EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

INTERVENTIONS OF THE NURSE SPECIALIST IN REHABILITATION NURSING FOR THE PERSON UNDERGOING TOTAL HIP ARTHROPLASTY

João Carlos da Costa Sardinha

Almada

2025

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

INTERVENTIONS OF THE NURSE SPECIALIST IN REHABILITATION NURSING FOR THE PERSON UNDERGOING TOTAL HIP ARTHROPLASTY

João Carlos da Costa Sardinha

Professor Orientador: Mestre Gonçalo Rosa

Monte da Caparica

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

"A universidade deve ser o lugar de diálogo, de escuta, de abertura, onde se aprende a pensa criticamente e a servir a humanidade"

Papa Francisco- in memoriam |1936-2025

AGRADECIMENTO

Com a realização deste trabalho marca o culminar de um percurso exigente, mas profundamente gratificante, que só foi possível graças ao apoio, à dedicação e ao incentivo de muitas pessoas, às quais manifesto a minha mais sincera gratidão.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Mestre Gonçalo Rosa, pela orientação rigorosa, disponibilidade permanente e pelas valiosas sugestões que contribuíram de forma decisiva para a concretização deste trabalho.

Às instituições de estágio e respetivas equipas de enfermagem, que me acolheram com profissionalismo e generosidade, permitindo-me crescer enquanto enfermeiro e futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Às pessoas cuidadas com quem tive o privilégio de trabalhar, pela confiança e pela partilha das suas histórias de vida, foram, em muitos momentos, a verdadeira razão deste projeto.

À minha amiga Rita, companheira de jornada neste mestrado, pela amizade, companheirismo e por nunca ter deixado que eu me sentisse sozinho neste caminho. A tua presença fez toda a diferença.

A ti Filipa, pela paciência, pelo amor incondicional e pelo apoio constante, mesmo nos momentos mais difíceis. A tua paciência, compreensão e amor incondicional foram determinantes para que eu nunca desistisse, mesmo quando o cansaço parecia vencer. Este trabalho é também teu, porque estiveste sempre ao meu lado, a acreditar, mesmo quando eu duvidava. Obrigado por seres a minha maior inspiração e por fazeres parte de cada conquista da minha vida.

À minha filha, Maria Benedita, por iluminar os meus dias com a sua alegria e inocência. O teu sorriso deu sentido a muitas noites longas e cansativas, e lembrar-me de ti foi muitas vezes o impulso que precisava para continuar.

À minha avó, que partiu antes de ver este objetivo concretizado, mas que me deixou ensinamentos e valores que sempre levarei comigo. Esta conquista é também dela.

Aos meus pais, agradeço profundamente por todo o amor, esforço e valores que me transmitiram ao longo da vida. Foram o meu primeiro exemplo de dedicação, trabalho e resiliência.

À minha família e a todos os que me apoiaram de forma direta ou indireta, o meu profundo e sentido obrigado.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o código de conduta ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association;

ATA - Artroplastia Total da Anca;

AVD - Atividades de Vida Diária;

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro;

DGS – Direção-Geral da Saúde;

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

EE – Enfermeiro Especialista;

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

EVA – Escala Visual Analógica;

ER - Enfermagem de Reabilitação;

ICN – International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros);

INE - Instituto Nacional de Estatística;

MIF- Escala de Medida de Independência Funcional;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

Sr. – Senhor;

Sra. – Senhora;

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem;

TSE- Teoria dos Sistemas de Enfermagem;

UCC - Unidade de Cuidados da Comunidade;

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados;

RESUMO:

A Artroplastia Total da Anca é uma intervenção cirúrgica amplamente utilizada no tratamento da osteoartrose avançada e de fraturas, visando reduzir a dor e restaurar a função articular. Apesar da eficácia clínica, esta cirurgia envolve um período pós-operatório complexo, marcado por limitações físicas, psicológicas e sociais significativas, afetando diretamente a autonomia e a qualidade de vida das pessoas.
Foi realizada uma revisão *scoping* assente na metodologia do *The Joanna Briggs Institute*, procurou-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções do EEER à pessoa submetida à ATA? A pesquisa foi efetuada nas bases de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, entre 2014 e 2024, nos idiomas inglês e português.
Neste contexto, as intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assumem um papel essencial, atuando ao nível da prevenção de complicações, mobilização precoce, treino funcional adaptado, gestão da dor, educação terapêutica e adaptação ambiental. O Enfermeiro de Reabilitação realiza uma avaliação abrangente das necessidades e capacidades individuais, implementando intervenções personalizadas que potenciam a recuperação funcional e promovem a autonomia para as atividades de vida diária.
O objetivo central destas intervenções consiste em maximizar a recuperação física, psicológica e social, permitindo à pessoa reintegrar-se eficazmente na sua rotina diária, melhorando assim a qualidade de vida. O atingimento destes objetivos contribui significativamente para reduzir complicações pós-operatórias e custos associados, evidenciando-se como um elemento fundamental numa abordagem multidisciplinar centrada na pessoa submetida a ATA.

Palavras-chave: Artroplastia Total da Anca; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem;

ABSTRACT:

Total Hip Arthroplasty is a surgical procedure widely used in the treatment of advanced osteoarthritis and fractures, aiming to reduce pain and restore joint function. Despite its clinical effectiveness, this surgery involves a complex postoperative period characterized by significant physical, psychological, and social limitations, directly affecting patients' autonomy and quality of life.
A scoping review was conducted based on The Joanna Briggs Institute methodology, seeking to answer the following research question: What are the rehabilitation nursing specialist's interventions for individuals undergoing total hip arthroplasty? The research was performed in the Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL Complete, and MEDLINE Complete databases, covering the period from 2014 to 2024, in English and Portuguese languages.
In this context, specialized interventions by rehabilitation nurses play an essential role, addressing complication prevention, early mobilization, individualized functional training, pain management, therapeutic education, and environmental adaptation. Rehabilitation nurses conduct a comprehensive assessment of individual needs and capacities, implementing personalized interventions that enhance functional recovery and promote independence in daily activities.
The primary objective of these interventions is to maximize physical, psychological, and social recovery, enabling effective reintegration into daily routines and thus improving quality of life. Achieving these goals significantly contributes to reducing postoperative complications and associated healthcare costs, highlighting rehabilitation nursing as a fundamental element within a multidisciplinary, patient-centered approach to total hip arthroplasty.

KEY WORDS: Total Hip Arthroplasty; Rehabilitation Nursing; Nursing;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 10

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL DO TEMA 13

1.1 ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA 13

1.2 TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM 10

1.3 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA 13

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS E DAS COMPETÊNCIAS DO EEER 16

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 17

2.1.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL..... 17

2.1.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE 20

2.1.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS..... 22

2.1.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS . 27

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO..... 30

2.2.1 CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS 31

2.2.2 CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA .. 41

2.2.3 MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA 49

CONCLUSÃO 56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 59

APÊNDICES..... 64

APÊNDICE 1- PROJETO DE ESTÁGIO

APÊNDICE 2 – ESTUDO CASO: PESSOA COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

APÊNDICE 3 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABLITAÇÃO

APÊNDICE 4 – REEDUCAÇÃO RESPIRATÓRIA: DERRAME PLEURAL

APÊNDICE 5 – REVISÃO *SCOPING*

APÊNDICE 6 – CERTIFICADO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: AÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL E AMBIENTAL CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA: MÓDULO 3: GESTÃO COMPORTAMENTAL

APÊNDICE 7 - POSTER APRESENTADO NAS JORANDAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ COM O TEMA: "INTERVENÇÕES DO ENDERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABLITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA- REVISÃO *SCOPING"*

APÊNDICE 8 - POSTER CUIDAR DE QUEM CUIDA- GINÁSTICA LABORAL

APÊNDICE 9 – FOLHETOS SOBRE EXERCÍCIOS PARA REALIZAR NO DOMICILIO E CAPACITAR A PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

APÊNDICE 10- ESTUDO CASO: PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

INTRODUÇÃO

O presente relatório, intitulado "Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca (ATA)" foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, inserida no II Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Este relatório tem como finalidade descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido em contexto de estágio, integrando os descritores de *Dublin* aplicáveis ao 2.º ciclo de estudos, conducente à obtenção do grau de mestre. A reflexão é articulada com as competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no âmbito da atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), permitindo uma análise estruturada e fundamentada das experiências e aprendizagens adquiridas.

Para a execução relatório, foram realizados vários estágios, efetuados em cinco fases. A primeira fase decorreu numa Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC). A segunda fase numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). A terceira fase decorreu em contexto hospitalar. A quarta fase decorreu contexto hospitalar especificamente em serviço de Ortopedia. Por fim a quinta fase em contexto comunitário.

O percurso de acima apresentado centrou-se no desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEER, conforme estabelecido no regulamento de competências da OE. Paralelamente, procurei aprofundar conhecimentos na área temática de interesse, definida no âmbito do Projeto de Estágio (apêndice 1), que serviu de base orientadora para a planificação, implementação e avaliação das atividades realizadas.

Com a implementação deste projeto, teve como objetivo desenvolver competências nos quatro domínios comuns do Enfermeiro Especialista. Esses domínios incluem responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagem profissional (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). Além disso, busco aprimorar as competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, p.13566).

A escolha deste tema decorreu da necessidade identificada na minha prática clínica diária em informar, instruir e capacitar pessoas submetidas à ATA. Trata-se de uma problemática com crescente relevância, dada a prevalência cada vez maior de condições que levam à necessidade desta intervenção cirúrgica, particularmente num contexto de envelhecimento

populacional e aumento de patologias degenerativas osteoarticulares. Profissionalmente, deparo-me frequentemente com desafios relacionados à reabilitação eficaz e ao retorno da pessoa à autonomia, bem-estar e qualidade de vida. Assim, pretendi aprofundar conhecimentos que me permitissem intervir de forma mais eficaz, fundamentando a minha prática na Teoria de Enfermagem e promovendo a excelência no processo de cuidados. Além disso, esta temática vai ao encontro da minha motivação pessoal em contribuir ativamente para uma melhoria significativa na recuperação funcional e na qualidade de vida das pessoas submetidas à ATA.

Segundo a Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2017) as doenças crónicas representam atualmente uma das maiores preocupações em saúde pública nas faixas etárias mais avançadas. Entre estas, as patologias do foro musculoesquelético assumem um papel de destaque, sendo responsáveis por elevados níveis de incapacidade funcional, custos substanciais com cuidados de saúde e um afastamento da vida ativa. A mesma entidade aponta a artrite reumatoide, a osteoporose, as disfunções da coluna vertebral e os traumatismos dos membros como as alterações mais prevalentes neste grupo etário. A osteoporose, em particular, é considerada uma das dez doenças mais incapacitantes a nível global, afetando cerca de 9,6% dos homens e 18% das mulheres com mais de 60 anos. Entre os afetados, estima-se que 80% experienciem algum grau de limitação da mobilidade, sendo que aproximadamente 25% veem comprometida a sua capacidade de realizar tarefas do quotidiano.

Em Portugal, os dados estatísticos mais recentes reforçam esta realidade. Em 2020, apenas 15,6% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos referiam ter uma perceção positiva do seu estado de saúde, situando o país entre os mais desfavoráveis da União Europeia neste indicador (INE, 2020). Ainda segundo o Instituto Nacional de Estatística, nesse mesmo ano, 73,8% dos idosos associavam a presença de doenças crónicas a uma perceção negativa da sua saúde, sendo que 60,8% das mulheres e dos indivíduos mais idosos reconheciam limitações no desempenho das atividades do dia a dia. Face a este cenário, torna-se evidente a importância dos cuidados prestados pela Enfermagem de Reabilitação (ER), cujo foco está na promoção da autonomia e funcionalidade, especialmente no que se refere à realização das atividades de vida diária (AVD).

A ER é amplamente reconhecida como uma área de intervenção capaz de atender às necessidades reais da população e de responder às exigências crescentes nos cuidados de saúde. Esse compromisso se traduz em busca de melhorias na saúde em diversos contextos de sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A ATA pode afetar a capacidade funcional do indivíduo e, por consequência, sua qualidade de vida, as intervenções de reabilitação desempenham um papel essencial em maximizar

a recuperação para níveis efetivos de funcionalidade, assim, torna-se crucial identificar as intervenções realizadas pelo EEER que contribuem para a reabilitação eficaz da pessoa submetido a ATA (Beaupré et al., 2014).

A ER tem como objetivo: estabelecer metas para atingir níveis máximos de independência funcional e atividades de vida diária; promover o autocuidado e prevenir complicações e subsequente deficiência; reforçar o comportamento de adaptação positiva; garantir acessibilidade e continuidade dos serviços de cuidados; defender uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados (Hoeman, 2011).

De acordo com Brandão (2019), a prática de cuidados de enfermagem é alicerçada em uma filosofia de cuidados, que fornece um quadro de referência para sua fundamentação e orientação. Os modelos teóricos constituem as bases e os pilares do desenvolvimento do conhecimento e na preservação de boas práticas de enfermagem, desempenhando um papel orientador na prática clínica dos enfermeiros. Nesse sentido, o modelo teórico adotado para sustentar o presente trabalho é a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDAE) de *Dorothea Orem*.

A fundamentação foi realizada através de uma Revisão *Scoping* (apêndice 2) assente na metodologia do *The Joanna Briggs Institute* (Peter et al., 2015). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, entre 2014 e 2024, nos idiomas inglês e português.

O presente trabalho está estruturalmente dividido em cinco partes, após a Introdução onde é abordada a temática e os objetivos do trabalho, segue-se o Enquadramento concetual, que irá abordar a ATA e a Teórica de Enfermagem que irá sustentar o presente trabalho. De seguida é descrito e analisado e feita uma reflexão critica das competências adquiridas e desenvolvidas do EEER. Por fim é finalizado com a conclusão onde predomina a síntese dos aspetos mais importantes desenvolvidos, segue-se as Referências Bibliográficas e por último os Apêndices. Este Projeto de Estágio segue a norma da *American Psychological Association* (APA) 7ª Edição, e foi redigido de acordo com o acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL DO TEMA

1.1 Artroplastia Total da Anca

De acordo com dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2019, o índice de envelhecimento em Portugal era já significativo, com 163,2 pessoas idosas por cada 100 jovens. A região do Alentejo apresentou os valores mais elevados, atingindo 206,1 idosos por cada 100 jovens. As projeções demográficas do mesmo organismo apontam para uma tendência de acentuado envelhecimento populacional, prevendo-se que este indicador possa atingir os 300,3 até ao ano de 2080, quase duplicando face a 2019 (INE, 2020).

No plano global, estima-se que cerca de 10% dos homens e 18% das mulheres com mais de 60 anos sejam afetados por osteoartrite com manifestação sintomática, incluindo quadros clínicos severos (OMS, 2017). Esta condição é uma das principais causas de morbilidade entre a população feminina idosa, resultando de um processo degenerativo progressivo das superfícies articulares, que leva à degradação da cartilagem e consequente comprometimento da função articular.

De acordo com Papalia (2020), a coxartrose, também conhecida como osteoartrose da anca, é uma condição degenerativa das articulações que afeta a articulação da anca, resultando numa deterioração progressiva da cartilagem articular e alterações ósseas adjacentes. Essa condição é caracterizada por dor na região da anca, rigidez articular, diminuição da amplitude de movimento e eventualmente deformidade articular. A coxartrose é uma das formas mais comuns de osteoartrose e pode ser causada por diversos fatores, incluindo o envelhecimento, desgaste excessivo da articulação devido ao uso intenso ou repetitivo, história familiar da doença, lesões traumáticas na articulação e outras condições médicas subjacentes. O tratamento da coxartrose geralmente envolve uma combinação de medidas não cirúrgicas, como a reabilitação, medicamentos para alívio da dor e melhoria da função articular, e em casos mais graves, cirurgias de substituição articular, como a ATA, podem ser necessárias para restaurar a função e aliviar os sintomas.

A ATA é, geralmente, recomendada para pessoas com mais de 60 anos que têm diagnóstico de artrose em estágio avançado e sofrem de dor grave e crónica a nível da anca, apresentando alguns riscos associados à idade e ao procedimento cirúrgico em si (Yip, 2018).

De acordo com Oliveira (2017), a ATA é recomendada para pessoas diagnosticadas com osteoartrose em um estágio avançado de progressão, o que acarreta em uma notável limitação funcional e uma substancial perda de qualidade de vida, o intuito deste

procedimento é substituir uma articulação afetada por uma artificial de igual funcionalidade, isenta de desconforto e com longa durabilidade, este procedimento visa mitigar o desconforto e corrigir eventuais deformidades já existentes, possibilitando a execução das atividades diárias com maior facilidade, segurança e bem-estar.

De acordo com Mourad (2010), a artroplastia é um tipo de cirurgia na qual uma articulação artificial é implantada. O objetivo dessa cirurgia é restaurar a integridade e funcionalidade da articulação afetada. Considera-se um dos maiores avanços na área da cirurgia ortopédica, pois envolve a substituição da articulação por uma prótese. Existem próteses parciais e totais, no caso da prótese parcial, ocorre a substituição do colo e da cabeça femoral por uma prótese metálica, enquanto o acetábulo permanece intacto. Normalmente, a prótese usada tem a configuração da cabeça do fêmur de tamanho original, proporcionando maior estabilidade do que uma prótese com cabeça menor, embora isso possa resultar em maior desgaste do acetábulo (Cunha, 2008).

No caso da ATA, a substituição envolve tanto a cabeça como o colo do fémur por um implante femoral, sendo o acetábulo igualmente trocado por um componente protésico específico. A cabeça da prótese utilizada neste tipo de procedimento apresenta dimensões inferiores às da estrutura anatómica original, o que permite reduzir significativamente o atrito e a pressão na articulação. Essa característica traduz-se numa menor taxa de desgaste ao longo do tempo e numa maior durabilidade do implante. Adicionalmente, a redução do tamanho da cabeça protésica contribui para uma menor probabilidade de instabilidade articular (Cunha, 2008).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2013, p.1), na sua Norma n.º 014/2013,

1. A ATA deve ser considerada para pessoas que sofrem de artropatia da anca e que ainda experimentam dor ou limitação na realização das atividades diárias, mesmo após tentativas de tratamento conservador ou outras opções cirúrgicas prévias.
2. A ATA na fratura do colo do fémur, deve ser considerada como uma opção de tratamento prioritária.
3. Na ATA, a fixação dos componentes deve ser considerada da seguinte forma: a) Em pessoas com idade inferior a 65 anos ou com boa qualidade óssea, a realização de uma artroplastia total não cimentada é recomendada. b) Em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com má qualidade óssea, mau estado geral de saúde ou expectativa de vida reduzida, a realização de uma artroplastia total cimentada deve ser considerada.
4. Na ATA o tipo de interface a ser utilizado é adaptado às necessidades específicas de cada pessoa. No entanto, é recomendado privilegiar a utilização das interfaces metal/polietileno ou cerâmica/polietileno, pois apresentam resultados comparáveis com um custo inferior.

5. Na ATA, a utilização da interface metal-metal está contraindicada nos seguintes casos:
   a) Em mulheres em idade fértil;
   b) Em casos de insuficiência renal;
   c) Em pessoass com antecedentes conhecidos de hipersensibilidade aos metais.
6. Na ATA: a) A profilaxia da infeção é absolutamente indicada durante a indução anestésica;
   b) A profilaxia anti trombótica é iniciada no pós-operatório imediato.

A mesma norma descreve que a dor e a disfunção da anca são responsáveis pelo maior número de indicações para artroplastia, incluindo:

- Artrose primária ou secundária;
- Necrose avascular da cabeça fémur;
- Patologia inflamatória da anca;
- Fratura do colo do fémur.

É considerado assim como contraindicações para a realização da ATA:

Contraindicações absolutas:

- Presença de infeção ativa (local ou sistémica);
- Imaturidade esquelética;
- Paraplegia ou tetraplegia.

Contraindicações relativas:

- Obesidade mórbida;
- Artropatia de *Charcot*;
- Patologia neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva (DGS, 2013, p. 2).

Segundo a Direção-Geral da Saúde, excetuando os casos de imaturidade esquelética, a idade isoladamente não constitui uma contraindicação para a realização da ATA.

Para as pessoas submetidas a este tipo de intervenção, torna-se essencial que o processo de reabilitação seja iniciado precocemente e mantenha uma continuidade ao longo do tempo, com o objetivo de potenciar as capacidades individuais e promover a autonomia funcional, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Gomes, 2013).

A reabilitação, por sua vez, caracteriza-se pela sua complexidade e pela necessidade de uma abordagem integrada e interdisciplinar, sustentada por fundamentos teóricos (Hoeman, 2008). Os modelos que norteiam a prática da ER centram-se na promoção da saúde, na melhoria do funcionamento físico e emocional e na valorização da pessoa ao longo do seu ciclo de vida. Estas diretrizes estão em consonância com o perfil de competências do EEER, especialmente no que se refere ao cuidado de pessoas com

necessidades especiais e à capacitação face a limitações funcionais, tendo como foco a otimização da funcionalidade.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), os cuidados prestados em reabilitação têm como finalidade preservar e promover o bem-estar da pessoa, restaurar as funções comprometidas, incentivar o autocuidado, prevenir complicações associadas à inatividade e maximizar o desempenho funcional individual.

1.2 Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

A ER tem como propósito central a definição de objetivos terapêuticos que permitam alcançar o mais elevado grau possível de independência funcional e desempenho nas AVD. Para além disso, visa fomentar o autocuidado, prevenir complicações que possam resultar em incapacidades adicionais, e promover comportamentos de adaptação eficazes face à condição de saúde. A continuidade e o acesso aos serviços de cuidados devem ser assegurados, de modo a garantir a manutenção da qualidade de vida e a obtenção de resultados clínicos favoráveis (Hoeman, 2011).

O conceito de autocuidado ocupa um lugar central no âmbito da enfermagem, sendo entendido como um instrumento fundamental na promoção da saúde e na gestão eficaz dos processos relacionados com a saúde e a doença (Petronilho, 2012). De acordo com Orem (2001), o autocuidado consiste na aplicação consciente e intencional de estratégias adequadas que permitam regular fatores internos e externos que influenciam o equilíbrio funcional e o desenvolvimento individual, contribuindo para o bem-estar da pessoa. A TDAE deu origem a três vertentes teóricas interligadas que sustentam esta abordagem.

1.2.1 A Teoria do Autocuidado

De acordo com Orem (2001), afirma que toda pessoa possui potencial para praticar o autocuidado, uma vez que possui, experiências, conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo da vida. No entanto, em situações em que as necessidades do autocuidado excedem a capacidade da pessoa de realizar, ou seja, necessita de apoio, tanto de indivíduos com responsabilidades sociais quanto de profissionais de saúde.

1.2.2 A Teoria do Défice de Autocuidado

As pessoas requerem cuidados de enfermagem por uma multiplicidade de razões, que variam desde questões de saúde, como doenças, até a necessidade de promover e manter um estado geral de bem-estar. Quando as necessidades individuais do autocuidado excedem a capacidade de uma pessoa de atendê-las, existe um défice de autocuidado que se manifesta. Esse conceito destaca a relação entre a habilidade da pessoa de realizar ações de autocuidado e as suas necessidades. Ao reconhecer e avaliar esse défice, os

enfermeiros podem adaptar suas intervenções para ajudar a pessoa a superá-lo. Isso pode envolver a prestação de cuidados diretos, educação sobre práticas de autocuidado e facilitação do acesso a recursos de saúde. Portanto, o enfermeiro desempenha um papel crucial na minimização dos efeitos desse défice de autocuidado, adaptando sua intervenção de acordo com a avaliação das necessidades individuais de cada pessoa. Essa abordagem visa não apenas abordar as necessidades imediatas de cuidado, mas também capacitar a pessoa para assumir um papel mais ativo em seu próprio autocuidado, promovendo assim a sua independência e qualidade de vida (Orem, 2001).

Dorothea Orem (2001), identifica cinco métodos de ajuda que são fundamentais para a prática de enfermagem, especialmente na ER. O primeiro método é agir ou fazer pela pessoa**,** que envolve a execução de ações que a pessoa não consegue realizar por conta própria devido a limitações físicas ou cognitivas. O segundo método é guiar e orientar, que consiste em fornecer instruções e conselhos para que a pessoa possa realizar as tarefas de autocuidado de forma mais eficaz e segura. Este método é crucial para capacitar as pessoas a recuperar a sua independência gradualmente.

O terceiro método é proporcionar apoio físico e psicológico, o que envolve oferecer conforto emocional e suporte físico necessário para enfrentar os desafios da reabilitação. O quarto método é proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, o que significa criar um espaço onde a pessoa se sinta segura e encorajada a crescer e a desenvolver-se. Isso inclui tanto o ambiente físico, como garantir que o espaço seja acessível e seguro, quanto o ambiente emocional, promovendo uma atmosfera de confiança e respeito (Orem, 2001).

Finalmente, o quinto método é ensinar, que envolve educar a pessoa e, muitas vezes, seus familiares sobre as melhores práticas de autocuidado e as estratégias para manter a saúde e o bem-estar. A educação é um componente vital na ER, pois fornece à pessoa as ferramentas necessárias para gerir a sua própria saúde a longo prazo. Todos esses métodos de ajuda são integrados e utilizados pela Enfermagem de Reabilitação para promover a recuperação e a autonomia das pessoas, garantindo que eles possam alcançar o máximo nível possível de funcionalidade e qualidade de vida (Orem, 2001).

1.2.3 A Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Esta teoria propõe um modelo centrado nas necessidades específicas de autocuidado de cada pessoa, articulando-as com a sua capacidade de as satisfazer de forma autónoma. O sistema de enfermagem é, assim, delineado com base nesse equilíbrio ou desequilíbrio entre o que a pessoa consegue realizar por si e o que é requerido para manter a estabilidade funcional desejada (Orem, 2001). Quando esse equilíbrio é rompido, justifica-se a intervenção do enfermeiro.

A TDAE e a dos Sistemas de Enfermagem (TSE) constituem a base conceptual que sustentou a prática de cuidados ao longo deste estágio. Tal como refere Orem (2001), a TSE define a organização e a essência da prática profissional de enfermagem, especificando de que forma o enfermeiro, a pessoa cuidada ou ambos interagem para colmatar as necessidades de autocuidado identificadas, em consonância com as capacidades reais da pessoa para desempenhar tais atividades.

A atuação do enfermeiro é, portanto, orientada pela identificação de um défice de autocuidado, sendo este determinado pela discrepância entre as competências da pessoa e as exigências necessárias à manutenção do seu bem-estar funcional. Este enquadramento permite que os cuidados prestados sejam ajustados às necessidades individuais, assegurando uma intervenção personalizada, promotora da saúde e da qualidade de vida (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Segundo Petronilho (2012), no sentido de dar resposta às necessidades de autocuidado das pessoas, Orem definiu três categorias distintas de sistemas de enfermagem, cada uma delas correspondente ao nível de autonomia da pessoa e ao grau de intervenção necessário por parte do enfermeiro:

O **Sistema Totalmente Compensatório** aplica-se a situações em que a pessoa não possui capacidade para realizar qualquer ação de autocuidado, necessitando de apoio completo de terceiros para assegurar a sua sobrevivência e bem-estar. Este sistema abrange, por exemplo: indivíduos que, por limitações físicas ou cognitivas, não conseguem realizar movimentos voluntários; pessoas conscientes, mas que não possuem capacidade motora funcional para executar as tarefas necessárias; ou ainda, indivíduos que, embora fisicamente aptos, apresentam comprometimentos na tomada de decisão ou na gestão das suas necessidades, exigindo supervisão contínua mesmo para atividades básicas.

O **Sistema Parcialmente Compensatório** aplica-se quando a pessoa é, em grande medida, autónoma na realização das suas atividades de autocuidado, necessitando apenas de assistência pontual ou orientação em determinadas situações. Neste enquadramento, o enfermeiro intervém de forma complementar, oferecendo suporte em momentos específicos do processo de recuperação ou gestão da saúde. Estão incluídas nesta categoria: pessoas com bom estado geral de saúde, que realizam de forma autónoma tarefas como a higiene, a alimentação e a mobilidade; indivíduos em fase de convalescença após um episódio agudo de doença ou lesão, cuja evolução clínica tem sido positiva; e ainda pessoas com patologias crónicas estáveis, que conseguem manter os seus cuidados de saúde com apoio mínimo, nomeadamente ao nível da gestão da medicação ou adoção de comportamentos saudáveis.

O **Sistema de Apoio-Educação** é indicado para situações em que a pessoa possui capacidade para realizar as atividades de autocuidado, mas necessita de suporte técnico, instrução e acompanhamento do enfermeiro para desenvolver ou aperfeiçoar essas competências. Nesta abordagem, o enfermeiro assume um papel educativo, orientando a pessoa na aprendizagem e na execução correta das tarefas, promovendo um ambiente seguro e estimulante para o seu desenvolvimento pessoal e funcional. A atuação do enfermeiro envolve o fornecimento de apoio físico e emocional, explicações claras e a adaptação das estratégias às necessidades e ritmo da pessoa.

No contexto das competências específicas do EEER, definidas pela OE, esta prática traduz-se na implementação de programas de reeducação funcional motora, na demonstração e treino de técnicas de autocuidado, bem como na promoção da continuidade dos cuidados em diferentes cenários, como unidades de internamento, contexto domiciliário ou comunitário. Estas intervenções estão alinhadas com os princípios defendidos por Orem, especialmente no que se refere à capacitação da pessoa para uma

O plano de reabilitação foi sempre negociado com a pessoa, procurando-se um equilíbrio entre a sua vontade e as necessidades terapêuticas identificadas. A minha intervenção procurou, em todo o momento, respeitar a decisão da pessoa, enquanto a motivava para a realização de atividades e a adoção de hábitos promotores de saúde, com vista a uma evolução positiva ao longo do processo de reabilitação.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio engloba a competência B1, *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*, B2, *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua* e B3 *Garante um ambiente terapêutico e seguro. No sentido de desenvolver as competências neste domínio*, foi delineado o seguinte objetivo específico: *Integrar a equipa multidisciplinar e promover práticas de qualidade, impulsionando o desenvolvimento de programas de melhoria contínua nos locais de estágio*.

A melhoria contínua da qualidade em cuidados de enfermagem não é um processo pontual, mas sim cíclico, exigindo análise, reflexão, avaliação e transformação constante das práticas existentes. Implica a monitorização sistemática de indicadores sensíveis ao cuidado de enfermagem, o envolvimento ativo dos profissionais em projetos institucionais de qualidade e a promoção de uma cultura organizacional assente na segurança e na eficiência (OE, 2010). O EE, enquanto profissional diferenciado, deve contribuir não apenas para a aplicação de práticas baseadas na evidência, mas também para o desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria dos resultados em saúde, a satisfação da pessoa cuidada e a eficiência dos serviços.

