



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ana Catarina Pinto da Costa

**INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO  
NO PRÉ-OPERATÓRIO DA PESSOA COM  
FRATURA PROXIMAL DO FÉMUR**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA  
PORTUGUESA

INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO NO PRÉ-  
OPERATÓRIO DA PESSOA COM FRATURA  
PROXIMAL DO FÉMUR

Relatório Final de Estágio

Ana Catarina Pinto da Costa

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Professor Especialista João Ventura

Oliveira de Azeméis | 2024



Virão dia melhores. Garanto-te. Ainda que pareçam distantes.  
Ainda que pareçam impossíveis. Virão dias melhores. Só não  
percas a fé e a vontade de te levatares todos os dias.

(Raul Minh'alma)



## **AGRADECIMENTOS**

---

Ao concluir este percurso que durou vários meses, gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para tornar este crescimento possível.

À Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, um agradecimento sincero por me permitir ingressar neste curso de mestrado e disponibilizar-me os melhores recursos para crescer enquanto futura Enfermeira Especialista.

Um agradecimento especial ao Senhor Professor Especialista João Ventura, pela paciência e rigor com que me orientou, bem como pela sua compreensão e disponibilidade ao longo de todo o percurso.

A todos os meus Professores, muito obrigada pela partilha de conhecimentos, pelas exigências e incentivos que me fizeram ir mais longe.

Uma palavra de agradecimento aos enfermeiros tutores que, pacientemente, disponibilizaram o seu tempo para colaborar na minha aprendizagem.

Aos meus colegas de turma, agradeço pela vossa amizade e ajuda na superação dos momentos difíceis.

Um muito obrigado ao meu companheiro, pelo apoio, sempre acreditou que eu seria capaz e nunca me deixou desistir.

À minha família, aos meus pais e irmã, agradeço por serem a força da minha vida.

À minha amiga Isabel, um agradecimento com muito carinho, por todas as palavras de incentivo e força, por todos os empurrões, sem ti este caminho teria sido mais difícil.

Aos que me deram coragem...

A todos, OBRIGADA.



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

---

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENIPD – Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência

GUSS – Gugging Swallowing Test

IBM – Índice de Barthel Modificado

JBI – Joanna Briggs Institute

MIF – Medida de Independência Funcional

Nº – Número

P. – Página

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA-ScR – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ScR – Scoping Review

SpO<sub>2</sub> – Saturação periférica de oxigénio

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCC – Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença

ULS – Unidade Local de Saúde



## RESUMO

---

A realização deste relatório final de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, prevista no plano de estudos do 1º ano de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e, tem como objetivo, retratar o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Encontra-se dividido em duas partes, integrando a componente prática e a componente de investigação.

Na parte I, é apresentado a componente prática que decorreu nos contextos ortopédico, neurológico e de comunidade. É realizada uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, das atividades realizadas, das dificuldades sentidas e como essas aprendizagens permitiram o desenvolvimento das competências referidas.

Para além da componente prática, foi desenvolvido paralelamente um percurso de investigação que se encontra representado na parte II deste documento. As fraturas proximais do fémur são das fraturas mais prevalentes, uma das razões mais comuns de hospitalização, constituem aproximadamente metade das admissões em serviços de ortopedia, tornando-se um significativo problema de saúde pública. Apesar de ser considerada benéfica na redução de complicações e no prognóstico favorável, não existe uma sistematização das práticas de reabilitação no pré-operatório de pessoas com fratura proximal do fémur. De forma a identificar quais as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, realizou-se uma Scoping Review (ScR), seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), com o objetivo de mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur. Foram identificadas várias intervenções de enfermagem que agrupamos em cinco focos de atenção de enfermagem: ventilação, posicionar, movimento muscular, andar com auxiliar de marcha e conhecimento. Os resultados desta ScR permitirão enformar programas de reabilitação sistematizados no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, baseados na melhor evidência disponível.



## **ABSTRACT**

---

This final internship report is part of the Professional Internship with Final Report course unit, as outlined in the study plan of the first year of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the North School of Health of the Portuguese Red Cross. Its objective is to depict the development of the Common Competencies of the Specialist Nurse and the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. It is divided into two parts, integrating both the practical and research components.

In Part I, the practical component that took place in orthopedic, neurological, and community contexts is presented. A critical-reflexive analysis of the lived experiences, activities carried out, difficulties encountered, and how these learnings allowed for the development of the mentioned competencies is conducted.

In addition to the practical component, a research journey was concurrently developed, represented in Part II of this document. Proximal femur fractures are among the most prevalent fractures, one of the most common reasons for hospitalization, accounting for approximately half of the admissions to orthopedic services, becoming a significant public health problem. Although considered beneficial in reducing complications and favorable prognosis, there is no systematization of rehabilitation practices in the preoperative period for individuals with proximal femur fracture. In order to identify the rehabilitation interventions in the preoperative period for individuals with proximal femur fracture, a Scoping Review (ScR) was conducted, following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI), with the aim of mapping the rehabilitation interventions in the preoperative period for individuals with proximal femur fracture. Several nursing interventions were identified and grouped into five areas of nursing attention: ventilation, positioning, muscle movement, walking with assistive devices, and knowledge. The results of this ScR will inform systematic rehabilitation programs in the preoperative period for individuals with proximal femur fracture, based on the best available evidence.



## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1: Descrição dos componentes PCC .....	55
Tabela 2: Termos de pesquisa.....	56
Tabela 3: Frases de pesquisa nas diferentes bases de dados e RCCAP .....	57
Tabela 4: Identificação dos estudos selecionados.....	61
Tabela 5: Intervenção e resultados dos estudos selecionados.....	63



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos, adaptado de PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) .....	58
---	----



## ÍNDICE GERAL

---

INTRODUÇÃO .....	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO .....	21
1. Enquadramento dos contextos de estágio .....	23
1.1. Estágio em Contexto Ortopédico .....	23
1.2. Estágio em Contexto Neurológico .....	26
1.3. Estágio em Contexto de Comunidade.....	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	31
2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	31
2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	32
2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	33
2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	34
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação..	
.....	35
3.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	35
3.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	36
3.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	37
4. Considerações finais .....	39
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	41
1. Resumo .....	43
2. Abstract.....	45
3. Fundamentação/enquadramento teórico .....	47
4. Finalidade e objetivos .....	53
5. Metodologia.....	55
5.1. Desenho do Estudo .....	55
Ana Catarina Pinto da Costa	17

5.1.1.	Critérios de Inclusão e Exclusão .....	55
5.1.2.	Estratégias de Pesquisa .....	56
5.1.3.	Seleção dos Estudos .....	57
5.1.4.	Considerações Éticas .....	59
6.	Resultados .....	61
7.	Discussão .....	67
7.1.	Ventilação .....	68
7.2.	Posicionar .....	69
7.3.	Movimento muscular .....	69
7.4.	Andar com auxiliar de marcha .....	70
7.5.	Conhecimento .....	71
8.	Conclusão .....	73
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
	APÊNDICES.....	83
	APÊNDICE I: FOLHETO INFORMATIVO CIRURGIA DO OMBRO E IMOBILIZADOR DE OMBRO (GERDY) .....	85
	APÊNDICE II: PROCEDIMENTO: REGISTOS DO PROJETO DE “PREVENÇÃO DE AGUDIZAÇÕES EM UTENTES COM DPOC” NO SCLÍNICO .....	89

## INTRODUÇÃO

---

O presente relatório final de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, prevista no plano de estudos do 3º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, no ano letivo 2023/2024, sob orientação do Senhor Professor Especialista João Ventura. Para além da componente prática deste Estágio com Relatório Final, foi desenvolvido paralelamente um percurso de investigação que partiu da questão de investigação: Quais as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur?

As fraturas proximais do fémur são as mais prevalentes, representando aproximadamente 12% de todas as fraturas. Cerca de 90% dos casos acontecem em pessoas com mais de 65 anos com osteoporose. São uma das razões mais comuns de hospitalização, constituem aproximadamente metade das admissões em serviços de ortopedia, tornando-se um significativo problema de saúde pública (Nunes & Carvalho, 2021; Silva et al., 2018). As pessoas com fratura proximal do fémur nem sempre são submetidas a cirurgia de imediato por diversos motivos. Enquanto aguarda as condições necessárias para a cirurgia, a pessoa permanece em repouso no leito, incapaz de movimentar uma parte ou a totalidade do corpo, o que pode desencadear alterações em todos os sistemas orgânicos. Estas alterações provocam frequentemente um atraso no procedimento cirúrgico, prolongando o processo de reabilitação, aumentando o tempo de internamento e custos mais elevados. Consequentemente, associa-se uma limitação física com diminuição da capacidade para a realização das Atividades de Vida Diárias (AVD), menor capacidade para caminhar e deterioração da qualidade de vida (Silva et al., 2018).

Neste contexto, fruto da experiência enquanto enfermeiro de cuidados gerais num internamento de ortopedia, percecionámos a existência de uma falta de sistematização das práticas de enfermagem de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur. No período pós-operatório de uma cirurgia da anca, a reabilitação é uma prática bem estabelecida e baseada em evidência (McDonough et al., 2021). No entanto, não existe uma sistematização das práticas de reabilitação no pré-operatório de pessoas com fratura da anca (Skouras et al., 2023). Estas pessoas fazem parte da nossa prática diária, pelo que cresceu no nosso pensamento, a preocupação com a necessidade de desenvolver estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Considerando as competências do EEER, este é o profissional de saúde indicado para a reabilitação pré-operatória nas pessoas com fratura proximal do fémur. O EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento nº392/2019, p.13565).

Tendo em conta a temática supracitada e, atendendo à relevância da mesma para o exercício profissional do EEER, foi definido como objetivo deste percurso de investigação o de mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur. Estes resultados permitirão enformar programas de reabilitação sistematizados no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, baseados na melhor evidência disponível.

Este documento encontra-se dividido em duas partes, que pretendem espelhar o percurso formativo e reflexivo, acreditando que pode trazer contribuições significativas para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem nesta área da prática clínica. Na primeira parte, pretende-se apresentar o percurso efetuado pelos diferentes locais de estágio, bem como o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o desenvolvimento das Competências Específicas do EEER. Na segunda parte, pretende-se demonstrar o percurso do projeto de investigação, assente num estudo de revisão do tipo scoping, seguindo a metodologia proposta pelo JBI (Peters et al., 2020). Para tal, inicia-se com a fundamentação/enquadramento teórico, seguindo para a finalidade e objetivos, metodologia, resultados, discussão, conclusão e, terminando, nas considerações finais.

## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---

### **O início de uma futura Enfermeira de Reabilitação**



## **1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

---

Na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, foi-nos proposto aplicar os conteúdos programáticos lecionados previamente e desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do EEER, com foco na pessoa em processos de saúde/doença do foro ortopédico, neurológico e na comunidade, no âmbito dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. O estágio decorreu entre o período de 2 de outubro de 2023 a 8 de março de 2024, sendo composto por um total de 810 horas, das quais 430 horas foram de contacto em estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação tutorial.

Este estágio foi repartido em três momentos, realizados: numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal, num serviço de internamento de Ortopedia, com um total de 141 horas de contacto, no período de 2 de outubro a 17 de novembro de 2023; numa ULS da região centro de Portugal, na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença (UCCC), com um total de 124 horas de contacto, no período de 20 de novembro de 2023 a 19 de janeiro de 2024; numa ULS da região de Aveiro, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com um total de 124 horas de contacto, no período de 22 de janeiro a 8 de março de 2024.

### **1.1. Estágio em Contexto Ortopédico**

O estágio em contexto ortopédico decorreu num serviço de internamento de Ortopedia pertencente a uma ULS da região norte de Portugal, constituído na sua totalidade por 14 EEER, que prestam cuidados especializados nos três hospitais que pertencem a esta ULS. Os EEER encontram-se alocados a um serviço, facilitando a prestação de cuidados diferenciados na área e possibilita ao Enfermeiro Especialista ser um elemento de referência na equipa. O Serviço de Ortopedia é constituído por 53 camas de internamento divididas em duas alas: ala A – cirurgia programada e ala B – ortotraumatologia. Tem dois EEER afetos a este serviço no período da manhã (das 8 às 16 horas) de segunda a sexta-feira.

