesiofobia pode ter mais impacto na recuperação funcional a longo prazo do que nos resultados pós-operatórios imediatos.

Outro fator descrito pela literatura que pode afetar a recuperação após ATA é a dor (Alsaleem et al., 2021). Esta influência negativamente as capacidades funcionais, o sono e a cognição das pessoas, e o seu controlo é essencial para garantir a recuperação espectral (Olsson et al., 2016). No período de quatro a oito semanas após a cirurgia o estudo de Alsaleem et al. (2021), conclui que níveis mais elevados de cinesiofobia estavam correlacionados com níveis de dor mais elevados. Esta correlação pode refletir o impacto da cinesiofobia, definida como o medo do movimento, na percepção dos níveis de dor ou até na sensibilidade ao desconforto físico, podendo levar a uma diminuição da adesão aos protocolos de reabilitação e até ao desenvolvimento de uma condição de dor crónica. Não obstante, esta correlação não se verificou num estudo que aborda a artroplastia bilateral (Temporiti et al., 2019).

A qualidade de vida é talvez um dos domínios afetados de forma mais significativa pela cinesiofobia em pessoas após ATA. Estudos como Hidaka et al. (2023) e Al-Amiry et al. (2022) enfatizam os efeitos a longo prazo da cinesiofobia na qualidade de vida. Ambos os estudos indicam que o aumento dos níveis de cinesiofobia após ATA está associado a declínios nos valores apresentados pelos diferentes instrumentos de avaliação da qualidade

de vida, impulsionados pela redução da mobilidade, aumento do nível de dor e uma incapacidade em retomar o nível de atividade física normal. É possível observar que Hidaka et al. (2023), no período de um ano após a cirurgia, é relatada uma diminuição da qualidade de vida, associada a restrições na mobilidade e preocupações associadas à dor residual. A longo prazo estes resultados podem influenciar a participação em atividades sociais, de modo a evitar atividade física, exacerbando questões como o isolamento social e agravando a saúde mental, acrescentando mais complicações à recuperação.

9. Conclusão

Os resultados desta *Scoping Review* demonstram que a cinesiofobia representa uma barreira notável aos resultados em saúde após uma cirurgia de ATA. Os resultados desta revisão demonstram que a cinesiofobia influencia de diferente forma e em diferentes momentos no período pós-operatório, aspetos como os resultados funcionais, os níveis de dor e a qualidade de vida.

Atendendo ao impacto demonstrado, importa salientar a relevância da consciencialização dos profissionais de saúde de reabilitação para esta problemática, uma vez que o desenvolvimento de intervenções direcionadas para pessoas com cinesiofobia pode melhorar recuperação a longo prazo minimizando as suas repercussões na qualidade de vida das pessoas.

As limitações identificadas para a realização deste estudo passam pelo número reduzido de estudos que refletem a cinesiofobia após a cirurgia de ATA. Dos estudos incluídos, em nenhum o programa de reabilitação é realizado por enfermeiros de reabilitação.

O tamanho reduzido de algumas amostras dos estudos identificados pode apresentar-se como uma limitação uma vez que os resultados podem ser influenciados, bem como a subjetividade de dados recolhidos por instrumentos de medida distintos.

Por fim, no que concerne à evidência existente no âmbito da cinesiofobia, é essencial a contínua descrição e publicação de evidência que estude a correlação entre este conceito e o período peri-operatório, de modo que os profissionais de reabilitação possam desenvolver programas de reabilitação com estratégias adaptadas a esta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Amiry, B., Rahim, A., Knutsson, B., Mattisson, L., & Sayed-Noor, A. (2022). Kinesiophobia and its association with functional outcome and quality of life 6-8 years after total hip arthroplasty. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 56(4), 252. <https://doi.org/10.5152/j.aott.2022.21318>
- Alsaleem, M. K., Alkhars, A. M., Alalwan, H. A., Almutairi, A., Alonayzan, A., & AlYaeesh, I. A. (2021). Kinesiophobia Post Total Hip Arthroplasty: A Retrospective Study. *Cureus*, 13(6), e15991. <https://doi.org/10.7759/cureus.15991>
- Antunes, R. S., Macedo, B. G. de, Amaral, T. da S., Gomes, H. de A., Pereira, L. S. M., & Rocha, F. L. (2013). Pain, kinesiophobia and quality of life in chronic low back pain and depression. *Acta Ortopedica Brasileira*, 21(1), 27. <https://doi.org/10.1590/S1413-78522013000100005>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Costa, L. P. da, Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., Canhão, H., & Group, on behalf of the E. study. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt– a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Brown, O. S., Hu, L., Demetriou, C., Smith, T. O., & Hing, C. B. (2020). The effects of kinesiophobia on outcome following total knee replacement: A systematic review. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 140(12), 2057–2070. <https://doi.org/10.1007/s00402-020-03582-5>
- Cabete, D., Alves, P., Baixinho, C., Rafael, H., Viegas, L., & Simão De Oliveira, C. (2016). A primeira experiência clínica do estudante de Enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 20(2), 3–25. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v20i2.117>