Durante o estágio clínico em contexto ortopédico, foi possível identificar fragilidades no sistema de registos e na uniformização das práticas de reabilitação dirigidas à pessoa com ATA. Esta realidade evidenciou a necessidade de criar mecanismos de sistematização e monitorização de cuidados, com vista à sua melhoria contínua. Em resposta a esta necessidade, foi desenvolvido, em colaboração com colegas de estágio, um instrumento de registo informatizado com dois objetivos principais: permitir a avaliação diária da evolução funcional da pessoa e oferecer um plano diário de intervenções de reabilitação. Esta ferramenta, de fácil consulta e preenchimento, contribuiu não apenas para a organização do trabalho, mas também para a recolha de dados que poderão sustentar futuros projetos de investigação ou de avaliação da qualidade dos cuidados (Afonso, 2021).

A ATA constitui uma intervenção cirúrgica complexa, associada a alterações significativas na mobilidade, dor, risco de queda e alterações nos padrões de autocuidado (Henriques,

2021). Nesse sentido, torna-se essencial que o EE detenha não só conhecimentos clínicos aprofundados, mas também a capacidade de implementar estratégias eficazes na prevenção de complicações, na promoção da autonomia e no envolvimento ativo da pessoa e família no processo de reabilitação, aspetos estes ilustrados no estudo de caso (apêndice 3) onde é possível observar a aplicação prática destas competências num contexto real. A implementação de práticas estruturadas de avaliação, planeamento e intervenção permite não só garantir a segurança da pessoa, como também medir o impacto das intervenções, contribuindo para a cultura de qualidade nas organizações de saúde (Dias, Ferreira & Messias, 2021).

Os registos clínicos, muitas vezes subvalorizados, desempenham um papel central no processo de melhoria contínua. Como afirmam Silva, Fernandes e Simões (2016), os registos de enfermagem constituem não apenas uma evidência da prestação de cuidados, mas também um instrumento essencial à continuidade, segurança e avaliação dos cuidados. Através deles, é possível documentar de forma clara e sistemática as intervenções realizadas, os resultados obtidos e as áreas que necessitam de intervenção futura. No contexto da reabilitação, estes registos assumem ainda maior relevância, pois permitem acompanhar de forma detalhada a evolução funcional da pessoa, ajustando o plano de cuidados às suas reais necessidades.

No estudo de Beaupre et al. (2014), salienta-se que a sistematização dos registos clínicos é fundamental para garantir a qualidade e consistência dos cuidados em programas estruturados de reabilitação pós-ATA, reforçando a importância das ferramentas desenvolvidas no estágio como boas práticas replicáveis.

Num dos contextos de estágio, observou-se a inexistência de um programa estruturado de melhoria contínua dos cuidados de reabilitação. Tal realidade, associada à escassa comunicação entre os EE do serviço, motivou a criação de ferramentas de registo que pudessem não só melhorar a comunicação e a continuidade dos cuidados, mas também fornecer dados úteis para projetos futuros de avaliação da qualidade. Estas iniciativas, mesmo simples, refletem o papel ativo do EEER na construção de práticas mais seguras, organizadas e fundamentadas (apêndice 4).

A qualidade e a segurança são conceitos indissociáveis. A prestação de cuidados, em qualquer contexto, envolve riscos. Assim, cabe ao EE promover um ambiente terapêutico seguro, que minimize esses riscos e maximize os benefícios para a pessoa (Fernandes & Almeida, 2017). O desenvolvimento de projetos de capacitação de cuidadores, é um bom exemplo de como a atuação do EEER se pode expandir para além do contexto hospitalar, contribuindo também para a segurança em ambiente domiciliário. A participação ativa no planeamento, execução e avaliação de projetos como este evidencia o compromisso com a melhoria contínua e a promoção de cuidados centrados na pessoa.

A Revisão *Scoping* identificou como boas práticas de capacitação a implementação de programas educativos sobre mobilização e prevenção de quedas no domicílio (Papalia et al., 2020; Chang et al., 2017), que foram replicados em contexto de alta hospitalar no acompanhamento da pessoa e cuidadores informais.

Em linha com os resultados da Revisão *Scoping*, estas intervenções, quando avaliadas por indicadores como a redução do número de quedas, o aumento da autonomia nas AVD e a melhoria do equilíbrio (avaliados pela Escala de Tinetti) mostraram impacto direto na qualidade dos cuidados prestados.

reorganiza conhecimentos, atribuindo-lhes novos significados com base na experiência. Aplicado à prática clínica, este processo permite ao EE reconhecer discrepâncias entre a teoria e a prática, identificar áreas de melhoria e sustentar intervenções com base na evidência (Peixoto & Peixoto, 2016). Além da reflexão, Chang et al. (2017) destacam a importância da mobilização precoce, que foi implementada em diferentes momentos da prática, com melhoria observada no tempo de deambulação autónoma e redução do tempo de internamento.

A prestação de cuidados de ER fundamentados na melhor evidência científica é uma exigência ética e profissional. De acordo com o International Council of Nurses (ICN, 2012), a prática baseada na evidência combina a melhor investigação disponível, a experiência clínica do profissional e os valores e preferências da pessoa. Durante os estágios, especialmente no contexto da reabilitação da pessoa com ATA, esta abordagem traduziu-se na pesquisa ativa em bases de dados científicas, na análise crítica de *guidelines* clínicas e na discussão interdisciplinar das intervenções aplicáveis, nomeadamente no treino de marcha, gestão da dor e prevenção de quedas (Dias, Ferreira & Messias, 2021).

De acordo com Aprile (2014), o treino muscular e a mobilização ativa foram determinantes para melhorar a independência nas AVD e o equilíbrio corporal, avaliados pela Escala de Tinetti. Esta escala foi utilizada para monitorizar os ganhos ao longo das sessões.

No domínio da reabilitação, foi realizada uma revisão *scoping*, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre intervenções do EEER à pessoa submetida à ATA. Esta experiência de investigação traduziu-se num contributo concreto para o corpo de conhecimentos da ER, reforçando o papel do EE como produtor e disseminador de evidência (Ventura-Silva, Moreira & Freitas, 2021).

Na Revisão *Scoping* realizada, foi possível identificar um conjunto de intervenções do EEER dirigidas à pessoa submetida à ATA, que demonstram eficácia clínica na promoção da recuperação funcional. As intervenções mais frequentemente descritas incluíram a educação pré-operatória, a mobilização precoce, o treino de marcha, os exercícios de fortalecimento muscular e a gestão da dor. Estas ações visam, em conjunto, maximizar a independência funcional, reduzir o tempo de internamento, melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações.

Na prática clínica durante o estágio, pude aplicar várias destas intervenções de forma sistemática e integrada. Por exemplo, com o Sr. A de 74 anos, foram implementadas sessões de ensino pré-operatório onde se abordaram cuidados com a prótese, sinais de alerta pós-operatórios, exercícios respiratórios e orientações para a mobilização precoce, conforme descrito por Jones et al. (2022),

Outro exemplo prático foi a implementação de um plano de treino funcional com a Sra. M, 67 anos, no segundo dia pós-operatório, que incluiu exercícios isométricos, treino de marcha com andarilho e mobilizações ativas-assistidas. Esta estratégia, descrita por Beaupré et al. (2014), demonstrou impacto na sua recuperação: em apenas 4 dias, a pessoa passou de dependente total (Barthel = 20) para parcialmente dependente (Barthel = 65), validando os ganhos funcionais promovidos. Com base na Revisão *Scoping* a aplicação de exercícios isométricos e mobilizações ativas-assistidas descritas por Beaupré et al. (2014) foram integradas no plano de treino funcional, permitindo ganhos validados através do Índice de Barthel, que demonstrou evolução de 20 para 65 em 4 dias.

Além disso, as estratégias de mobilização precoce aplicadas no pós-operatório imediato, como defendido por Chang et al. (2017), foram determinantes para prevenir complicações como o tromboembolismo venoso. No caso do Sr. J, com antecedentes de imobilidade prolongada, a mobilização iniciada no dia da cirurgia permitiu ganhos progressivos na autonomia e evitou complicações, conforme validado pelo acompanhamento do perfil hemodinâmico e integridade cutânea.

A gestão da dor foi também uma área de atuação relevante. No caso da Sra. L, a aplicação da Escala Visual Analógica antes e depois da intervenção de relaxamento guiado e posicionamento adequado revelou uma redução da dor de 5 para 3. Esta evidência reforça o papel do EEER na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor, como proposto por Stowers et al. (2014).

A educação à alta e o envolvimento dos cuidadores foi outra intervenção essencial. Em articulação com a equipa multidisciplinar, foram realizadas sessões com familiares sobre a preparação do domicílio, técnicas de transferência e sinais de alarme. Estas ações permitiram garantir uma transição segura, conforme recomendado por Krysa et al. (2022).

Em síntese, as intervenções identificadas na Revisão *Scoping* foram transpostas com sucesso para a prática clínica, sempre com base em evidência científica e adaptadas ao contexto individual de cada pessoa. A sua eficácia foi validada através de instrumentos clínicos, permitindo uma abordagem centrada na pessoa, funcional e orientada para resultados concretos.

A participação nas Jornadas de Enfermagem da Egas Moniz com *poster* como "Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida à Artroplastia Total da Anca – Revisão *Scoping*" (apêndice 7), foi uma oportunidade de partilha e validação científica do trabalho desenvolvido. Esta participação reforça o envolvimento ativo na construção de conhecimento e na integração da prática clínica com a investigação.

No contexto da UCCI, colaborou-se ainda na dinamização de sessões de formação destinadas à equipa multidisciplinar com o tema "Ginástica Laboral" (apêndice 8). A criação de recursos didáticos, neste caso a criação de um póster resultou de um esforço colaborativo com colegas do mestrado, permitindo a disseminação de estratégias promotoras da autonomia e bem-estar da pessoa com défice cognitivo.

A evidência científica, aliada ao autoconhecimento e à reflexão crítica, constitui, assim, a base de uma prática profissional robusta, ética e orientada para os resultados. O desenvolvimento destas competências, no contexto da reabilitação da pessoa com ATA, revelou-se essencial para garantir cuidados individualizados, seguros e com impacto positivo na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A ER, tem como objetivo principal promover, manter e recuperar a funcionalidade e a autonomia das pessoas em situações de limitação, deficiência ou risco de incapacidade. A complexidade das necessidades apresentadas pela pessoa submetida à ATA exige uma abordagem especializada, contínua e centrada na pessoa, características que definem a intervenção do EEER.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 da OE (OE, 2019), as competências específicas do EEER estão organizadas em três grandes áreas: Intervenção sobre a

treinos supervisionados no exterior, em superfícies planas, com progressão gradual. Técnicas de autoeficácia foram utilizadas, reforçando os sucessos obtidos e reduzindo a ansiedade. Ao final de três semanas, o Sr. F. retomou a ida ao café e à mercearia do bairro, momentos de grande significado pessoal, marcando a reintegração social.

A personalização do cuidado, com foco na funcionalidade e na qualidade de vida, foi o fio condutor da intervenção do EEER. A escuta ativa, o respeito pelos valores da pessoa e a colaboração ativa com a equipa multidisciplinar permitiram alcançar ganhos sensíveis, validados por instrumentos objetivos e observáveis no relato da própria pessoa e da família.

A EEER junto da pessoa submetida à ATA, encontra suporte crescente na literatura científica recente, que demonstra de forma consistente os benefícios da reabilitação especializada precoce, estruturada e personalizada. O plano de cuidados individualizado, com foco na funcionalidade, autocuidado e prevenção de complicações, traduz-se em ganhos em saúde mensuráveis e em melhoria da qualidade de vida.

De acordo com Khan et al. (2020), pessoas que iniciam a mobilização assistida nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia de ATA apresentam redução do tempo de internamento, menor risco de tromboembolismo e melhor recuperação da mobilidade funcional. Este dado reforça a importância da presença do EEER na equipa clínica desde o momento pós-operatório imediato, com intervenções dirigidas ao controlo da dor, à educação terapêutica e à mobilização segura.

Simental-Mendía et al. (2022) salientam ainda que programas estruturados de reabilitação pós-ATA promovem um retorno mais célere às AVD, melhoram os indicadores de desempenho físico (como a marcha e equilíbrio estático/dinâmico) e reduzem a necessidade de reinternamentos. Estes resultados estão diretamente alinhados com os objetivos do EEER na promoção da funcionalidade, da autonomia e da reintegração social da pessoa. Karimijashni et al. (2023) identificaram ainda como indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem a redução de eventos adversos, como úlceras por pressão, luxações da ATA, retenção urinária e obstipação, todos passíveis de serem monitorizados através de registos clínicos estruturados.

De acordo com Rodrigues (2018), a atuação do EEER é, assim, uma componente essencial na obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, entre os quais se destacam:

- Aumento da independência nas AVD (avaliado pela MIF);
- Melhoria do equilíbrio e redução do risco de queda (Escala de Tinetti e Morse);
- Aumento da autoconfiança e diminuição da ansiedade;
- Melhoria da literacia em saúde da pessoa e dos cuidadores informais;

- Prevenção de úlceras por pressão e infeções;
- Promoção da continuidade dos cuidados e redução das readmissões hospitalares.

Segundo a OE (OE, 2016), a identificação e monitorização destes ganhos constitui não só uma responsabilidade ética e profissional, mas também um instrumento de visibilidade do impacto da prática especializada, contribuindo para a valorização da Enfermagem de Reabilitação enquanto disciplina autónoma e científica.

A documentação rigorosa dos cuidados prestados, com recurso a sistemas de informação estruturados (ex. SClínico), permite ao EEER produzir indicadores de qualidade, apoiar decisões clínicas e fomentar a melhoria contínua da prática. Os registos de enfermagem são uma forma de comunicação e continuidade de cuidados, e, ao mesmo tempo, um pilar da segurança da pessoa (Silva, Fernandes & Simões, 2016).

Por outro lado, a participação ativa do EEER em programas de formação, supervisão clínica e investigação aplicada contribui para a construção do corpo de conhecimento científico da profissão. Durante o estágio, foram promovidas sessões de partilha de boas práticas com a equipa de enfermagem e colaboradores da instituição, onde se discutiram casos clínicos, técnicas de mobilização seguras e estratégias de empoderamento do cuidador.

Autores como Chang et al. (2017) e Aprile (2014) sustentam a importância da documentação sistemática para avaliar a eficácia de programas de reabilitação, defendendo a monitorização de resultados clínicos como: nível de dor, através da escala EVA, MIF e nível de independência nas AVD.

Um dos exemplos foi durante o acompanhamento da alta hospitalar de uma pessoa submetida à ATA, foi realizada uma sessão educativa individual com o cuidador informal, onde se utilizaram folhetos ilustrativos para ensinar os cuidados com a ferida cirúrgica, sinais de alarme e estratégias para prevenção de quedas no domicílio. No final, o cuidador foi incentivado a verbalizar os principais pontos, promovendo o reforço da sua literacia em saúde e aumentando a sua autoconfiança na prestação de cuidados.

Estas ações contribuíram para a disseminação de conhecimento, o desenvolvimento de competências entre pares e a motivação para uma prática baseada na evidência, conforme preconizado pela ICN (2021) e pelo Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2019).

Segundo Fernandes et al. (2023) a prática clínica do EEER é orientada por uma abordagem centrada na pessoa, que reconhece a singularidade de cada ser humano, os seus valores, crenças e contexto de vida. No caso da pessoa submetida à ATA, esta abordagem torna-se particularmente relevante, pois a transição de um estado de

mobilidade reduzida, dor crónica e dependência, para um novo padrão de funcionalidade exige não apenas intervenção física, mas também apoio emocional e psicológico.

De acordo com Deodato (2014), o cuidado de enfermagem ético pressupõe o respeito pela dignidade da pessoa, a promoção da sua autonomia e a valorização da sua condição de cidadania. O EEER, ao atuar junto da pessoa com necessidades especiais, deve garantir que todas as decisões clínicas são partilhadas, informadas e ajustadas às suas preferências e expetativas, fomentando uma relação de confiança mútua.

Durante os estágios realizados, foi evidente que a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada influência diretamente a adesão ao plano de cuidados e a motivação para a recuperação. A escuta ativa, a empatia e a comunicação clara foram ferramentas cruciais para promover a cooperação e o envolvimento ativo da pessoa na sua reabilitação.

Um exemplo marcante ocorreu com a Sra. E., de 68 anos, submetida a ATA e com historial de depressão, no pós-operatório imediato, recusava realizar exercícios, expressando medo e desmotivação. A abordagem inicial do EEER consistiu em validar os seus sentimentos, estabelecer uma aliança terapêutica e reforçar progressivamente os seus sucessos. A introdução de metas simples, como sentar-se à beira da cama e realizar pequenos movimentos com supervisão, permitiu-lhe recuperar a confiança. Ao longo de uma semana, a Sra. E. passou

A limitação funcional decorrente da ATA, ainda que temporária, pode constituir uma forma de deficiência transitória, se implicar barreiras à participação social. É, por isso, fundamental que o EEER identifique precocemente essas dificuldades, promova o envolvimento da pessoa na resolução dos problemas e desenvolva estratégias de superação que permitam à pessoa retomar os seus papéis na sociedade (Melo et al., 2022).

A capacitação da pessoa submetida a uma ATA não se limita ao treino motor ou à educação sobre cuidados pré e pós-operatórios. Envolve um processo estruturado e contínuo, no qual o EEER atua para que a pessoa recupere, mantenha e desenvolva competências que lhe permitam reintegrar-se nos seus contextos de vida de forma autónoma e significativa.

De acordo com Jones et al. (2022), a capacidade da pessoa em compreender e aplicar os ensinamentos do EEER influencia diretamente os resultados funcionais. Assim, a educação contínua desde o pré-operatório, com foco na literacia em saúde e na autoeficácia, é uma componente central da reabilitação (Widmer et al., 2022).

Este processo inicia-se ainda no internamento hospitalar, onde o EEER, através da avaliação da funcionalidade, identifica os défices que condicionam a realização das AVD e os fatores que impedem a participação ativa da pessoa. A partir desta análise, são definidos objetivos realistas e elaborados planos de intervenção personalizados, em articulação com a equipa multidisciplinar, a pessoa e, quando pertinente, os seus cuidadores informais.

Um exemplo prático foi o caso da Sra. C., de 74 anos, que expressava receio de ser um "peso" para os filhos após a cirurgia. Durante a hospitalização, foi iniciado um programa estruturado de reeducação funcional para treino de transferências, marcha com canadianas e atividades de autocuidado como o vestir-se, tomar banho e gerir a medicação. Em paralelo, foram realizadas sessões educativas com a sua filha, abordando medidas de segurança em casa, uso de ajudas técnicas e estratégias de apoio emocional. Este envolvimento conjunto permitiu à Sra. C. recuperar a autonomia e regressar ao domicílio com um sentimento de segurança e controlo sobre a sua nova condição.

Em contexto de UCCI e ECCI, o EEER tem a responsabilidade de dar continuidade ao plano de cuidados iniciado no internamento, ajustando-o à realidade concreta da pessoa. A visita domiciliária adquire, neste sentido, uma importância estratégica. É neste cenário que se avalia o contexto familiar, se identificam barreiras ambientais e se promovem adaptações que favorecem a autonomia e a segurança (Ribeiro, 2021).

As intervenções podem incluir:

- Ensino e treino da utilização de auxiliares de marcha (canadianas, andarilho);

- Adaptação de mobiliário e espaços (colocação de barras, remoção de tapetes, reorganização de objetos);
- Treino funcional orientado para tarefas significativas (ex: fazer café, abrir uma janela, subir e descer escadas);
- Planeamento de rotinas que respeitem o ritmo e a cultura da pessoa, favorecendo o envolvimento ativo;
- Identificação de recursos da comunidade (ex: centro de convívio, apoio domiciliário, voluntariado) que possam ser ativados.

Outro aspeto essencial é a gestão da dor crónica, comum em pessoas com histórico de osteoartrose. O controlo eficaz da dor é condição indispensável para o sucesso da reabilitação, uma vez que influencia diretamente a motivação, o desempenho físico e a qualidade do sono. O EEER intervém na monitorização da dor, na aplicação de estratégias não farmacológicas (ex: calor local, técnicas de relaxamento, posicionamento adequado) e na educação da pessoa sobre a autoavaliação e autogestão da dor (Fernandes et al., 2023).

A capacitação implica também trabalhar a confiança. Muitas pessoas, mesmo com bons indicadores físicos, permanecem inativos por medo de cair ou de "estragar a prótese". O reforço positivo, a validação de conquistas e a comunicação centrada na pessoa são ferramentas que o EEER utiliza para reconstruir a confiança e promover a autoeficácia (Bandura, 1997; Peixoto & Peixoto, 2016).

Por fim, a reintegração na vida social é parte essencial da reabilitação. Retomar atividades simples como passear no parque, visitar amigos ou participar em eventos locais são sinais de sucesso na reinserção. Em alguns contextos de estágio, colaborámos na organização de "passeios terapêuticos" com objetivos específicos: treinar a marcha em diferentes superfícies, adaptar-se ao meio exterior, lidar com imprevistos e fortalecer laços sociais.

Estas ações, aparentemente simples, têm profundo impacto na perceção de autonomia e dignidade da pessoa. Promover a reinserção não é apenas uma questão de mobilidade física, mas de reconstrução da identidade e do papel social da pessoa na sua comunidade (Fernandes et. al 2023).

A prática clínica em contextos distintos durante o estágio permitiu vivenciar de forma concreta a aplicabilidade da competência que visa capacitar a pessoa com deficiência ou limitação funcional para a reinserção e o exercício pleno da cidadania. Ao acompanhar pessoas submetidas a ATA, ficou evidente que a reintegração da pessoa nos seus ambientes habituais exige uma abordagem holística, planeada e cooperativa entre todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Num dos contextos hospitalares, a passagem diária dos turnos era um momento privilegiado de partilha e construção conjunta do plano de cuidados. As reuniões multidisciplinares, que envolviam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, possibilitavam a troca de informações relevantes, permitindo uma abordagem centrada na pessoa e ajustada aos seus objetivos funcionais e sociais. O papel do EEER destacou-se pela sua capacidade de integrar as dimensões motora, emocional, cognitiva e social, propondo intervenções individualizadas para maximizar o potencial funcional da pessoa.

Recordo o caso do Sr. L., de 59 anos, motorista profissional, cuja ATA o afastou temporariamente da atividade laboral. O impacto da inatividade profissional sobre a sua autoestima era evidente, o que o levava a resistir ao plano de exercícios por considerar que "já não voltaria ao ativo". Através de intervenções progressivas, o EEER ajudou o Sr. L. a recuperar competências motoras básicas, a organizar uma rotina com pequenas metas diárias e a iniciar uma simulação das tarefas associadas à condução. A articulação com o médico assistente possibilitou discutir a viabilidade do seu regresso progressivo ao trabalho, respeitando os limites impostos pela prótese.

Esta experiência revelou como a colaboração interprofissional e a comunicação eficaz entre os membros da equipa são decisivas na construção de soluções que promovem o retorno à atividade produtiva, reconhecido como um dos pilares do exercício da cidadania (ICN, 2021). Além disso, reforça a importância de envolver a própria pessoa nas decisões, reconhecendo as suas expetativas, valores e desejos, conforme preconizado pela abordagem de cuidados centrados na pessoa.

Em contexto domiciliário, as visitas de reabilitação assumiram um caráter educativo e capacitador. Com a Sra. T., de 72 anos, identificámos logo na primeira visita barreiras arquitetónicas no seu apartamento, escadas interiores sem corrimão, tapetes escorregadios, cadeiras baixas. Após avaliação funcional, elaborámos em conjunto um plano de adaptação do espaço, orientando o cuidador informal quanto à aquisição e instalação de ajudas técnicas. O treino da marcha e das transferências foi realizado com foco no quotidiano da Sra. T., simulando ações como preparar o pequeno-almoço ou atender a campainha. A sua participação ativa nestas tarefas permitiu-lhe recuperar o sentido de utilidade, autoestima e confiança nas suas capacidades.

A orientação das atividades para as tarefas significativas da pessoa, como preparar o pequeno-almoço ou atender a campainha, promove ganhos concretos na independência funcional. Beaupré et al. (2014) relatam melhorias significativas no desempenho em AVD, marcha e equilíbrio com esta abordagem centrada na funcionalidade real da pessoa.

As intervenções de enfermagem de reabilitação, neste contexto, assumiram também um papel educativo e motivador da família, promovendo a corresponsabilização e o suporte

emocional necessários para a reintegração da pessoa no seu ambiente. Como referem Fernandes e Vareta (2019), a cidadania em saúde passa pela criação de redes de apoio que valorizem a autonomia e favoreçam a participação ativa.

Outra experiência marcante deu-se em contexto de estágio na UCCI, onde a colaboração com a terapeuta da fala e o fisioterapeuta possibilitou a elaboração de um plano integrado para o treino da capacidade respiratória, coordenação e resistência à marcha. A proposta incluía caminhadas orientadas no jardim da instituição, que também serviam como momentos de convívio e socialização entre as pessoas. A reabilitação aqui era vista não apenas como um processo clínico, mas como uma ponte para o regresso à vida comunitária.

Estas vivências demonstram que a promoção da cidadania no pós-operatório da ATA implica reconhecer a pessoa como um ser em transição, com necessidades físicas, mas também emocionais, relacionais e ocupacionais. O papel do EEER é, neste cenário, mobilizar os recursos necessários internos e externos para que essa transição seja segura, digna e participativa.

Chang et al. (2017) destacam que a mobilização precoce, iniciada idealmente no próprio dia da cirurgia, é uma das estratégias mais eficazes para reduzir complicações, melhorar a função e preparar a pessoa para o autocuidado em casa, elemento essencial para o exercício autónomo da cidadania.

A promoção da autonomia é um objetivo central na prática do EEER, especialmente na reabilitação de pessoas submetidas à ATA. Esta autonomia, no entanto, não se restringe à execução física de atividades. Trata-se de uma construção multifatorial que abrange a capacidade da pessoa para tomar decisões, participar ativamente na sociedade e reivindicar os seus direitos como cidadã.

As estratégias de intervenção do EEER devem ser desenhadas de modo a criar condições para que a pessoa recupere o controlo sobre a sua vida. Isso implica assegurar competências motoras mínimas para a realização de AVD, mas também fomentar o envolvimento ativo da pessoa na planificação dos seus cuidados e na definição dos seus objetivos funcionais e sociais (ICN, 2021).

Uma das estratégias mais eficazes que experienciei em estágio foi a elaboração de planos de alta personalizados. Em colaboração com a equipa multidisciplinar, a pessoa e os seus cuidadores, construíam-se planos com metas alcançáveis a curto e médio prazo. Estes incluíam desde o treino de marcha com canadianas até à participação numa atividade comunitária, como uma ida ao centro de convívio ou à missa. O acompanhamento desses planos permitia avaliar o progresso, reforçar a motivação e intervir precocemente em caso de dificuldades.

Na capacitação da pessoa, o uso de técnicas educativas e de *empowerment* mostrou-se determinante. Foi realizado, por exemplo, sessões individuais sobre "cuidados com a prótese", "como prevenir quedas", "exercícios em casa" e "retomar a vida ativa". Estas sessões promoviam a literacia em saúde, aumentavam a confiança da pessoa e fomentavam a sua responsabilização no processo de reabilitação. A abordagem pedagógica do EEER deve ser adaptada às capacidades cognitivas, emocionais e culturais da pessoa, respeitando o seu ritmo de aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

A utilização de estratégias educativas associadas à gestão da dor mostrou, nos estudos de Stowees et al. (2014), ser eficaz para promover a funcionalidade e a qualidade de vida. A implementação de escalas como a EVA permite ao EEER monitorizar a eficácia das intervenções, ajustando-as em função da evolução da pessoa.

Outra dimensão importante da cidadania é a reintegração laboral ou ocupacional. Embora nem todas as pessoas regressem ao emprego formal, muitas desejam retomar as suas atividades. O EEER pode aqui atuar como facilitador, identificando oportunidades na comunidade e articulando com outros profissionais ou entidades sociais.

A promoção da cidadania, enquanto dimensão central da reabilitação, exige ao EEER competências clínicas, educativas, comunicacionais e sociais. Como afirmam Fernandes et al. (2023), cuidar de alguém em situação de vulnerabilidade funcional é também cuidar da sua posição no mundo do seu lugar na família, na vizinhança, no trabalho e na sociedade.

A reabilitação de uma pessoa submetida à ATA vai muito além do restabelecimento da mobilidade. Implica a construção de um novo equilíbrio funcional, emocional e social, onde o exercício da cidadania e a reintegração nos papéis sociais e familiares assumem centralidade. O EEER tem, neste processo, um papel decisivo não apenas como executor de intervenções clínicas, mas como agente de capacitação, facilitador da participação e defensor da inclusão.

A competência de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, prevista no Regulamento n.º 392/2019 da OE, revela-se essencial no contexto da reabilitação ortopédica. Através da avaliação funcional, da definição de objetivos partilhados, da implementação de planos de intervenção personalizados e da promoção do envolvimento ativo da pessoa, o EEER contribui diretamente para a reconstrução da autonomia e da identidade social.

As experiências vividas durante os contextos de estágio confirmaram que a capacitação não se esgota na transmissão de técnicas ou na execução de exercícios físicos. É um processo complexo, relacional e contínuo, que exige empatia, escuta ativa, competência pedagógica e visão sistémica. A capacitação acontece quando a pessoa sente que recupera

o controlo sobre a sua vida, que volta a ser reconhecida e a participar nos seus contextos significativos.

Intervenções como a adaptação do ambiente domiciliário, o ensino de estratégias de autocuidado, o apoio à reorganização da vida familiar, a promoção do envolvimento em atividades comunitárias ou o planeamento do regresso à atividade ocupacional são exemplos concretos de como o EEER materializa esta competência no dia a dia. Cada uma destas ações contribui para reduzir as desigualdades, combater a exclusão social e promover uma saúde verdadeiramente centrada na pessoa.

Como salienta o ICN (2021), o cuidado de enfermagem não deve apenas aliviar sintomas, mas também promover o poder da pessoa sobre a sua própria saúde. Este poder, quando exercido em liberdade e com apoio, traduz-se na capacidade de tomar decisões, de reivindicar direitos e de se reintegrar plenamente na sociedade mesmo após uma cirurgia com o impacto da ATA.