No decorrer do período respeitante a este local de estágio, desenvolvemos práticas de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com alteração da funcionalidade a nível ortopédico, pessoas de traumatologia ou para cirurgias programadas, pré e pós-operatórios, foram diversos os diagnósticos e cirurgias que tivemos oportunidade de contactar. Diferentes experiências que levam ao planeamento de programas de

reabilitação distintos e adaptados a cada situação. A nossa experiência profissional vai ao encontro deste local de estágio uma vez que, atualmente, exercemos funções como enfermeiro de cuidados gerais num serviço de internamento ortopédico. Podemos considerar que este estágio era o que nos trazia mais curiosidade e entusiasmo por se enquadrar na nossa prática clínica diária. Pretendíamos conhecer outras formas de organizar o trabalho do EEER, bem como novas estratégias para a prestação de cuidados, uma vez que entendemos que o contacto com outras realidades é facilitador para uma melhoria da assistência de enfermagem especializada. Entendemos ainda que permitiu reconhecer os nossos recursos e limites pessoais e profissionais (Regulamento nº140/2019).

Os planos de reabilitação iniciam no primeiro dia de internamento e vão até ao dia da alta, atendendo sempre ao estado clínico da pessoa, às suas capacidades e limitações prévias ao internamento, barreiras arquitetónicas da habitação, suporte familiar/apoio social, motivações da pessoa, entre outras. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, este deve “avaliar o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na funcionalidade e autonomia” (Regulamento nº392/2019, p.13566) . O plano de reabilitação não é estanque e o EEER deve ter a capacidade de adaptação à pessoa e a todo o meio envolvente, com o objetivo de capacitar a pessoa e o cuidador para o dia a dia de forma mais autónoma possível, sem complicações com vista a uma alta mais célere.

Durante o estágio, várias foram as experiências para articular os conteúdos teóricos lecionados nas unidades curriculares com a prática clínica. As cirurgias programadas mais comuns foram as artroplastias da anca, joelho e ombro. Na área da ortotraumatologia, destacamos as fraturas maleolares, dos ossos da perna, do fémur, do acetábulo, da coluna, dos membros superiores e pessoas politraumatizadas. É de destacar a especificidade de cada pessoa portadora de um problema ortotraumatológico e ortopédico e a sua resposta a esse problema. Neste sentido, a conceção dos cuidados de enfermagem de reabilitação deve centrar-se na reeducação funcional respiratória, posicionamentos, mobilização passiva/ativa-assistida/ativa das extremidades e articulares, exercícios isométricos, levante, transferências, treino de marcha com produto de apoio e com diferentes cargas, treino de subir/descer escadas.

Salientamos ainda, a oportunidade de contactar com diferentes ajudas técnicas (artromotor, espirómetro de incentivo, triângulo de abdução, alteador de sanita), diferentes produtos de apoio para a marcha (cadeira de rodas, canadianas, canadianas axilares, andarilho, tripé, bengala) e para a imobilização (tração esquelética e cutânea, talas imobilizadoras, suportes

braquiais), que se tornaram essenciais para a capacitação e treino da pessoas para as AVD, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (Regulamento nº392/2019).

Atendendo à experiência profissional adquirida num serviço de ortopedia, os cuidados de enfermagem à pessoa do foro ortopédico são do nosso interesse. Destaca-se que este período foi marcado pelo desafio e pelo enriquecimento profissional e pessoal, na medida em que nos ajudou no processo de transição de enfermeiro para enfermeiro especialista, e no desenvolvimento do pensamento crítico e tomada de decisão nos cuidados de enfermagem especializados. Consideramos que este processo foi gradual e nos permitiu que os cuidados de enfermagem que concebemos e implementamos estejam sustentados em referenciais teóricos, instrumentos reguladores da profissão e na evidência científica.

Apontamos como uma dificuldade o sistema de documentação dos cuidados de enfermagem em uso na ULS. O facto de nunca termos contactado com este sistema aliado à sua organização foram alguns aspetos dificultadores, que com empenho e investimento da nossa parte, permitiu que as dificuldades fossem colmatadas.

Durante este percurso, deparamo-nos com a inexistência de estratégias que permitissem a continuidade de cuidados na pessoa submetida a cirurgia do ombro. Sabendo que este é um dos aspetos relevantes para a reabilitação eficaz da pessoa, desenvolvemos um folheto informativo contendo um plano de exercícios direcionado à pessoa submetida a cirurgia de ombro, a realizar após a alta, bem como a forma de colocação do dispositivo de imobilização, tipo Gerdy (Apêndice I). Entendemos que esta solução se configura como uma estratégia para sustentar o processo de capacitação da pessoa submetida a este tipo de cirurgia, nomeadamente pelo facto de reunir informação clara, fiável e com impacto positivo na recuperação e qualidade de vida da pessoa. Este é um dos aspetos que responde a uma das atividades do EEER, que tem como dever o de ensinar, demonstrar e treinar técnicas com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) (Regulamento nº392/2019).

Destacamos ainda a oportunidade de participar numa visita de hospitalização domiciliária, sendo um dos serviços oferecido pela ULS à pessoa submetida a grande cirurgia, que resida na região. Neste caso, as intervenções de enfermagem relacionam-se com a execução do tratamento à ferida cirúrgica, bem como a capacitação da pessoa para as AVD, enquadradas no seu contexto habitacional.

## 1.2. Estágio em Contexto Neurológico

O estágio em contexto neurológico decorreu numa UCCC pertencente a uma ULS da região centro de Portugal. A UCCC tem capacidade para receber 60 pessoas, divididos em dois pisos (A e B), cada um com 30 camas. Prestam cuidados especificamente direcionados para a reabilitação de pessoas pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) e pós cirurgia do aparelho locomotor. Com internamentos de 30 dias, com possibilidade de prorrogação até ao máximo de 90 dias, apresentam como foco a reabilitação e a capacitação da pessoa e família para o seu dia-a-dia e integração no seu meio envolvente e quotidiano. Para isso, integra na sua equipa multidisciplinar, além dos enfermeiros prestadores de cuidados gerais, nove EEER e um conjunto de outros profissionais de saúde: assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo, assistente social e vários elementos da equipa médica de especialidades distintas.

Talvez este tenha sido o local de estágio que mais insegurança nos trouxe, dada a nossa experiência profissional, em que foram poucas as oportunidades para prestar cuidados de enfermagem à pessoa com alterações no sistema neurológico. A falta de experiência da prática clínica aliada à necessidade de maior consolidação de conhecimentos sobre esta área, obrigou-nos a um maior esforço, estudo e pesquisa, melhorando assim “a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar” (Regulamento nº140/2019, p.4748).

Desta forma, a conceção e implementação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alterações neurológicas degenerativas e vasculares, assim como, ainda que em menor escala, a pessoas com alterações dos processos musculoesqueléticos (ortopédico e traumatológico) foi mais facilitada. Esta diversidade de experiências de aprendizagem com a qual contactámos, evidenciou claramente que, perante um problema de saúde da pessoa, todas as áreas de intervenção do EEER devem ser desenvolvidas, enfatizando mais uma vez a individualidade da pessoa e a sua resposta face à alteração da sua condição de saúde.

Ao longo deste percurso, várias foram as áreas de intervenção que tivemos oportunidade de desenvolver. São exemplos, o domínio do treino do equilíbrio corporal, treino do levantar e sentar, treino de marcha com os vários produtos de apoio e em diferentes pisos (regular, irregular, aclives e declives), treino de subir e descer escadas, treino dos diversos autocuidados (higiene, vestir/despir, alimentação), assim como na mobilização articular, fortalecimento muscular, posicionamentos, transferências e na reeducação funcional respiratória.

Todas estas áreas de intervenção, são desenvolvidas com a pessoa, de forma mais autónoma possível, ajudando-as a descobrir estratégias, de acordo com aquilo que são os seus conhecimentos e capacidades e, posteriormente, as condições habitacionais e sociais. De forma a responder a estas questões, é fundamental um envolvimento e disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar com vista à centralidade nos cuidados à pessoa. Como competência específica, o EEER, “elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (Regulamento nº392/2019, p.13567).

Realçamos assim que a preparação do regresso a casa é feita de forma gradual, com a possibilidade de a pessoa passar os fins-de-semana em casa, sempre que a condição o permita. Tanto a pessoa como o familiar cuidador poderão confrontar-se com as reais dificuldades, no contexto habitacional, possibilitando assim, a capacitação de estratégias para a resolução desses problemas. Também permite ao EEER avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade (Regulamento nº392/2019). Neste propósito, desenvolvemos competências de comunicação entre o profissional, a pessoa e a família, sendo importante gerir as expectativas, face à condição de saúde que apresentam atualmente. Definir desde cedo qual o objetivo final da reabilitação, ajuda na motivação da pessoa e, conseqüentemente, na evolução e, permite ao EEER, monitorizar os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa (Regulamento nº392/2019).

No que concerne ao sistema de documentação dos cuidados, SClínico, não foi considerado um aspeto dificultador, atendendo à nossa prática profissional. No entanto, tratando-se de uma unidade integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para além do sistema anterior, é usada também uma outra plataforma. É de todo relevante, e no sentido de que a documentação de cuidados seja o mais íntegra possível, entendemos que o facto de existir uma duplicação de registos, poderá induzir ao enviesamento de informação, bem como a um gasto de tempo, que poderia ser direcionado para outras atividades.

Atendendo à competência “coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano” (Regulamento nº140/2019, p.4748), em colaboração com a enfermeira tutora, criámos uma estratégia para organização de toda a informação necessária à prestação de cuidados, cujo objetivo seria contribuir para uma melhor organização e uniformização da assistência de enfermagem.

Realçamos ainda a oportunidade de participar na realização de um estudo urodinâmico e na recolha de dados para a validação da escala Gugging Swallowing Test (GUSS) para pessoas com AVC em fase subaguda, sendo experiências bastante enriquecedoras para perceber o espetro alargado de intervenção que o EEER pode e deve ter.

### **1.3. Estágio em Contexto de Comunidade**

O estágio em contexto de comunidade decorreu numa UCC pertencente a uma ULS da região de Aveiro. A unidade é composta por uma equipa de seis enfermeiros: um enfermeiro de cuidados gerais, um EEER, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e dois Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica. A UCC tem apoio de diversos técnicos superiores nas áreas: serviço social, higienista oral, nutrição e dietética, psicologia clínica e de saúde e fisioterapia. Neste momento, a equipa da UCC tem capacidade para 10 pessoas em regime de Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Sendo o último local de estágio, terminar com a conceção e a implementação de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade, foi extremamente positivo. O EEER prima por poder atuar em todas as áreas da saúde/doença. Na comunidade, a diversidade de pessoas, idades, patologias, limitações físicas e arquitetónicas é um bom exemplo da versatilidade de um EEER. Segundo as Competências Específicas do EEER, este “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº392/2019, p.13566).

A diversidade de patologias e dificuldades nas pessoas em contexto comunitário é particularmente desafiante, uma vez que, apesar da necessidade da centralidade e individualidade da pessoa, é possível desenvolver todas as áreas de intervenção da enfermagem de reabilitação, nomeadamente: a reabilitação respiratória, o treino de força muscular, equilíbrio, marcha com diferentes produtos de apoio e em diferentes pisos, subir/descer escadas e nos diferentes autocuidados.

Apraz-me refletir sobre este contexto de estágio em específico, pelo facto de ser o mais distinto e complexo. Destacou-se a evidência de que a especialização acresce competências ao enfermeiro. Esta realidade ficou realçada nos vários momentos de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo facto de a pessoa necessitar de cuidados gerais.

Mais uma vez, o foco do EEER não pode ser só a pessoa, mas também o cuidador e a família, numa lógica de satisfazer as necessidades dessa pessoa. Uma grande intervenção do EEER na

comunidade é a capacitação da pessoa, do cuidador e da família, para as necessidades inerentes do dia a dia. O EEER, “ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado” (Regulamento nº392/2019, p.13567). O apoio da família e a capacitação dos cuidadores é a chave do sucesso para a pessoa alcançar os resultados pretendidos. No entanto, atuar na comunidade tem as suas dificuldades. O maior desafio prende-se com o espaço físico da pessoa, os seus hábitos, as barreiras físicas e arquitetónicas da sua habitação e a identificação dos fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa (Regulamento nº392/2019). Desta forma, torna-se necessário um esforço e uma capacidade criativa para responder às necessidades da pessoa/família/comunidade. Entendemos que todas as dificuldades sentidas foram fundamentais para o nosso processo de crescimento, bem como para a nossa sensibilidade profissional, no domínio da prestação de cuidados ao nível hospitalar.