Clapp, I. M., Nwachukwu, B. U., Beck, E. C., Rasio, J. P., Alter, T., Allison, B., & Nho, S. J. (2020). What is the Role of Kinesiophobia and Pain Catastrophizing in Outcomes After Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement Syndrome? *Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation*, 2(2), e97–e104. <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2019.12.001>

Colibazzi, V., Coladonato, A., Zanazzo, M., & Romanini, E. (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *HIP International*, 30(2_suppl), 20–29. <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>

Collaborators, G. 2021 O. (2023). Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Rheumatology*, 5(9), e508. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00163-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00163-7)

De Vroey, H., Claeys, K., Shariatmadar, K., Weygers, I., Vereecke, E., Van Damme, G., Hallez, H., & Staes, F. (2020). High Levels of Kinesiophobia at Discharge from the Hospital May Negatively Affect the Short-Term Functional Outcome of Patients Who Have Undergone Knee Replacement Surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 738. <https://doi.org/10.3390/jcm9030738>

Fernandes, R. F. P. (2018). *O Exercício Físico na Gestão da Doença Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*.

Filardo, G., Merli, G., Roffi, A., Marcacci, T., Berti Ceroni, F., Raboni, D., Bortolotti, B., Kon, E., & Marcacci, M. (2017). Kinesiophobia and depression affect total knee arthroplasty outcome in a multivariate analysis of psychological and physical factors on 200 patients. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 25(11), 3417–3423. <https://doi.org/10.1007/s00167-016-4201-3>.

Lucas, R., & Monjardino, M. T. (2010). O Estado da Reumatologia em Portugal. Obtido de Observatório Nacional das Doenças Reumáticas - Programa Nacional Contra as Doenças reumáticas: https://ispup.up.pt/wp-content/uploads/2021/11/Estado_Reumatologia_Portugal_pdf.pdf

Macedo, A. P. (2004). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. In Actas dos ateliers do V Congresso Português de*

Sociologia. Braga: Ed. Universidade do Minho. (2004). Obtido 14 de abril de 2024, de https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628bb4a557a5_1.pdf

Morri, M., Venturini, E., Franchini, N., Ruisi, R., Culcasi, A., Ruggiero, A., Govoni, C., & Benedetti, M. G. (2020). Is kinesiphobia a predictor of early functional performance after total hip replacement? A prospective prognostic cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 724. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03748-7>

Mota, P. H. D. S., Lima, T. A. D., Berach, F. R., & Schmitt, A. C. B. (2020). Impact of musculoskeletal pain in functional disability. *Fisioterapia e Pesquisa*, 27, 85-92.

Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf

O'Connor, J. P., Holden, P., & Gagnier, J. J. (2022). Systematic review: Preoperative psychological factors and total hip arthroplasty outcomes. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17(1), 457. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03355-3>

Olsson, L.-E., Hansson, E., & Ekman, I. (2016). Evaluation of person-centred care after hip replacement-a controlled before and after study on the effects of fear of movement and self-efficacy compared to standard care. *BMC Nursing*, 15(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0173-3>

ONDOR. (Janeiro de 2007). Campanha de Sensibilização sobre a Artrite Reumatóide - Estudo das características associadas ao conhecimento e às atitudes perante a campanha em Portugal Continental. Obtido de Observatório Nacional das Doenças Reumáticas: <http://ondor.med.up.pt/teste/>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. OE, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>;

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. OE, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>;

Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. (sem data). Obtido 14 de abril de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Shah Manali, D., Gawande Sachin, S., Shyam Ashok, A., & Sancheti Parag, K. (2017). Kinesiophobia in patients with total hip arthroplasty: A cross sectional study. *Int. J. Health Sci. Res*, 7(6), 173-177.

Soares, A. I. (2017). *Conceções dos enfermeiros especialistas—Contributos para a qualidade* [masterThesis]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18940>

Sousa, A. D., Martins, C., Pinto, D. D., Silva, F., Ferreira, L., & Santos, V. (2019). *Quality Management in Nursing*. 8(1), 35–48.

Temporiti, F., Zanotti, G., Furone, R., Loppini, M., Molinari, S., Zago, M., Galli, M., Grappiolo, G., & Gatti, R. (2019). Functional and postural recovery after bilateral or unilateral total hip arthroplasty. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 48, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2019.08.002>

Vajapey, S. P., McKeon, J. F., Krueger, C. A., & Spitzer, A. I. (2021). Outcomes of total joint arthroplasty in patients with depression: A systematic review. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 18, 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2021.04.028>

Wang, H., Hu, F., Lyu, X., Jia, H., Wang, B., Liu, F., & Yang, Y. (2022). Kinesiophobia could affect shoulder function after repair of rotator cuff tears. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1), 714. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05679-x>