Em síntese, o EEER é um profissional chave na transformação da condição clínica em oportunidade de desenvolvimento humano. A sua prática, quando alicerçada na evidência científica, nos princípios éticos e na colaboração interprofissional, torna-se promotora de cidadania, dignidade e inclusão.

2.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A competência "*Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*" integra as competências específicas do EEER e representa uma dimensão central da sua atuação, especialmente em contextos de reabilitação ortopédica, como é o caso da pessoa submetida à ATA. Esta competência, prevista no Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, evidencia que o cuidado em reabilitação não se limita à recuperação de funções perdidas, mas ao desenvolvimento das capacidades remanescentes e potenciais, visando alcançar o nível mais elevado possível de autonomia, qualidade de vida e participação social.

Segundo Ribeiro (2021), a maximização da funcionalidade é um processo dinâmico e contínuo, que exige do EEER uma abordagem centrada na pessoa, considerando as suas potencialidades, expetativas, contexto de vida e rede de suporte. Trata-se de criar condições para que a pessoa, mesmo em situações de incapacidade temporária ou permanente, possa desenvolver competências e estratégias compensatórias que lhe permitam enfrentar os desafios do dia a dia com segurança e confiança.

A ATA é uma intervenção cirúrgica de elevada complexidade, tem como principal objetivo restaurar a mobilidade, aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida da pessoa

com patologia articular degenerativa, como a coxartrose. Contudo, o sucesso da cirurgia não depende apenas da técnica operatória, mas de um programa estruturado de reabilitação, onde o EEER desempenha um papel central no treino funcional, no desenvolvimento da autonomia e no suporte ao processo de reintegração social e familiar (Fernandes et al., 2023).

Neste contexto, o EEER atua de forma integrada e multidimensional, realizando uma avaliação inicial abrangente da funcionalidade, definindo objetivos terapêuticos personalizados e implementando intervenções adaptadas às capacidades e necessidades da pessoa.

A maximização da funcionalidade envolve, assim, o desenvolvimento de capacidades motoras, sensoriais, cognitivas e psicossociais, associadas ao treino de competências para a realização de atividades de vida diária, à promoção do autocuidado, ao uso adequado de ajudas técnicas, à gestão da dor, ao reforço da autoestima e da autoconfiança, bem como ao suporte no processo de adaptação ao novo padrão funcional (ICN, 2021).

É neste cenário que o EEER se posiciona como facilitador do desenvolvimento de capacidades, adotando estratégias motivacionais, educativas, de coaching e de empowerment, que potenciem o envolvimento ativo da pessoa no seu processo de recuperação, promovendo, desta forma, ganhos em saúde sustentáveis e duradouros (Peixoto & Peixoto, 2016).

A atuação do EEER na maximização da funcionalidade da pessoa submetida à ATA inicia-se desde o início do internamento hospitalar e estende-se à transição para o domicílio, UCCI ou ECCI. O processo de maximização das capacidades deve ser precoce, progressivo, sistemático e sempre centrado na pessoa, respeitando as suas necessidades, expetativas e ritmo de adaptação (Ribeiro, 2021).

No contexto hospitalar, o foco inicial é a gestão da dor, treino de transferências, posicionamentos adequados, ensino de treino de marcha segura com ajudas técnicas, treino do autocuidado e prevenção de complicações. Estas intervenções são fundamentais para potenciar a autonomia precoce e reduzir o risco de eventos adversos como quedas, rigidez articular, úlceras por pressão ou complicações respiratórias (Fernandes et al., 2023).

Durante o estágio na unidade de ortopedia, acompanhámos a Sra. J., de 67 anos, submetida à ATA. Nos primeiros dias de pós-operatório, a sua funcionalidade era limitada, apresentando medo de realizar movimentos, ansiedade e resistência ao início da marcha. Foi fundamental aplicar estratégias motivacionais, utilizando a técnica de reforço positivo, valorizando pequenas conquistas diárias e encorajando a pessoa a participar ativamente no plano de reabilitação. Além disso, foram utilizadas técnicas de distração durante as

sessões de mobilização, como a música preferida, que ajudou a reduzir a ansiedade e a aumentar a participação ao plano proposto (Melo et al., 2022).

No planeamento do programa de reabilitação, o EEER elaborou objetivos a curto, médio e longo prazo, adaptando as intervenções às capacidades e limitações da pessoa. As sessões de treino funcional incluíram marcha em superfícies variadas, treino de equilíbrio dinâmico, treino de resistência muscular e exercícios respiratórios. Foi utilizada a Escala de *Borg* para monitorizar o esforço percebido, permitindo ajustar a intensidade do exercício ao nível de tolerância da pessoa, garantindo segurança e eficácia (Borg, 1982). No estudo de caso (apêndice 10) do Sr. J.P, esta escala foi particularmente útil durante os exercícios de treino de marcha e reforço muscular em contexto domiciliário, possibilitando uma monitorização contínua da perceção de esforço e permitindo uma progressão segura e adaptada à sua capacidade física, respeitando os seus limites e promovendo a adesão ao plano de reabilitação.

Ao nível domiciliário, a intervenção centrou-se na transferência do treino funcional para o contexto real, promovendo a autonomia nas AVD em ambiente seguro. O EEER realizou adaptações no domicílio, como elevação da cadeira da cozinha, instalação de barras de apoio na casa de banho e reorganização dos objetos de uso frequente. Foram ainda implementadas estratégias de treino para tarefas significativas, como preparar o pequeno-almoço, subir e descer escadas com auxílio, ou deslocar-se ao café local, atividades que reforçaram a autoestima e promoveram a reintegração social.

Este tipo de treino funcional direcionado, descrito também por Aprile (2014), mostrou-se eficaz na promoção da independência para as AVD, da coordenação motora e da participação social. O autor destaca que planos de reabilitação focados em atividades significativas aumentam a capacidade funcional e reduzem o risco de quedas.

Na capacitação do cuidador informal, foi fundamental fornecer educação sobre o plano de cuidados, treino de técnicas seguras de apoio à mobilidade, prevenção de quedas e gestão da dor. Como refere Peixoto & Peixoto (2016), o envolvimento do cuidador no processo de reabilitação potência ganhos na funcionalidade da pessoa e promove a continuidade de cuidados seguros e de qualidade.

A utilização de instrumentos de avaliação validados, como a Escala de *Tinetti* para avaliação do equilíbrio e risco de quedas (Tinetti, 1986) e a MIF (Granger et al., 1986), permitiu monitorizar a evolução funcional da pessoa, fundamentar as decisões clínicas e avaliar o impacto das intervenções implementadas. Estes instrumentos foram utilizados de forma sistemática ao longo do estágio, assegurando uma prática baseada na evidência e garantindo a documentação dos ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação.

A evidência encontrada na Revisão *Scoping* reforça estas práticas, nomeadamente através dos resultados de Beaupré et al. (2014), que demonstraram ganhos significativos no autocuidado, força muscular e amplitude articular mediante a implementação de programas de reabilitação específicos. Estes programas incluem exercícios isométricos e isotónicos, treino funcional da marcha, mobilização ativa-assistida do membro operado e contralateral, e ações dirigidas aos membros superiores, fundamentais para as transferências.

Além disso, autores como Widmer et al. (2022) salientam a importância da elaboração de planos de reabilitação personalizados, com foco na mobilização precoce, treino de AVD e fortalecimento muscular, alinhando-se com a abordagem centrada na pessoa adotada em estágio.

Por fim, a abordagem centrada na pessoa e família, com respeito pelas suas crenças, valores e objetivos, foi uma constante em todas as fases do processo de reabilitação. Como reforçam Fernandes e Vareta (2019), a personalização do cuidado, o respeito pela individualidade e a construção conjunta do plano de reabilitação são determinantes na promoção da adesão e do sucesso do programa de reabilitação.

A reeducação funcional respiratória constitui uma intervenção essencial no plano de cuidados do EEER, especialmente em pessoas submetidas à ATA, nas quais o tempo de imobilização e a dor podem comprometer a função ventilatória. Esta intervenção visa otimizar a função pulmonar, prevenir complicações respiratórias e promover o bem-estar global da pessoa.

Durante o estágio, foram realizadas sessões de treino respiratório com o intuito de favorecer a expansão pulmonar e melhorar a oxigenação tecidular. As intervenções incluíram ensino e treino de exercícios de respiração diafragmática e com controlo de fluxo e utilização de técnicas incentivando a ventilação alveolar eficaz.

Segundo Hoeman (2011), a reeducação respiratória é fundamental para evitar atelectasias, melhorar a ventilação-perfusão e prevenir infeções respiratórias em períodos de mobilidade reduzida. A atuação precoce do EEER neste domínio é reconhecida como promotora da recuperação funcional e do conforto da pessoa. A avaliação da função respiratória foi realizada através da observação clínica (frequência respiratória, uso de músculos acessórios, presença de tosse produtiva) e, sempre que possível, com recurso a dispositivos.

Por exemplo, no estudo de caso, o Sr. J.P apresentava um padrão respiratório superficial, com queixas de dispneia leve ao esforço. Foram realizadas sessões de treino respiratório duas vezes por dia, com foco na respiração diafragmática. Após cinco dias de intervenção, verificou-se melhoria da amplitude torácica e da tolerância ao esforço,

refletindo-se em maior autonomia nas AVD, como o autocuidado. Conforme reforçam Ribeiro (2021) e Fernandes, Almeida e Vareta (2023), a reabilitação respiratória não se limita à dimensão fisiológica, integrando também o ensino e a capacitação da pessoa e cuidadores, promovendo a continuidade dos cuidados e a autogestão da condição clínica.

O contributo do EEER na maximização da funcionalidade da pessoa submetida à ATA tem repercussões diretas não apenas na dimensão física, mas também na esfera emocional, social e ocupacional da pessoa. Ao potenciar a autonomia, reforçar as capacidades residuais e desenvolver novas estratégias adaptativas, o EEER promove uma melhoria significativa da qualidade de vida, prevenindo o isolamento, a dependência e a exclusão social (ICN, 2021).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível constatar que a maximização da funcionalidade exige do EEER uma intervenção integrada e sustentada em três grandes eixos:

- Capacitação funcional e motora: Através do treino funcional específico, o EEER contribui para restaurar a marcha, reforçar a força muscular, melhorar o equilíbrio, prevenir quedas e facilitar a realização de AVD. A utilização de estratégias de treino progressivo, a monitorização sistemática dos ganhos e o ajuste constante das metas são fundamentais para alcançar níveis superiores de funcionalidade (Fernandes et al., 2023).
- Promoção da autonomia psicossocial: A intervenção do EEER deve ir além do corpo físico, incorporando abordagens que valorizem a autonomia na tomada de decisão, o envolvimento nas atividades significativas e o reforço do papel da pessoa nos seus contextos habituais (Fernandes & Vareta, 2019).
- Facilitação da participação ativa na sociedade: O EEER atua como mediador entre a pessoa e a sua comunidade, promovendo a participação em atividades sociais, culturais, recreativas ou profissionais, conforme o contexto e os interesses da pessoa. A articulação com outros profissionais, serviços e organizações comunitárias é essencial para garantir que a pessoa com prótese de anca tenha acesso a oportunidades de participação ativa e significativa (Fernandes & Vareta, 2019).

Durante o estágio, uma das experiências mais enriquecedoras foi acompanhar o Sr. M., de 70 anos, que após a ATA tinha o objetivo de regressar à prática da jardinagem, uma atividade que lhe proporcionava bem-estar emocional e contacto social. Após avaliação funcional e treino específico de força, equilíbrio e transferências, foi possível elaborar um plano de treino de tarefas dirigidas, simulação de atividades de jardinagem no domicílio e acompanhamento na primeira visita ao seu jardim. O sucesso desta intervenção traduziu-se não apenas na realização da atividade, mas no aumento da sua autoestima, motivação e participação social.

Jones et al. (2022) destacam que o êxito da cirurgia e da reabilitação depende diretamente da capacidade da pessoa de integrar as orientações e cuidados nas suas rotinas. Para isso, o EEER deve desenvolver competências educativas, motivacionais e adaptativas, tal como implementado neste caso. Este exemplo demonstra como a prática do EEER, orientada para a maximização da funcionalidade, não se limita ao espaço clínico, mas transcende-o, promovendo a qualidade de vida em todas as dimensões da pessoa. Como sublinha a literatura, a funcionalidade não é apenas ausência de incapacidade, mas a capacidade de viver de forma plena, ativa e participativa (Ribeiro, 2021).

Conforme reforça o ICN (2021), cabe ao EEER assumir-se como promotor de saúde, de autonomia e de cidadania, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e equitativa, onde cada pessoa, independentemente da sua condição funcional, possa exercer plenamente os seus direitos e deveres.

A competência "*Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*" evidencia-se como uma das dimensões mais significativas da prática do EEER, sobretudo no contexto da reabilitação da pessoa submetida à ATA. O impacto desta cirurgia na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa é profundo, exigindo uma abordagem especializada e centrada na pessoa, que considere não apenas a sua recuperação física, mas também a sua adaptação emocional, social e ocupacional.

Ao longo das diferentes fases do processo de reabilitação, desde o internamento hospitalar até ao regresso ao domicílio e reintegração na comunidade, o EEER desempenha um papel chave na avaliação das capacidades e limitações, na definição de objetivos realistas e alcançáveis, na implementação de intervenções individualizadas e na promoção de estratégias que reforcem a autonomia, a segurança e a participação social da pessoa (Ribeiro, 2021; Fernandes et al., 2023).

As experiências vivenciadas em estágio demonstraram que a maximização da funcionalidade exige do EEER uma abordagem holística, integrada e interdisciplinar, que valorize as potencialidades da pessoa, respeite as suas expetativas e promova o seu envolvimento ativo em todas as decisões que dizem respeito ao seu cuidado. A utilização de instrumentos de avaliação validados, a personalização dos planos de intervenção e a implementação de estratégias motivacionais e educativas foram elementos determinantes para o sucesso das intervenções realizadas.

Além disso, a articulação com outros profissionais, serviços e entidades comunitárias mostrou-se essencial para garantir a continuidade de cuidados e assegurar a participação ativa da pessoa nos seus contextos significativos, prevenindo o isolamento, a dependência e o descondicionamento físico e social. O cuidado de reabilitação deve ser compreendido como um processo de capacitação e transformação, onde o EEER atua como facilitador da

transição para uma nova condição funcional, respeitando os direitos, as crenças, os valores e os projetos de vida da pessoa (ICN, 2021).

Assim, e de acordo com Fernandes et. al (2023), a prática do EEER na maximização da funcionalidade da pessoa submetida a ATA assume-se como um contributo essencial para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da cidadania plena, reforçando o papel deste profissional como agente de mudança, defensor da dignidade e da inclusão social.

A Revisão *Scoping* realizada permitiu identificar intervenções específicas do EEER que se mostraram eficazes na maximização da funcionalidade da pessoa submetida à ATA. Entre elas, destaca-se a mobilização precoce no pós-operatório imediato, com o objetivo de restaurar a função motora, reduzir o risco de complicações e acelerar a recuperação funcional. Esta intervenção, realizada ainda em ambiente hospitalar, mostrou resultados significativos na melhoria da marcha, do equilíbrio e da força muscular (Beaupré et al., 2014; Widmer et al., 2022). Em contexto de UCCI e ECCI, foi enfatizada a importância do treino funcional orientado para as AVD, com exercícios individualizados que integram tarefas significativas para a pessoa, como subir escadas ou preparar refeições. Krysa et al. (2022) destacam que este tipo de abordagem promove a generalização das capacidades adquiridas ao ambiente real, potenciando a autonomia e a autoconfiança.

Adicionalmente, as intervenções de reeducação motora e de treino de equilíbrio e força, descritas por Stowees et al. (2014) e Chang et al. (2017), tiveram como objetivos específicos melhorar a estabilidade postural, prevenir quedas e garantir maior fluidez nos movimentos de marcha e transferência. Os programas de reabilitação personalizados que integravam treino de resistência progressiva e educação para a autogestão da condição, tal como referem Karimijashni et al. (2023), demonstraram ganhos mensuráveis em escalas como a MIF e a Escala de Tinetti, reforçando a sua eficácia.

A adaptação do ambiente físico, descrita por Aprile (2014), incluiu não apenas a instalação de ajudas técnicas, mas também o treino prático com os cuidadores para garantir a transferência segura e eficaz dessas intervenções ao domicílio. Finalmente, a capacitação da pessoa e dos seus cuidadores informais, com foco na literacia em saúde, gestão da dor e prevenção de complicações, foi evidenciada como uma intervenção transversal e crucial em todos os contextos analisados na revisão, tendo impacto direto na continuidade dos ganhos funcionais e na promoção de uma reabilitação sustentável (Jones et al., 2022).

CONCLUSÃO

A realização deste relatório, centrada nas intervenções EEER à pessoa submetida à ATA, permitiu consolidar um percurso formativo enriquecedor, pautado pela integração teórica, prática e reflexiva. Ao longo deste percurso, foram identificadas necessidades claras de atuação especializada em todos os momentos do processo de reabilitação, desde o internamento até ao contexto domiciliário, confirmando a relevância da atuação do EEER na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Entre os aspetos positivos evidenciados, destaca-se a capacidade de planear e implementar intervenções diferenciadas e ajustadas às etapas do processo de reabilitação, integrando as necessidades físicas, emocionais, sociais e ambientais da pessoa submetida à cirurgia. A adoção de uma abordagem centrada na pessoa permitiu alcançar ganhos expressivos ao nível da mobilidade, autonomia nas AVD, gestão da dor, adaptação ao domicílio e retoma das atividades sociais. A realização de ações educativas direcionadas ao cuidador informal e à pessoa foi igualmente valorizada, contribuindo para o aumento da segurança, redução da sobrecarga do cuidador e melhoria da confiança na realização do autocuidado.

Contudo foram identificadas diversas dificuldades e limitações, entre as quais se destaca a resistência de alguns profissionais à inclusão plena do EEER na equipa, refletindo práticas ainda centradas em modelos tradicionais de cuidado. Esta limitação traduziu-se na dificuldade em integrar a componente de reabilitação especializada desde o pré-operatório, comprometendo a precocidade e continuidade das intervenções. Além disso, a limitação do tempo de internamento constituiu um obstáculo relevante, condicionando a execução de planos de reabilitação mais completos e ajustados à complexidade das necessidades da pessoa. Destaca-se ainda a impossibilidade de desenvolver intervenções no âmbito da reabilitação urinária, do controlo da incontinência e da reabilitação sexual, áreas frequentemente negligenciadas, mas fundamentais para a recuperação global e para a qualidade de vida da pessoa submetida à ATA

As limitações logísticas e de recursos, designadamente no acesso a materiais adequados para treino funcional e na escassez de recursos humanos especializados em reabilitação, constituíram igualmente barreiras significativas. A estas dificuldades juntaram-se ainda os constrangimentos, nomeadamente o contacto presencial com familiares e cuidadores, o que exigiu adaptações metodológicas, como a utilização de materiais educativos escritos, vídeos explicativos.

Apesar das dificuldades, foi possível alcançar resultados altamente satisfatórios, evidenciando o impacto positivo das intervenções do EEER na reabilitação precoce e

contínua da pessoa submetida à ATA. Verificou-se uma melhoria expressiva nos níveis de autonomia, segurança e funcionalidade, bem como uma maior adesão ao plano de reabilitação e uma redução da ansiedade e receios face ao regresso ao domicílio.

A participação ativa na articulação com a equipa multidisciplinar e na adaptação do ambiente domiciliário revelou-se crucial para assegurar a continuidade dos cuidados e prevenir riscos associados à limitação funcional, como quedas e complicações respiratórias. A capacitação da pessoa e do cuidador demonstrou-se determinante para o sucesso do processo de transição, promovendo a autoconfiança, a segurança e o empoderamento face às novas exigências do autocuidado.

Apesar dos resultados positivos, ficaram identificadas áreas que necessitam de ser aprofundadas, como a criação de protocolos institucionais específicos para a reabilitação da pessoa submetida à ATA, bem como a implementação sistemática de programas de acompanhamento domiciliário. Considera-se igualmente prioritária a criação de programas educativos de literacia em saúde, centrados na prevenção da coxartrose e na promoção de estilos de vida saudáveis, de forma a contribuir para a sustentabilidade das intervenções e para a prevenção de complicações associadas.

Relativamente às metas e expetativas definidas na fase de planeamento, estas foram globalmente alcançadas, tendo sido possível desenvolver as competências especializadas previstas, designadamente ao nível da avaliação funcional, planificação de cuidados, capacitação, gestão da transição e promoção da autonomia. A prática clínica desenvolvida permitiu consolidar competências de liderança, gestão de cuidados, comunicação terapêutica, capacitação e avaliação, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como para o avanço da enfermagem de reabilitação enquanto área de especialidade.

A execução deste relatório permitiu-me refletir profundamente sobre as lacunas existentes na prática clínica no que diz respeito ao acompanhamento especializado da pessoa submetida à ATA. Embora tenham sido atingidas as metas propostas, ficou evidente a necessidade de estruturar intervenções mais consistentes e sustentáveis ao nível institucional, nomeadamente através da implementação formal de protocolos de atuação integrada que envolvam o EEER desde o momento pré-operatório, assegurando uma abordagem precoce, sistematizada e centrada na pessoa.

No decurso, verificou-se que, apesar do reconhecimento do papel do EEER por alguns profissionais, a sua intervenção continua a ser frequentemente limitada a momentos pontuais e reativos, em detrimento de uma participação ativa e contínua no processo de planeamento e execução dos cuidados. Esta constatação evidencia a necessidade de promover uma mudança cultural nas instituições de saúde, sensibilizando as equipas para

a importância da reabilitação precoce e integrada, assim como para o papel diferenciador do EEER na gestão da transição e promoção da autonomia.

A experiência adquirida ao longo do estágio contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional, permitindo consolidar competências especializadas de elevada relevância, não apenas ao nível técnico e científico, mas também ao nível da liderança, comunicação, gestão de recursos e trabalho em equipa. A articulação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, bem como com os cuidadores e com a própria pessoa, potenciou o desenvolvimento de uma visão holística e integrada dos cuidados, reforçando a importância da atuação do EEER como elemento catalisador do processo de capacitação, empoderamento e reintegração social da pessoa.

Relativamente à continuidade do trabalho, considera-se fundamental a implementação de projetos de intervenção comunitária orientados para o acompanhamento das pessoas submetidas à ATA, promovendo a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, a vigilância precoce de complicações, o reforço das estratégias de autocuidado e a articulação com os recursos da comunidade. Para tal, será imprescindível criar sinergias com as UCCI, associações de doentes, autarquias e outras entidades locais, no sentido de criar redes de suporte integradas, adaptadas às necessidades específicas das pessoas com limitação funcional resultante da ATA.

Do ponto de vista pessoal e profissional, representou uma etapa fundamental na consolidação das minhas competências enquanto EEER, permitindo-me afirmar a importância do cuidado especializado e personalizado, centrado na pessoa, no seu contexto e nos seus objetivos de vida. A prática desenvolvida reafirmou a necessidade de continuar a investir em programas de formação contínua, investigação e desenvolvimento de projetos inovadores, que reforcem o papel do EEER nas equipas de saúde e contribuam para a evolução da enfermagem de reabilitação enquanto área de conhecimento e prática autónoma.

Em suma, a realização deste relatório permitiu validar a pertinência das intervenções do EEER na pessoa submetida à ATA, demonstrando que, apesar dos desafios e limitações sentidas, é possível promover ganhos significativos em saúde, autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, quando as intervenções são adequadamente planeadas, implementadas e avaliadas em articulação com a pessoa, família, equipa multidisciplinar e comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, F. S. A. F. (2021). Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Relatório Final de Estágio. Universidade de Évora. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/34868/1/Mestrado-Enfermagem_de_Reabilitacao-Fabio_da_Silva_Afonso___Fortunato_Antunes.pdf

Aprile, I. (2014). Rehabilitation in total hip replacement: Need for a consensus. *Physical Therapy Reviews*, 19(4), 277–278. https://doi.org/10.1179/1743288X14Y.0000000141

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.

Barrett, W. P., Turner, S. E., & Leopold, J. P. (2013). Prospective randomized study of direct anterior vs postero-lateral approach for total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty, 28*(9), 1634–1638. https://doi.org/10.1016/j.arth.2013.01.034

Beaupre, L. A., Masson, E. C., Luckhurst, B. J., Arafah, O., O'Connor, G. J., & Masson, E. C. O. (2014). A randomized pilot study of a comprehensive postoperative exercise program compared with usual care following primary total hip arthroplasty in subjects less than 65 years of age: Feasibility, selection of outcome measures and timing of assessment. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 192. https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-192

Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Prentice Hall.

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1985). *The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*. Nursing Research, 36(4), 205–210.

Binkley, J. M., Stratford, P. W., Lott, S. A., & Riddle, D. L. (1999). *The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale development, measurement properties, and clinical application*. Physical Therapy, 79(4), 371–383.

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). *Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity*. Physical Therapy, 67(2), 206–207.

Borg, G. (1982). *Psychophysical bases of perceived exertion*. Medicine & Science in Sports & Exercise, 14(5), 377–381.

Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L., Caniçali Primo, C., Bispo, G. S., & Lopes, R. O. P. (2019). Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem, 72*(2), 577–581. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395

Chang, C.-F., Lin, K.-C., Chen, W.-M., Jane, S.-W., Yeh, S.-H., & Wang, T.-J. (2017). Effects of a home-based resistance training program on recovery from total hip replacement surgery: Feasibility and pilot testing. *Journal of Nursing Research*, 25(1), 21–30. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000128

Cunha, E. (2008). *Enfermagem em ortopedia*. Lisboa-Porto: LIDEL-Edições Técnicas.

Deodato, S. (2014). *Ética e Cidadania em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). Descritores de Dublin. https://www.dges.gov.pt

Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–25. https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n2.01.8338

Direção-Geral da Saúde – DGS. (2011). *Prevenção de Úlceras de Pressão*. Norma nº 009/2011.

Direção-Geral da Saúde – DGS. (2019). *Prevenção de quedas em meio hospitalar*. Norma nº 005/2019.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Circular Normativa 014/2013*. https://www.dgs.pt

Fahn, S., Elton, R. L., & UPDRS Program Members. (1987). *Unified Parkinson's Disease Rating Scale*. Recent Developments in Parkinson's Disease, 2, 153–163.

Fernandes, A., & Almeida, A. (2017). Segurança do doente e qualidade dos cuidados em enfermagem: da teoria à prática. Revista de Enfermagem Referência, 4(12), 101–109.

Fernandes, A., & Vareta, M. (2019). Colaboração interprofissional: contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2(1), 15–23. https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.01.4622

Fernandes, M., & Vareta, M. (2019). *Enfermagem de Reabilitação: conceitos, práticas e investigação*. Lisboa: Lidel.

Fernandes, M., Almeida, A., & Vareta, M. (2023). *Reabilitação: Um olhar centrado na pessoa e no contexto*. Lisboa: Lidel.

Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). *Construindo o conceito de competência*. Revista de Administração Contemporânea, 5(esp), 183-196. https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). *"Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189–198.

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease*. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 25(2), 102–107.

Giglia, C., Misseri, G., D'Agostino, M. C., Giardina, F., & Mastrandrea, L. (2021). Functional recovery and quality of life after total hip arthroplasty: A systematic review. Journal of Orthopaedics and Traumatology, 22(1), 12. https://doi.org/10.1186/s10195-021-00596-w

Gomes, I. R. M., Lopes, M. J., & Simões, J. A. (2012). Qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação: aplicação do modelo de Donabedian. Referência, Série III (7), 59–67. https://doi.org/10.12707/RIII1111

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). *Advances in functional assessment for medical rehabilitation*. Topics in Geriatric Rehabilitation, 1(3), 59–74.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.

ICN – International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch

ICN – International Council of Nurses. (2015). *Definition and Classification of Nursing Practice*.

ICN – International Council of Nurses. (2021). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva: International Council of Nurses.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas demográficas 2019: Portugal*. https://www.ine.pt

Jones, E. D., Davidson, L. J., & Cline, T. W. (2022). The effect of preoperative education prior to hip or knee arthroplasty on immediate postoperative outcomes. *Orthopaedic Nursing*, 41(1), 4–12. https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000814

Karimijashni, M., Yoo, S., Barnes, K., & Poitras, S. (2023). Pre- and post-operative rehabilitation interventions in patients at risk of poor outcomes following knee or hip arthroplasty: Protocol for two systematic reviews. *Advances in Rehabilitation Science & Practice*, 1–7. https://doi.org/10.1177/27536351231170956

Karvonen, M. J., Kentala, E., & Mustala, O. (1957). *The effects of training on heart rate: A longitudinal study*. Annales Medicinae Experimentalis et Biologiae Fenniae, 35(3), 307–315.

Khan, M., Osman, K., & Green, G. (2020). *The role of early rehabilitation following total hip arthroplasty*. Journal of Orthopaedics, 21, 10–14.

Krysa, J. A., Ho, C., O'Connell, P., & Pohar Manhas, K. (2022). Clinical practice recommendations for prehabilitation and post-operative rehabilitation for arthroplasty: A scoping review. *Musculoskeletal Care*, 20(3), 503–515. https://doi.org/10.1002/msc.1621

Melo, C., Fernandes, M., & Pacheco, P. (2022). Intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 45-60. https://doi.org/10.12707/RPER5.2.2022.45

Moon, J. A. (1999). Reflection in learning and professional development: Theory and practice. Routledge.

Morse, J. M. (1989). *Preventing patient falls*. SAGE Publications.

Mourad, L. (2010). *Ortopedia*. Madrid: Mosby.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment*. Journal of the American Geriatrics Society, 53(4), 695–699.

Oliveira, M. (2017). Avaliação da funcionalidade de idosos institucionalizados: Relação entre o Índice de Barthel e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF). *Revista Brasileira de Iniciação Científica, 4*(9), 22–33.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 8 de fevereiro de 2010.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para Documentação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, (26/2019, Série II de 2019-02-06). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 88 — 8 de maio de 2019.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Organização Mundial da Saúde. (2001). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Chronic rheumatic conditions: Fact sheet*. World Health Organization. https://www.who.int

Papalia, R., Campi, S., Vorini, F., Zampogna, B., Vasta, S., Papalia, G., Fossati, C., Torre, G., & Denaro, V. (2020). The role of physical activity and rehabilitation following hip and knee arthroplasty in the elderly. *Journal of Clinical Medicine, 9*(5), 1401. https://doi.org/10.3390/jcm9051401

Peixoto, M. J., & Peixoto, M. (2016). A reflexão na prática clínica em enfermagem: Uma abordagem teórica. Revista de Enfermagem Referência, 4(10), 147–156. https://doi.org/10.12707/RIV16010

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Pinto, M., & Mota, R. (2023). *A importância da utilização de instrumentos validados na prática de enfermagem de reabilitação*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 6(1), 45–52.