Recorrem ao SClínico, contudo na versão de Cuidados de Saúde Primários pelo que, necessitámos de empenho e dedicação, no sentido de nos adaptarmos ao sistema. Por outro lado, é também usada a plataforma da RNCCI, que pelo facto de já ter uma experiência prévia da sua utilização no estágio anterior, tornou-se desde logo mais fácil a sua utilização. Reforçamos novamente a questão da duplicação de registos, como um fator negativo e potenciador da perda de informação e continuidade de cuidados.

Destacamos algumas experiências vivenciadas por nós e que foram fundamentais neste percurso de aprendizagem. A participação em várias consultas para pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou asma, pertencente a um projeto desenvolvido na UCC, com o intuito de prevenir agudizações é um dos exemplos. Neste projeto, a pessoa é contactada por via telefónica, de forma a apresentar a intervenção e o seu interesse em participar, marcando desta forma uma consulta presencial para avaliação da pessoa, bem como a conceção do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, seja na capacitação para a compreensão do processo anatomofisiopatológico da doença, seja na gestão de sinais e sintomas ou exacerbações. Ainda no decorrer desta intervenção à pessoa portadora de DPOC ou asma, é realizado um teste de levantar e sentar durante um minuto, no sentido de avaliar o condicionamento físico da pessoa, permitindo assim ensinar, instruir e treinar técnicas de reabilitação respiratória associadas ao exercício físico que a pessoa pode dar continuidade no seu domicílio. Com vista a responder à competência “incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos” (Regulamento nº140/2019, p.4748), desenvolvemos um procedimento para a documentação das intervenções em enfermagem de reabilitação enquadradas no projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com

DPOC”. Entendemos que este procedimento será uma mais-valia para a uniformização dos registos entre a equipa da UCC (Apêndice II).

Outra experiência reporta-se à participação no programa de intervenção ao cuidador informal, onde foi desenvolvida uma ação de formação direcionada a este público e, intitulada “Segurança do cuidador e da pessoa cuidada - prevenção de quedas”.

Perante o apresentado, realçamos a importância dos cuidados de saúde primários, numa lógica de promoção da saúde e prevenção da doença. Torna-se fundamental abandonar a lógica de uma cultura “hospitalocêntrica” e direcionar também para a assistência de enfermagem na comunidade. Reconhecemos que há um desconhecimento severo por parte das equipas hospitalares da lógica dos cuidados de saúde primários, podendo impactar o funcionamento das instituições, nomeadamente na otimização de recursos. A influência poderá refletir-se, por exemplo, na redução do número de internamentos, assim como facilitar a pessoa a permanecer no seu ambiente de conforto, junto dos seus familiares, pelo facto de serem despistadas complicações precocemente.

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

Segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros, secção II artigo 3º alínea a), as competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se em quatro domínios: “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

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

Tendo em conta o regulamento já mencionado, pressupõem-se que o Enfermeiro Especialista desenvolva “uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Este conjunto de competências, encontram-se presentes na prática como enfermeiro de cuidados gerais, no entanto, foram lembradas e aprofundadas no âmbito da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. “O enfermeiro, no seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão” (Regulamento nº613/2022, p.180).

Durante este percurso de mestrado, o primeiro contacto com este domínio ocorreu na Unidade Curricular de Ética e Deontologia Profissional, lecionada durante o primeiro ano, no entanto, foi aplicada e assim reforçada ao longo de todo este percurso, especialmente durante os diferentes locais de estágio. Cuidar do outro envolve respeitá-lo na sua totalidade, considerando os seus valores, princípios e dignidade.

O enfermeiro rege-se pelo Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que define os direitos e deveres da profissão, que destaco como valores universais e princípios orientadores: a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a

solidariedade; o respeito pelos direitos humanos; a excelência do exercício na profissão (Lei nº156/2015).

Com vista ao desenvolvimento e aprofundamento desta competência, ao longo de todos os locais de estágio, procurei primeiramente apresentar-me à pessoa cuidada, apresentar o plano e as intervenções que pretendia implementar, gerir expectativas, mostrar-me disponível para ouvir e adaptar as intervenções. Em suma, compreender e atuar com respeito pela pessoa e/ou pelos cuidadores, pelos seus valores, princípios e crenças, desenvolver uma prática de cuidados responsável, de acordo com as normas deontológicas e os princípios éticos da profissão. Procurei estabelecer sempre uma relação terapêutica de confiança e contribuir para uma harmonização dos cuidados prestados.

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

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista pressupõe que o Enfermeiro Especialista “garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garanta um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, p.4747).

Para as pessoas que acedem aos cuidados, a qualidade da saúde depende de duas premissas. Por um lado, a qualidade pode ser definida e estruturada considerando as capacidades das tecnologias médicas, e por outro, é garantida pela implementação prática dos padrões de cuidados dos profissionais de saúde, visando garantir um serviço seguro, ou seja, sem riscos e, principalmente, sem demoras (Silva, 2019).

Para desenvolver competências no domínio da melhoria da qualidade, a integração nos diferentes estágios tornou-se fundamental. Consultar procedimentos, normas institucionais, instrumentos de avaliação utilizados e as plataformas para registos eletrónicos implementadas, permite demonstrar desde cedo interesse e proatividade no processo de aprendizagem e no desenvolvimento da profissão. Este comportamento contribuiu para fortalecer a confiança e estabelecer uma parceria com os enfermeiros tutores, trabalhando em conjunto na tomada de decisões. Para além disso, a observação e análise dos cuidados de enfermagem especializados prestados pelos enfermeiros tutores ajudou a esclarecer dúvidas e a aprimorar as nossas intervenções que foram sempre melhorando, com o intuito de prestar uma assistência de enfermagem especializada de qualidade, a partir dos cuidados concetualizados por nós.

Em todos os locais de estágio, procurámos envolvermo-nos em projetos já existentes na instituição ou desenvolver algo novo com vista à melhoria contínua da qualidade. No internamento de ortopedia desenvolvemos um folheto informativo, com informação sistematizada e direcionado à pessoa submetida a cirurgia de ombro e na UCCC, no sentido de facilitar uma prestação de cuidados mais uniformizada, elaborámos um suporte, com toda a documentação relevante, que permitisse apoiar a prática clínica. Destaca-se ainda, na UCC, a construção de um protocolo de documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, de acordo com a linguagem classificada, a integrar no projeto já existente intitulado “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC”. Estamos cientes que todas estas experiências permitiram-nos desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, com vista a uma prestação de cuidados de qualidade, segura e centrada na pessoa cuidada.

### **2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Neste domínio, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de “gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140/2019, p.4748).

A gestão em enfermagem é uma tarefa complexa, não apenas devido ao aumento das necessidades das pessoas e às exigências dos profissionais de enfermagem, mas também pelas restrições orçamentais e pela responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados (Leite, 2019).

Desde o curso de Licenciatura em Enfermagem que nos é incutido a importância da gestão dos cuidados, saber gerir o tempo, os recursos materiais e humanos. No nosso dia-a-dia, já o procuramos fazer da melhor forma possível. Neste percurso de aprendizagem, o aprofundamento da gestão de cuidados iniciou-se desde o primeiro ano com a Unidade Curricular de Gestão, Liderança e Tomada de Decisão. Consideramos fundamental o aprofundamento desta temática e a aquisição de novas estratégias, uma vez que os Enfermeiros Especialistas assumem funções de gestão nas suas instituições. Em todos os locais de estágio confirmou-se isso, em todos eles assumiam atividades inerentes à gestão, seja de cuidados, seja de equipa. Por este motivo, foi possível desenvolver competências neste domínio da gestão de cuidados. São exemplos disso, a tomada de decisão nos processos de cuidados, através da distribuição das pessoas ao cuidado dos enfermeiros, a supervisão das tarefas delegadas e na articulação com a equipa multidisciplinar, otimização

de recursos materiais e humanos, com garantia de um ambiente positivo aliado à implementação de estratégias de motivação.

## **2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais deve “desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

A formação em enfermagem é de extrema importância, pois procura atender às necessidades de saúde das sociedades contemporâneas e capacitar os profissionais a tomarem decisões eficazes. Isso inclui, promover mudanças de atitudes, práticas e comportamentos necessários para alcançar a excelência na prestação de cuidados de saúde (Marques, 2021).

O ingresso no curso de mestrado, por si só, tornou-se o ponto de partida, para o desenvolvimento de aprendizagem profissional. Desde o início, com todas as unidades curriculares, estágios e culminando no desenvolvimento deste documento com um estudo de revisão, permitiu direcionar ainda mais a nossa prática clínica na evidência científica, bem como estimular e desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. Durante os estágios, tivemos a necessidade constante de procurar informação e aprender sobre diferentes áreas, para sustentar as nossas tomadas de decisão. Com essa procura constante, julgamos desenvolver o nosso conhecimento e espírito crítico, com vista a melhorar continuamente a nossa intervenção e assim trazer os melhores resultados possíveis para a pessoa que é cuidada por nós. Importa destacar que é sempre um processo inacabado, relacionado com os diversos avanços da tecnologia e ciência, sendo necessário uma busca incessante de informação e uma procura incansável de conhecimento, com vista a satisfazer as pessoas cuidadas e a desenvolver todas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

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

---

O Regulamento das Competências Específicas do EEER refere que este “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”(Regulamento nº392/2019, p.13565).

As Competências Específicas do EEER dividem-se em três: “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº392/2019, p.13566).

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

Nesta competência, o EEER deve identificar as necessidades de intervenção especializada na área da enfermagem de reabilitação, em pessoas de todas as idades, que têm dificuldades em realizar atividades básicas de forma independente, devido à sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade ou restrição de participação, seja de forma permanente ou temporária. Elabora, implementa e avalia planos e programas especializados com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, promover a reintegração e estimular a participação ativa na sociedade (Regulamento nº392/2019).

Em todos os contextos de estágio, tivemos a oportunidade de desenvolver esta competência. Várias foram as pessoas cuidadas, com diferentes patologias, limitações, objetivos, entre outros. Em todos, o foco estava na conceção e implementação de programas de reabilitação, sempre com o objetivo de promover a autonomia da pessoa para a realização das AVD. Neste sentido, os programas foram desenvolvidos de forma personalizada e adaptados às necessidades específicas de cada pessoa. Isto só acontece começando primeiramente pela avaliação da pessoa, no que concerne às capacidades funcionais para realizar as AVD, aos aspetos psicossociais e à identificação de aspetos facilitadores e inibidores do processo. Realça-se que esta avaliação deve ser realizada junto da pessoa, com o objetivo de a envolver e à sua família, no processo de reabilitação. O respeito pelas necessidades e individualidades possibilitou uma relação terapêutica que resultou, em muitos casos, na redução do impacto da doença ou incapacidade durante o período de internamento.

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

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEER, pressupõem-se que este analisa a deficiência, limitação da atividade e restrição da participação na sociedade atual, com o objetivo de desenvolver e implementar ações autónomas e/ou multidisciplinares em conformidade com o contexto social, político e económico, promovendo uma consciência social inclusiva (Regulamento nº392/2019).

Atendendo à Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência (ENIPD) 2021-2025, uma sociedade inclusiva contempla sistemas de apoio financeiro, serviços sociais, de saúde e de reabilitação de qualidade, adaptados às necessidades individuais e às diferentes fases da vida de cada pessoa, valorizando a autonomia e o direito à autodeterminação das pessoas com deficiência, o que contribui para o fortalecimento de comunidades resilientes e inclusivas (ENIPD, 2021).

Neste contexto, entendemos que realizar estágio numa UCC faz todo o sentido para o desenvolvimento desta competência. Assistir a pessoa no seu meio ambiente e identificar as suas barreiras, permitiu desenvolver estratégias para as ultrapassar.

Do ponto de vista social, a falta de acessibilidade a serviços e infraestruturas adequadas, pode limitar significativamente a participação das pessoas com deficiência na sociedade. Isso pode incluir barreiras físicas, como falta de rampas ou elevadores, bem como barreiras sociais, como estigmatização e discriminação. Desta forma, o EEER deve desenvolver estratégias e implementar intervenções que levem a reduzir as incapacidades e contribuir para que a pessoa ultrapasse as dificuldades do seu dia a dia. Para o familiar cuidador, a UCC tem um programa de intervenção onde procura realizar atividades mensais, com os objetivos de capacitação do cuidador, privilegiar momentos de partilha entre cuidadores, dar a conhecer realidades semelhantes e de proporcionar momentos para sair da rotina.

No contexto político, a falta de implementação de legislação sobre a proteção dos direitos das pessoas com deficiência pode contribuir para a exclusão e marginalização. Por outro lado, medidas de apoio podem facilitar o acesso a serviços e oportunidades para pessoas com deficiência. Em termos económicos, a falta de recursos financeiros pode ser uma barreira significativa para o acesso a serviços de saúde, educação e reabilitação para pessoas com deficiência. Para dar resposta a estes dois pontos, a UCC realiza uma intervenção importante na sociedade. A visita domiciliária com EEER permite à pessoa usufruir de cuidados de

enfermagem e de reabilitação com facilidade de acesso e sem custos. As únicas limitações são as reduzidas vagas e referências.

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

O EEER nesta competência pressupõe-se que “interaja com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Regulamento nº392/2019, p.13567).

O objetivo de maximizar a funcionalidade foi uma das principais prioridades ao longo deste percurso, capacitar a pessoa de forma abrangente, olhando para a pessoa como um todo, incluindo aspetos cardíacos, respiratórios e motores, sem separar estes domínios. Avaliar a pessoa é fundamental para definir o plano de reabilitação. A pessoa pode ter sido submetida a uma cirurgia ortopédica e, sem dúvida, vai necessitar de melhorar o desempenho motor, no entanto, pode ter outra condição clínica concomitante e necessitar de intervenções com esse foco de atenção. Os planos de reabilitação não são estanques e o EEER deve conseguir avaliar a pessoa e implementar programas de reabilitação direcionados de forma a maximizar a funcionalidade em todos os aspetos. O projeto de investigação que é apresentado na parte II deste documento, vai ao encontro desta competência. Maximizar a funcionalidade da pessoa que se encontra com fratura proximal do fémur.



#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

A profissão de enfermagem sempre nos atraiu. Ao longo destes anos, temos procurado envolver-nos na área que mais nos fascina e completa: a enfermagem. Temos trabalhado para desenvolver a nossa identidade profissional, procurado integrar a teoria aprendida e desenvolvida em experiências anteriores com a nossa prática, fortalecendo assim o nosso conhecimento, o que tem contribuído significativamente para a motivação pessoal. Desde o término da licenciatura que temos aguardado pela possibilidade de realizar este curso de mestrado. Todas as experiências que com ele advieram permitiram alargar os nossos conhecimentos, crescer enquanto pessoa e profissional, ser melhor enfermeiro.

Os três locais de estágio que foram referidos, permitiram o desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício profissional no âmbito da enfermagem de reabilitação. Tornaram possível a aplicação e desenvolvimento de práticas de enfermagem alicerçadas no conhecimento, na pessoa e na sua independência. Para isso, foi necessário ter presente as três competências específicas do EEER, cuidar da pessoa, capacitar para os autocuidados e maximizar a sua funcionalidade. Este percurso, permitiu ainda refletir sobre as exigências e desafios presentes nos enfermeiros, principalmente nos EEER, que necessitam diariamente de demonstrar que a diferenciação do seu trabalho tem um impacto positivo ao nível dos ganhos em saúde. A capacidade de resiliência e de afirmação terá sempre de acompanhar um EEER. Só demonstrando o seu valor, os ganhos ao nível da qualidade de vida da pessoa e da redução de custos em saúde, é que a intervenção do EEER será valorizada e alcançará o devido reconhecimento.

Portanto, entendemos que o percurso percorrido ao longo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, incluindo o momento de estágio, foi uma experiência enriquecedora e compensadora, que contribuiu para enaltecer uma atuação de enfermagem, mais completa, competente e responsável. Até porque, não foram desenvolvidas apenas competências teóricas e práticas, foi possível desenvolver capacidade empática, tomada de decisão, relações interpessoais, espírito crítico, entre inúmeras aprendizagens que contribuirão para um melhor desempenho, tanto a nível profissional como a nível pessoal. Terminamos este percurso repleto de novo conhecimento e um coração cheio pela especialidade que é a enfermagem de reabilitação.



## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

---

Intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com  
fratura proximal do fémur: uma scoping review



## 1. RESUMO

---

**Enquadramento:** As fraturas proximais do fémur são as mais prevalentes e constituem aproximadamente metade das admissões em serviços de ortopedia. A pessoa com fratura proximal do fémur pode ter de aguardar condições para ser submetida a cirurgia, permanecendo em repouso no leito, incapaz de movimentar uma parte ou a totalidade do corpo, potenciando o aparecimento de complicações. Durante este período de espera, o EEER poderá intervir na prevenção de complicações, implementando estratégias para manter a mobilidade e prevenir a descompensação clínica. A sua intervenção contribuirá para um processo de reabilitação mais célere, com reflexo num menor número de dias de internamento e, conseqüentemente, menores gastos em saúde. No entanto, é escassa a evidência de sistematização de práticas de reabilitação no pré-operatório de pessoas com fratura proximal do fémur.

**Objetivo:** Mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur.

**Metodologia:** Estudo de revisão do tipo scoping, seguindo a metodologia proposta pelo JBI. Foi realizada pesquisa nas bases de dados MEDLINE®, CINAHL® e SciELO em setembro de 2023. Foram também considerados estudos publicados na literatura cinzenta, através do Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e realizada pesquisa adicional através das referências bibliográficas. Apenas foram incluídos estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, publicados nos últimos cinco anos.

**Resultados:** Foram incluídos quatro artigos nesta revisão. Foram identificadas intervenções de reabilitação que foram agrupadas em cinco focos de atenção: ventilação, posicionar, movimento muscular, andar com auxiliar de marcha e conhecimento.

**Conclusão:** A implementação de um programa de reabilitação no pré-operatório de fratura proximal do fémur visa maximizar a capacidade física e autonomia da pessoa, enquanto melhora a eficiência respiratória e previne complicações. Foram identificadas intervenções de reabilitação que englobam a pessoa num todo. Sugere-se a estruturação de programas, de forma a robustecer a qualidade das intervenções, criar evidência científica e permitir o crescimento da especialidade em enfermagem de reabilitação.

**Palavras-chave:** Fratura da anca; Reabilitação; Período pré-operatório; Enfermagem em reabilitação



## **2. ABSTRACT**

---

**Background:** Proximal femoral fractures are the most prevalent and account for approximately half of all admissions to orthopedic departments. The person with a proximal femoral fracture may have to wait for adequate conditions for surgery, remaining at bed rest, unable to move part or all of their body, increasing the risk of complications. During this waiting period, the rehabilitation nurse can intervene to prevent complications, implementing strategies to maintain mobility and prevent clinical decompensation. Their intervention will contribute to a faster rehabilitation process, resulting in fewer days in hospital and, consequently, lower healthcare costs. However, there is little evidence of systematized rehabilitation practices in the preoperative period of people with proximal femoral fractures.

**Objective:** To map rehabilitation interventions in the preoperative period of people with proximal femoral fractures.

**Methodology:** A scoping-type review study, following the methodology proposed by the JBI. A search was carried out in the MEDLINE®, CINAHL® and SciELO databases in September 2023. Studies published in the gray literature were also considered, through the Portuguese Open Access Scientific Repositories (RCAAP) and an additional search was carried out through the bibliographic references. Only studies in Portuguese, English and Spanish published in the last five years were included.

**Results:** Four articles were included in this review. Rehabilitation interventions were identified and grouped into five focuses: ventilation, positioning, muscle movement, walking with a walking aid and knowledge.

**Conclusion:** The implementation of a preoperative rehabilitation program for proximal femoral fractures aims to maximize the person's physical capacity and autonomy, while improving respiratory efficiency and preventing complications. Rehabilitation interventions that encompass the whole person have been identified. It is suggested that programs be structured in such a way as to strengthen the quality of interventions, create scientific evidence and allow the specialty of rehabilitation nursing to grow.

**Keywords:** Hip fracture; Rehabilitation; Preoperative period; Rehabilitation nursing



### **3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

Segundo Nunes & Carvalho (2021) “Define-se fratura como sendo toda e qualquer interrupção brusca (completa ou incompleta) da continuidade de um osso ou cartilagem” (p.3).

As fraturas resultam na perda da capacidade de suportar peso, sustentar as estruturas moles e transmitir eficientemente as forças musculares. A maioria das fraturas surge de eventos traumáticos, caracterizados pela aplicação repentina de força excessiva. Algumas fraturas, no entanto, resultam de forças mínimas em ossos previamente comprometidos (fraturas patológicas), ou ainda, embora menos comum, ocorrem devido à aplicação repetida de carga ao longo do tempo (fraturas de fadiga/stresse). Dor, impotência funcional, deformidade, crepitação e/ou mobilidade anormal são alguns dos sinais e sintomas que podem estar presentes e levar-nos a suspeitar da presença de uma fratura. Dependendo do local da lesão, pode haver uma alteração na posição do membro ou na postura da pessoa, que é o que acontece com as fraturas proximais do fémur, onde, por norma, existe um encurtamento e rotação externa do membro afetado (Nunes & Carvalho, 2021).

As quedas são uma das principais causas de fraturas, sendo influenciadas por diversos fatores de risco. A idade, o sexo, o uso de drogas psicotrópicas, o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, a presença de osteoporose, a menopausa, o estilo de vida sedentário, a incapacidade física, a perda do equilíbrio, a diminuição da capacidade cognitiva e a existência de condições médicas concomitantes são alguns dos elementos que contribuem para aumentar a probabilidade de quedas e, conseqüentemente, de fraturas. Em qualquer momento da vida, todos estamos sujeitos a sofrer uma queda, no entanto, à medida que envelhecemos, o risco de queda aumenta. A perda de força e massa muscular, diminuição do equilíbrio, da flexibilidade, da velocidade, da visão, audição, diminuição da densidade óssea e da capacidade de reação, torna o organismo mais vulnerável a doenças crônicas e a quedas, levando a maior suscetibilidade de fraturas. A queda surge como uma das principais causas de internamentos hospitalares, constituindo um fator significativo de morbidade e mortalidade, com graves conseqüências a nível pessoal, familiar, social e financeiro (Santos & Vieira, 2021; Silva et al., 2018).

A osteoporose é uma doença que se manifesta pela redução da resistência dos ossos, tornando-os mais propensos a fraturas, especialmente em idades avançadas. Pode afetar

tanto homens quanto mulheres, mas é mais prevalente no sexo feminino (Ensrud & Crandall, 2017). Estima-se que a osteoporose afete 200 milhões de mulheres em todo o mundo, uma em cada três mulheres e um em cada cinco homens, com mais de 50 anos, sofrerá fraturas relacionadas com a osteoporose (Anam & Insogna, 2021). Em Portugal, 10,2% da população sofre de osteoporose, afetando 17% das mulheres e 2,6% dos homens (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

As fraturas do fémur são comuns em pessoas idosas e podem ocorrer devido a situações simples, como uma queda da própria altura (Santos & Vieira, 2021). Neste contexto, percebendo que a esperança média de vida tem vindo a aumentar significativamente a nível mundial, Portugal não é exceção, é notório um aumento da população idosa e uma diminuição da população jovem. A este respeito, em 2022, o índice de envelhecimento, atingiu o valor de 85,6 idosos por cada jovem (Instituto Nacional de Estatística, 2023b). A esperança média de vida aos 65 anos, no intervalo de 2020 a 2022, foi calculada em 19,61 anos para a população total portuguesa. Ao longo da última década, houve um acréscimo na esperança de vida de 9,7 meses para homens e de 8,5 meses para mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2023a).

Com o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, as fraturas proximais do fémur representam, atualmente, um dos principais desafios enfrentados na traumatologia geriátrica. As fraturas proximais do fémur são as mais prevalentes, representando aproximadamente 12% de todas as fraturas. Cerca de 90% dos casos acontecem em pessoas com mais de 65 anos com osteoporose. São uma das razões mais comuns de hospitalização, constituem aproximadamente metade das admissões em serviços de ortopedia e, representam uma das complicações mais sérias da osteoporose, tornando-se um significativo problema de saúde pública (Nunes & Carvalho, 2021; Silva et al., 2018).