Ribeiro, O. (2021). *Capacitação e empoderamento em enfermagem de reabilitação: Um guia para a prática clínica*. Porto: ESEP Editora.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Práticas especializadas centradas na pessoa e família*. Lisboa: Lidel.

Ribeiro, O. M. P. L. (2021). Comunicação em enfermagem: uma competência essencial para a qualidade dos cuidados. Referência, Série V (10), 135–142. https://doi.org/10.12707/RV20094

Rodrigues, M. J. (2018). Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: Perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 121–130. https://doi.org/10.12707/RIV18033

Sabe, L., Murri, L., Quintana, M., Roca, I., Bello, M. J., & Peña-Casanova, J. (2008). *A short form of the Barcelona Test for language in dementia*. Journal of the International Neuropsychological Society, 14(1), 95–102.

Silva, C., Pinto, T., & Mota, A. (2022). Práticas especializadas em enfermagem: O papel do enfermeiro especialista na gestão da qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 45

Silva, R., Fernandes, M. I., & Simões, J. (2016). A importância dos registos de enfermagem: continuação dos cuidados e garantia de qualidade. Revista de Enfermagem Referência, 4(10), 59–68. https://doi.org/10.12707/RIV16048

Simental-Mendía, M., Hernández-Hernández, M. E., Acosta-Olivo, C., & Vilchez-Cavazos, F. (2022). *Early rehabilitation after total hip arthroplasty: A systematic review*. Orthopedic Reviews, 14(1), 1–7.

Stowers, M. D., Lemanu, D. P., Coleman, B., Hill, A. G., & Munro, J. T. (2014). Review article: Perioperative care in enhanced recovery for total hip and knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 22(3), 383–392. https://doi.org/10.1177/230949901402200324

Tinetti, M. E. (1986). *Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients*. Journal of the American Geriatrics Society, 34(2), 119–126.

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Giraldo, M., Übelacker, S., & Eisenhuber, E. (2007). *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen*. Stroke, 38(11), 2948–2952.

Ventura-Silva, J. M., Moreira, A. D. A., & Freitas, M. C. (2021). O mandato social do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: contributos para a prática clínica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 4(1), 24–32. https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.01.8331

Widmer, P., Oesch, P., & Bachmann, S. (2022). Effect of prehabilitation in form of exercise and/or education in patients undergoing total hip arthroplasty on postoperative outcomes: A systematic review. *Medicina*, 58(6). https://doi.org/10.3390/medicina58060742

Yip, K. H. (2018). Nursing care for patients undergoing total hip arthroplasty. *Care, Health, Arthritic Management Editorial, (12)*.

Zadikoff, C., Fox, S. H., Tang-Wai, D. F., Thomsen, T., de Bie, R. M., Wadia, P. M., & Lang, A. E. (2008). *A comparison of the mini mental state exam to the Montreal Cognitive Assessment in identifying cognitive deficits in Parkinson's disease*. Movement Disorders, 23(2), 297–299.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- PROJETO DE ESTÁGIO

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista

OBJETIVO GERAL	Desenvolver competências do domínio da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal** **A1 -** Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; **A2 -** Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; **B - Domínio da Melhoria da Qualidade** **B1 -** Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; **B2 -** Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; **B3 -** Garante um ambiente terapêutico e seguro; **C - Domínio da gestão dos cuidados** **C1 -** Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; **C2 -** Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; **D - Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** **D1 -** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; **D2 -** Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; **J1 -** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; **J2 -** Capacita a pessoa com deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; **J3 -** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Realização de uma visita orientada em cada local do ensino clínico; - Consultar de normas, protocolos, instrumentos de registo; - Observar a atuação dos EEER e a sua interação com a equipa multidisciplinar;	- Efetua visita orientada em ambos os locais do ensino clínico; - Consulta normas, protocolos e instrumentos de registos nos locais do ensino clínico; - Observa interação e a atuação dos EEER na equipa multidisciplinar;

- Basear as intervenções de EEER junto do cuidador através da Teoria de Dorothea Orem; - Adquirir os conhecimentos teóricos baseados na evidência científica, sobre intervenções do EEER na pessoa submetida à ATA; - Desenvolver projetos de melhoria contínua e programas de reabilitação na área da ATA; - Desenvolver programas de reeducação funcional motora;	- Baseia a prática clínica na Teoria de Dorothea Orem; - Realiza pesquisas para adquirir conhecimentos teóricos baseados na evidência científica, sobre as complicações na pessoa submetida à ATA; - Desenvolve projetos de melhoria contínua e programas de reabilitação na área da ATA; - Aplica programas de reeducação funcional motora;
RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador. **Materiais:** Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); **Físicos:** Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Implementar uma prática profissional fundamentada na evidência científica e em princípios éticos, deontológicos e legais.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**A1 -** Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. **A2 -** Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. **D1-** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. **D2 -** Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Desenvolver o exercício profissional de acordo com o código Deontológico; - Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa e família, mantendo a privacidade, valores, crenças religiosas e pessoais e costumes; - Refletir sobre a prestação dos cuidados de enfermagem prestados, participando de forma ativa e adequada na tomada de decisão; - Contribuir para a ampliação do conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada na intervenção do EEER, por meio de pesquisa em bases de dados.	- Desenvolve práticas de cuidados de enfermagem alinhadas com os princípios éticos; - Demonstra o envolvimento ativo da pessoa e da família/cuidador no processo de reabilitação e na tomada de decisões, em conformidade com as intervenções da equipa multidisciplinar; - Mostra capacidade de reflexão crítica, participando efetivamente na tomada de decisões em colaboração com a equipa multidisciplinar; - Aplica e apresenta trabalhos fundamentados na evidência científica.

RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador. **Materiais:** Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); **Físicos:** Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Integrar a equipa multidisciplinar e promover práticas de qualidade, impulsionando o desenvolvimento de programas de melhoria contínua nos locais de estágio.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**B1 -** Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. **B2 -** Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. **B3 -** Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Desenvolver e implementar protocolos clínicos específicos para cuidados pós-operatórios da pessoa submetida à ATA; - Desenvolver e implementar programas de educação para a saúde permanente para a equipa multidisciplinar; - Conduzir pesquisas sobre novas intervenções de reabilitação; - Implementar medidas de gestão de riscos para prevenir complicações pós-operatórias; - Adaptar o ambiente físico para a reabilitação, incluindo equipamentos e espaços adequados. - Desenvolver programas de suporte emocional e psicológico para pacientes e familiares/cuidadores.	- Implementa e desenvolve cuidados de ER, sob supervisão do Enfermeiro Orientador, em contexto hospitalar e na comunidade; - Articula com os restantes membros da equipa multidisciplinar programas de educação para a saúde; - Realiza a apreciação da pessoa com recurso a instrumentos de avaliação específicos; - Realiza programas de reabilitação adequados às necessidades específicas de cada pessoa; - Desenvolve programas de reabilitação na área motora e respiratória;

RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador. **Materiais:** Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); **Físicos:** Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Desenvolver competências na gestão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, melhorando a eficiência da equipa de saúde e assegurando a qualidade dos cuidados prestados.	
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**C1 -** Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. **C2 -** Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	
ATIVIDADES A DESENVOLVER		**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Apresentação aos enfermeiros orientadores e à equipa multidisciplinar; - Conhecer o funcionamento e organização do serviço; - Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; - Colaborar com a equipa multidisciplinar no acompanhamento contínuo dos cuidados de ER; - Assegurar a supervisão e orientação para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados a outros profissionais de saúde, familiares/cuidadores; - Compreender a importância do papel no EEER no enquadramento dos serviços e na prestação de cuidados diferenciados à pessoa/família/cuidador.		- Demonstra conhecimento sobre a organização e os recursos disponíveis nos diferentes locais do ensino clínico; - Demonstra compreensão do funcionamento da equipa multidisciplinar; - Colabora com a equipa multidisciplinar no processo de cuidados contínuos de ER; - Mostra habilidades de apoio, transferência de responsabilidades, supervisão profissionais de saúde, familiares/cuidadores, garantindo a segurança e excelência das ações delegadas; - Cria um ambiente positivo e utiliza táticas para motivar e envolver a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.
RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador. **Materiais:** Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); **Físicos:** Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.	

OBJETIVO ESPECÍFICO	Praticar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação que capacitem a pessoa/ cuidador no processo de transição.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**J1 -** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

ATIVIDADES A DESENVOLVER	**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Identificar através da recolha de anamnese necessidades da pessoa/família/cuidador; - Avaliar a capacidade da pessoa para realizar AVD e identificar fatores que auxiliam ou dificultam sua independência na realização das mesmas; - Analisar o efeito psicossocial das mudanças na capacidade funcional, que influenciam a capacidade de se adaptar; - Reconhecer as carências nas áreas motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias, nutricionais, de excreção e sexualidade, e criar planos de reabilitação personalizados para melhorar e reeducar as capacidades funcionais; - Estabelecer com o Enfermeiro orientador as ações mais adequadas e prioritárias para melhorar a funcionalidade; - Incluir a pessoa/ família/ cuidador na definição das ações a serem realizadas para melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida; - Verificar os efeitos das intervenções de ER aplicadas, utilizando ferramentas/escalas adequadas; - Executar e colocar em prática os planos de reabilitação, que incentivam o autocuidado e a manutenção dos cuidados; - Incluir a família/cuidador no planeamento da alta e identificar as necessidades ao adotar no regresso a casa;	- Identifica as necessidades especiais da pessoa/ família/ cuidador; - Examina a capacidade da pessoa para realizar as AVD, juntamente com os fatores que auxiliam ou dificultam sua independência; - Analisa as consequências psicossociais decorrentes das mudanças na capacidade funcional; - Reconhece as necessidades de atuação para melhorar e reeducar as habilidades funcionais em diversos níveis criando programas de reabilitação personalizados a cada pessoa; - Determina com o Enfermeiro orientador as intervenções para reabilitar a capacidade funcional de cada pessoa; - Incluiu a pessoa/família/cuidador no planeamento das ações a serem tomadas para melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida; - Aplica as intervenções de enfermagem de reabilitação, utilizando ferramentas/escalas adequadas e validadas; - Incluiu a família/cuidador na preparação para a alta e de acordo as necessidades para o retorno ao domicilio/ comunidade; - Cria registros de enfermagem que evidenciaram a ação realizada pelo EEER.

- Preparar documentos de enfermagem que evidenciem a ação realizada pelo EEER.	
RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador. **Materiais:** Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); **Físicos:** Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Implementar intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida à ATA e durante o processo de preparação para a alta.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**A1 -** Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; **A2 -** Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; **C1 -** Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; **D1 -** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; **D2 -** Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; **J1 -** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; **J2 -** Capacita a pessoa com deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; **J3 -** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Realizar ensinos à pessoa/família/cuidador de acordo com o potencial para a prevenção de complicações pós-operatórias; - Estabelecer um plano individualizado e centrado na pessoa de modo a contribuir para a sua independência a nível funcional; - Determinar numa fase inicial o nível de dependência funcional à pessoa submetida à ATA aquando da admissão em contexto hospitalar; - Determinar o nível dependência funcional à pessoa submetida à ATA para a realização das AVD, no pós-operatório; - Determinar o nível dependência funcional à pessoa submetida à ATA para a realização das AVD, na comunidade/domicílio; - Avaliar a perceção da pessoa submetida à ATA sobre dificuldades no regresso ao domicílio;	- Desenvolve ensinos de acordo com o potencial para a prevenção de complicações; - Desenvolve estratégias de resolução centradas na pessoa/família/cuidador; - Gere a prática de cuidados promovendo a segurança, - Recolhe informações adequada sobre as necessidades encontradas; - Elabora planos de cuidados que contribuem para a reinserção na comunidade; - Identifica condições dos domicílios e orienta de modo a evitar os riscos e promovendo uma recuperação segura; - Ensina medidas que promovam a recuperação da pessoa submetida à ATA;

- Determinar a perceção da pessoa submetida à ATA relativamente aos cuidados do EEER.	- Assegura a continuidade dos cuidados no domicílio/ comunidade.
RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador. **Materiais:** Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); **Físicos:** Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Promover a autonomia funcional das pessoas submetidas à ATA capacitando-as para alcançar a autonomia.	
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**J2 -** Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. **J3 -** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	
ATIVIDADES A DESENVOLVER		**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Elaborar registos de enfermagem detalhados que evidenciem as ações realizadas pelo EEER; - Detetar problemas que possam restringir a funcionalidade no quotidiano do paciente, envolvendo a família/cuidador na identificação das mudanças necessárias e estratégias a serem adotadas utilizando técnicas que incentivem o autocuidado; - Aplicar auxiliares de apoio como dispositivos compensatórios para o treino das AVD e exercícios físicos; - Fornecer orientação, capacitação e educação sobre o uso de produtos de apoio para fomentar a independência funcional, reduzindo riscos; - Desenvolver, aplicar e acompanhar planos de reabilitação, supervisionados pelo Enfermeiro orientador, para adaptar às limitações na realização das AVD e maximizar o bem-estar e a qualidade de vida; - Colaborar em parceria com outras instituições de saúde para assegurar a continuidade do programa de reabilitação implementado; - Fundamentar a prática clínica em literatura com a evidência científica disponível;		- Analisa mudanças que resultaram em limitações nas atividades; - Deteta problemas que comprometeram a funcionalidade no quotidiano da pessoa; - Utiliza auxiliares de apoio como dispositivos compensatórios para o treino das AVD e para exercícios físicos; - Fornece orientação sobre o uso de produtos de apoio, visando promover a independência funcional, reduzir fatores de risco; - Desenvolve, aplica e acompanha planos de reabilitação, sob a supervisão do Enfermeiro orientador, visando a adaptação às limitações identificadas para a realização das AVD e maximizar o bem-estar e a qualidade de vida; - Colabora com outras instituições de saúde para garantir a continuidade do programa de reabilitação; - Fundamenta a prática clínica na literatura com evidências científicas.
RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador.	

	Materiais: Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); **Físicos:** Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Identificar recursos e oportunidades disponíveis na comunidade do paciente, permitindo-lhe melhorar sua qualidade de vida e facilitar sua recuperação.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	**B1 -** Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. **B2 -** Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. **B3 -** Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. **J1 -** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. **J2 -** Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. **J3 -** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	**CRITÉRIOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
- Mobilizar conhecimentos adquiridos ao longo da formação; - Identificar as necessidades da pessoa, família/cuidador que possam condicionar o processo de transição; - Avaliar a pessoa atendendo a sua estrutura de suporte para a reintegração na comunidade; - Implementar estratégias que promovam a reinserção na comunidade através da utilização dos recursos disponíveis; - Gerir as expectativas da pessoa/família/cuidador no processo de reabilitação; - Colaborar com a equipa multidisciplinar na prática de cuidados no processo de transição.	- Recolhe informação adequada sobre as necessidades; - Elabora planos de reabilitação que visam a contribuir para a reinserção na comunidade; - Avalia condições habitacionais e orienta fatores que dificultem o regresso a casa, minimizando os riscos; - Implementa estratégias que promovam a reinserção na comunidade; - Gere as expectativas da pessoa/família/cuidador no processo de reabilitação; - Assegura a continuidade de cuidados no processo de transição.

RECURSOS	**Humanos:** Equipa multidisciplinar; Enfermeiro Orientador; Professor Orientador; Utente e família/cuidador. **Materiais:** Documentos do Serviço (Manuais; Legislação; Protocolos; Normas; Instrumentos de Registo e de Alta; Código Deontológico; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação);

	Físicos: Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal; Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque; Hospital Nª Senhora do Rosário- Medicina Interna; Hospital Ortopédico Santiago do Outão- Ortopedia; **Temporais:** Cronograma.

CRONOGRAMA

		2024																								2025						
MESES		**MAIO JUNHO**			**JUNHO JULHO**				**JULHO**					**SETEMBRO OUTUBRO**					**OUTUBRO NOVEMBRO**					**NOVEMBRO DEZEMBRO**		**DEZEMBRO JANEIRO**						
LOCAL		**UCC**			**UCC/UCCI**				**UCCI**					**Serviço de Medicina Interna**										**Serviço de ortopedia**		**Comunidade**						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**1**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBJETIVO GERAL	**1**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

APÊNDICE 2 – ESTUDO CASO: PESSOA COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1.º Ano – 2.º Semestre

ESTUDO CASO

Pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica

João Carlos da Costa Sardinha

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1.º Ano – 2.º Semestre

ESTUDO CASO

Pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica

Discente:
João Sardinha, n.º 112250

Docente:
Mestre Gonçalo Rosa

Monte da Caparica
julho 2024

Lista de Abreviaturas e Siglas

- **AVC**- Acidente Vascular Cerebral,
- **AVD**- Atividades de Vida Diária;
- **Bpm**- batimentos por minuto;
- **CIPE**- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem;
- **Cpm**- ciclos por minuto;
- **ECG**- Eletrocardiograma;
- **EEB**- Escala de Equilíbrio de Berg;
- **EEER**- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- **ELA**- Esclerose Lateral Amiotrófica;
- **EQM**- Escala de Quedas de Morse;
- **Mg**- Miligrama;
- **MIF**- Escala de Medida de Independência Funcional;
- **MmHg**- Milímetros de mercúrio;
- **MRC**- Medical Research Council;
- **RM CE**- Ressonância Magnética Crânio-encefálica;
- **RX Tórax**- Radiografia do Tórax;
- **SpO_2**- Saturações Periféricas de oxigénio;
- **Sr**.- Senhor;
- **TAC CE**- Tomografia computorizada Crânio-encefálica;
- **TSE**- Teoria dos Sistemas de Enfermagem;
- **UCCI**- Unidade de Cuidados Continuados Integrados;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 6
1. COLHEITA DE DADOS 7
2. EXAME FÍSICO 10
3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA 11
4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA 12
4.1 Estado Mental 12
4.2 Pares Cranianos 12
5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE 17
5.1 Força muscular 17
5.2 Tónus Muscular 18
5.3 Coordenação Motora 19
5.4 Sensibilidade 20
5.5 Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda 21
5.6 Avaliação da Marcha 23
6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO 25
7. PLANO DE CUIDADOS 29
7.1 Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem 29
7.2 Plano de Cuidados do Senhor F.O 31
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 40
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 41
APÊNDICES 42
Apêndice 1- Escala de Borg modificada 43
Apêndice 2- Escala de Coma de Glasgow 43
Apêndice 3- Escala de Força Muscular MRC 44
Apêndice 4- Escala Modificada de Ashworth 44
Apêndice 5- Escala de Equilíbrio de Berg 45
Apêndice 6- Escala de Quedas de Morse 45
Apêndice 7- Categorias Funcionais de Marcha 46
Apêndice 8- Índice de Barthel 47
Apêndice 9- Escala de MIF 48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Dados Antropométricos 10
Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória 11
Tabela 3- Avaliação do Estado Mental 12
Tabela 4- Avaliação dos Pares Cranianos 16
Tabela 5- Avaliação da Força Muscular 18
Tabela 6- Avaliação do Tónus Muscular 19
Tabela 7- Avaliação da Coordenação Motora 20
Tabela 8- Avaliação da Sensibilidade 20
Tabela 9- Avaliação do Equilíbrio associado ao Risco de Queda 21
Tabela 10- Escala de Equilíbrio de Berg 22
Tabela 11-Escala de Quedas de Morse 23
Tabela 12- Categorias Funcionais de Marcha 24
Tabela 13-Avaliação do Índice de Barthel 27
Tabela 14- Avaliação da Escala de MIF 28
Tabela 15- Plano de Cuidados do Sr. F.O 39

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1.º Ensino Clínico, durante o 2.º semestre do 1.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi-nos proposto a realização de um Estudo Caso.

A Enfermagem de Reabilitação integra um conjunto especializado de conhecimentos e procedimentos específicos, que possibilitam ganhos em saúde em todos os contextos de prática. Esta abordagem permite a prevenção de incapacidades e a recuperação de aptidões pessoais, contribuindo para a independência e a satisfação máxima do paciente (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) destaca-se pelo elevado nível de conhecimento e experiência, que o capacitam a tomar decisões focadas na promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, aumentando o potencial dos pacientes sob seus cuidados (Regulamento n.º 392/2019).

O estudo de caso aborda o tema da "Pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica", o exemplo do senhor F.O evidencia que é fundamental a recuperação de um ato rotineiro e automático no dia a dia, que foi perdido após agravamento progressivo da doença.

Deste modo o principal objetivo deste estudo de caso é aplicar os conhecimentos científicos e teórico-práticos adquiridos ao longo do curso, através da avaliação de necessidades do Sr. F.O e do desenvolvimento do plano de cuidados de reabilitação baseado na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem. O plano de cuidados de reabilitação é elaborado mediante a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Durante o processo de colheita de informações clínicas foram aplicados os princípios éticos e legais da profissão, garantindo a privacidade do Sr. F.O Foi realizado um acompanhamento dos cuidados de enfermagem e consultado o processo clínico de modo a permitir o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação baseado nas necessidades do Sr. F.O.

1. COLHEITA DE DADOS

Identificação e história de Vida:

F.O do sexo masculino de 57 anos de idade, nascido a 19-06-1967, solteiro, natural do Gana, de onde saiu por volta de 1993 para o Brasil e daí para a Venezuela. Por volta de 1998 veio para Portugal onde viveu cerca de 20 anos numa casa na Amadora e terá depois emigrado durante 6 anos para a Alemanha. Regressou em setembro de 2023 para Portugal, estando a residir sozinho desde então num quarto alugado numa casa perto da estação de Santa Apolónia, com apoio dos vizinhos para a alimentação e restantes despesas. Desempregado. Tem 3 irmãos no Gana. Fé protestante (pertence à igreja Pentecostal). Refere ser previamente autónomo nas atividades de vida diária (AVD). Refere ser dextro.

Condições habitacionais:

Residia sozinho num quarto alugado;
Apartamento, com escadas, eletricidade e saneamento disponível.

Antecedentes pessoais:

- Suspeita de evento cerebral isquémico no passado - referido episódio de "*queda por trombose*" (sic) há cerca de 7 anos - refere que quando foi para a Alemanha "fiquei curado e consegui voltar a trabalhar"; TC-CE e RM-CE (18/01) com evidência de lesão isquémica antiga no córtex motor esquerdo;
- Hipertensão arterial, não medicada;

Medicação habitual:

Nega medicação habitual.

Alergias:

Desconhece alergias medicamentosas e/ou outras.

História familiar:

Antecedentes familiares de referida hipertensão arterial. Nega conhecimento de outros.

Motivo de ida ao serviço de urgência:

Aparentemente no seu estado de saúde habitual até há cerca de cinco meses, quando iniciou quadro de fraqueza muscular do membro superior direito, com progressão para o membro inferior direito, seguido do membro superior esquerdo, seguido do

membro inferior esquerdo. Nega alterações da sensibilidade, dificuldade na deglutição ou episódios de engasgamento com sólidos e líquidos, incontinência de esfíncteres, retenção urinária, obstipação, ou outra sintomatologia. Na manhã de dia 18/01/2024, ao levantar-se da cama refere sensação de fraqueza e tremor dos membros inferiores com mal-estar associado, sem outra sintomatologia, tendo pedido ajuda a vizinha.

Neste contexto, foi trazido ao Serviço de Urgência do Hospital de São José. Na triagem, por aparente hemiparesia direita, foi contactada a Via Verde de AVC. À observação, com disartria, ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita, atrofia dos interósseos das mãos bilateralmente e tetraparésia espástica dos quatro membros, pior nos membros superiores e à direita; sem alterações grosseiras da sensibilidade termoálgica; hiperreflexia generalizada, com área reflexogénea aumentada; reflexo cutâneo-plantar extensor à direita e indiferente à esquerda. Realizou tomografia computorizada crânioencefálica com angio-TC e ressonância magnética crânioencefália e sagital cervical, apenas com evidência de leucoencefalopatia subcortical vascular microangiopática crónica e alterações degenerativas disco-vertebrais, a que se associam complexos discosteoligamentares posteriores de maior expressão em C5-C6, a condicionar redução do espaço subaracnoideu anterior e moldagem da vertente anterior da medula e a merecer reavaliação por estudo eletivo dirigido.

Foi pedida colaboração da Neurologia, que, perante suspeita de doença de neurónio motor, foi proposto internamento para estudo no Serviço de Neurologia do Hospital de São José.

Evolução do internamento:

O internamento decorreu sem intercorrências major. Por perfil hipertensivo, com pressão arterial sistólica máxima de 180 milímetros de mercúrio (mmHg) e diastólica de 100mmHg, iniciou terapêutica com ramipril 5miligrama (mg) e amodipina 10mg, com posterior necessidade de introdução de hidroclorotiazida 25mg.

Do ponto de vista neurológico, verificou-se dificuldade progressiva na marcha, com restante clínica neurológica sobreponível.

Realizou ressonância magnética do neuroeixo (24/01), que evidenciou discreto hipersinal em T2 e T2/FLAIR a envolver o trato cortico-espinhal, bilateralmente, particularmente nos braços posteriores das cápsulas internas e no trajeto mesencefálico, e hipossinal em SWI do córtex pré-central (sinal da banda motora), também bilateralmente, sugestivos de ELA; evidencia também mielopatia compressiva ao nível de C5-C6. Realizou eletromiograma (26/01) com evidência de

a lesão a nível pré-ganglionar sinais de desnervação ativa, incluindo fasciculações, e sinais de reinervação crónica em miótomos cervicais e sinais de desnervação ativa em miótomos dorsais, lombo-sagrados e bulbares, apoiando, neste contexto clínico, a suspeita diagnóstica de doença do neurónio motor/esclerose lateral amiotrófica.

Perante exclusão de outras causas que justificassem o quadro clínico atual com sinais de primeiro e segundo neurónio motor generalizados, admite-se diagnóstico de doença do neurónio motor - Esclerose Lateral Amiotrófica. Perante este diagnóstico, iniciou-se medicação com riluzol 50mg 12/12h e pediu-se colaboração dos Cuidados Paliativos e da Psicologia.

Para avaliação de disfagia, foi observado pela terapeuta da fala (23/01), que considerou haver ligeira disfagia, mas a tolerar ainda dieta com sólidos e líquidos sem evidência de engasgamento; realizou estudo da deglutição (24/01), com evidência de dismotilidade orofaríngea ligeira a moderada, mas sem episódios de aspiração para a via aérea ao longo do estudo, admitindo-se satisfatória proteção da via aérea.

Do ponto de vista respiratório, manteve-se bem saturado em ar ambiente e sem sinais de dificuldade respiratória; realizou provas de função respiratória (24/01), sem evidência de alterações ventilatórias significativas, com moderada diminuição da pressão inspiratória máxima.

Do ponto de vista social, foi feita candidatura à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (unidade de longa duração), tendo surgido vaga na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de São Roque, tendo sido transferido a 24/06/2024.

2. EXAME FÍSICO

Dados antropométricos	Sexo: Masculino | Peso: 60 Kg | Altura: 170 cm
Exame físico sumário (27-06-2024)	Eupneico em ar ambiente, com Frequência Respiratória de 15 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigénio (SpO2) de 99%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude. Tensão arterial: 131/64mmHg; Frequência cardíaca: 79 batimentos por minuto (bpm); Apirético com temperatura timpânica de 36,5ºC. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem lesões visíveis. Tronco e membros de características normais.

Tabela 1- Dados Antropométricos

3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Para avaliar a função respiratória do Sr. F.O, foi aplicada a Escala de Borg modificada, que mede o grau de dispneia apresentado (Borg, 1982) (Apêndice 1).

Função Respiratória (27/06/2024)	
Inspeção	Eupneico, respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
Palpação	Hemotórax esquerdo e direito sem alterações.
Percussão	Presença de som claro pulmonar.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
Tosse	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
Escala de Dispneia de Borg modificada	Nenhuma dispneia (0).

Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória

4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Para avaliar o estado mental do Sr. F.O, foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974) (Apêndice 2).

4.1 Estado Mental

Estado mental (27/06/2024)	
Estado de Consciência	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de *Glasgow* (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal (5), cumpre ordens (6)).
Orientação	Orientado, auto e alo psiquicamente.
Atenção	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
Memória	A memória sensorial, imediata, recente e remota, não apresentam alterações.
Linguagem	Compreensão, nomeação, repetição, leitura sem alterações. Apresenta disartria.
Capacidades práxicas	Não tem capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (ex: beber água pela garrafa) mas tem capacidade de icónicos intransitivos (ex: assobiar).
Negligência hemiespacial unilateral	Não apresenta neglet.

Tabela 3- Avaliação do Estado Mental

4.2 Pares Cranianos

Pares Cranianos (27/06/2024)					
N.º	**Nervo**	**Função**	**Componente**	**Teste**	**Avaliação**
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados. Avaliadobilateralmente. Coloquei objetos com cheiro facilmente identificável junto da narina- café e perfume.	Sem alterações.

II	Ótico	Visão	Sensitivo	Olho fechado alternadamente. Avaliado bilateralmente. <u>Acuidade visual:</u> Pedi a contagem de dedos junto do olho, a 3 e 6 metros de distância. <u>Campo de visão:</u> Pedi que acompanhasse o meu dedo indicador enquanto o deslocava da periferia para o centro visual, solicitei que indicasse quando o deixava de ver.	Sem alterações.
III	Óculomotor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Foram avaliados em conjunto o III, IVe VI pares cranianos. Avaliação efetuada com ambiente escurecido. Incidi a luz da lanterna, do canto externo para o interno de cada olho. Detetei a reação, tamanho e forma das pupilas. Fiz movimentos simples em forma de H e pedi à pessoa que seguisse o percurso do dedo.	Sem alterações. Ambas as pupilas de forma redonda. Excluído estrabismo.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho			
VI	Motor ocular externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho			

V	Trigémeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Perceções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Pediu-se à pessoa para fechar os olhos. Foi testada a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na divisão oftálmica, maxilar e mandibular, bilateralmente. Foi testado o reflexo córneo-palpebral com algodão. Avaliada a capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria dos movimentos de mastigação.	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo. Reflexo córneo-palpebral mantido no olho direito e esquerdo (existe lacrimejo e pestanejo). Capacidade para encerrar e mover a mandibula mantido no lado esquerdo e direito. Movimentos de mastigação mantidos simetricamente

VII	Facial	Controlo dos músculos faciais – mimica facial (ramo motor) Perceção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a presença dos movimentos e expressão facial (sorrir, franzir o sobrolho com encerramento firme das pálpebras). Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Sem dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Sem alterações. Conseguiu franzir o sobrolho e encerrar ambas as pálpebras. Reconheceu todos os sabores sem dificuldades.
VIII	Estato-acústico	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição.	Sensitivo	<u>Divisão coclear:</u> Avaliado bilateralmente. Utilizei um relógio com som dos ponteiros e pedi que identificasse o som a várias distâncias (0,5m e 4m). <u>Divisão vestibular:</u> Testado o equilíbrio dinâmico e estático sentado e em ortostatismo.	Sem alterações na divisão coclear. Equilíbrio presente na posição de sentado, e ausente na posição ortostática. Incapacidade de realizar teste de Rinner e Weber.