Fraturas proximais do fémur englobam as fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e do colo do fémur. Nos idosos, estas fraturas, geralmente ocorrem devido a eventos de baixa energia, como quedas da própria altura, com impacto direto na região da anca, sendo este o mecanismo mais comum. Pelo contrário, estas fraturas quando ocorrem em pessoas mais jovens, normalmente resultam de eventos traumáticos de alta energia, como acidentes de viação ou quedas de locais elevados. Em casos menos frequentes, as fraturas do colo do fémur podem ocorrer devido a mecanismos de stresse (Nunes & Carvalho, 2021).

A decisão do tratamento adequado cabe ao médico ortopedista que, maioritariamente, opta por tratamento cirúrgico. O Serviço Nacional de Saúde definiu como indicador de cirurgia

precoce de fraturas da anca aquelas que são realizadas nas primeiras 48 horas após a admissão no serviço de urgência (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Esta abordagem apresenta vantagens, incluindo alívio rápido da dor, mobilização precoce e a redução da probabilidade de complicações. No entanto, dado que a maioria dessas fraturas ocorre em idosos com comorbilidades, atrasar a cirurgia para melhorar condições clínicas reversíveis pode ter benefícios. Por vezes, aguardam vários dias no internamento para terem as condições ideais para a cirurgia, acontecendo por vários motivos: aguardam disponibilidade do material de osteossíntese e/ou da equipa indicada para aquela fratura; aguardam retaguarda de intervenção intensiva para o pós-operatório; são pessoas previamente medicadas com anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários por antecedentes clínicos prévios e devem fazer a interrupção dos mesmos pelo risco hemorrágico durante o procedimento cirúrgico; aguardam estabilização hemodinâmica para realizar a cirurgia com o mínimo de complicações possíveis; entre outras (Hoerlyck et al., 2020; Pinto et al., 2019; Ueoka et al., 2019).

Durante esse intervalo mais ou menos prolongado, enquanto aguarda as condições necessárias para a cirurgia, a pessoa permanece em repouso no leito, incapaz de movimentar uma parte ou a totalidade do corpo, o que pode desencadear alterações em todos os sistemas orgânicos. A pessoa tem maior risco de desenvolver complicações, tais como infeções respiratórias, úlceras por pressão, desequilíbrios hidroeletrólíticos, infeções do trato urinário, trombozes venosas profundas ou embolias pulmonares, enfraquecimento muscular, agravamento da osteoporose, desorientação, entre outras. Estas alterações provocam frequentemente um atraso no procedimento cirúrgico, prolongando o processo de reabilitação, aumentando o tempo de internamento e custos mais elevados. Consequentemente, associa-se uma limitação física com diminuição da capacidade para a realização das AVD, menor capacidade para caminhar e deterioração da qualidade de vida (Silva et al., 2018).

É conhecido o benefício da consulta pré-operatória para cirurgias eletivas, em que a existência de programas estruturados de reabilitação e a intervenção de uma equipa multiprofissional, demonstra benefícios, especialmente, no que diz respeito à gestão eficaz da dor, angústia e ansiedade. O aumento do conhecimento sobre a cirurgia e das mudanças no autocuidado, contribuem para uma melhor aceitação e adesão ao programa de reabilitação. A ausência desses programas acarreta desafios desde a admissão até à alta, afetando adversamente a capacidade de autocuidado e a dependência/independência no período de retorno ao domicílio (Pina & Baixinho, 2020). Em contexto de urgência, a

intervenção de um EEER é reconhecida como benéfica principalmente na prevenção de complicações, mas também, na capacitação da pessoa e do cuidador para a alta (Perez et al., 2021).

Neste contexto, salienta-se o papel fundamental da reabilitação, que visa a manutenção da autonomia da pessoa e a diminuição de complicações, tanto quanto possível, ao longo deste processo (Regulamento nº392/2019). No âmbito do envelhecimento, a reabilitação é fundamental para a saúde da população idosa, ganhando ainda mais importância após uma fratura. Acelera a recuperação física, dando autonomia ao idoso o mais rapidamente possível. O processo de reabilitação no pós-operatório pretende restabelecer a amplitude de movimento da anca, melhorar a força muscular e, principalmente, restabelecer a capacidade de marcha que permita a independência da pessoa (Min et al., 2021).

No período pós-operatório de uma cirurgia da anca, a reabilitação é uma prática bem estabelecida e baseada em evidência (McDonough et al., 2021). No entanto, não existe uma sistematização das práticas de reabilitação no pré-operatório de pessoas com fratura proximal do fémur. A evidência científica é em menor quantidade, apesar de ser referida como necessária, tendo em conta o custo reduzido, a eficácia que oferece na prevenção de complicações e melhora o prognóstico da cirurgia (Skouras et al., 2023).

Considerando as competências do EEER, este é o profissional de saúde indicado para a reabilitação pré-operatória nas pessoas com fratura proximal do fémur. As suas intervenções de enfermagem de reabilitação, visam contribuir para a independência funcional, capacitação para o autocuidado e melhoria da qualidade de vida (Regulamento nº392/2019).

Por outro lado, o EEER avalia as necessidades específicas da pessoa e desenvolve um plano de cuidados de reabilitação personalizado, considerando as condições clínicas da pessoa, a sua capacidade funcional antes da fratura e as metas de reabilitação a serem alcançadas (Regulamento nº392/2019). Durante o período de espera para a cirurgia, o EEER pode ainda desempenhar um papel fundamental na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, implementando estratégias para manter a mobilidade e prevenir a descompensação clínica. A sua intervenção contribuirá para um processo de reabilitação mais célere, com reflexo num menor número de dias de internamento e, conseqüentemente, menos gastos em saúde.

Durante o ciclo de vida estamos sujeitos a constantes mudanças e desafios que requerem de nós um esforço físico e emocional. Quando envolve a nossa saúde, é impreterível que um enfermeiro esteja presente no nosso caminho. É nestes pressupostos que a Teoria das

Transições de Alaf Meleis (2010), refere que as transições são eventos ou processos que envolvem mudanças ao longo do tempo e, são uma parte inevitável da vida. Nestas transições, os enfermeiros desempenham um papel crucial e facilitador, de forma a promover o bem-estar e a adaptação.

A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e intervenções terapêuticas de enfermagem. Esta teoria de médio alcance aborda fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática (Meleis, 2010). Proporciona uma estrutura concetual útil para compreender e abordar a mudança na vida da pessoa internada com fratura proximal do fémur. Quando a pessoa é internada devido a uma fratura proximal do fémur, enfrenta transições do tipo saúde/doença (ocorreu uma mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e do tipo situacional (o evento de fratura potencia que a pessoa enfrente uma mudança no papel e na independência, podendo conduzir a restrições significativas na mobilidade e na capacidade de realizar as suas AVD).

Os enfermeiros facilitam a adaptação, oferecendo apoio emocional, educacional e prático para ajudar a pessoa, considerando sempre o seu contexto cultural, reconhecendo que as respostas às mudanças podem variar de acordo com valores, crenças e práticas culturais. Deve envolver a implementação de planos de reabilitação, fornecimento de informação sobre o processo de recuperação e apoio emocional para lidar com as frustrações e ansiedades associadas à perda temporária de autonomia. Os enfermeiros devem avaliar cuidadosamente os recursos e barreiras de cada pessoa para a reabilitação. Compreender a pessoa e incentivar a sua vontade de participar, são tarefas importantes e irão potencialmente aumentar as hipóteses de recuperação (Olsson et al., 2010).



#### **4. FINALIDADE E OBJETIVOS**

---

Atendendo à relevância deste tema para o exercício profissional do EEER, surgiu a necessidade de desenvolver este estudo de revisão, cujo objetivo é de mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur.

Os resultados desta ScR permitirão enformar programas de reabilitação sistematizados no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, baseados na melhor evidência disponível.



## 5. METODOLOGIA

---

Com o objetivo de mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, foi desenvolvida uma ScR seguindo a metodologia proposta pelo JBI (Peters et al., 2020) e com o apoio da lista de verificação Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA- ScR) (Tricco et al., 2018). O protocolo desta ScR foi registado, tendo como DOI 10.17605/OSF.IO/SNZMR.

Nesse contexto, é importante apresentar de maneira clara as etapas percorridas e os critérios que nortearam a escolha dos estudos incluídos, assegurando, dessa forma, a possibilidade de reprodução da pesquisa.

### 5.1. Desenho do Estudo

Antes de realizar a ScR é crucial definir explicitamente a questão de investigação. Para a definição da pergunta norteadora da pesquisa seguiu-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) representado na tabela 1 (Peters et al., 2020).

Tabela 1: Descrição dos componentes PCC

<b>P (População)</b>	Pessoa com fratura proximal do fémur
<b>C (Conceito)</b>	Intervenções de reabilitação
<b>C (Contexto)</b>	Pré-operatório

Surgindo assim a pergunta norteadora da pesquisa: quais as intervenções de reabilitação, no pré-operatório, da pessoa com fratura proximal do fémur?

#### 5.1.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados como critérios de inclusão estudos primários, secundários, experimentais, quase-experimentais e observacionais, publicados nos últimos cinco anos, que relatem intervenções de reabilitação no pré-operatório de adultos (maiores de 18 anos) com fratura proximal do fémur; publicados em português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão foram considerados estudos cujos participantes tivessem outro tipo de fraturas para além das proximais do fémur.

### 5.1.2. Estratégias de Pesquisa

A pesquisa de artigos para a elaboração desta ScR foi realizada com artigos já publicados.

Inicialmente, conduziu-se uma pesquisa ampla com o intuito de identificar os termos empregados pelos autores nos títulos e resumos dos estudos, além dos termos utilizados como palavras-chave. Isso permitiu uma abordagem estruturada, onde foram delineados os termos e sinónimos para desenvolver a pesquisa nas diferentes bases de dados. Os termos de pesquisa foram selecionados segundo a pergunta de pesquisa alinhada à estratégia PCC, representados na tabela 2.

Tabela 2: Termos de pesquisa

<b>Crítérios</b>	<b>Termos</b>	<b>Sinónimos</b>
<b>P (População)</b>	Hip Fracture	Proximal Femoral Fracture Subtrochanteric Fracture Trochanteric Fracture Femoral Neck Fracture
<b>C (Conceito)</b>	Rehabilitation	Rehabilitation Nursing Physical Therapy
<b>C (Contexto)</b>	Preoperative Period	Preoperative Preoperative Exercise Preoperative Care

Estes termos foram selecionados de forma a responder ao tema apresentado. Cabe ressaltar que a estratégia de pesquisa foi adequada a cada plataforma e, para isso, foram utilizados termos segundo os Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH, 2023).

A pesquisa foi realizada no dia 29 de setembro de 2023, nas bases de dados MEDLINE® via PubMed, CINAHL® Plus with Full Text e Nursing & Allied Health Collection via EBSCO e SciELO. Estudos publicados na literatura cinzenta também foram considerados, através do RCAAP. Foi realizada pesquisa adicional através das referências bibliográficas. As frases de pesquisa utilizadas em cada uma destas bases de dados, estão representadas na tabela 3, de forma a poder ser replicada.

Tabela 3: Frases de pesquisa nas diferentes bases de dados e RCCAP

<b>MEDLINE® via PubMed</b>	(((((hip fracture) OR (proximal femoral fracture)) OR (subtrochanteric fracture) OR (trochanteric fracture)) OR (femoral neck fracture) AND (((rehabilitation) OR (rehabilitation nursing)) OR (physical therapy))) AND (((preoperative period) OR (preoperative)) OR (preoperative exercise)) OR (preoperative care))
<b>CINAHL® via EBSCO</b>	AB ( (hip fracture) OR (proximal femoral fracture) OR (subtrochanteric fracture) OR (throcanteric fracture) OR (femoral neck fracture) ) AND AB ( (rehabilitation) OR (rehabilitation nursing) OR (physical therapy) ) AND AB ( (preoperative period) OR (preoperative) OR (preoperative exercise) OR (preoperative care) )
<b>SciELO</b>	(ab:((hip fracture) OR (proximal femoral fracture) OR (subtrochanteric fracture) OR (throcanteric fracture) OR (femoral neck fracture) AND (rehabilitation) OR (rehabilitation nursing) OR (physical therapy) AND (preoperative period) OR (preoperative) OR (preoperative exercise) OR (preoperative care)))
<b>RCAAP</b>	(hip fracture) E (rehabilitation) E (preoperative period) (Fratura da anca) E (Reabilitação) E (Pré-operatório)

### 5.1.3. Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos encontrados foi realizada de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos.

A pesquisa nas diferentes bases de dados, obtiveram resultados distintos: na MEDLINE® via PubMed obtiveram-se 227 resultados; na CINAHL® via EBSCO obtiveram-se 17 resultados; na SciELO obteve-se um resultado e no RCAAP não se obteve qualquer resultado. A pesquisa devolveu um total de 245 estudos.

A totalidade dos estudos identificados foram agrupados e carregados no aplicativo Rayyan e as duplicações foram removidas, num total de 15 duplicações.

Dois revisores independentes realizaram uma primeira triagem aos 230 estudos identificados através da leitura de título e resumo, com a referência aos critérios de inclusão previamente definidos. Em consenso encontravam-se cinco estudos, e ocorreu conflito em sete estudos que foram desempatados por um terceiro revisor independente. Dos sete estudos em conflito, foram incluídos cinco. Ficaram 10 estudos potencialmente relevantes.

Dos 10 estudos que passaram à fase seguinte de seleção, foram recuperados os textos na íntegra, que foram avaliados por dois revisores independentes: um estudo foi excluído por encontrar-se em mandarim; um estudo foi excluído por ser reabilitação pós-operatória; um

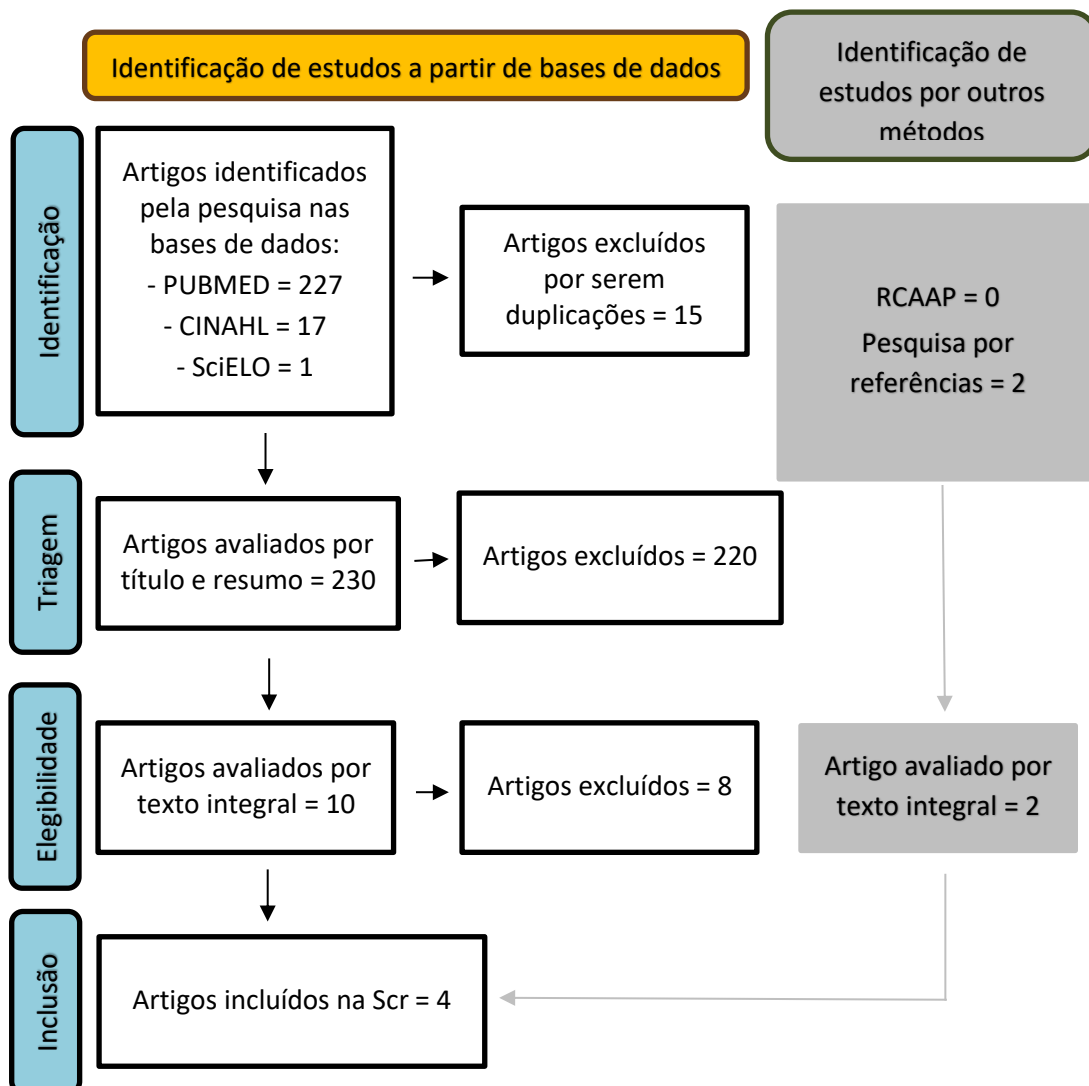
estudo foi excluído por não apresentar as intervenções implementadas no programa de reabilitação; um estudo foi excluído por ser o protocolo de uma futura revisão; quatro estudos foram excluídos por não se enquadrarem no tema da presente ScR. Dos 10 estudos, foram incluídos dois nesta ScR para análise qualitativa.

Através da literatura cinzenta foi realizada pesquisa no RCAAP, onde não se obtiveram resultados. No entanto, a pesquisa por lista de referências bibliográficas identificou dois estudos que foram incluídos na revisão.

No total, o número de artigos incluídos para revisão foi de quatro artigos.

O método de seleção dos artigos foi ilustrado por meio de um diagrama de fluxo, seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR, apresentado na figura 1 (Tricco et al., 2018).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos, adaptado de PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018)



Após a seleção dos artigos incluídos neste estudo de revisão, as intervenções foram identificadas e extraídas, por dois revisores independentes, utilizando duas tabelas de extração de dados desenvolvidas pelos revisores: a primeira com a identificação dos estudos selecionados referindo o título, os autores, o objetivo do estudo, o ano de publicação, o tipo de estudo e o país e, a segunda tabela, com os participantes, intervenções e resultados obtidos no estudo.

#### *5.1.4. Considerações Éticas*

Os riscos e os custos associados a este estudo foram minimizados, uma vez que apenas foi necessário aceder a bases de dados para a seleção de artigos disponíveis gratuitamente. Este é um estudo que se baseia em informações confiáveis e em dados provenientes de bases de dados apropriadas. É relevante destacar que todo o trabalho escrito atribui a devida referência a todos os autores utilizados, e todas as fontes bibliográficas estão devidamente listadas no final do trabalho. Por último, é relevante salientar que, sendo uma ScR, existe ausência de conflitos de interesses por parte dos investigadores.



## 6. RESULTADOS

---

De forma a organizar e, para que seja possível analisar claramente os resultados, foram desenvolvidas duas tabelas para identificar e extrair os resultados dos estudos selecionados.

Tabela 4: Identificação dos estudos selecionados

Estudo	Título	Autores	Objetivo do Estudo	Ano de publicação	Tipo de Estudo	País
E1	Effectiveness of preoperative physical therapy for older patients with hip fracture <small>(Sawaguchi et al., 2018)</small>	Akira Sawaguchi, Ryo Momosaki, Kiyotaka Hasebe, Masayuki Chono, Seiji Kasuga, Masahiro Abo	Esclarecer a eficácia da reabilitação pré-operatória nas pessoas com fratura da anca numa unidade de cuidados intensivos.	2018	Observacional retrospectivo	Japão
E2	A retrospective pilot study of preoperative mobilization program for older adults with hip fracture <small>(Liu et al., 2021)</small>	Jiaxin Liu, Li Chen, Cheng Long, Xiang Zhang, Feng Gao, Xin Duan, Zhou Xiang	Investigar o efeito viável de um programa de mobilização pré-operatória nas pessoas com fratura da anca que esperaram mais de dois dias pela cirurgia.	2021	Estudo piloto descritivo retrospectivo	China

<b>E3</b>	Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de caso <small>(Palma et al., 2021)</small>	Magali Palma, Helena Teixeira, Hélder Pino, João Vieira, Maria José Bule	Identificar os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação para o autocuidado da pessoa com fratura do terço superior do fémur.	2021	Estudo de caso	Portugal
<b>E4</b>	Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura proximal do fémur ...	Hélder Neto Pino	Aumentar os ganhos funcionais na realização de autocuidados com um programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura proximal do fémur.	2019	Estudo de investigação-ação	Portugal

Tabela 5: Intervenção e resultados dos estudos selecionados

Estudo	Participantes	Intervenção	Resultados
E1	Foram incluídas 681 pessoas com fratura da anca. Realizou comparação entre 341 (50%) participantes que foram submetidos à reabilitação pré-operatória com 340 (50%) que não foram submetidos a reabilitação pré-operatória.	A reabilitação pré-operatória consistiu num programa diário de 20 a 30 minutos de fisioterapia à beira do leito todos os dias da semana, sem carga no lado afetado, com exercícios de fortalecimento muscular direcionados aos membros inferiores e ao tronco, exercícios de amplitude de movimento e exercícios sentados, incluindo movimentos ativos do tornozelo.	A comparação foi realizada com base da avaliação da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) no momento da admissão e da alta. O ganho e a eficácia da MIF motora foram significativamente mais elevados nos participantes que foram submetidos à reabilitação pré-operatória do que naqueles que não o fizeram.
E2	Foram incluídas um total de 38 pessoas com diagnóstico de fratura da anca.	Desde o dia da admissão até ao dia anterior à cirurgia, implementaram a intervenção de realizar levante às pessoas com fratura da anca, para treino em pé e treino de marcha com apoio unipodal.	O Índice de Barthel Modificado (IBM) foi utilizado como ferramenta para avaliar a recuperação funcional dos participantes e a Escala Visual Analógica foi utilizada para avaliação das variações na intensidade da dor. Após a implementação do programa de mobilização pré-operatória, o IBM melhorou imediatamente e melhorou ainda mais após a cirurgia até três meses após a alta. Com a devida analgesia, nenhum participante apresentou dor intensa durante a mobilização pré-operatória.

---

<p>Mulher de 76 anos de idade. Diagnóstico de fratura intertrocanterica do fémur à esquerda decorrente de uma queda.</p>	<p>Promover a higiene e hidratação da pele; Assistir na alternância de decúbitos a cada duas horas e sempre que necessário: decúbito dorsal, decúbito lateral direito e decúbito semidorsal direito; Providenciar superfícies dinâmicas para redução de pressão nas proeminências ósseas; Instruir e treinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se; Manter alinhamento do membro inferior esquerdo; Executar técnicas respiratórias - dissociação de tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, reeducação costal global e tosse dirigida; Executar técnica de posicionamento - posição de descanso e relaxamento e correção postural; Incentivar uso de técnicas respiratórias; Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido das articulações do membro inferior esquerdo, respeitando a amplitude da articulação e a tolerância à dor, com início na porção distal do membro seguindo-se para a região proximal; Executar movimentos de flexão/extensão da tibiotársica, flexão/extensão do joelho; Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos; Avaliar o conhecimento</p>	<p>A participante não desenvolveu úlceras por pressão, não ocorreu qualquer complicação respiratória durante o período de internamento e a força muscular global dos membros não intervencionados mantiveram o nível de força que apresentava no momento da avaliação inicial. No que concerne à força muscular global do membro inferior esquerdo (intervencionado), constatou-se um aumento progressivo da mesma, sendo que, pelo recurso à Escala Medical Research Council, na avaliação inicial apresentava força 1/5 e no momento da alta apresentava força 3/5.</p>
--	---	---

E3

---

	acerca da técnica de mobilização muscular e articular; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; Providenciar folheto informativo com explicação das técnicas de mobilização muscular e articular.	
<b>E4</b>	Foram incluídas 13 pessoas internadas com diagnóstico de fratura da extremidade proximal do fémur, com idade média de 83,3 anos, sendo constituída por 10 mulheres (77%) e 3 homens (23%). Exercícios de reeducação funcional respiratória; Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios; Ensino da respiração abomino-diafragmática; Ensino da tosse dirigida; Em caso de patologia respiratória, ensino e esclarecimento de dúvidas direcionadas à mesma.	O estudo demonstra melhorias significativas com a implementação de um programa de reabilitação durante o internamento de pessoas com fratura da extremidade superior do fémur, pré e pós-operatório a vários níveis: melhoria na capacidade funcional nos autocuidados, redução da dor e melhoria da força muscular.