IX	Glossofaríngeo	Perceção gustativa no terço posterior da língua, perceções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e motor	Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Perceções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vómito. Verificado se apresentava alteração no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou odinofagia.	Sem alterações.
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido mastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Motor	Avaliada a capacidade de elevação dos ombros e lateralizar a cabeça bilateralmente, contra a resistência das minhas mãos.	Apresenta controlo motor da musculatura cervical.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras	Motor	Avaliados os movimentos da língua com e sem resistência da espátula.	Sem alterações.

Tabela 4- Avaliação dos Pares Cranianos

5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

5.1 Força muscular

Com o objetivo de avaliar a força muscular do Sr. F.O, utilizou-se a Escala de Força Muscular (MRC) (Medical Research Council, 1976) (Apêndice 3).

Segmentos	**Movimentos**	**Força Muscular**		**Força Muscular**		**Força Muscular**	
		27/06/2024		**01/07/2024**		**09/07/2024**	
		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Inclinação direita	5	5	5	5	5	5
	Inclinação esquerda	5	5	5	5	5	5
	Rotação	5	5	5	5	5	5
Escapulo umeral	Flexão	3	3	3	3	4	4
	Extensão	3	3	3	3	4	4
	Adução	3	3	3	3	4	4
	Abdução	3	3	3	3	4	4
	Rotação interna	3	3	3	3	4	4
	Rotação externa	3	3	3	3	4	4
Cotovelo	Flexão	2	2	3	3	3	3
	Extensão	2	2	3	3	3	3
Antebraço	Pronação	0	0	0	0	0	0
	Supinação	0	0	0	0	0	0
Punho	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0	0	0
	Desvio radial	0	0	0	0	0	0
Dedos da mão	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Oponência	0	0	0	0	0	0

Coxo-femoral	Flexão	3	3	3	3	3	3
	Extensão	3	3	3	3	3	3
	Adução	3	3	3	3	3	3
	Abdução	3	3	3	3	3	3
	Rotação interna	3	3	3	3	3	3
	Rotação externa	3	3	3	3	3	3
Joelho	Flexão	3	3	3	3	3	3
	Extensão	3	3	3	3	3	3
Tibiotársica	Flexão	2	2	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2	2	2
	Inversão	2	2	2	2	2	2
	Eversão	2	2	2	2	2	2
Dedos dos pés	Flexão	2	2	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2	2	2
	Adução	2	2	2	2	2	2
	Abdução	2	2	2	2	2	2

Tabela 5- Avaliação da Força Muscular

5.2 Tónus Muscular

Para avaliar o tônus muscular do Sr. F.O, utilizou-se a Escala Modificada de *Ashworth* (Bohannon & Smith, 1987) (Apêndice 4).

Segmentos	**Movimentos**	**Tónus Muscular**		**Tónus Muscular**	
		27/06/2024		**01/07 e 09/07**	
		Lado esquerdo	**Lado direito**	**Lado esquerdo**	**Lado direito**
Cabeça e pescoço	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Inclinação direita	0	0	0	0
	Inclinação esquerda	0	0	0	0
	Rotação	0	0	0	0
Escapulo-umeral	Flexão	1	1	1	1
	Extensão	1	1	1	1
	Adução	1	1	1	1
	Abdução	1	1	1	1
	Rotação interna	1	1	1	1
	Rotação externa	1	1	1	1
Cotovelo	Flexão	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2
Antebraço	Pronação	3	3	3	3

	Supinação	3	3	3	3
Punho	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Desvio cubital	4	4	4	4
	Desvio radial	4	4	4	4
Dedos da mão	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4
	Oponência	4	4	4	4
Coxo- femoral	Flexão	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2
	Adução	2	2	2	2
	Abdução	2	2	2	2
	Rotação interna	2	2	2	2
	Rotação externa	2	2	2	2
Joelho	Flexão	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2
Tibiotársica	Flexão	1	1	1	1
	Extensão	1	1	1	1
	Inversão	1	1	1	1
	Eversão	1	1	1	1
Dedos dos pés	Flexão	1	1	1	1
	Extensão	1	1	1	1
	Adução	1	1	1	1
	Abdução	1	1	1	2

Tabela 6- Avaliação do Tónus Muscular

5.3 Coordenação Motora

Para avaliar a evolução motora do Sr. F.O, realizaram-se os testes Índex-nariz e Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

Coordenação Motora	
Prova Índex-Nariz	
27/06/2024	Na prova Index-nariz, o Sr. F.O apresenta hipometria dos membros superiores.
01/07/2024	Na prova Index-nariz, o Sr. F.O apresenta hipometria dos membros superiores.

09/07/2024	Na prova Index-nariz, o Sr. F.O apresenta hipometria dos membros superiores.
Prova Calcanhar-joelho	
27/06/2024	Na prova Calcanhar-joelho, o Sr. F.O apresenta hipometria dos membros inferiores.
01/07/2024	Na prova Index-nariz, o Sr. F.O apresenta hipometria dos membros superiores.
09/07/2024	Na prova Index-nariz, o Sr. F.O apresenta hipometria dos membros superiores.

Tabela 7- Avaliação da Coordenação Motora

5.4 Sensibilidade

Conforme descrito por Menoita (2012), em 27/06/2024 e 09/07/2024, a sensibilidade corporal do Sr. F.O foi avaliada.

Sensibilidade 27/06/2024 – 09/07/2024		**Face**		**Tronco**	**Membros Superiores**		**Membros Inferiores**	
		Lado direito	**Lado esquerdo**		**Lado direito**	**Lado esquerdo**	**Lado direito**	**Lado esquerdo**
Superficial	**Tátil**	P	P	P	P	P	P	P
	Térmica	P	P	P	P	P	P	P
	Dolorosa	P	P	P	P	P	P	P
Profunda	**Sentido de Pressão ou Barestesia**	P	P	P	P	P	P	P
	Vibratória ou Palestesia	P	P	P	P	P	P	P
	Postural ou cinético postural	D	D	D	D	D	D	D
Legenda: P (presente); **D** (diminuído).								

Tabela 8- Avaliação da Sensibilidade

5.5 Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda

Para avaliar o equilíbrio corporal do Sr. F.O, utilizou-se a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) (Berg et al., 1992), que mede o equilíbrio funcional, estático e sonoro e estima o risco de queda. O risco associado foi avaliado por meio da Escala de Quedas de Morse-EQM6 (Norma n.º 008/2019, pp. 1-17) (Apêndice 5 e 6).

	27/06/2024		**01/07/2024**		**09/07/2024**	
	Estático	**Dinâmico**	**Estático**	**Dinâmico**	**Estático**	**Dinâmico**
Equilíbrio funcional	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.

Tabela 9- Avaliação do Equilíbrio associado ao Risco de Queda

Escala de Equilíbrio de Berg			
Descrição dos itens	**27/06/2024**	**01/07/2024**	**09/07/2024**
1) Posição sentada para posição em pé.	0	1	1
2) Permanecer em pé sem apoio.	0	1	1
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.	0	0	0
4) Posição em pé para posição sentada.	1	2	2
5) Transferências.	0	1	1
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	0	0	0
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	0	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	0	0
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0	0

10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	0	0
11) Girar 360 graus.	0	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.	0	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.	0	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna.	0	0	0
TOTAL	1	5	5
CONCLUSÃO	Elevado Risco de Queda / equilíbrio diminuído	Elevado Risco de Queda / equilíbrio diminuído	Elevado Risco de Queda / equilíbrio diminuído
INTERPRETAÇÃO DA ANÁLISE:	**41-56 =** baixo risco de queda / equilíbrio bom; **21-40 =** risco de queda médio / equilíbrio médio; **0 - 20** = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

Tabela 10- Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Queda de Morse			
Item	**27/06/2024**	**01/07/2024**	**09/07/2024**
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0	0	0
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15	15

3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0	0	0
4. Terapia intravenosa Não Sim	0	0	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	20	20	20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	15	0	0
TOTAL	50	35	35
CONCLUSÃO	Médio Risco de Queda	Baixo Risco de Queda	Baixo Risco de Queda

Tabela 11-Escala de Quedas de Morse

5.6 Avaliação da Marcha

Para avaliar a marcha do Sr. F.O, utilizou-se o método das Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986), que detalha o suporte físico necessário para indivíduos durante a execução da marcha (Apêndice 7).

Categorias Funcionais de Marcha				
Definição	**Categoria**	**27/06/2024**	**01/07/2024**	**09/07/2024**
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0	**X**		
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1		**X**	**X**

O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2			
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3			
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4			
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5			

Tabela 12- Categorias Funcionais de Marcha

6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Para avaliar o grau de dependência no autocuidado do Sr. FO, utilizou-se o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a Escala de Medida de Independência Funcional-MIF (Granger et al., 1986) (Apêndice 8 e 9).

Índice de Barthel		**27/06/2024**	**01/07/2024**	**09/07/2024**
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	0	0	0
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.	0	5	5
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	0	0
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	0	0	0

Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0	0
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	0	0	0
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala	0	0	0
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	0	0	0
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)	0	0	0

Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)	0	0	0
Interpretação do Resultados	**100 pontos** – totalmente independente **99 a 76 pontos** – dependência leve **75 a 51 pontos** - dependência moderada **50 a 26 pontos** – dependência severa **25 e menos pontos** – dependência total	0	5	5

Tabela 13-Avaliação do Índice de Barthel

Escala de MIF			
	27/06/2024	**01/07/2024**	**09/07/2024**
Autocuidado			
A – Alimentação	2	2	2
B – Higiene pessoal	2	2	2
C – Banho (lavar corpo)	1	1	1
D – Vestir metade superior	2	2	2
E – Vestir metade inferior	2	2	2
F – Utilização da sanita	1	1	1
Controlo de Esfíncteres			
G – Vesical	1	1	1
H – Intestinal	1	1	1
Transferências			
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas	2	2	2
J – Sanitário	2	2	2
K – Banheira, duche	2	2	2
Locomoção			
L – Marcha, cadeira de rodas	1	1	1

M – Escadas	N/A	N/A	N/A
Comunicação			
N – Compreensão	7	7	7
O – Expressão	6	6	6
Cognição Social			
P – Interação social	6	6	6
Q – Resolução de problemas	2	2	2
R – Memória	7	7	7
TOTAL	48	48	48
NÍVEIS	7 Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)		SEM AJUDA
	<u>Dependência Modificada</u> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥50%) <u>Dependência Completa</u> 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥25%) 1 Ajuda total (indivíduo ≥0%)		AJUDA
CLASSIFICAÇÃO: **100** – Independência Total; **99-76** – Dependência Leve; **75-51** – Dependência Moderada; **50-26** – Dependência Grave; **≤25** – Dependência Total			

Tabela 14- Avaliação da Escala de MIF

7. PLANO DE CUIDADOS

7.1 Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem

Nesta teoria é determinada a forma de dar resposta às necessidades. O sistema de enfermagem é baseado nas necessidades de autocuidado apresentadas pela pessoa e nas capacidades que esta possuiu para o seu desempenho. Os cuidados de enfermagem são exigidos quando existe um défice entre aquilo que a pessoa pode realizar e o que necessita que seja realizado para manter o funcionamento desejado (Orem, 2001).

Tendo por base esta teoria, a Teoria do défice de autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE) é a base da prática de cuidados desenvolvidos durante a execução deste estágio. Segundo Orem (2001) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem "*estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de Enfermagem*". É nesta Teoria que é determinado como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos, dão resposta as necessidades de autocuidado do doente, numa relação entre as necessidades de autocuidado e capacidades de desempenho das atividades de autocuidado. Os cuidados de enfermagem são mediados pela existência de um défice de autocuidado, tendo por base o que a pessoa consegue realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Segundo Petronilho (2012), com objetivo de dar resposta aos requisitos de autocuidado dos indivíduos, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, que são:

- O Sistema Totalmente compensatório – utilizado quando os indivíduos não conseguem envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-os socialmente dependentes de outros para a sua sobrevivência e bem-estar, e que envolvem indivíduos incapazes de envolver-se em qualquer forma de ação deliberada (ex.: em coma); indivíduos conscientes, mas incapazes de desempenhar funções que impliquem a deambulação ou outros movimentos de manipulação (ex.: tetraplégicos); indivíduos com incapacidade para atender às suas necessidades e tomar decisões sobre o autocuidado ou outras funções, mas que não apresentam limitações físicas e que com supervisão ou orientação realizam algumas tarefas de autocuidado (pessoas com alterações cognitivas).

- O Sistema Parcialmente Compensatório – utilizado quando em situações que o enfermeiro, individuo ou outros, realizam tarefas de autocuidado relacionadas com a deambulação ou manipulação. Os cuidados são prestados pelo enfermeiro, que tenta compensar as limitações da pessoa, realizando por si as tarefas de autocuidados que o mesmo não consegue executar. O papel principal tanto pode ser do enfermeiro como da pessoa, e este varia consoante as limitações que advêm da condição de saúde do doente ou de prescrições médicas; consoante o conhecimento científico e técnico e das habilidades bem como da motivação/força de vontade da pessoa para executar ou aprender atividades específicas.

- O Sistema de Apoio – Educação, utilizado quando existe capacidade de autocuidado, no entanto é necessário apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o execução e desenvolvimento da atividade de autocuidado. A pessoa é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas necessárias com terapêuticas de autocuidado orientadas, necessitando de assistência. O enfermeiro deve utilizar como estratégias o apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem. Tendo em conta as Competências Específicas do EEER, definidas pela OE, o EEER "implementa programas de (…) reeducação funcional motora" e "ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)" e que vai de encontro ao que foi referido anteriormente (OE, 2019).

Com base na avaliação anteriormente realizada sobre o Sr. F.O, os seguintes objetivos foram definidos para o plano de cuidados de reabilitação:

- Promover a estimulação neuro-sensorial em cada sessão;
- Desenvolver a prática de reeducação funcional motora;
- Aumentar a força muscular através de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos resistidos;
- Desenvolver o equilíbrio estático e dinâmico tanto na posição sentado quanto na posição ortostática;
- Realizar exercícios que aumentem a cooperação motora;
- Promover o ganho gradual de independência nos autocuidados e no programa de reabilitação;
- Reduzir o risco de queda existente.

7.2 Plano de Cuidados do Senhor F.O

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
Transferir-se comprometido: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; **<u>Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório</u>**	Transferir-se comprometido: Melhorar conhecimento sobre a técnica de adaptação para transferir-se; Promover a transferência autónoma e em segurança.	Avaliar a capacidade de transferência da cama para cadeirão/cadeira de rodas/cadeira sanitária ou vice-versa; Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptaçãopara transferir-se; Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência autónoma e em segurança;	**27/06/2024** Não conseguiu transferir-se sozinho da cama para cadeira sanitária, bem como da cadeira sanitária para o cadeirão, precisou de ajuda bilateral no ato da transferência; **01/07/2024 e 09/07/2024** Necessitou de ajuda unilateral para a transferência da cama para o cadeirão, cadeira sanitária e vice-versa;
Equilíbrio corporal comprometido: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Equilíbrio corporal comprometido: Melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal, através da Escala de Berg (equilíbrio estático sentado e ortostático, equilíbrio dinâmico sentado e ortostático, se apresenta posições viciosas, deformidades da coluna,	**27/06/2024** O Sr. F.O não tem capacidade para manter posição ortostática, sem manutenção de postura adequada; sem equilíbrio estático e equilíbrio

Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal; Equilíbrio corporal comprometido relacionado com diminuição da força muscular em todos os segmentos.	Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;	dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho, se suporta peso corporal em diferentes posições); Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnica de equilíbrio corporal; Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; Executar técnica de treino de equilíbrio corporal (alternância de carga nos membros superiores e inferiores, exercícios de coordenação motora); Estimular o equilíbrio corporal através da correção postural diariamente; Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma da técnica de treino de equilíbrio corporal, em segurança, utilizando roupa e calçado	dinâmico na posição ortostática (*score* 1 na Escala de Berg); Apresentou descoordenação motora, com hipometria na avaliação dedo/nariz do lado direito, dismetria calcanhar/joelho do lado direito; Não demonstrou conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal, mas demonstra interesse e motivação para aprender, executar e melhorar o equilíbrio corporal, dispõe de roupa e calçado adequado. **01/07/2024 e 09/07/2024** O Sr. F.O não tem capacidade para manter posição ortostática, sem manutenção de postura adequada; sem equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico na posição ortostática (*score* 6 na Escala de Berg);

<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>		adequado.	Apresentou descoordenação motora, com hipometria na avaliação dedo/nariz do lado direito, dismetria calcanhar/joelho do lado direito; Demonstrou conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal, interesse e motivação para aprender, executar e melhorar o equilíbrio corporal, dispõe de roupa e calçado adequado.
Risco de Rigidez Articular: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de rigidez muscular	Risco de Rigidez Articular: Avaliar conhecimento sobre condições de risco para a rigidez articular Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Avaliar movimento articular; Executar técnica de posicionamento (correção postural); Realizar exercícios de mobilização passiva em todas as articulações, tais como a flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa e interna da articulação escapulo-umeral; flexão/extensão do cotovelo;	**27/06/2024** O Sr. F.O não tem conhecimento sobre as condições de risco para a rigidez articular nem sobre técnicas de exercício muscular e articular; O Sr. F.O é capaz de realizar movimentos ativos da articulação escapulo-umeral. Nas restantes articulações foram realizados exercícios de mobilização passiva

Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	Ensinar sobre condições de risco para rigidez articular Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular Providenciar material educativo Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular Treinar técnicas de exercício muscular e articular Prevenir a rigidez articular e muscular	pronação/supinação do antebraço; flexão/extensão e desvio cubital/radial do punho; flexão/extensão, adução/abdução e oponência dos dedos das mãos; flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa e interna da articulação coxo-femoral; flexão/extensão do joelho e flexão da tibiotársica, pelo menos 10 repetições de cada movimento; Reposicionar o utente a cada duas horas para evitar consequências da imobilidade; Utilizar dispositivos de apoio, como almofadas e rolos, para manter a posição funcional das articulações;	sempre tendo em conta a colaboração do Sr. F.O e avaliando a dor. **01/07/2024 e 09/07/2024** O Sr. F.O tem conhecimento sobre as condições de risco para a rigidez articular nem sobre técnicas de exercício muscular e articular; O Sr. F.O é capaz de realizar movimentos ativos da articulação escapulo-umeral e do cotovelo. Nas restantes articulações foram realizados exercícios de mobilização passiva sempre tendo em conta a colaboração do Sr. F.O e avaliando a dor.

<u>Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório</u>	Manter a amplitude de movimento das articulações; Promover o conforto e prevenir complicações decorrentes da imobilidade.		
Défice no autocuidado: Alimentar-se, Higiene e Vestir-se R/C força, coordenação e resistência muscular diminuídas e/ou ausentes, manifestado por incapacidade de lavar o corpo, vestir e despir e incapacidade em preparar as refeições	Estimular a independência funcional para o autocuidado e a autonomia de decisão	Avaliar grau de dependência do utente através da escala de Barthel e MIF; Realizar a higiene do utente estimulando a proprioceção; Garantir o conforto e bem-estar do utente prevenindo complicações associadas à imobilidade; Manter a integridade da pele; Explicar todos os procedimentos realizados ao utente de forma que este possa colaborar minimamente;	**27/06/2024** Barthel: 0 MIF: 48 O utente não participa nas atividades de autocuidado e todas as ações são realizadas pelo enfermeiro; Alimenta-se sentado, com uma postura adequada assegurada pelo uso de tabuleiro em cadeira de rodas, no entanto não consegue preparar a refeição nem se alimentar autonomamente devido à imobilidade dos membros superiores;

<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>		Preparar e administrar todas as refeições ao utente de modo a assegurar uma dieta equilibrada e adequada às suas necessidades nutricionais.	Os cuidados de higiene são realizados no leito. **01/07/2024 e 09/07/2024** Barthel: 5 MIF: 48 O utente não participa nas atividades de autocuidado e todas as ações são realizadas pelo enfermeiro; Alimenta-se sentado, com uma postura adequada assegurada pelo uso de tabuleiro em cadeira de rodas, no entanto não consegue preparar a refeição nem se alimentar autonomamente devido à imobilidade dos membros superiores; Os cuidados de higiene são realizados no leito, em maca-banho ou no duche através de cadeira adequada.

Diminuição da força muscular nos membros superiores e inferiores **<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>**	Promover a recuperação e arranjar estratégias de autonomia e autocuidado Aumentar a força muscular nos membros superiores e inferiores Adesão ao plano de exercícios definidos	Planear os exercícios tendo em conta as comorbilidades do Sr. F.O; Avaliar e monitorizar sinais vitais; Realizar os exercícios isotónicos ativos nos membros superiores e inferiores - 10 repetições de 2 séries; Avaliar a força muscular através da escala MRC; Promover a adesão ao plano instituído.	**27/06/2024** Realizados exercícios isotónicos ativos dos membros superiores e inferiores; Avaliada a escala MRC; Necessita de ajuda total para as AVD. **01/07/2024 e 09/07/2024** Realizados exercícios do plano proposto; Mantém a necessidade de ajuda total para as AVD.
Risco de queda em grau moderado	Diminuir o risco de queda Promover o ambiente segura para a prática dos cuidados de reabilitação Evitar ocorrência de quedas	Avaliar o risco de queda, utilizando a EQM e a EEB Identificar os fatores de risco que levam a ocorrência de quedas: alteração do campo visual; alteração do equilíbrio corporal; dificuldades no	**27/06/2024** EQM - 50; EEB - 1 Identificaram-se os fatores de risco que levam às quedas: diminuição do equilíbrio

		autocuidado higiene em segurança; alteração do padrão normal da marcha. Otimizar o ambiente físico da pessoa, colocando a campainha e objetos pessoais facilmente acessíveis a esta, chão limpo e seco Manter o plano da cama baixo ao mínimo, cama travada e cadeirão/cadeira de rodas travados de forma a reduzir o risco de queda Desobstruir os locais de passagem da pessoa Auxiliar a pessoa no levante, transferência e no andar Incentivar a pessoa ao levante, transferência e andar autónomos, em	Foi estabelecido o plano de cuidados de reabilitação mediante as necessidades pessoais, de forma simples e seguro O espaço da pessoa manteve-se organizado e arrumado, limpo, chão seco **01/07/2024 e 09/07/2024** EQM - 35; EEB - 5 Foram disponibilizados equipamentos de apoio para o autocuidado (cadeira sanitária, cadeira de rodas, barras de apoio no duche) Auxiliado no levante e transferência em segurança, com roupa e calçado adequado

<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>		segurança Incentivar à utilização de calçado prático, fechado e antiderrapante, bem como roupa ajustada ao corpo que permita movimentar-se livremente Incentivar a utilização de equipamentos/materiais de apoio para o autocuidado (barras de apoio, cadeira de rodas)	

Tabela 15- Plano de Cuidados do Sr. F.O

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso do Sr. FO, com ELA, oferece uma visão abrangente da complexidade da gestão de pessoas com doenças neuromusculares progressivas. Este trabalho, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, demonstrou a importância de uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente, aplicada através do uso da Teoria do Sistemas de Enfermagem.

Foi desenvolvido um plano de cuidados de reabilitação que inclui o treino de técnicas de transferência segura e eficiente para promover a independência do Sr. F.O. O treino de equilíbrio e a correção postural, tanto na posição sentada quanto na ortostática, foram implementados para melhorar a estabilidade. Exercícios de mobilização passiva e alongamentos foram realizados para prevenir a dor articular e manter a amplitude do movimento, também visa a estimular a independência funcional e a autonomia do Sr. F.O nos autocuidados, apesar da necessidade ajuda total. Além disso, exercícios isotónicos ativos e resistidos foram incluídos para promover a recuperação da força muscular. Foram adotadas medidas para evitar a imobilidade prolongada e reduzir o risco de quedas, utilizando dispositivos de apoio.

A implementação do plano de cuidados, de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, mostrou-se eficaz em identificar as necessidades específicas do Sr. F.O e fornecer intervenções direcionadas para melhorar sua qualidade de vida e promover a máxima independência.

Em suma, este estudo reforça a relevância do papel do EEER na gestão de condições crónicas, utilizando uma abordagem baseada em evidências para melhorar os resultados. A dedicação e o conhecimento aplicado neste caso exemplificam o impacto positivo de que cuidados bem planeados e executados podem ter impacto na vida de pessoas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, *83 Suppl 2*, S7–S11.
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine andScience in Sports and Exercise*, 14 (5), 377–381. https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical bases of perceived exertion.1 2.aspx
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74.
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, *66*(10), 1530–1539. https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530
- http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000
- Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the BarthelIndex." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-
- Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf
- Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012-n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares- normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Consultado em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4 regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Orem, D.E. (2001). Nursing:Conceptsof practise, 6th edition; St. Louis, MO:Mosby
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 –II Série. (2019). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet* (London, England), 2(7872), 81– 84. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0

APÊNDICES

Apêndice 1- Escala de Borg modificada

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Apêndice 2- Escala de Coma de Glasgow

Variáveis		**Score**
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Apêndice 3- Escala de Força Muscular MRC

Escala de Força Muscular MRC	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Apêndice 4- Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth	
0	Tónus normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento)
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)

Apêndice 5- Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg		
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
1) Posição sentada para posição em pé		
2) Permanecer em pé sem apoio		
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho		
4) Posição em pé para posição sentada		
5) Transferências		
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados		
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos		
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.		
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.		
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.		
11) Girar 360 graus		
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio		
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente		
14) Permanecer em pé sobre uma perna		
TOTAL		
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.		
Legenda: 41-56 = baixo risco de queda / equilibro bom; 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

Apêndice 6- Escala de Quedas de Morse

Escala de Quedas de Morse	
Item	**Pontuação**
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	 0 25
2. Diagnósticos secundários Não	 0

Sim	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	 0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	 0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	 0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	 0 15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	

Apêndice 7- Categorias Funcionais de Marcha

Categorias Funcionais de Marcha	
Categoria	**Definição**
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

Apêndice 8- Índice de Barthel

Indice de Barthel	
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

Apêndice 9- Escala de MIF

Escala de MIF		
Autocuidado		**Data de avaliação**
A - Alimentação		
B – Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F – Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G – Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N – Compreensão		
O – Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 – Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)	**Sem ajuda**
	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 – Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 – Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 – Ajuda total (indivíduo < 25 %)	**Ajuda**

APÊNDICE 3 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABLITAÇÃO

Registos de Enfermagem de reabilitação

Utente (nome e idade) _____
Pessoa significativa (nome e contacto) _____
Tipologia de Habitação:

- Casa térrea ____ Apartamento ____ se sim, qual o andar? ____
- Duche ____ Banheira ____ Adaptação com ajudas técnicas? Quais? _____
- Sanita com alteador ____ Sem alteador ____

Preparação pré-operatória:

- Fez fisioterapia prévia? Não ____ Sim ____ se sim, sob terapêutica analgésica ou anti-inflamatória? Sim ____ qual? _____

Terapêutica ambulatório _____
Comorbilidades _____
Utilização de auxiliares de marcha? Não ____ Sim ____ se sim, quais? _____

Reeducação Funcional Motora													
Data													
1º Levante	**Ajuda Reduzida (AR) Ajuda Parcial (AP) Ajuda Total (AT)**												
Avaliação da Força Muscular (MRC) 0 – Nenhuma contração visível; 1 – Contração visível sem movimento no segmento; 2 – Movimento ativo com eliminação da gravidade; 3 – Movimento ativo contra a gravidade; 4 – Movimento ativo contra a gravidade e resistência; 5 – Força normal;	**MSD**												
	MSE												
	MID												
	MIE												
Capacidade para andar/ andar com auxiliar de marcha	**Marcha em plano**												
	Andarilho												
	Canadianas (3 pontos)												
	Treino de escadas (subir e descer)												
Carga exercida no membro operado (Total/Parcial)													
Exercícios Motores			**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
	Isométricos												
	Msup	**Art. Ombro**											
		Art. Cotovelo											
		Art. Punho											
		Mão (seg.)											
	Minf	**Art. Coxo-fem.**											
		Art. Joelho											
		Art. Maleolar											
		Pé (seg.)											
	Isotónicos												
	Msup	**Art. Ombro**											
		Art. Cotovelo											
		Art. Punho											
		Mão (seg.)											
	Minf	**Art. Coxo-fem.**											
		Art. Joelho											
		Art. Maleolar											
		Pé (seg.)											
Enfermeiro/a													

APÊNDICE 4 – REEDUCAÇÃO RESPIRATÓRIA: DERRAME PLEURAL

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO

REEDUCAÇÃO RESPIRATÓRIA-DERRAME PLEURAL

outubro 2024

Realizado por:
João Sardinha
Orientado por:
EEER Raquel Sousa

SÍNTESE

01 Introdução

02 Identificação do Utente

03 Motivo de Internamento

04 Avaliação Imagiológica

05 Plano de Reabilitação

06 Conclusão

07 Referências Bibliográficas

01 Introdução

A reeducação funcional respiratória tem como principal foco de atuação, pessoas com patologia respiratória, assim, no presente trabalho, ter-se-á como proposta analisar, a importância da reeducação funcional respiratória no derrame pleural.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.