---

Tendo por base os resultados e para que seja mais acessível a sua análise, vamos associar as intervenções obtidas a cinco focos de atenção, de acordo com o processo de enfermagem:

- Foco de atenção: Ventilação – Exercícios de reeducação funcional respiratória - Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação costal global, respiração abdominodiafragmática; Tosse dirigida; Executar técnica de posicionamento - posição de descanso e relaxamento; Incentivar uso de técnicas respiratórias.
- Foco de atenção: Posicionar – Assistir na alternância de decúbitos a cada duas horas e sempre que necessário: decúbito dorsal, decúbito lateral e semidorsal para o lado sã; Correção postural; Manter alinhamento do membro afetado; Providenciar superfícies dinâmicas para redução de pressão nas proeminências ósseas; Promover a higiene e hidratação da pele.
- Foco de atenção: Movimento muscular – Exercícios de fortalecimento muscular direcionados aos membros inferiores e ao tronco; Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido das articulações do membro inferior afetado, respeitando a amplitude da articulação e a tolerância à dor, com início na porção distal do membro seguindo-se para a região proximal; Executar movimentos de flexão/extensão da tibiotársica e flexão/extensão do joelho; Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos; Exercícios sentados.
- Foco de atenção: Andar com auxiliar de marcha – Levante e treino de marcha sem carga do lado afetado.
- Foco de atenção: Conhecimento – Em caso de patologia respiratória, ensino e esclarecimento de dúvidas direcionadas à mesma; Instruir e treinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se; Avaliar o conhecimento acerca da técnica de mobilização muscular e articular; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; Providenciar folheto informativo com explicação das técnicas de mobilização muscular e articular.

## 7. DISCUSSÃO

---

Tendo em conta que a presente ScR pretende mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, após análise dos resultados obtidos, podemos verificar que existe insuficiente produção de evidência sobre esta temática. São poucos os estudos que albergam este tema e, os selecionados, apresentam metodologias díspares entre si, com amostras e intervenções diferentes, que levam, obviamente, a resultados distintos. Estes resultados vão ao encontro de Sarkies et al. (2023), que refere existir uma falta de padronização das práticas e de instrumentos de avaliação das mesmas, não sendo possível realizar comparações.

A intervenção do EEER tem como objetivo promover o diagnóstico precoce e medidas preventivas de enfermagem de reabilitação, com o propósito de preservar as capacidades funcionais, evitar complicações e impedir incapacidades. Além disso, visa fornecer intervenções terapêuticas para melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD e reduzir o impacto das incapacidades causadas por doenças ou acidentes, incluindo problemas neurológicos, respiratórios, cardíacos, ortopédicos e outras deficiências (Regulamento nº392/2019). Várias são as áreas de atuação do EEER, inúmeras são as intervenções possíveis de implementar e, a pessoa, apresenta capacidades distintas.

A reabilitação pré-operatória noutras condições clínicas, tem mostrado vantagens significativas. São conhecidos benefícios da reabilitação pré-operatória nas cirurgias eletivas, onde o conhecimento e a existência de programas de reabilitação contribui para uma melhor aceitação e adesão, demonstrando benefícios na gestão eficaz da dor, angústia e ansiedade. A ausência desses programas acarreta desafios desde a admissão até à alta, afetando adversamente a capacidade de autocuidado e a dependência/independência no período de retorno ao domicílio (Pina & Baixinho, 2020). Já a reabilitação pré-operatória na cirurgia de artroplastia total do joelho pode encurtar significativamente o tempo de internamento (Su et al., 2022). Para além da área ortopédica, a implementação de programas de reabilitação no período pré-operatório de pessoas com indicação para cirurgia valvular aórtica, tem benefícios significativos em termos fisiológicos, funcionais, económicos e na qualidade de vida da pessoa (Silva, 2022). A reabilitação pré-operatória em idosos com cancro do pulmão, melhora a função pulmonar, tempo de internamento e qualidade de vida, pode reduzir complicações pós-operatórias e promover uma rápida recuperação (Chen et al., 2023).

A pessoa com fratura proximal do fémur vê-se numa situação aguda e com necessidade de recorrer ao serviço de urgência. Neste serviço, a intervenção de um EEER é reconhecida como benéfica principalmente na prevenção de complicações, mas também, na capacitação da pessoa e do cuidador para a alta (Perez et al., 2021). Os benefícios das intervenções de reabilitação em contexto de urgência associados às vantagens dos programas de reabilitação no período pré-operatório de cirurgias eletivas, são fatores importantes para que sejam expectáveis ganhos em saúde para as pessoas com fratura proximal do fémur. Todos os estudos incluídos nesta ScR referem resultados positivos com a implementação de programas de reabilitação pré-operatória: Estudo E1 mostra ganho e eficácia da MIF motora sendo significativamente mais elevados; Estudo E2 refere melhoria do IBM e com analgesia nenhum participante apresentou dor intensa durante a mobilização pré-operatória; Estudo E3 demonstrou não haver existência de úlceras por pressão, não ocorreu ventilação comprometida, a força muscular global dos membros não intervencionados manteve-se e existiu um aumento progressivo da força muscular global do membro inferior intervencionado; Estudo E4 mostra melhoria na capacidade funcional nos autocuidados, redução da dor e melhoria da força muscular.

Com vista a responder ao objetivo desta ScR, será realizada uma análise narrativa das intervenções guiada pelo processo de enfermagem, tendo em conta os focos de atenção.

## **7.1. Ventilação**

No foco de atenção ventilação, dois dos quatro estudos que integram esta revisão, realizaram intervenções relativas a este foco no seu plano de reabilitação pré-operatória. Os estudos E3 e E4 estão em concordância na maioria das suas intervenções.

Os programas de reabilitação respiratória, no pré-operatório, têm apresentado vários benefícios para a pessoa, na preparação para a intervenção cirúrgica, no controlo da ansiedade e da dor, prevenindo complicações no pré e pós-operatório e aumentando a funcionalidade da pessoa submetida a cirurgia (Ordem do Enfermeiros, 2018).

Noutras áreas, a reeducação funcional respiratória no período pré-operatório tem demonstrado benefícios. Nas pessoas com patologia colorretal influenciou positivamente a variação da capacidade ventilatória e dos valores de saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>), além de permitir a aquisição de capacidades (Correia et al., 2022). Numa pessoa submetida a gastrectomia revelou benefícios, sobretudo pós-operatórios, com diminuição do nível de dor e aumento da SpO<sub>2</sub> (Soares & Soares, 2018). A implementação de programas de

reabilitação respiratória pré-operatória em pessoas de cirurgia abdominal eletiva reduz para metade a incidência de pneumonias adquiridas no hospital (Boden et al., 2018).

Considerando a temática em questão, Yuan et al. (2021) refere que as pessoas com fratura da anca, que permanecem imobilizadas no leito por períodos prolongados, apresentam um maior risco de infeções pulmonares. Tendo em conta que a reabilitação respiratória tem o potencial de prevenir complicações respiratórias causadas pela imobilidade, tais como infeções pulmonares, tem ainda demonstrado benefícios no período pré-operatório de várias cirurgias, consideramos uma mais-valia a implementação destas intervenções de reabilitação no pré-operatório de pessoas com fratura proximal do fêmur.

## **7.2. Posicionar**

Passando para o foco de atenção posicionar, apenas o estudo E3 realizou intervenções no seu programa de reabilitação pré-operatório nesse sentido.

O posicionamento ou alternância de decúbitos são fundamentais para a pessoa com alterações da mobilidade, visando prevenir complicações relacionadas à imobilidade, garantir conforto e estimular a autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A imobilidade no leito leva a complicações relacionadas com todos os sistemas orgânicos, no entanto, um correto posicionamento da pessoa com fratura proximal do fêmur reduz o risco de desenvolver úlceras por pressão, trombozes venosas profundas e leva a um melhor controlo da dor (Guedes et al., 2018).

Pessoas com fratura da anca que adquiram úlceras por pressão no pré-operatório, apresentam um maior risco de desenvolver trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, pneumonias, com tempos de internamento mais prolongados, readmissões hospitalares não planeadas e apresentam um aumento da probabilidade de morte em 30 dias (Porter et al., 2022).

Tendo em conta os resultados obtidos e a bibliografia apresentada, consideramos que um correto posicionamento, evitando os decúbitos para o lado da fratura, para além de prevenir a ocorrência de complicações possíveis pela imobilidade, auxilia no controlo da dor.

## **7.3. Movimento muscular**

Relativamente ao foco de atenção movimento muscular, dois estudos referiram intervenções desta categoria no seu plano de reabilitação no período pré-operatório, os estudos E1 e E3.

Nas pessoas que se encontram imobilizadas no leito, ao nível do sistema músculo-esquelético, ocorre uma diminuição da contração muscular, perda de força e atrofia da massa muscular, contraturas, risco de rigidez articular e osteoporose. A força muscular pode reduzir 1 a 3% por dia com o repouso no leito e, por cada semana, cerca de 20% (Guedes et al., 2018). As pessoas sujeitas à imobilidade, após a intervenção do EEER, conseguiram recuperar 36,98% da sua independência (Lima et al., 2019).

O repouso ou imobilidade no leito e, conseqüentemente, o desuso não proporciona o desenvolvimento muscular. Segundo as intervenções de reabilitação obtidas nos resultados e os benefícios que obtiveram, ao iniciar desde o pré-operatório treinos de força muscular, mobilidade articular e de amplitude de movimentos, pelo menos, mantêm as capacidades pré fratura sendo possível uma recuperação mais célere no pós-operatório.

#### **7.4. Andar com auxiliar de marcha**

No foco de atenção andar com auxiliar de marcha, apenas o estudo E2 implementou esta área nas suas intervenções pré-operatórias.

Como a pessoa com fratura proximal do fémur necessita de ajudas técnicas para a marcha, com o objetivo de reduzir a carga nos membros inferiores, o equilíbrio corporal, a mobilidade e a força muscular dos membros superiores devem ser avaliados. Antes de começar a deambulação, é fundamental estabelecer metas realistas, avaliar a segurança do ambiente (removendo possíveis obstáculos) e identificar pontos de descanso, se necessário (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No caso das pessoas com fratura proximal do fémur, estes não podem fazer carga no membro afetado, o que implica realizar treino de marcha sem carga ou descarga do membro. Para que isto seja possível, a pessoa necessita ter controlo da dor, equilíbrio corporal, força muscular nos membros superiores e inferior são e capacidade cognitiva. Nem todas as pessoas terão estes requisitos mínimos, tendo em consideração que cerca de 90% das fraturas proximais do fémur acontecem em pessoas com mais de 65 anos com osteoporose (Nunes & Carvalho, 2021).

O estudo E2 de Liu et al. (2021), foi realizado com uma amostra de 38 pessoas, sendo uma amostragem pequena, não é ilustrativa da população geral. Consideramos que é uma intervenção possível de ser implementada, no entanto, necessita de produção de mais estudos, de forma a robustecer os benefícios da mesma e, na prática, exige uma avaliação

criterosa das pessoas a quem possa ser implementada, não sendo plausível ser implementada a todas as pessoas com fratura proximal do fémur.

## **7.5. Conhecimento**

Relativamente ao foco de atenção conhecimento, dos estudos incluídos nesta ScR, dois consideraram pertinente a componente educacional da pessoa e família, envolvendo e responsabilizando os mesmos no seu processo de reabilitação, sendo estes os estudos E2 e E3.

As pessoas com mais informação tendem a colaborar mais nos cuidados e a compreender melhor a sua responsabilidade no processo de reabilitação, beneficiando, por sua vez, o processo cirúrgico e a melhoria dos resultados obtidos (Mendes et al., 2020).

Segundo as Competências Específicas do EEER, este capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento nº392/2019). Para que a capacitação da pessoa aconteça, este deve estar envolvido e motivado na sua recuperação. Um EEER não consegue implementar e retirar usufrutos de um programa de reabilitação se a pessoa não colaborar nele. Para isso, é necessário a pessoa estar informada dos objetivos e limitações tendo em conta as suas capacidades.

Consideramos importante referir que todas as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur mencionadas nos estudos incluídos nesta ScR, são possíveis de prevenir complicações, no entanto, também apresentam uma eficácia limitada, dependendo de muitos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa e da colaboração da mesma.