02 Identificação do Utente

Nome: Sr.ª D.R

Nacionalidade: Portuguesa

Género: Feminino

Situação Profissional: Reformada

Data de Nascimento: 06/11/1954

Agregado Familiar: Reside com o esposo

03 Motivo de Internamento

A Sr.ª D.R, recorreu ao Serviço de Urgência no dia 27/08/2024 por toracalgia posterior à direita que irradia para o ombro e que agrava à inspiração e à mobilização desde há 5h. Refere que foi de inicio súbito. No dia 30/08/2024 foi transferida do Serviço de Observação para o Serviço de Medicina Interna C, com os seguintes diagnósticos:

Pneumonia Adquirida na Comunidade à direita com Derrame Pleural associado a condicionar toracalgia direita

Neoplasia das Vias Biliares em estudo

Lesão Renal Aguda

A **Pneumonia Adquirida na Comunidade** é uma infeção pulmonar que se desenvolve em pessoas que não que não se encontram em instituições de saúde, e que geralmente apresentam um sistema imunológico competente O **Derrame Pleural** define-se como uma quantidade anormal de líquido no espaço pleural, sendo os seus principais sintomas a dispneia e a dor torácica, a qual agrava com a ventilação. Contudo, os derrames pleurais instalam-se lentamente e são assintomáticos por um longo período de tempo.

A reabilitação destas pessoas, regra geral, necessita de um plano específico e individual, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de doença e de reabilitação e, simultaneamente, a ser interventivo, delineando e modificando o seu projeto de saúde.

A reeducação funcional respiratória tem por grande objetivo, a médio prazo, proporcionar a melhoria da qualidade de vida da pessoa e do seu cuidador.

04 Avaliação Imagiológica

Raio-x realizado no dia 27/08/2024

- Incidência Antero-Posterior.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Apresenta horizontalidade das costelas.
- Hipotransparência na hemicúpula diafragmática direita e apagamento do seio costofrénico à direita, sugestivos de derrame pleural associado.
- Densificação do pulmão sugestivo de PAC.

Raio-x realizado no dia 03/09/2024

- Incidência Antero-Posterior.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Apresenta horizontalidade das costelas.
- Opacidade no hemitórax direito

Raio-x realizado no dia 03/09/2024

Iniciou MFR.

Mantém toracalgia à direita, mesmo em repouso. Foram realizados os exercícios respiratórios e os exercícios de mobilização global dos membros superiores e inferiores dentro da sua tolerância. Não apresenta limitação da força muscular, e marcha.

Raio-x realizado no dia 10/09/2024

- Incidência Antero-Posterior.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Apresenta horizontalidade das costelas.
- Mantém derrame pleural à direita que parece loculado, algumas duvidas quanto à existência de pneumotórax à direita. .

Raio-x realizado no dia 16/09/2024

Realizou juntamente com o raio-x uma ecografia torácica que revelou: derrame pleural direito francamente não puro, com múltiplas septações, com loca de maiores dimensões na vertente póstero-lateral do hemitorax direito. Sinais sugestivos de empiema pleural multiseptado/ derrame hemático.

Raio-x realizado no dia 16/09/2024

Realizou juntamente com o raio-x uma ecografia torácica que revelou: derrame pleural direito francamente não puro, com múltiplas septações, com loca de maiores dimensões na vertente póstero-lateral do hemitorax direito. Sinais sugestivos de empiema pleural multiseptado/ derrame hemático.

Raio-x realizado no dia 17/09/2024

Realizada toracocentese no local indicado conforme marcação por ecografia torácica (torácica póstero-lateral direita). Saída de 300cc de líquido amarelo purulento.

Raio-x realizado no dia 18/09/2024

Iniciou Reabilitação por parte da Enfermagem de Reabilitação.

Programa de Reabilitação:

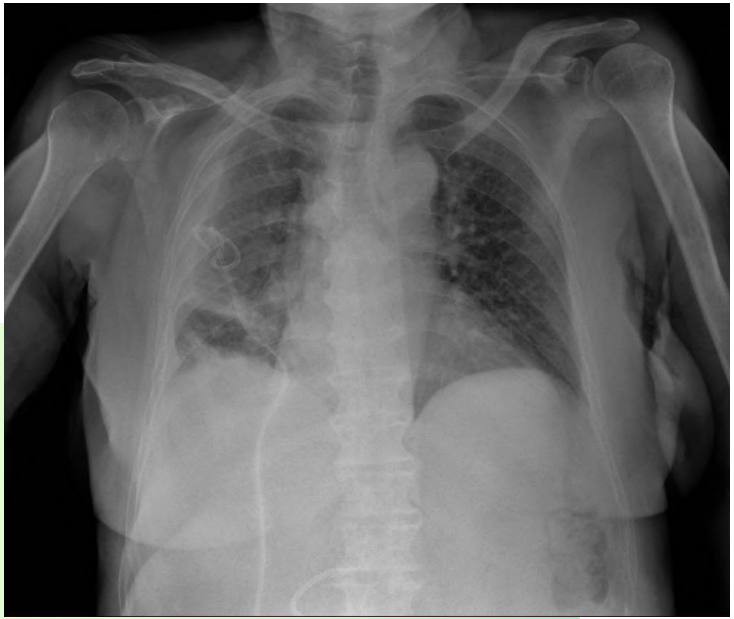
- Consciencialização da respiração;
- Treinar musculatura respiratória e sistémica;
- Estimular aumento de atividade;
- Ensino de técnicas de conservação de energia.

Raio-x realizado no dia 20/09/2024

Consciencialização/controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Inspiração nasal, expiração pela boca com lábios semicerrados, com ênfase na fase expiratória.

Ensino acerca de técnicas de relaxamento e conservação de energia:

- Posições de relaxamento e descanso (com dispneia – decúbito dorsal em fowler, decúbito lateral em fowler; sem dispneia – decúbito dorsal ou lateral com apoio almofada na região poplíteia);
- Controlo da respiração no esforço (com ênfase na expiração)
- Executar a maior parte das atividades do dia-a-dia sentado (como higiene, lavar os dentes, alimentação);
- Priorizar e adequar a realização de atividades alternando períodos de repouso e períodos de maior atividade.



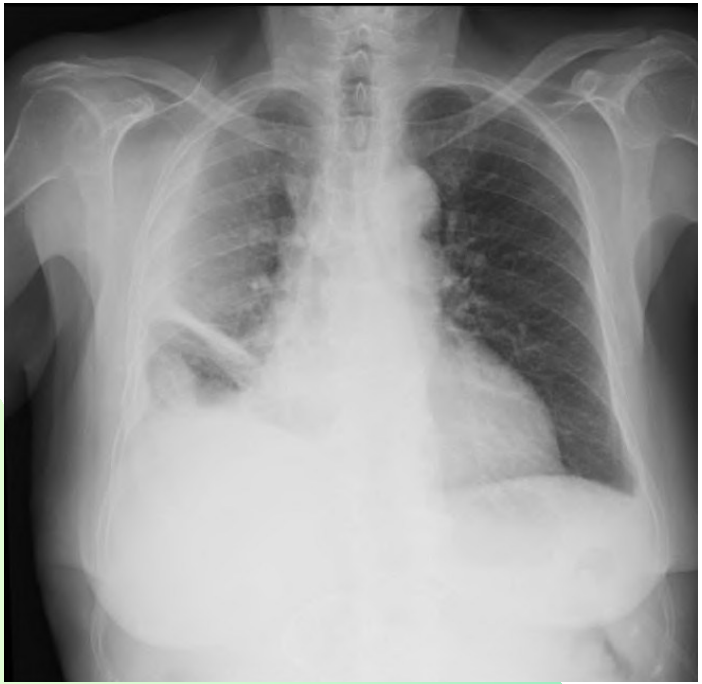
Raio-x realizado no dia 23/09/2024

Dia 23/09/2024 retira drenagem torácica, e tem indicação médica por parte da Pneumologia para realizar cinesioterapia **intensiva**.

- Execução de técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração diafragmática (ênfase na fase expiratória);
- Reeducação diafragmática da porção posterior; Reeducação diafragmática da hemicúpula direita e esquerda;
- Reeducação Costal;
- Reeducação Costal Global com Bastão;
- Abertura Costal Seletiva.

Treino Musculatura Respiratória e Sistémica

- Espirómetro de incentivo;
- Mobilizar tronco e cintura escapulo-umeral.



Raio-x realizado no dia 24/09/2024

- Incidência Antero-Posterior.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Apresenta horizontalidade das costelas.
- **Apresenta hipotransparência base direita apesar de ter redução comparativamente ao raio-x anterior.**

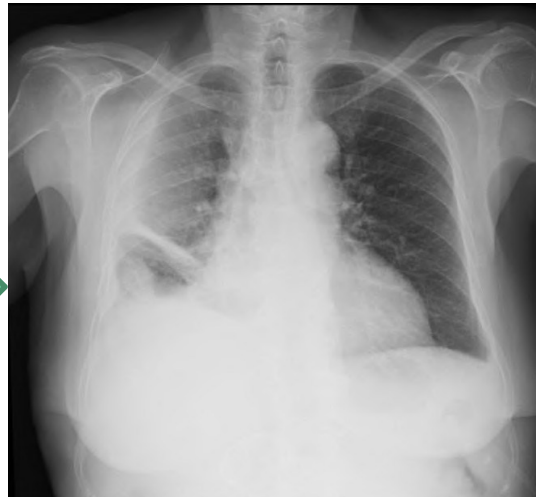
05 Plano de Reabilitação

Intervenção	Objetivo	Exemplo
Colocação da pessoa em posição de descanso e relaxamento.	Diminuir a tensão psíquica e muscular e promover a colaboração da pessoa.	
Consciencialização respiratória.	Adquirir um ritmo respiratório apropriado, calmo e lento.	
Reeducação da respiração toraco-abdominal.	Melhoria do movimento da parede torácica e distribuição da ventilação.	
Ventilação dirigida em decúbito dorsal com o enfermeiro a realizar pressão no hemitoráx são aquando da inspiração;	Dirigir a ventilação de forma a expandir o segmento pulmonar afetado.	

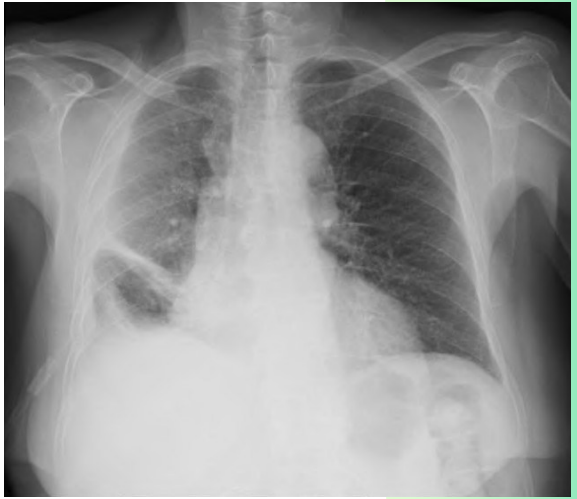
Intervenção	Objetivo	Exemplo
Ventilação dirigida em decúbito lateral posicionando a pessoa em decúbito contra-lateral com almofada a limitar o hemitoráx são.	Dirigir a ventilação de forma a expandir o segmento pulmonar afetado, promovendo uma maior expansão do pulmão afetado que se encontra superiormente.	
Aplicação de técnicas de expansão pulmonar:	Aumento da ventilação alveolar e redução da hipoventilação, promovendo as trocas gasosas e expansão dos alvéolos previamente colapsados.	
Abertura costal global (com bastão ou bandas elásticas);	Melhorar a distribuição e a ventilação alveolar;	
Abertura costal seletiva (com ou sem bandas elásticas);	Promover a expansão pulmonar e torácica no local afetado assim como promover a absorção do derrame;	

Intervenção	Objetivo	Exemplo
Espirómetro de incentivo e de volume em decúbito e sentado.	Inspiração de maior volume possível assegurando a reabsorção brônquica e permitir o recrutamento de unidades alveolares colapsadas. Capacidade do volume pulmonar é cerca de 5,5litros.	
Exercícios globais como treino de escadas, pedaleira e marcha.	Readaptação ao esforço.	
Posicionamento no leito pelo menos a cada 2h mobilizando os membros superiores.	Manter amplitudes de movimento e capacidade ventilatória.	
Posicionamento contra-lateral.	Impedir a formação de aderências pleurais e deformações torácicas.	

Raio-x realizado antes da drenagem torácica;



Raio-x realizado após remoção da drenagem torácica;



Raio-x realizado antes do dia da alta.

06 Conclusão

Como ficou exposto neste trabalho, o derrame pleural, por definição, consiste na acumulação anormal de líquido no espaço pleural, podendo ser causado por um significativo número de situações patológicas, que resultam na quebra da homeostase, responsável pelo controlo dos mecanismos que impedem a saída de líquido dos capilares.

A reeducação funcional respiratória, quando iniciada o mais precocemente possível, é essencial para a prevenção de complicações e otimização da função pulmonar. Esta prática é componente fundamental da intervenção do EEER, que com base em evidências científicas, é capaz de promover e restabelecer uma função respiratória adequada à pessoa com derrame pleural.

07 Referências Bibliográficas

Azeredo, C.A.C.M., & Rodrigues, M.G. (2012). *Fisioterapia respiratória moderna*. Ed. 4º, São Paulo: Editora Manole.

Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012).*Temas de Reabilitação/Reabilitação Respiratória*. Porto: Servier.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

Frias, A., Ganito, C., Rodrigues, L., Solas, Calado, S., & Prior, V. (2011). *Reabilitar no Derrame Pleural. I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évor*a. Acedido em https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4653?mode=full.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 4º Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.* Ordem dos Enfermeiros. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf

APÊNDICE 5 – REVISÃO *SCOPING*

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1.º Ano – 2.º Semestre

Unidade curricular de Respostas ambientais, sociais e familiares à pessoa portadora de deficiência

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca - Revisão *Scoping*

Interventions of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing for the Person undergoing Total Hip Arthroplasty – Scoping review

Discente:
João Sardinha, n.º 112250

Docente:
Professora Doutor Júlio Fernandes

Monte da Caparica
maio 2024

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca - Revisão *Scoping*

Interventions of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing for the Person undergoing Total Hip Arthroplasty – Scoping review

João Sardinha[1], Júlio Fernandes[2]

1 Enfermeiro no serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

2 Egas Moniz School of Health & Science

RESUMO

Introdução: A Artroplastia Total da Anca (ATA) é geralmente indicada para indivíduos com osteoporose da anca que experienciam dor constante ou enfrentam limitações significativas nas atividades de vida diárias (AVD). Embora a ATA possa afetar a capacidade funcional da pessoa e consequentemente a sua qualidade de vida, as intervenções de reabilitação têm um papel crucial em potencializar a recuperação para níveis de funcionalidade eficazes. Neste contexto, é fundamental identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) promotoras da reabilitação da pessoa submetida à ATA.

Metodologia: Foi realizada uma revisão *scoping* assente na metodologia do *The Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, entre 2014 e 2024, nos idiomas inglês e português.

Resultados: Inicialmente foram identificados 536 artigos, tendo o processo de seleção identificado 8 artigos que respondem ao objetivo desta revisão. Os resultados demonstram que as intervenções do EEER, proporcionam contribuições valiosas para a reabilitação da pessoa submetida a ATA. Essas intervenções visam promover a maior independência funcional, a mobilidade, o equilíbrio corporal e a qualidade de vida. A implementação de intervenções tanto no pré quanto no pós-operatório resultam em melhorias significativas dos níveis de independência para a realização da marcha e AVD, maior amplitude dos movimentos e gestão da dor, contribuindo também para a redução dos tempos de internamento.

Conclusão: A frequente interação com a pessoa e família durante o processo de cuidados coloca estes profissionais numa posição central na educação e promoção da saúde. A partir dos resultados alcançados, pode-se deduzir que a reabilitação funcional da pessoa submetida a ATA representa um recurso terapêutico eficaz, apresentando-se como um desafio significativo para a Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-Chave: Artroplastia Total da Anca, Intervenções, Reabilitação, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Total Hip Arthroplasty (THA) is generally indicated for individuals with hip osteoporosis who experience constant pain or face significant limitations in daily living activities. Although THA can affect the functional capacity of the person and consequently their quality of life, rehabilitation interventions play a crucial role in enhancing recovery to effective functionality levels. In this context, it is essential to identify the interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNRN) that promote the rehabilitation of the person undergoing THA.

Materials and Methods: A scoping review was conducted based on the methodology of The Joanna Briggs Institute. The search was carried out in the Cochrane Database of Systematic

Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL Complete, and MEDLINE Complete, from 2014 to 2024, in both English and Portuguese languages.

Results: Initially, 536 articles were identified, with the selection process identifying 8 articles that meet the objective of this review. The results demonstrate that the interventions by the SNRN provide valuable contributions to the rehabilitation of the person undergoing THA. These interventions aim to promote greater functional independence, mobility, body balance, and quality of life. The implementation of interventions both pre-operatively and post-operatively results in significant improvements in independence levels for performing walking and daily living activities, greater range of motion, and pain management, also contributing to the reduction of hospital stay times.

Conclusion: Frequent interaction with the patient and family during the care process places these professionals in a central position in health education and promotion. From the results obtained, it can be inferred that the functional rehabilitation of the person undergoing THA represents an effective therapeutic resource, posing a significant challenge for Rehabilitation Nursing.

Keywords: Total Hip Arthroplasty, Interventions, Rehabilitation, Nursing.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2017) declarou que as doenças crónicas são os principais problemas de saúde enfrentados pelas populações mais idosas, com as alterações musculoesqueléticas destacando-se como uma das principais causas de morbidade e incapacidade, resultando em enormes custos com saúde e perda de capacidade laboral. Entre essas alterações, a OMS (2017) destaca a artrite reumatoide, a osteoporose, disfunções da coluna e traumatismos graves dos membros. A osteoporose figura entre as dez doenças mais incapacitantes, afetando 9,6% dos homens e 18% das mulheres com mais de 60 anos. Destes, 80% apresentarão limitações de movimento, e 25% podem não conseguir executar suas atividades diárias.

Em 2020, apenas 15,6% das pessoas idosas em Portugal tinham uma visão positiva da sua saúde, o que coloca o país entre aqueles na União Europeia com a perceção de saúde mais baixa (INE, 2020). É importante ressaltar que, ainda em 2020, 73,8% da população com 65 anos ou mais associava a presença de doenças crónicas à sua perceção de saúde, com as mulheres e os idosos (60,8%) relatando com mais frequência alguma forma de limitação na realização de atividades diárias (INE, 2020). Esses dados destacam a necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação que atendam às necessidades reais das pessoas, especialmente no que diz respeito à promoção da independência na realização das atividades da vida diária.

A Enfermagem de Reabilitação (ER) é amplamente reconhecida como uma área de intervenção capaz de atender às necessidades reais da população e de responder às exigências crescentes nos cuidados de saúde. Esse compromisso se traduz em busca de melhorias na saúde em diversos contextos de sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A ATA pode afetar a capacidade funcional do indivíduo e, por consequência, sua qualidade de vida, as intervenções de reabilitação desempenham um papel essencial em maximizar a recuperação para níveis efetivos de funcionalidade, assim, torna-se crucial identificar as intervenções realizadas pelo EEER que contribuem para a reabilitação eficaz do paciente submetido à ATA.

METODOLOGIA

Dada a temática de interesse, fundada nas conceções teóricas e assente nas recomendações do *JBI*, procurou-se dar resposta à seguinte questão de investigação: "Quais as intervenções do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca?"

De modo a sistematizar e tornar mais prático o estudo, tornou-se necessário efetuar uma pesquisa na literatura, tendo por base os princípios metodológicos de uma revisão *Scoping*.

Na formulação da questão de investigação, definição dos critérios de inclusão e exclusão foi utilizado o acrónimo PCC: População (*Population*), Conceito (*Concept*), Contexto (*Context*).

Seguidamente, expõem-se os critérios de inclusão e exclusão definidos, a estratégia de pesquisa e as bases de dados científicos utilizadas e, por último, o fluxograma de seleção de artigos.

Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão apresentam-se na Tabela 1.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Adultos >18 aos submetidos a ATA	Participantes com idade <18 ou submetidos a outro tipo de cirurgia
Conceito	Intervenções ou estratégias promotoras da reabilitação	Todos os outros tipos de reabilitação
Contexto	Estudos conduzidos no âmbito da reabilitação	Todos os outros tipos de reabilitação que não podem ser desenvolvidos por EEER

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Estratégia de pesquisa

Com base na temática foram selecionados os seguintes descritores: *Arthroplasty Replacement Hip, Interventions Strategies Best Practices* e *Rehabilitation*, previamente validados através da Plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH).

Estes foram combinados através dos operadores booleanos *AND* e *OR*, na seguinte equação de pesquisa: *Arthroplasty Replacement Hip AND* (*Interventions OR Strategies OR Best Practices*) *AND Rehabilitation*.

Fontes de informação

Para a realização da revisão *scoping*, a pesquisa foi efetuada em bases de dados acessíveis através das plataformas, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*.

Como limitadores para a seleção de artigos científicos, foi estabelecido o período de publicação entre 2014 e 2024, nos idiomas português, inglês.

Seleção de estudos

A amostra foi selecionada através da leitura do título, resumo, e sempre que suscitasse dúvidas, pela leitura do texto integral, sendo primeiramente submetida a uma análise, através da utilização dos critérios de inclusão.

Foram identificados: 536 artigos, dos quais 152 encontravam-se duplicados, 334 foram excluídos pelo título, 33 excluídos pelo resumo e 9 excluídos pela leitura integral. A rejeição dos artigos deve-se ao facto de não se encontrarem dentro dos critérios de inclusão definidos. Após leitura integral, foram incluídos no *corpus* do estudo, 8 artigos, encontrando-se o processo de seleção exposto sob a forma de fluxograma, na Figura 1, de acordo com o PRISMA- *flow*.

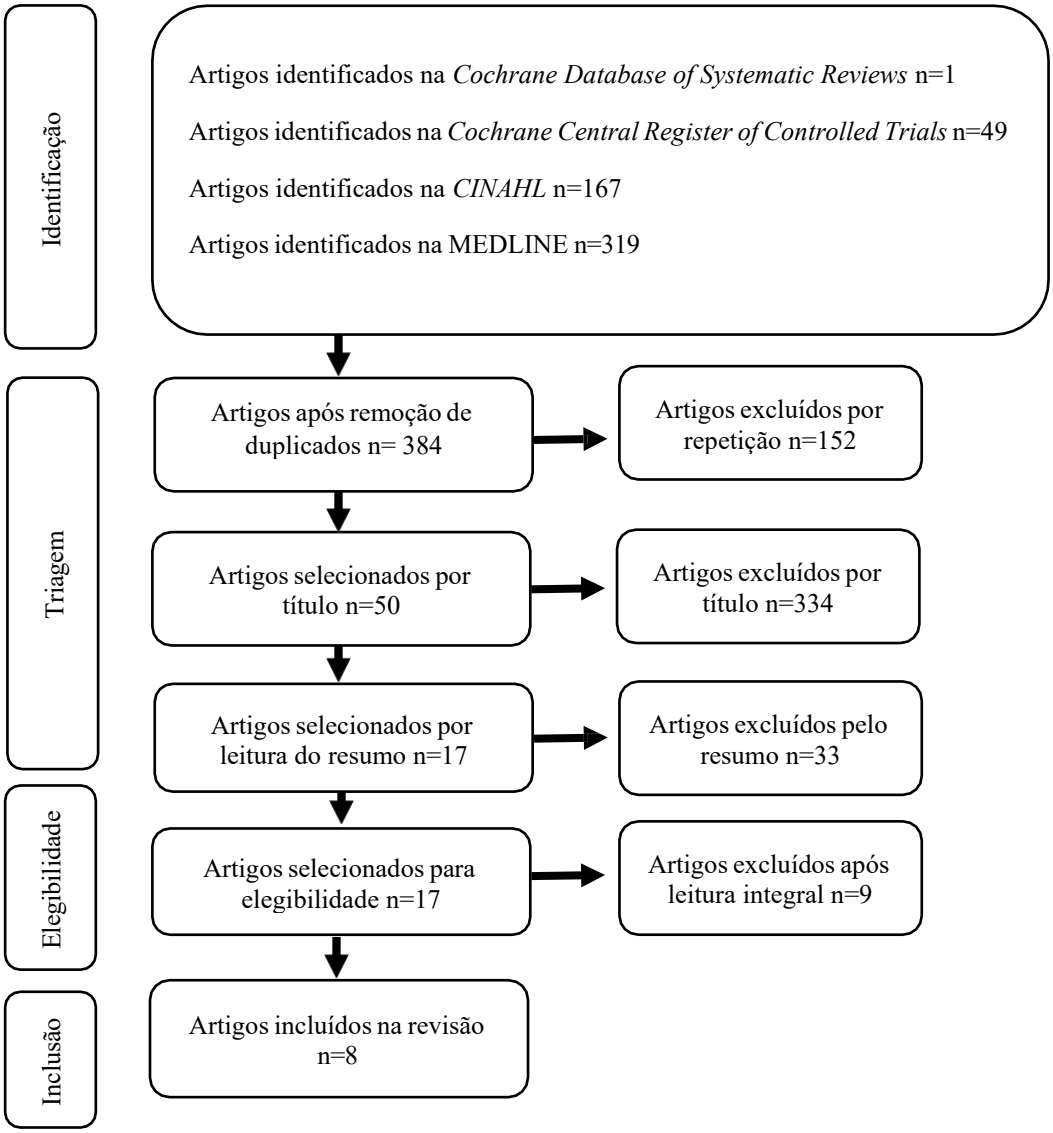


Figura 1- PRISMA flow- Fluxograma de seleção dos estudos

Extração e apresentação de dados

Conforme orientações do JBI, e para facilitar o mapeamento dos resultados, os dados foram organizados na Tabela 2 abaixo indicada. Esta inclui informações como: autor(es), ano de publicação, país de origem, desenho do estudo/objetivo do estudo e intervenções, todas extraídas dos artigos por cada investigador a informação dos artigos selecionados, sendo validado pelos dois investigadores. Posteriormente, será realizado uma síntese da evidência em formato narrativo, que irá estabelecer uma correlação entre os estudos apresentados.

Autor/Ano/País	Desenho do Estudo/ Objetivo do Estudo	Intervenções
Aprile I. / 2014 / Itália	Revisão sistemática da literatura. Avaliar a eficácia dos programas de reabilitação tardia após a ATA.	**Intervenções de reabilitação pós-operatória tardia**, incluindo exercícios de suporte de peso e fortalecimento muscular.
Beaupre L. A., Masson E. et al. / 2014 / Canadá	Estudo randomizado. Explorar a viabilidade de um programa de reabilitação pós-operatória e avaliar medidas de desempenho e cronograma de avaliações.	Programa de reabilitação de três meses, incluindo componentes aquáticos e terrestres focados na reeducação da marcha. **Exercícios de fortalecimento isométricos** para aumentar a musculatura, e o incentivo ao treino de marcha com auxiliar de marcha próprio.
Chang, C.F. et al. / 2017 / Taiwan	Estudo pré-experimental. Testar a eficácia de um programa de treino de resistência em casa, na mobilidade, capacidade de exercício funcional e qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com ATA.	Programa de **treino de resistência** de 12 semanas utilizando bandas de resistência, após a ATA. Incluía exercícios de mobilidade e capacidade de exercício funcional.

Jones E.D., Davidson L.J., Cline T.W. / 2022 / EUA	Estudo de revisão da literatura. Avaliar a eficácia da educação pré-operatória nos resultados imediatos pós-operatórios de reabilitação da ATA.	**Formação pré-operatória.**
Karimijashni M., Yoo S. et al. / 2023 / Canadá	Protocolo para revisões sistemáticas. Avaliar a eficácia das intervenções de reabilitação pré e pós-operatórias para pacientes em risco de resultados insatisfatórios ATA.	**Intervenções de reabilitação pré e pós-operatória** que não invasivas e não farmacológicas.
Krysa J.A., et al. / 2022 / Canadá	Revisão Scoping. Intervenções para a prática clínica da pré-reabilitação e da reabilitação pós-operatória ATA.	**Otimizar a pré-reabilitação e reabilitação pós-operatória** em pacientes submetidos à ATA.
Stowers, M.D., et al. / 2014 / Nova Zelândia	Revisão sistemática da literatura. Cuidados peri operatórios para paciente submetidos a ATA.	**Intervenções de cuidados peri operatórios**, incluindo analgesia, suplementação nutricional, uso de sistemas de aquecimento e mobilização precoce.
Widmer, P., et al. / 2022 / Suíça	Revisão sistemática da literatura. Determinar se a pré reabilitação antes da ATA melhora os resultados pós-operatórios.	**Pré reabilitação** em forma de terapia de exercício, educação ou ambos.

Tabela 2 - Mapeamento dos Resultados

RESULTADOS

Em todos os artigos analisados, as intervenções do EEER foram reconhecidas, conseguindo assim contribuições significativas para os pacientes submetidos à ATA. Os estudos possibilitaram a identificação dos momentos cruciais de atuação, bem como as principais características e ações da ER nesse contexto.

Durante a análise dos artigos selecionados, tornou-se claro que todos os programas de Reabilitação em Enfermagem devem ser adaptados e personalizados para o indivíduo que requer apoio do EEER na recuperação de sua autonomia. Isso se aplica a todas as etapas do processo de cuidados, começando pelo pré-operatório, onde é crucial informar o paciente sobre a cirurgia, seus objetivos, os sinais e sintomas de possíveis complicações, e os benefícios de uma reeducação precoce, conforme discutido no estudo de Widmer et al. (2022).

Os estudos analisados evidenciaram os principais défices resultantes desta cirurgia, incluindo a redução da força muscular, do equilíbrio postural e da capacidade de marcha. Observou-se que, embora a marcha em condição de descanso não afete significativamente a capacidade muscular do paciente, o aumento da força muscular, exigido pela realização intensa das atividades de vida diária, comprometeu o equilíbrio corporal. Após a identificação desses défices pós-cirúrgicos, a atuação do EEER deve focar na resolução desses problemas, mantendo uma abordagem holística e fomentando uma transição saudável para o paciente. Isso inclui o desenvolvimento e implementação de um programa de treino motor e atividades de vida diária, fundamentado em evidências científicas, com o objetivo de restaurar a autonomia do paciente (Widmer et al. 2022).

No estudo de Beaupré et al. (2014) remete-nos para a recuperação integral e a melhoria da marcha submetidos a ATA, observou-se um aumento significativo no desempenho relativo ao autocuidado, força muscular, equilíbrio corporal e amplitude de movimento de todas as articulações. Além disso, registrou-se uma diminuição da dor como resultado da conceção e implementação de programas de ER. Esses programas destacam que condições limitantes ou incapacitantes da função articular podem levar à sua deterioração, ressaltando a importância da reeducação funcional motora. Esta não se aplica apenas ao membro inferior operado, mas também ao contralateral e aos membros superiores. Portanto, o membro inferior saudável e os

membros superiores devem realizar mobilizações ativas-assistidas, focadas nos grupos musculares utilizados durante transferências e deambulação com auxílios de marcha. Segundo os mesmos autores, o fortalecimento muscular do membro operado deve incluir exercícios isométricos para o quadricípite, extensores e abdutores da coxa, bem como exercícios isotónicos de amplitude de movimento. Estes últimos envolvem mobilizações ativas-assistidas da articulação coxofemoral dentro de limites seguros, mobilizações ativas de flexão e extensão do joelho com deslizamento do calcanhar na base do leito e mobilizações ativas da articulação coxofemoral em posição ortostática.

Os principais objetivos do tratamento cirúrgico e das intervenções do EEER concentram-se no alívio da dor, na melhoria da capacidade funcional e na elevação da qualidade de vida do paciente. Essas ações contribuem diretamente para o aumento da mobilidade articular e para a prevenção da atrofia muscular (Stowees et al. 2014).

De acordo com Jones et al. (2022), o êxito da cirurgia de ATA depende crucialmente da capacidade do paciente em assimilar os conhecimentos e orientações fornecidos, bem como da habilidade do enfermeiro em incorporar esses cuidados nas atividades diárias do paciente. Essa integração é fundamental para promover a preservação da articulação e otimizar os resultados pós-operatórios. Destaca-se, assim, a importância dos cuidados de enfermagem desde o período pré-operatório até ao pós-operatório. O tratamento da pessoa submetida a esta cirurgia não se encerra com a implantação da ATA, mas deve estender-se por toda a vida. Portanto, os cuidados prestados devem ser adaptados e baseados numa visão holística do paciente, considerando suas necessidades contínuas.

Krysa et al. (2022), defende que o EEER está equipado com habilidades específicas, capacita indivíduos com limitações de atividade e maximiza sua funcionalidade, levando em conta as capacidades de cada pessoa. Essa abordagem contribui significativamente para a minimização das sequelas de novas condições, permitindo que o paciente recupere o máximo possível de sua funcionalidade. Este profissional desenvolve planos de ER personalizados, baseados nos problemas reais e potenciais identificados na avaliação inicial. O plano de enfermagem inclui o diagnóstico precoce realizado pelo EEER, além das ações e intervenções terapêuticas planeadas para a fase de execução, que visam recuperar ou manter a funcionalidade do paciente.

No estudo de Chang et al. (2017), foi implementado um programa de treino de resistência de 12 semanas que destacou a importância dos cuidados de enfermagem no pós-operatório. O programa enfatizou a mobilização precoce como estratégia para prevenir o tromboembolismo venoso, recomendando exercícios ativos de flexão e extensão da articulação tibiotársica, bem como exercícios isométricos. A mobilização precoce do paciente submetido à ATA resultou em uma melhoria significativa de sua capacidade funcional. Além dos benefícios para a saúde derivados da intervenção de ER, a mobilização do paciente também promoveu uma maior independência em sua mobilidade, facilitando movimentos na cama, transferências e deambulação, com ou sem o uso de auxílio para caminhar.

O mesmo autor também destacou que a recuperação pós-operatória da ATA é otimizada por meio de uma intervenção precoce, com a mobilização sendo incentivada já no dia da cirurgia. Isso visa reduzir o tempo de hospitalização, as complicações e os custos hospitalares, além de preparar o paciente para o autocuidado em casa.

De acordo com Karimijashni et al. (2023), os resultados demonstraram que os eventos adversos à enfermagem, situações que os enfermeiros estão particularmente capacitados para prevenir, na maioria dos casos foram evitados graças a estratégias de prevenção eficazes, destacando assim o desempenho e o papel crucial dos enfermeiros. Entre os eventos adversos prevenidos, foram mencionados a prevenção de úlceras de pressão, luxações da ATA, educação sobre posicionamentos e movimentos a evitar, gestão da dor, monitorização do risco de hemorragia, acompanhamento de sinais vitais, identificação de sinais de retenção urinária e prevenção do risco de obstipação, que podem estar associados ao procedimento anestésico, à analgesia administrada eao risco de imobilidade.

Segundo Aprile (2014), o objetivo do estudo era avaliar a eficácia dos programas de reabilitação tardia após a ATA, foi implementado um programa de reabilitação especificamente direcionado ao paciente. Os resultados do programa mostraram um aumento na força muscular e na amplitude articular do membro operado, melhorias no equilíbrio corporal e na independência para realizar as AVD, além de uma redução no risco de quedas e na intensidade da dor. Concluiu-se que a capacidade funcional dos pacientes melhorou significativamente após a intervenção cirúrgica e a implementação do programa de reabilitação. Esses resultados foram possíveis devido à experiência

avançada e ao alto nível de conhecimento especializado dos EEER. O EEER desempenha um papel crucial na capacitação em saúde, beneficiando-se de uma posição privilegiada na educação e promoção da saúde devido às numerosas oportunidades de interação com os pacientes e suas famílias ao longo do processo de cuidado.

DISCUSSÃO

Esta *scoping review* confirma a relevância do EEER na implementação de um programa de reabilitação personalizado, que visa promover a independência funcional do paciente submetido à ATA. Este programa enfatiza a reeducação funcional motora e o treinamento das AVD.

A questão de investigação "Quais as intervenções do EEER no processo de cuidados ao cliente submetido a ATA?", foi claramente respondida. As intervenções do EEER são focadas na reabilitação do paciente, empregando estratégias e técnicas especializadas e de alta qualificação, desenvolvidas em colaboração com a equipe multidisciplinar que apoia todos os aspetos do procedimento cirúrgico.

A utilização de instrumentos de avaliação nos estudos analisados possibilita uma análise holística de várias funções do paciente, incluindo o estado de consciência, força muscular, amplitude articular, equilíbrio, nível de dependência, risco de queda e intensidade da dor. Os dados obtidos por meio desses instrumentos são cruciais para a formulação de diagnósticos de enfermagem. A avaliação funcional desempenha um papel essencial na identificação do potencial de reabilitação do paciente, permitindo a implementação de técnicas de reeducação funcional. Essa avaliação deve ser complementada com uma análise sociofamiliar e dos recursos disponíveis na comunidade, planear adequadamente o retorno ao lar e a reinserção social do paciente, visando prevenir novas fraturas ou complicações pós-operatórias.

Os artigos analisados abordam diversos campos da reabilitação após a ATA, evidenciando a complexidade e a variedade de intervenções necessárias para otimizar os resultados pós-operatórios. A necessidade de programas de reabilitação bem estruturados e personalizados é um tema recorrente, como visto nos estudos de Beaupre et al. (2014) e Karimijashni et al. (2023), onde se destaca a importância da intervenção precoce e adaptada às necessidades individuais para a melhoria da funcionalidade e redução do tempo de recuperação.

A análise dos resultados de Beaupre et al. (2014) sugere que medidas baseadas no desempenho, como a força muscular e a capacidade de marcha. Este ponto é crucial para a elaboração de programas de reabilitação que atendam às especificidades da população, que tende a ter expectativas mais altas de retorno às AVD.

Por outro lado, o estudo de Karimijashni et al. (2023) propõe uma abordagem sistemática para avaliar a eficácia das intervenções de reabilitação pré e pós-operatórias, destacando a necessidade de abordagens personalizadas. Este estudo sublinha a importância de considerar fatores individuais como idade, género e condições pré-existentes, que podem influenciar significativamente a recuperação.

A revisão conduzida por Aprile (2014) enfatiza a necessidade de consenso nos protocolos de reabilitação. A diversidade de abordagens e a falta de padronização podem levar a resultados inconsistentes, o que justifica a necessidade de diretrizes claras e baseadas em evidências que possam ser amplamente adotadas.

No contexto do cuidado interdisciplinar, o estudo de Krysa et al. (2022) ressalta a importância das recomendações práticas para a pré reabilitação e reabilitação pós-operatória. Este estudo aponta para a necessidade de integração nos cuidados ao paciente, desde fisioterapeutas a enfermeiros especializados em reabilitação, para garantir uma abordagem holística e eficaz.

A necessidade de intervenções mais especializadas e orientadas para pacientes específicos também é discutida por Stowers et al. (2014), que investigam os cuidados peri operatórios na recuperação da ATA. Este artigo sugere que além da reabilitação física, componentes como a nutrição, alívio da dor e a educação do paciente são cruciais para resultados bem-sucedidos.

Esses estudos coletivamente apontam para uma tendência crescente em direção a uma reabilitação mais personalizada e intensiva, especialmente para pacientes mais jovens ou aqueles em risco de maus resultados. É evidente que a colaboração da equipa multidisciplinar e a continuidade dos cuidados são essenciais para maximizar a recuperação e melhorar a qualidade de vida dos pacientes após a ATA.

Em suma, a literatura sugere uma mudança em direção a abordagens mais integradas e personalizadas na reabilitação pós ATA, enfatizando a importância de adaptar as intervenções às características individuais dos pacientes para otimizar os resultados. Assim, futuras pesquisas deverão focar no desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências que possam ser adaptadas globalmente, garantindo que todos os pacientes recebam o mais alto padrão de Reabilitação.

CONCLUSÃO

O enfermeiro desempenha um papel crucial devido à sua posição estratégica, e ao fornecer educação adequada para a saúde, capacita pacientes e cuidadores a desenvolver habilidades para solucionar problemas. Portanto, o objetivo do cuidado de enfermagem é empoderar a pessoa submetida à ATA, tornando-a mais capaz, autónoma e confiante para enfrentar de maneira positiva este período de transição que ela experimenta.

O intervalo temporal adotado para esta análise, os últimos 10 anos, representou uma limitação para a realização deste estudo. Especificamente, a pandemia de SARS-CoV-2 contribuiu para uma redução no número de artigos científicos disponíveis.

Adicionalmente, uma limitação deste estudo foi a falta de clareza na definição das intervenções específicas de ER na literatura e estudos internacionais encontrados. Isso exigiu a utilização de estudos que abordassem intervenções ou programas de reabilitação implementados por outros profissionais, cujas ações estivessem alinhadas com as competências do EEER.

A realização da *scoping review* foi fundamental para responder à questão de investigação: "Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca?" Permitiu mapear a evidência disponível sobre as intervenções do EEER nesse contexto de cuidado. Além disso, fomentou a reflexão sobre a importância de prosseguir com o desenvolvimento de pesquisa científica no campo ortopédico e na atuação do EEER, reforçando assim o valor do seu papel a relevância de seus cuidados especializados.

Os estudos publicados destacam que o Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel essencial na capacitação em saúde, sendo este profissional o principal responsável pela gestão dos cuidados prestados ao paciente. Devido às numerosas oportunidades de interação com o paciente e sua família ao longo do processo de cuidados, esses profissionais ocupam uma posição central na educação e promoção da saúde.

Destaca-se também o impacto global das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no contexto da ATA, particularmente na aceleração do processo de reabilitação. Isso não só reduz o sofrimento do paciente, como também diminui os custos associados a

internações prolongadas, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Como recomendações para práticas futuras, ressalta-se a importância de continuar a produzir evidência científica que suporte a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aprile, I. (2014). Rehabilitation in total hip replacement: need for a consensus. *Physical Therapy Reviews*, *19*(4), 277–278. https://doi.org/10.1179/1743288X14Y.0000000141

2. Beaupre, L. A., Masson, E. C., Luckhurst, B. J., Arafah, O., O'Connor, G. J., & Masson, E. C. O. (2014). A randomized pilot study of a comprehensive postoperative exercise program compared with usual care following primary total hip arthroplasty in subjects less than 65 years of age: feasibility, selection of outcome measures and timing of assessment. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *15*(1), 192. https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-192

3. Ching-Fen Chang, Kuan-Chia Lin, Wei-Ming Chen, Sui-Whi Jane, Shu-Hui Yeh, & Tsae-Jyy Wang. (2017). Effects of a Home-Based Resistance Training Program on Recovery From Total Hip Replacement Surgery: Feasibility and Pilot Testing. *Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins)*, *25*(1), 21–30. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000128

4. Instituto Nacional de Estatística. (2020). Estatísticas demográficas 2019 Portugal. https://www.ine.pt

5. Jones, E. D., Davidson, L. J., & Cline, T. W. (2022). The Effect of Preoperative Education Prior to Hip or Knee Arthroplasty on Immediate Postoperative Outcomes. *Orthopaedic Nursing*, *41*(1), 4–12. https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000814

6. Karimijashni, M., Yoo, S., Barnes, K., & Poitras, S. (2023). Pre- and Post-Operative Rehabilitation Interventions in Patients at Risk of Poor Outcomes Following Knee or Hip Arthroplasty: Protocol for Two Systematic Reviews. *Advances in Rehabilitation Science & Practice*, 1–7. https://doi.org/10.1177/27536351231170956

7. Krysa, J. A., Ho, C., O'Connell, P., & Pohar Manhas, K. (2022). Clinical practice recommendations for prehabilitation and post-operative rehabilitation for arthroplasty: A scoping review. *Musculoskeletal Care*, *20*(3), 503–515. https://doi.org/10.1002/msc.1621

8. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, (26/2019, Série II de 2019-02-06). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

9. Organização Mundial de Saúde. (2017). Chronic rheumatic conditions. Fact Sheet. WHO. https://www.who.int

10. Stowers, M. D., Lemanu, D. P., Coleman, B., Hill, A. G., Munro, J. T., Stowers, M. D. J., Lemanu, D. P., Coleman, B., Hill, A. G., & Munro, J. T. (2014). Review article: Perioperative care in enhanced recovery for total hip and knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery (10225536)*, *22*(3), 383–392. https://doi.org/10.1177/230949901402200324

11. Widmer, P., Oesch, P., & Bachmann, S. (2022). Effect of Prehabilitation in Form of Exercise and/or Education in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty on Postoperative Outcomes-A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *58*(6). https://doi.org/10.3390/medicina58060742

APÊNDICE 6 – CERTIFICADO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: AÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL E AMBIENTAL CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA: MÓDULO 3: GESTÃO COMPORTAMENTAL

CERTIFICADO DE AÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL E AMBIENTAL

A Egas Moniz, CRL certifica que Joao sardinha participou na ação de Responsabilidade Social e Ambiental Cuidar da pessoa com demência: Módulo 3: Gestão comportamental, com a duração de 0 dia(s).

Certificado impresso a: **04/07/2025**

Powered by Agir
www.myagir.com

APÊNDICE 7 - POSTER APRESENTADO NAS JORANDAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ COM O TEMA: "INTERVENÇÕES DO ENDERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABLITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA- REVISÃO *SCOPING"*

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA - REVISÃO *SCOPING*

João Sardinha[1], Júlio Fernandes[2], Gonçalo Rosa[3]

[1] Enfermeiro na Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho [2,3] Egas Moniz School of Health & Science

INTRODUÇÃO

A Artroplastia Total da Anca (ATA) é geralmente indicada para indivíduos com osteoporose da anca que experienciam dor constante ou enfrentam limitações significativas nas atividades de vida diárias (AVD) [1, 2]. Embora a ATA possa afetar a capacidade funcional da pessoa e consequentemente a sua qualidade de vida, as intervenções de reabilitação têm um papel crucial em potencializar a recuperação para níveis de funcionalidade eficazes[3].

Objetivo do estudo: Mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) promotoras da reabilitação da pessoa submetida à ATA.

METODOLOGIA

Quais as intervenções do EEER à pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca?

Critérios de Inclusão: Adultos com idade superior a 18 anos e submetidos a ATA; Intervenções ou estratégias promotoras da reabilitação; Estudos conduzidos no âmbito da reabilitação.

Critérios de Exclusão: Participantes com idade inferior a 18 anos ou submetidos a outro tipo de cirurgia; Todos os outros tipos de reabilitação; Todos os que não estiverem contemplados nos critérios de inclusão.

Equação de pesquisa: *Arthroplasty Replacement Hip AND* (*Interventions OR Strategies OR Best Practices*) *AND Rehabilitation*.

Bases de Dados Utlizadas: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (n=1), *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (n=49), *CINAHL Complete* (n=167) e *MEDLINE Complete* (n=319).

RESULTADOS

Os programas de reabilitação em enfermagem devem ser adaptados e personalizados para o indivíduo que requer apoio do EEER na recuperação de sua autonomia, aplicando-se a todas as etapas do processo de cuidados [3,5,6,7].

O EEER desempenha um papel crucial na capacitação em saúde, beneficiando de uma posição privilegiada na educação e promoção da saúde devido às numerosas oportunidades de interação com os pacientes e suas famílias ao longo do processo de cuidados [4,6,7].

CONCLUSÃO

Ressalva-se o papel crucial do EEER na capacitação em saúde e na gestão dos cuidados à pessoa submetida a ATA. A frequente interação com a pessoa e família durante o processo de cuidados coloca estes profissionais numa posição central na educação e promoção da saúde. A partir dos resultados alcançados, demonstram que a reabilitação funcional da pessoa submetida a ATA representa um recurso terapêutico eficaz, apresentando-se como um desafio significativo para a Enfermagem de Reabilitação. Os estudos recomendam a implementação de protocolos pós-operatórios iniciais que incluam intervenções complementares de eficácia clínica estabelecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EGAS MONIZ
SCHOOL OF SCIENCE & HEALTH

III JORNADAS DE ENFERMAGEM
ONE HEALTH
CONQUISTAS E DESAFIOS

CERTIFICADO

João Carlos da Costa Sardinha

Participou com a apresentação do seguinte poster: "***Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca - Revisão Scoping***", em co- autoria com **Júlio Belo Fernandes**, nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Presidente da Comissão Cientíica

Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:

APÊNDICE 8 - POSTER CUIDAR DE QUEM CUIDA- GINÁSTICA LABORAL

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE

SANTA CASA Misericórdia de Lisboa

CUIDAR DE QUEM CUIDA

GtNéstice LeBorel

PREPARATÓRIA OU AQUECIMENTO

10 A 12MIN

No início da jornada de trabalho.
Exercícios de coordenação, equilíbrio, concentração, flexibilidade e resistência muscular.

COMPENSATÓRIA

5 A 10MIN

Exercícios de alongamento e flexibilidade, respiratórios e posturais.

RELAXAMENTO

10 A 12MIN

Musicoterapia, comunicação, socialização e formação.

AS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS ESTÃO, NA MAIORIA, RELACIONADAS COM PROFISSÕES NA ÁREA DA SAÚDE. A GINÁSTICA LABORAL PREVINE ESTAS LESÕES E PROMOVE O BEM-ESTAR DOS PROFISSIONAIS.

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação João Sardinha
Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Rita Rodrigues
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Joana Costa

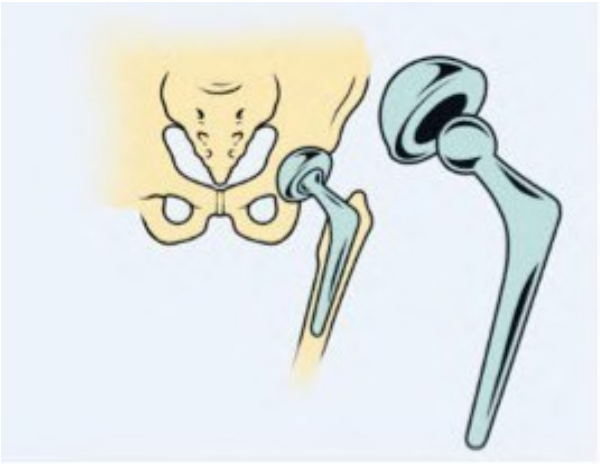
Santos, G. (2017). Implementação e avaliação de um Programa de Ginástica Laboral: efeitos nos níveis de burnout e nos sintomas musculoesqueléticos. *Repositório Comum*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21417/1/vers%C3%A3oFINAL-11-12%20Gustavo%20Jos%C3%A9%20Arouche%20Santos%5B2662%5D.pdf

APÊNDICE 9 – FOLHETOS SOBRE EXERCÍCIOS PARA REALIZAR NO DOMICILIO E CAPACITAR A PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

UCC SEIXAL
Unidade de Cuidados na Comunidade

EXERCÍCIOS PARA REALIZAR NO DOMICÍLIO

À PESSOA SUBMETIDA À PRÓTESE TOTAL DA ANCA



RECOMENDAÇÕES

- Realize os exercícios pelo menos 2 vezes ao dia, respeitando as recomendações e de acordo com tolerância à dor;
- Use roupa confortável e calçado fechado atrás e de sola antiderrapante;
- Cumpra a medicação para as dores, de acordo com indicação médica;
- É normal o membro operado estar inchado, cumpra elevação do mesmo **(não ultrapasse a linha da anca);**
- Aplique gelo 3 a 4 vezes ao dia, protegido, durante 20 minutos.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL

Largo da Mundet- Bairro Novo | 2840-462 Seixal

Telefone: 212274819

AO REALIZAR OS EXERCÍCIOS PRETENDEMOS:

- Promover a autonomia;
- Adotar posições de conforto;
- Otimizar a respiração (efetuar inspirações profundas e expirações prolongadas);
- Executar de acordo com a tolerância à dor e as indicações da equipa médica e de enfermagem.

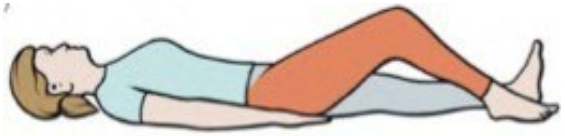
DEITADO

Conte até 5 enquanto faz o movimento e relaxe, faça 3 séries de 10 repetições:

- Contraia as nádegas uma contra a outra;

- Contraia os músculos da perna contra a cama, como se estivesse a espreguiçar a mesma;

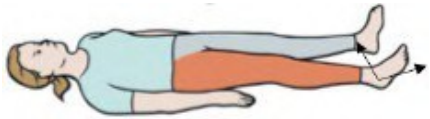
Realizar movimentos de flexão e extensão da perna (**não ultrapasse os 90º, não levante o membro operado acima da anca**);



- Afaste e aproxime o membro operado do centro do corpo (nunca cruze os membros inferiores);

DEITADO OU SENTADO

- Movimentar o membro operado para cima e para baixo;



- Realizar movimentos de flexão e extensão do membro operado.

EM PÉ

<u>Estes exercícios devem ser realizados numa superfície fixa.</u>

- Mantendo as costas direitas e as mãos apoiadas, afaste o membro operado até onde conseguir e volte à posição inicial (**não cruze as pernas**);

- Em pé, com as costas apoiadas e as mãos apoiadas, levante o membro operado e baixe (**não levante o membro operado acima do nível da anca).**

- Mantendo as costas direitas e as mãos apoiadas, leve a perna operada para atrás até onde conseguir, e volte à posição inicial.

RECOMENDAÇÕES

- Use sempre as suas duas canadianas até que o seu médico lhe diga que pode passar para uma ou que já não são necessárias;
- Se viajar ou realizar exames, leve consigo a declaração médica comprovativa da cirurgia;
- Retome a sua vida lentamente e com precaução, de acordo com tolerância à dor;
- Em caso de dúvida, consulte o seu médico ou enfermeiro.

COMUNIQUE AO SEU MÉDICO SE…

- Febre;
- Sinais de compromisso neurocirculatório:
  - Dor aumentada, que não diminui com medicação;
  - Alteração da coloração da pele;
  - Alteração da sensibilidade do membro operado;
  - Dificuldade em mobilizar a perna;
  - Perna mais curta;
  - Posição anormal da perna;

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL

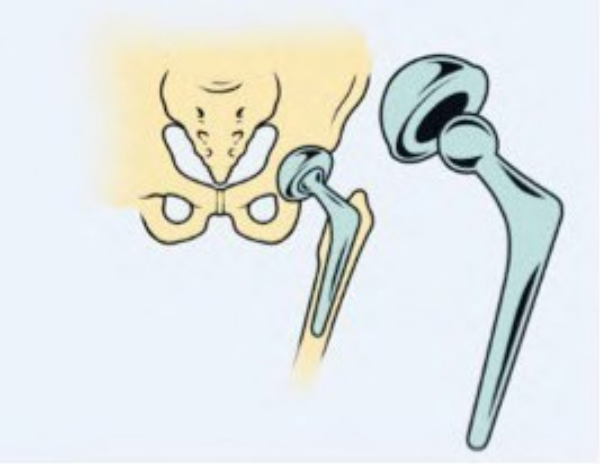
Largo da Mundet- Bairro Novo | 2840-462 Seixal

Telefone: 212274819

UCC SEIXAL

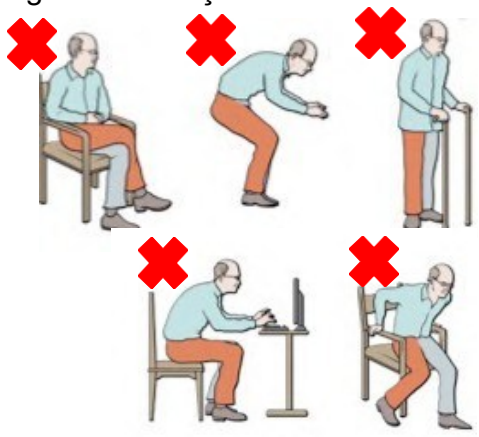
Unidade de Cuidados na Comunidade

CAPACITAR A PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA



CUIDADOS A TER:

- **Não** cruzar as pernas;
- **Não** rodar a perna operada para dentro;
- **Não** unir os joelhos;
- **Não** se debruçar ou dobrar a perna operada acima do nível da anca (mais de 90º). Se necessitar apanhar objetos dobre o corpo para a frente e a perna operada para trás ou pedir ajuda de terceiros;
- Retome a atividade de condução e sexual, segundo indicação médica.

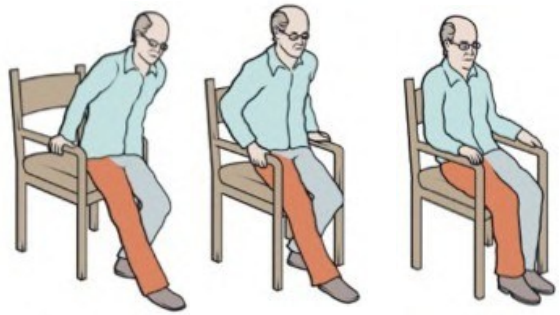


CUIDADOS NA REALIZAÇÃO DA HIGIENE

- Existem algumas ajudas técnicas para realizar a higiene;
- Ao entrar e sair da banheira, utilize sempre um tapete antiderrapante e um apoio lateral para se segurar;
- Utilize o alteador de sanita de acordo com a sua estatura física. **Não use o bidé.**

CUIDADOS PARA SE SENTAR:

- Encoste uma cadeira com costas à parede. Coloque-se de lado com a perna operada virada para a parede. Sente-se lentamente sem dobrar a perna operada. Quando estiver sentado, rode o corpo para a frente;

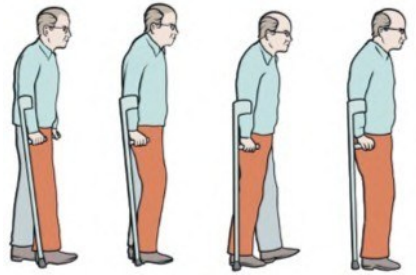


- Caso a sua cadeira possua braços de apoio, utilize-os, não se esquecendo de esticar a perna operada ao sentar-se;
- Ao entrar e sair do carro, tenha atenção para não rodar a perna operada para dentro ou passá-la para o outro lado do corpo.

COMO VOU FAZER PARA CAMINHAR?

Com um andarilho ou 2 canadianas deve:

1. Colocar o andarilho ou as 2 canadianas à frente;
2. Dê um passo com a perna operada;
3. Dê um passo com a perna não operada.



COMO SUBIR E DESCER AS ESCADAS?

Para subir:

1. Suba o degrau com a perna não operada;
2. Coloque a canadiana no mesmo degrau;
3. Leve a perna operada para junto da perna não operada.

Para descer:

1. Coloque a canadiana no degrau;
2. Desça primeiro a perna operada;
3. Desça depois a perna não operada.

PARA MUDAR O SENTIDO DE MARCHA?

Rode sempre sobre a perna não operada.

APÊNDICE 10- ESTUDO CASO: PESSOA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2024/2025

2.º Ano – 1.º Semestre

ESTUDO CASO

Pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca

João Carlos da Costa Sardinha

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2024/2025

2.º Ano – 1.º Semestre

ESTUDO CASO

Pessoa submetida à Artroplastia Total da Anca

Discente:
João Sardinha, n.º 112250

Docente:
Mestre Gonçalo Rosa

Monte da Caparica
janeiro 2025

Lista de Abreviaturas e Siglas

- **ATA**- Artroplastia Total da Anca;
- **AVD**- Atividades de Vida Diária;
- **Bpm**- batimentos por minuto;
- **CIPE**- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem;
- **Cpm**- ciclos por minuto;
- **ECG**- Eletrocardiograma;
- **EEB**- Escala de Equilíbrio de Berg;
- **EEER**- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- **EQM**- Escala de Quedas de Morse;
- **Mg**- Miligrama;
- **MIF**- Escala de Medida de Independência Funcional;
- **MmHg**- Milímetros de mercúrio;
- **MRC**- Medical Research Council;
- **RX Tórax**- Radiografia do Tórax;
- **SpO_2**- Saturações Periféricas de oxigénio;
- **Sr**.- Senhor;
- **TSE**- Teoria dos Sistemas de Enfermagem;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 6
1. COLHEITA DE DADOS 8
2. EXAME FÍSICO 11
3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA 12
4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA 13
4.1 Estado Mental 13
4.2 Pares Cranianos 13
5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE 14
5.1 Força muscular 14
5.2 Tónus Muscular 15
5.3 Coordenação Motora 16
5.4 Sensibilidade 17
5.5 Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda 18
5.6 Avaliação da Marcha 20
6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO 22
7. PLANO DE CUIDADOS 26
7.1 Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem 26
7.2 Plano de Cuidados do Senhor J.P 28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 36
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 37
APÊNDICES 38
Apêndice 1- Escala de Borg modificada 39
Apêndice 2- Escala de Coma de Glasgow 39
Apêndice 3- Escala de Força Muscular MRC 40
Apêndice 4- Escala Modificada de Ashworth 40
Apêndice 5- Escala de Equilíbrio de Berg 41
Apêndice 6- Escala de Quedas de Morse 41
Apêndice 7- Categorias Funcionais de Marcha 42
Apêndice 8- Índice de Barthel 43
Apêndice 9- Escala de MIF 44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Dados Antropométricos 11
Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória 12
Tabela 3- Avaliação do Estado Mental 13
Tabela 5- Avaliação da Força Muscular 15
Tabela 6- Avaliação do Tónus Muscular 16
Tabela 7- Avaliação da Coordenação Motora 16
Tabela 8- Avaliação da Sensibilidade 17
Tabela 9- Avaliação do Equilíbrio associado ao Risco de Queda 18
Tabela 10- Escala de Equilíbrio de Berg 19
Tabela 11-Escala de Quedas de Morse 20
Tabela 12- Categorias Funcionais de Marcha 21
Tabela 13-Avaliação do Índice de Barthel 24
Tabela 14- Avaliação da Escala de MIF 25
Tabela 15- Plano de Cuidados do Sr. J.P 35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Raio-x Tórax 9
Figura 2- Raio-x da Bacia 9
Figura 3- Raio-x pós cirúrgico: ATA 10

INTRODUÇÃO

No contexto do 2.º Ensino Clínico, realizado no 1.º semestre do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi solicitado o desenvolvimento de um Estudo de Caso.

A Enfermagem de Reabilitação engloba um conjunto especializado de saberes e técnicas específicas, que promovem benefícios em saúde em diversos contextos de atuação. Essa abordagem facilita a prevenção de limitações e a recuperação de capacidades individuais, favorecendo a autonomia e o bem-estar do paciente (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) distingue-se pela sua ampla formação e experiência, que lhe confere a capacidade de tomar decisões orientadas para a promoção da saúde, a prevenção de complicações secundárias, o tratamento e a reabilitação, maximizando o potencial dos pacientes sob a sua assistência (Regulamento n.º 392/2019).

O presente estudo de caso explora a temática da "Pessoa submetida à ATA", com base no exemplo do Sr. J.P. Este caso ilustra a relevância da reabilitação, após a realização de uma intervenção cirúrgica, que pode ser temporariamente comprometida. A recuperação desses processos é crucial para o restabelecimento pleno da funcionalidade do Sr. J.P.

O objetivo principal deste estudo de caso é aplicar os conhecimentos científicos e teórico-práticos adquiridos ao longo do curso, por meio da avaliação das necessidades do paciente Sr. J.P e do desenvolvimento de um plano de cuidados de reabilitação, fundamentado na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem. O plano de cuidados será modificado com base na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, garantindo uma abordagem sistemática e alinhada com as melhores práticas na área.

No decorrer da colheita dos dados clínicos, foram seguidos os princípios éticos e legais da profissão, garantindo a confidencialidade das informações do paciente Sr. J.P. Além disso, foi realizado um acompanhamento contínuo dos cuidados de enfermagem, bem como uma consulta ao processo clínico, o que possibilitou a

elaboração de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação adaptado às necessidades do Sr. J.P.

1. COLHEITA DE DADOS

Identificação e história de Vida:

J.P do sexo masculino de 56 anos de idade, nascido a 04-08-1968, casado, natural de Lisboa, reside com a esposa e com 2 filhos. Empregado numa empresa de recursos humanos. Católico. Refere ser previamente autónomo nas atividades de vida diária (AVD). Refere ser dextro.

Condições habitacionais:

Apartamento, com escadas, eletricidade e saneamento disponível.

Antecedentes pessoais:

Artroplastia Total da Anca à direita em 2021.

Medicação habitual:

Nega medicação habitual.

Alergias:

Desconhece alergias medicamentosas e/ou outras.

História familiar:

Antecedentes familiares de diabetes tipo II e hipertensão arterial. Nega conhecimento de outros.

Motivo de internamento:

Internado dia 08 de novembro de 2024, para cirurgia eletiva, com o diagnóstico de Coxartrose à esquerda, para ser submetido a uma ATA à esquerda.

Avaliação Imagiológica:

Figura 1- Raio-x Tórax

Incidência póstero-anterior, centrado e com boa penetração do feixe. Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles, visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do mediastino. Apresenta horizontalidade das costelas.

Figura 2- Raio-x da Bacia

Observa-se a coxartrose à esquerda.

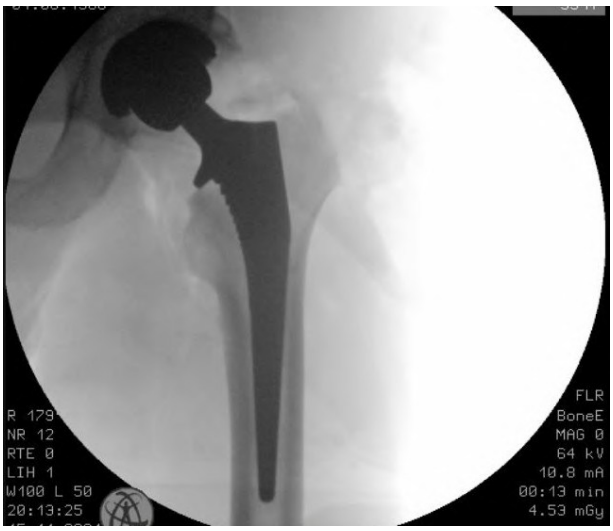


Figura 3- Raio-x pós cirúrgico: ATA

2. EXAME FÍSICO

Dados antropométricos	Sexo: Masculino | Peso: 80 Kg | Altura: 181 cm
Exame físico sumário (08-11-2024)	Eupneico em ar ambiente, com Frequência Respiratória de 17 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigénio (SpO2) de 100%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude. Tensão arterial: 121/60mmHg; Frequência cardíaca: 85 batimentos por minuto (bpm); Apirético com temperatura timpânica de 36,9ºC. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem lesões visíveis. Tronco e membros de características normais.

Tabela 1- Dados Antropométricos

3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Para avaliar a função respiratória do Sr. J.P, foi aplicada a Escala de Borg modificada, que mede o grau de dispneia apresentado (Borg, 1982) (Apêndice 1).

Função Respiratória (08/11/2024)	
Inspeção	Eupneico, respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
Palpação	Hemotórax esquerdo e direito sem alterações.
Percussão	Presença de som claro pulmonar.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
Tosse	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
Escala de Dispneia de Borg modificada	Nenhuma dispneia (0).

Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória

4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Para avaliar o estado mental do Sr. J.P, foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974) (Apêndice 2).

4.1 Estado Mental

Estado mental (08/11/2024)	
Estado de Consciência	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de *Glasgow* (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal (5), cumpre ordens (6)).
Orientação	Orientado, auto e alo psiquicamente.
Atenção	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
Memória	A memória sensorial, imediata, recente e remota, não apresentam alterações.
Linguagem	Compreensão, nomeação, repetição, leitura sem alterações. Sem disartria.
Capacidades práxicas	Tem capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), icónicos transitivos (ex: beber água pela garrafa) e icónicos intransitivos (ex: assobiar).

Tabela 3- Avaliação do Estado Mental

4.2 Pares Cranianos

I- olfativo – Não testado;

II- ótico – Não foram objetivadas alterações da acuidade visual, visão periférica mantida;

III- oculomotor; IV-patético; VI-motor ocular externo (abducente) – Pupilas isocóricas e reativas à luz; sem nistagmo;

V-trigémio – Sensibilidade tátil e dolorosa mantidas;

VII- facial – Sem alterações nem apagamento do sulco nasogeniano;

VIII- auditivo/vestibulo coclear – Não testado;

IX- glossofaríngeo; X-vago – Reflexo de vómito presente; Reflexo de tosse presente;

XI- espinal – Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio;

XII- grande hipoglosso – Língua centrada na protusão, sem estase salivar; úvula normal.

5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

5.1 Força muscular

Com o objetivo de avaliar a força muscular do Sr. J.P, utilizou-se a Escala de Força Muscular (MRC) (Medical Research Council, 1976) (Apêndice 3).

Segmentos	**Movimentos**	**Força Muscular**		**Força Muscular**		**Força Muscular**	
		08/11/2024		**11/11/2024**		**13/11/2024**	
		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Inclinação direita	5	5	5	5	5	5
	Inclinação esquerda	5	5	5	5	5	5
	Rotação	5	5	5	5	5	5
Escapulo umeral	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Rotação interna	5	5	5	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5	5	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5	5	5	5
	Supinação	5	5	5	5	5	5
Punho	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Desvio cubital	5	5	5	5	5	5
	Desvio radial	5	5	5	5	5	5
Dedos da mão	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Oponência	5	5	5	5	5	5

Coxo-femoral	Flexão	5	4	5	4	5	5
	Extensão	5	4	5	4	5	5
	Adução	5	3	5	4	5	5
	Abdução	5	3	5	4	5	5
	Rotação interna	5	3	5	3	5	4
	Rotação externa	5	3	5	3	5	4
Joelho	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Tibiotársica	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Inversão	5	5	5	5	5	5
	Eversão	5	5	5	5	5	5
Dedos dos pés	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5

Tabela 4- Avaliação da Força Muscular

5.2 Tónus Muscular

Para avaliar o tônus muscular do Sr. J.P, utilizou-se a Escala Modificada de *Ashworth* (Bohannon & Smith, 1987) (Apêndice 4).

Segmentos	**Movimentos**	**Tónus Muscular**		**Tónus Muscular**	
		08/11/2024		**11/11 e 13/11**	
		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
Cabeça e pescoço	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Inclinação direita	0	0	0	0
	Inclinação esquerda	0	0	0	0
	Rotação	0	0	0	0
Escapulo-umeral	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Rotação interna	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
Antebraço	Pronação	0	0	0	0
	Supinação	0	0	0	0

Punho	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0
	Desvio radial	0	0	0	0
Dedos da mão	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Oponência	0	0	0	0
Coxo- femoral	Flexão	0	2	0	0
	Extensão	0	2	0	0
	Adução	0	2	0	1
	Abdução	0	2	0	1
	Rotação interna	0	2	0	1
	Rotação externa	0	2	0	1
Joelho	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
Tibiotársica	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Inversão	0	0	0	0
	Eversão	0	0	0	0
Dedos dos pés	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0

Tabela 5- Avaliação do Tónus Muscular

5.3 Coordenação Motora

Para avaliar a evolução motora do Sr. J.P, realizaram-se os testes Índex-nariz e Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

Coordenação Motora	
Prova Índex-Nariz	
08/11/2024	Na prova Index-nariz, o Sr. J.P não apresenta alterações.
Prova Calcanhar-joelho	
08/11/2024	Na prova Calcanhar-joelho, o Sr. J.P não apresenta alterações.

Tabela 6- Avaliação da Coordenação Motora

5.4 Sensibilidade

Conforme descrito por Menoita (2012), a sensibilidade corporal do Sr. J.P foi avaliada.

Sensibilidade 08/11/2024		**Face**		**Tronco**	**Membros Superiores**		**Membros Inferiores**	
		Lado direito	**Lado esquerdo**		**Lado direito**	**Lado esquerdo**	**Lado direito**	**Lado esquerdo**
Superficial	**Tátil**	P	P	P	P	P	P	P
	Térmica	P	P	P	P	P	P	P
	Dolorosa	P	P	P	P	P	P	P
Profunda	**Sentido de Pressão ou Barestesia**	P	P	P	P	P	P	P
	Vibratória ou Palestesia	P	P	P	P	P	P	P
	Postural ou cinético postural	P	P	P	P	P	P	P
Legenda: P (presente); **D** (diminuído).								

Tabela 7- Avaliação da Sensibilidade

5.5 Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda

Para avaliar o equilíbrio corporal do Sr. J.P, utilizou-se a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) (Berg et al., 1992), que mede o equilíbrio funcional, estático e sonoro e estima o risco de queda. O risco associado foi avaliado por meio da Escala de Quedas de Morse-EQM6 (Norma n.º 008/2019, pp. 1-17) (Apêndice 5 e 6).

	08/11/2024		**11/11/2024**		**13/11/2024**	
	Estático	**Dinâmico**	**Estático**	**Dinâmico**	**Estático**	**Dinâmico**
Equilíbrio funcional	Presente na posição de sentado e na posição ortostática.	Presente na posição de sentado e na posição ortostática.	Presente na posição de sentado e na posição ortostática.	Presente na posição de sentado e na posição ortostática.	Presente na posição de sentado e na posição ortostática.	Presente na posição de sentado e na posição ortostática.

Tabela 8- Avaliação do Equilíbrio associado ao Risco de Queda

Escala de Equilíbrio de Berg			
Descrição dos itens	**08/11/2024**	**11/11/2024**	**13/11/2024**
1) Posição sentada para posição em pé.	4	4	4
2) Permanecer em pé sem apoio.	4	2	3
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.	4	4	4
4) Posição em pé para posição sentada.	4	3	3
5) Transferências.	4	2	3
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	4	4	4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	4	4	4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	4	4	4
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	4	2	3

10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	4	4	4
11) Girar 360 graus.	4	2	3
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.	4	4	4
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.	4	4	4
14) Permanecer em pé sobre uma perna.	4	2	3
TOTAL	56	45	50
CONCLUSÃO	Baixo Risco de Queda / equilíbrio bom	Baixo Risco de Queda / equilíbrio bom	Baixo Risco de Queda / equilíbrio bom
INTERPRETAÇÃO DA ANÁLISE:	**41-56 =** baixo risco de queda / equilíbrio bom; **21-40 =** risco de queda médio / equilíbrio médio; **0 - 20** = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

Tabela 9- Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Queda de Morse			
Item	**08/11/2024**	**11/11/2024**	**13/11/2024**
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0	0	0
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0	15	15

4. Terapia intravenosa Não Sim	20	20	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0	20	10
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0	0	0
TOTAL	35	70	40
CONCLUSÃO	Baixo Risco de Queda	Alto Risco de Queda	Baixo Risco de Queda

Tabela 10-Escala de Quedas de Morse

5.6 Avaliação da Marcha

Para avaliar a marcha do Sr. J.P, utilizou-se o método das Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986), que detalha o suporte físico necessário para indivíduos durante a execução da marcha (Apêndice 7).

Categorias Funcionais de Marcha				
Definição	**Categoria**	**08/11/2024**	**11/11/2024**	**13/11/2024**
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0			
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1			
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2		**X**	

O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3			
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4			**X**
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5	**X**		

Tabela 11- Categorias Funcionais de Marcha

6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Para avaliar o grau de dependência no autocuidado do Sr. J.P, utilizou-se o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a Escala de Medida de Independência Funcional-MIF (Granger et al., 1986) (Apêndice 8 e 9).

Índice de Barthel		**08/11/2024**	**11/11/2024**	**13/11/2024**
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	10	10	10
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.	15	5	10
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	0	5
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	5	10

Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5	0	5
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15	10	10
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala	10	0	5
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	5	10
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10	10	10

Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)	10	10	10
Interpretação do Resultados	**100 pontos** – totalmente independente **99 a 76 pontos** – dependência leve **75 a 51 pontos** - dependência moderada **50 a 26 pontos** – dependência severa **25 e menos pontos** – dependência total	100	55	85

Tabela 12-Avaliação do Índice de Barthel

Escala de MIF			
	08/11/2024	**11/11/2024**	**13/11/2024**
Autocuidado			
A – Alimentação	7	7	7
B – Higiene pessoal	7	4	6
C – Banho (lavar corpo)	7	3	5
D – Vestir metade superior	7	7	7
E – Vestir metade inferior	7	1	4
F – Utilização da sanita	7	3	6
Controlo de Esfíncteres			
G – Vesical	7	7	7
H – Intestinal	7	7	7
Transferências			
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas	7	3	6
J – Sanitário	7	3	6
K – Banheira, duche	7	3	6
Locomoção			
L – Marcha, cadeira de rodas	7	3	6

M – Escadas	7	N/A	6
Comunicação			
N – Compreensão	7	7	7
O – Expressão	7	7	7
Cognição Social			
P – Interação social	7	7	7
Q – Resolução de problemas	7	7	7
R – Memória	7	7	7
TOTAL	126	86	114
NÍVEIS	7 Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)		SEM AJUDA
	<u>Dependência Modificada</u> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥50%) <u>Dependência Completa</u> 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥25%) 1 Ajuda total (indivíduo ≥0%)		AJUDA
CLASSIFICAÇÃO: **100** – Independência Total; **99-76** – Dependência Leve; **75-51** – Dependência Moderada; **50-26** – Dependência Grave; **≤25** – Dependência Total			

Tabela 13- Avaliação da Escala de MIF

7. PLANO DE CUIDADOS

7.1 Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem

Nesta teoria, defina-se uma abordagem para responder às necessidades de autocuidado. O sistema de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado identificadas na pessoa, bem como nas suas capacidades para atender a essas necessidades. Os cuidados de enfermagem tornam-se necessários quando há um descompasso entre o que o indivíduo é capaz de fazer por si mesmo e o que precisa ser feito para garantir o funcionamento desejado (Orem, 2001).

A Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE) formam a base da prática de cuidados desenvolvidos durante a realização deste estágio. De acordo com Orem (2001), a Teoria dos Sistemas de Enfermagem "estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de Enfermagem". Esta teoria define a maneira como os enfermeiros, os utentes ou ambos colaboram para responder às necessidades do autocuidado, considerando a relação entre as necessidades de autocuidado e as capacidades do paciente para desenvolver as atividades. Os cuidados de enfermagem são fundamentados na existência de um déficit de autocuidado, que se baseia no facto de que o indivíduo é capaz de realizar (ações de autocuidado) e no que é necessário para alcançar o funcionamento desejado (necessidades de autocuidado) (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

De acordo com Petronilho (2012), com o intuito de atender aos requisitos de autocuidado dos indivíduos, Orem formulou três tipos de sistemas de enfermagem:

- O Sistema Totalmente compensatório

- O Sistema Parcialmente Compensatório

- O Sistema de Apoio

Com base na avaliação anteriormente realizada sobre o Sr. J.P, os seguintes objetivos foram definidos para o plano de cuidados de reabilitação:

- Promover a estimulação neuro-sensorial em cada sessão;
- Desenvolver a prática de reeducação funcional motora;
- Aumentar a força muscular através de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos resistidos;

- Desenvolver o equilíbrio estático e dinâmico;
- Realizar exercícios que aumentem a cooperação motora;
- Promover o ganho gradual de independência nos autocuidados e no programa de reabilitação;
- Reduzir o risco de queda existente.

7.2 Plano de Cuidados do Senhor J.P

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
Ventilação: Potencial para melhorar o conhecimento sobre ventilação respiratória;	- Diminuir complicações ventilarórias no pós-operatório; - Promover relaxamento; - Promover cicatrização adequada.	Reeducação funcional respiratória: - Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios; - Ensino da respiração abdominodiafragmática; - Ensino de Reeducação Costal;	**08/11/2024** - Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração: 1 séries de 10 repetições; - Reeducação diafragmática posterior: 1 séries de 10 repetições; - Reeducação diafragmática posterior com resistência: 1 séries de 10 repetições; - Abertura costal global com bastão: 1 séries de 10 repetições - Ensinar sobre tosse (tosse dirigida) Utente com capacidade para aprendizagem dos exercícios instruídos e treinados. Saturação periférica no início e no fim de 100%.

Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório			**11/11/2024 e 13/11/2024** Utente com capacidade para retenção dos ensinos previamente efetuados e realização autónoma dos mesmos.
Transferir-se comprometido: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; **Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório**	Transferir-se comprometido: Melhorar conhecimento sobre a técnica de adaptação para transferir-se; Promover a transferência autónoma e em segurança.	Avaliar a capacidade de transferência da cama para cadeira de rodas; Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptaçãopara transferir-se; Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência autónoma e em segurança;	**08/11/2024** Transfere-se autonomamente; **11/11/2024 e 13/11/2024** Necessitou de ajuda unilateral para a transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa;
Equilíbrio corporal comprometido: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Equilíbrio corporal comprometido: Melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal, através da Escala de Berg; Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnica de equilíbrio corporal; Avaliar a capacidade para executar	**08/11/2024** O Sr. J.P tem capacidade para manter posição ortostática, mantém postura adequada, apresenta equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico na posição ortostática (*score* 56 na Escala de Berg);

Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal; Equilíbrio corporal comprometido relacionado com diminuição da força muscular em todos os segmentos. **<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>**	Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal;	técnica de equilíbrio corporal; Executar técnica de treino de equilíbrio corporal (alternância de carga nos membros superiores e inferiores, exercícios de coordenação motora); Estimular o equilíbrio corporal através da correção postural diariamente; Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma da técnica de treino de equilíbrio corporal, em segurança, utilizando roupa e calçado adequado.	Demonstrou conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal. Demonstra interesse e motivação para aprender, executar e melhorar o equilíbrio corporal, dispõe de roupa e calçado adequado. **11/11/2024** O Sr. J.P tem capacidade para manter posição ortostática, mantém postura adequada, apresenta equilíbrio estático, mas não dinâmico na posição ortostática (*score* 45 na Escala de Berg); **13/11/2024** O Sr. J.P tem capacidade para manter posição ortostática, mantém postura adequada, apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática (*score* 50 na Escala de Berg);

Diminuição da força muscular no membro inferior esquerdo **<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>**	Promover a recuperação e arranjar estratégias de autonomia e autocuidado Aumentar a força muscular no membro inferior esquerdo Adesão ao plano de treino definido	Realizar os exercícios isotónicos ativos no membro inferior esquerdo - 10 repetições de 2 séries; Avaliar a força muscular através da escala MRC; Promover a adesão ao plano de treino instituído.	**08/11/2024** Realizados exercícios isotónicos ativos dos membros inferiores; Avaliada a escala MRC; **11/08/2024** Realizados exercícios do plano proposto; Mantém a necessidade de ajuda parcial para as AVD. **13/11/2024** Realizados autonomamente os exercícios do plano de treino proposto e com boa adesão;
Risco de queda em grau moderado	Diminuir o risco de queda Promover o ambiente segura para a prática dos cuidados de reabilitação	Identificar os fatores de risco que levam a ocorrência de quedas: alteração do campo visual; alteração do equilíbrio corporal; dificuldades no autocuidado higiene em segurança;	**08/11/2024** Identificaram-se os fatores de risco que levam às quedas: diminuição do equilíbrio;

	Evitar ocorrência de quedas	alteração do padrão normal da marcha. Otimizar o ambiente físico da pessoa, colocando a campainha e objetos pessoais facilmente acessíveis a esta, chão limpo e seco. Manter o plano da cama baixo ao mínimo, cama travada e cadeirão/cadeira de rodas travados de forma a reduzir o risco de queda. Desobstruir os locais de passagem da pessoa. Auxiliar a pessoa no levante, transferência e no andar. Incentivar a pessoa ao levante, transferência e andar autónomos, em segurança.	Foi estabelecido o plano de cuidados de reabilitação mediante as necessidades pessoais, de forma simples e seguro; O espaço da pessoa manteve-se organizado e arrumado, limpo, chão seco; **11/11/2024 e 13/11/2024** Foram disponibilizados equipamentos de apoio para o autocuidado (cadeira sanitária, cadeira de rodas, barras de apoio no duche); Auxiliado no levante e transferência em segurança, com roupa e calçado adequado.

Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório		Incentivar à utilização de calçado prático, fechado e antiderrapante, bem como roupa ajustada ao corpo que permita movimentar-se livremente. Incentivar a utilização de equipamentos/materiais de apoio para o autocuidado (barras de apoio, cadeira de rodas).	
Movimento corporal comprometido: Potencial para melhorar a prática dos exercícios propostos entre eles musculares e articulares e a mobilidade do membro inferior esquerdo; Potencial para melhorar o conhecimento sobre o plano de treino instituído;	Promover a mobilização da utente; Prevenir complicações de imobilidade e pós cirurgia; Promover o aumento da força muscular; Diminuir queixas álgicas; Diminuir edema associado à intervenção cirúrgica.	Analisar com a pessoa a relação entre pratica dos exercícios musculares e articulares e a mobilidade dos membros Incentivar a mobilização precoce; Ensinar posições e posicionamentos permitidos; Promover a amplitude articular; Avaliar a força muscular.	**08/11/2024** O paciente mostrou-se colaborante e participativo no plano de treino instituído. Realizou 1 série de 10 repetições sem apresentar dificuldades. Demonstrou bom equilíbrio estático e dinâmico. **11/11/2024** O paciente reteve os ensinamentos previamente ministrados, realizando 2 séries de 10 repetições com boa tolerância e sem relatar dor.

		Reeducação funcional motora: 1 serie de 10 repetições: - Exercícios isométricos; - Exercícios isotónico; - Mobilizações ativas resistidas; - Mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas do membro são e do membro operado; - Flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão flexão do joelho; - Abdução/adução da articulação coxofemoral; - Flexão/extensão do joelho; - Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica; Instruir e treinar técnica de transferência e treino de marcha com auxiliar de marcha;	Iniciado levante para cadeira de rodas e posteriormente iniciado treino de marcha com auxiliar de marcha, neste caso o escolhido foi o andarilho. Foi realizado treino de equilíbrio. Destacou-se pela capacidade de retenção dos ensinamentos e pelo ótimo potencial reabilitativo, motivado pela sua determinação em recuperar a autonomia prévia. **13/11/2024** Foi realizado treino de equilíbrio, iniciado treino de marcha com canadianas e exercícios de subida e descida de escadas com canadianas. O paciente demonstrou rápida adaptação e domínio das técnicas ensinadas.

<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>		Efetuar treino de subir e descer escadas; Treinar a pessoa para a execução autónoma do plano de treino;	
Potencial para melhorar a capacidade deambular com auxiliar de marcha: **<u>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório</u>**	Avaliar a capacidade para deambular com auxílio de marcha;	- Avaliar a capacidade para deambular com auxiliar de marcha, andarilho e canadianas; - Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha;	**11/11/2024** Demonstra capacidade para andar com auxiliar de marcha. Consegue manter a posição ortostática e andar cerca de 10 metros com auxílio do andarilho. Demonstrou facilidade na aprendizagem. **13/11/2024** A paciente demonstra capacidade para andar com auxílio de canadianas.

Tabela 14- Plano de Cuidados do Sr. J.P

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Estudo Caso teve como objetivo a análise da situação do Sr. J.P., centrando-se na prestação de cuidados de reabilitação em contexto hospitalar. Esta experiência permitiu-me aplicar, aprofundar e consolidar os conhecimentos abordados previamente nas aulas teóricas-práticas do curso. Mais uma vez, foi uma oportunidade enriquecedora e desafiadora, tanto no que se refere à gestão do tempo como na aplicação dos diferentes conhecimentos teórico-práticos.

Durante o Ensino Clínico, foi possível aprimorar competências que serão fundamentais para o meu futuro exercício como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Prestei cuidados de reabilitação sob a supervisão do Enfermeiro Orientador, que acompanhou de perto a minha atuação ao longo deste período. As intervenções realizadas demonstraram-se vantajosas para o Sr. J.P em estudo e, consequentemente, para os seus familiares, conforme comprovado pelos resultados das avaliações realizadas através das escalas recomendadas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

O Sr. J.P mostrou-se colaborante, comunicativo e envolvida durante todo o processo, permitindo a execução das intervenções propostas e exibindo dedicação e motivação na sua recuperação. O principal objetivo foi a reconquista da autonomia necessária para retomar as AVD anteriores à intervenção cirúrgica. Assegurei, em todas as fases, a confidencialidade dos dados pessoais da utente, bem como a manutenção de um ambiente terapêutico acolhedor e seguro durante a prestação dos cuidados.

Em síntese, foi possível concluir que o plano de reabilitação implementado proporcionou resultados positivos, com progressos significativos na mobilidade, no equilíbrio e na força muscular, assim como na promoção de níveis mais elevados de independência funcional em pacientes submetidos à ATA.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aprile, I. (2014). Rehabilitation in total hip replacement: need for a consensus. *Physical Therapy Reviews*, *19*(4), 277–278.
2. Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, *83 Suppl 2*, S7–S11.
3. Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206
4. Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine andScience in Sports and Exercise*, 14 (5), 377–381. https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx
5. Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74.
6. Jones, E. D., Davidson, L. J., & Cline, T. W. (2022). The Effect of Preoperative Education Prior to Hip or Knee Arthroplasty on Immediate Postoperative Outcomes. *Orthopaedic Nursing*, *41*(1), 4–12.
7. Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the BarthelIndex." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-
8. Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf
9. Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012-n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares- normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx
10. Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Consultado em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
11. Orem, D.E. (2001). Nursing:Conceptsof practise, 6th edition; St. Louis, MO:Mosby
12. Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
13. Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 –II Série. (2019). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893

APÊNDICES

Apêndice 1- Escala de Borg modificada

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Apêndice 2- Escala de Coma de Glasgow

Variáveis		**Score**
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Apêndice 3- Escala de Força Muscular MRC

Escala de Força Muscular MRC	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Apêndice 4- Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth	
0	Tónus normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento)
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)

Apêndice 5- Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg		
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
1) Posição sentada para posição em pé		
2) Permanecer em pé sem apoio		
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho		
4) Posição em pé para posição sentada		
5) Transferências		
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados		
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos		
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.		
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.		
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.		
11) Girar 360 graus		
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio		
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente		
14) Permanecer em pé sobre uma perna		
TOTAL		
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.		
Legenda: 41-56 = baixo risco de queda / equilibro bom; 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

Apêndice 6- Escala de Quedas de Morse

Escala de Quedas de Morse	
Item	**Pontuação**
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	 0 25
2. Diagnósticos secundários Não	 0

Sim	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	 0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	 0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	 0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	 0 15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	

Apêndice 7- Categorias Funcionais de Marcha

Categorias Funcionais de Marcha	
Categoria	**Definição**
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

Apêndice 8- Índice de Barthel

Indice de Barthel	
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

Apêndice 9- Escala de MIF

<table>
<tr><th colspan="3">Escala de MIF</th></tr>
<tr><td colspan="2">Autocuidado</td><td>Data de avaliação</td></tr>
<tr><td colspan="2">A - Alimentação</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">B – Higiene pessoal</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">C - Banho</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">D - Vestir metade superior</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">E - Vestir metade inferior</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">F – Utilização da sanita</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Controlo de Esfíncteres</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">G – Vesical</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">H - Intestinal</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Transferência</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">I - Cama, cadeira, cadeira de rodas</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">J - Sanitário</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">K - Banheira, duche</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Locomoção</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">L - Marcha, cadeira de rodas</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">M - Escadas</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Comunicação</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">N – Compreensão</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">O – Expressão</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Cognição Social</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">P - Interação social</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Q - Resolução de problemas</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">R - Memória</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">TOTAL</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Legenda</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Nível</td><td>7 – Independência completa (segurança, em tempo normal).
6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)</td><td>Sem ajuda</td></tr>
<tr><td>Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço)
5 – Supervisão
4 – Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)
3 – Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 – Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)
1 – Ajuda total (indivíduo < 25 %)</td><td>Ajuda</td></tr>
</table>