## **8. CONCLUSÃO**

---

O EEER tem um papel fundamental na recuperação da pessoa com fratura proximal do fémur, em todas as fases do seu internamento. Tendo em conta o objetivo principal desta ScR de mapear as intervenções de reabilitação, no período pré-operatório, da pessoa com fratura proximal do fémur, os resultados obtidos sugerem que um programa de reabilitação no pré-operatório de fratura proximal do fémur, visa maximizar a capacidade física e autonomia da pessoa, enquanto melhora a eficiência respiratória e previne complicações. Intervenções do EEER que englobam várias áreas, olhando para a pessoa como um todo. A principal intervenção da ventilação foi a reeducação funcional respiratória para prevenção de complicações do foro respiratório, controlo da dor e da ansiedade. Do foco de atenção posicionamento, as principais intervenções foram a alternância de decúbitos evitando o lado da fratura e manter o alinhamento do membro, com vista a prevenir complicações da imobilidade e controlo da dor. Relativamente ao foco de atenção movimento muscular, as principais intervenções recaíram no fortalecimento muscular e na mobilização de todas as articulações, não descurando o membro inferior afetado, respeitando a amplitude da articulação e a tolerância à dor. Já no foco de atenção de andar com auxiliar de marcha, implementar a intervenção em descarga e com o intuito de reduzir o risco de complicações pela imobilidade no leito e capacitação da pessoa. No último foco de atenção conhecimento, as intervenções principais foram a realização de ensinamentos e a transmissão à pessoa de informações para que esta colabore no seu processo de reabilitação. Consideramos importante reconhecer a relevância destas intervenções na preparação pré-operatória, sensibilizando tanto os enfermeiros de cuidados gerais para o trabalho em equipa, como os EEER para a implementação e monitorização desses programas.

Foram enumeradas intervenções que não são apenas de um EEER. O enfermeiro de cuidados gerais que exerça funções num internamento de ortopedia terá estas intervenções presentes no cuidado à pessoa com fratura proximal do fémur, no entanto, o Enfermeiro Especialista efetua a gestão dos cuidados, coordena e supervisiona as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, visando maximizar a eficiência e eficácia dos serviços prestados. Isso inclui garantir a segurança e a qualidade das intervenções delegadas, assegurando que sejam realizadas de acordo com os padrões profissionais e protocolos estabelecidos.

São conhecidas algumas limitações desta ScR. Sendo um estudo secundário, está presente o viés de seleção, não conseguindo garantir a inclusão de todos os estudos que possam existir

sobre esta temática. Outras limitações foram a inclusão de estudos apenas em português, inglês e espanhol, bem como a utilização dos termos de pesquisa, tendo sido selecionados os termos mais citados na literatura, termos abrangentes para englobar o maior número possível de artigos, no entanto, é possível que alguns termos específicos e alguns idiomas tenham sido excluídos e que poderiam identificar artigos relevantes.

Verificámos que a evidência científica disponível nesta área é limitada, poucos estudos primários e com uma amostra pequena. Para além de serem poucos, alguns estudos encontrados implementam um programa de reabilitação desde o pré ao pós-operatório, não sendo possível avaliar os benefícios das intervenções implementadas apenas no pré-operatório, como aconteceu com os estudos E3 e E4. Para investigações futuras, sugere-se a implementação destas intervenções na prática e desenvolver estudos primários para robustecer os resultados.

Com este estudo de revisão, foi possível melhorar e consolidar conhecimentos no domínio da investigação e, no futuro, pretende-se aprimorar a prática clínica, com a utilização dos resultados obtidos nesta investigação, para o desenvolvimento de um programa de reabilitação direcionado às pessoas com fratura proximal do fémur.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Concluindo o percurso que este relatório final de estágio pretende registar, muito mais coisas poderiam ter sido escritas. Ao longo dos capítulos, procurou-se destacar as aprendizagens e a evolução, recorrendo à reflexão e introspeção, que são o motor do desenvolvimento profissional, tanto na prática como na sua concetualização. Assim, pretendeu-se com este documento, criar um espaço de reflexão que possa orientar a prática especializada, uma vez que as competências necessárias se desenvolvem num processo de crescimento tanto profissional como pessoal. Neste processo, as competências interligam-se, são desenvolvidas mutuamente e são reconhecidas pela sua manifestação na prática profissional do enfermeiro especializado.

Para além da prática, a realização da ScR tornou-se uma mais-valia para o desenvolvimento de competência na área da investigação. Tendo identificado a problemática da falta de sistematização e implementação na prática de programas de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, tornou-se pertinente a realização desta ScR com o objetivo de mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur.

Como limitação deste estudo, consideramos que foram poucos os resultados obtidos, não sendo possível afirmar com certeza que estas são as intervenções com mais impacto na funcionalidade a implementar. No entanto, é importante referir que as mesmas intervenções, direcionam-se para a centralidade da pessoa, com o objetivo de maximização da funcionalidade, prevenção de complicações e são plausíveis de serem aplicadas na prática. Para um EEER, é fundamental prever complicações e agir prontamente, ser eficiente e eficaz de forma a garantir que a pessoa alcance os resultados desejados. A finalidade desta investigação será permitir o desenvolvimento de programas de reabilitação sistematizados no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur, baseados na melhor evidência disponível. Sugere-se assim, a implementação destes programas com as intervenções obtidas neste estudo, recolher os resultados obtidos com a implementação desses programas e publicar, de forma a robustecer a qualidade das intervenções, criar evidência científica e permitir o crescimento da especialidade em enfermagem de reabilitação.

A realização desta ScR contribuiu para identificar que ao nível da investigação não se tem produzido estudos recentes nesta área, identificando assim uma falha na evidência científica, permitiu a identificação da necessidade de desenvolver investigações primárias sobre esta temática. No que concerne a este percurso académico, a realização deste estudo de revisão

permitiu-nos desenvolver competências na área da investigação, dando-nos estratégias e motivação para o desenvolvimento de novos projetos. Consideramos que para a prática clínica, as intervenções de reabilitação no pré-operatório não se encontram sistematizadas e acreditamos que os resultados obtidos serão uma mais-valia para os EEER e para o crescimento da especialidade em enfermagem de reabilitação.

Quando tomámos a decisão de realizar o curso de especialização em enfermagem de reabilitação, sabíamos que ia ser um grande desafio pessoal com o objetivo de dar outro rumo ao nosso percurso profissional. Tornou-se um desafio de grande crescimento, que ficamos orgulhosos de aqui partilhar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Anam, A. K., & Insogna, K. (2021). Update on Osteoporosis Screening and Management. *Medical Clinics of North America*, *105*, 1117–1134. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.016>
- Boden, I., Skinner, E. H., Browning, L., Reeve, J., Anderson, L., Hill, C., Robertson, I. K., Story, D., & Denehy, L. (2018). Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: Pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *The BMJ*, *360*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5916>
- Chen, B., Yan, X., Wang, X., & Mao, Y. (2023). Effectiveness of precise and quantitative rapid pulmonary rehabilitation nursing program for elderly patients with lung cancer during the perioperative period: A randomized controlled trial. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *39*(2), 572–577. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.2.7103>
- Correia, N., Mendes, L., Areias, S., Queiroz, M., Pereira, V., & Bernardes, R. (2022). (Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, *5*(1), 69–79. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.203>
- DeCS/MeSH. (2023). *Descritores em Ciências da Saúde*. <https://decs.bvsalud.org/>
- ENIPD. (2021). *Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025*. <https://www.inr.pt/documents/11309/284924/ENIPD.pdf>
- Ensrud, K. E., & Crandall, C. J. (2017). Osteoporosis. *Annals of Internal Medicine*, *167*(3), ITC17–ITC31. <https://doi.org/10.7326/AITC201708010>
- Guedes, L. P. C. M., Oliveira, M. L. C. de, & Carvalho, G. de A. (2018). Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *21*(4), 499–506. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>
- Hoerlyck, C., Ong, T., Gregersen, M., Damsgaard, E. M., Borris, L., Chia, J. K., Yap, Y. Y. W., Weerasuriya, N., & Sahota, O. (2020). Do anticoagulants affect outcomes of hip fracture surgery? A cross-sectional analysis. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, *140*(2), 171–176. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03240-5>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023a, May 31). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2020-2022*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=614586006&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=614586006&att_display=n&att_download=y)

- Instituto Nacional de Estatística. (2023b, June 15). *Estimativas de população residente em Portugal 2022*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=616635992&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=616635992&att_display=n&att_download=y)
- Lei n°156/2015. (2015). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Leite, M. J. M. G. C. (2019). *O Gestor de unidades de saúde privadas e a gestão do tempo* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28134>
- Lima, A. M. N., Ferreira, M. S. M., Martins, M. M. F. P. da S., & Fernandes, C. S. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28–43. <https://doi.org/10.30681/252610104062>
- Liu, J., Chen, L., Long, C., Zhang, X., Gao, F., Duan, X., & Xiang, Z. (2021). A retrospective pilot study of preoperative mobilization program for older adults with hip fracture. *Geriatric Nursing*, 42(4), 908–914. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.022>
- Marques, M. S. A. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica* [Universidade do Minho]. <https://hdl.handle.net/1822/76449>
- McDonough, C. M., Harris-Hayes, M., Kristensen, M. T., Overgaard, J. A., Herring, T. B., Kenny, A. M., & Mangione, K. K. (2021). Physical Therapy Management of Older Adults With Hip Fracture. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 51(2), CPG1–CPG81. <https://doi.org/10.2519/JOSPT.2021.0301>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (M. Zuccarini & P. Lankas, Eds.). Springer Publishing Company.
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. de A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12, 47–53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Min, K., Beom, J., Kim, B. R., Lee, S. Y., Lee, G. J., Lee, J. H., Lee, S. Y., Won, S. J., Ahn, S., Bang, H. J., Cha, Y., Chang, M. C., Choi, J.-Y., Do, J. G., Do, K. H., Han, J.-Y., Jang, I.-Y., Jin, Y., Kim, D. H., ... Lim, J.-Y. (2021). Clinical Practice Guideline for Postoperative Rehabilitation in Older Patients With Hip

- Fractures. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 45(3), 225–259.  
<https://doi.org/10.5535/arm.21110>
- Nunes, Rui., & Carvalho, Nelson. (Orthopedist). (2021). *Manual de fraturas: diagnóstico e tratamento*. Lidel, Edições Técnicas.
- Olsson, L.-E., Nyström, A. E. M., Karlsson, J., & Ekman, I. (2010). Admitted with a hip fracture: patient perceptions of rehabilitation. In A. I. Meleis (Ed.), *Transition Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 358–366). Springer Publishing Company, LLC.
- Ordem do Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>
- Perez, M. L., Rodrigues, T., Botelho, M. D., Silva, N. S., Delgado, B. M., & Oliveira, I. de J. (2021). A relevância da Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Urgência: Focus Group. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 30–37. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/183/380>
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*.  
<https://doi.org/10.46658/JPBIMES-20-12>
- Pina, B. M. V. P., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–47. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>
- Pino, H. N. (2019). *Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura proximal do fémur*.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/29027>

- Pinto, I. P., Ferres, L. F. B., Boni, G., Falótico, G. G., Moraes, M. de, & Puertas, E. B. (2019). A cirurgia precoce nas fraturas do fêmur proximal em idosos reduz a taxa de mortalidade? *Revista Brasileira de Ortopedia*, 54(04), 392–395. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2017.12.015>
- Porter, S. B., Pla, R., Chow, J. H., Keneally, R., Douglas, R., Desvarieux, T., Crowe, M. M., & Mazzeffi, M. A. (2022). Preoperative Pressure Ulcers, Mortality, and Complications in Older Hip Fracture Surgery Patients. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons Global Research and Reviews*, 6(11). <https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-22-00117>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º26, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º392/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.ªsérie, N.º85, 13565–13568. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Regulamento n.º613/2022. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário Da República*, 2.ª Série, n.º 131. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Santos, A. F., & Vieira, K. V. S. (2021). Eficácia da fisioterapia na manutenção da capacidade funcional de idosos pós cirurgia de fratura proximal de fêmur. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(9), 688–708. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i9.2274>
- Sarkies, M. N., Testa, L., Carrigan, A., Roberts, N., Gray, R., Sherrington, C., Mitchell, R., Close, J. C. T., McDougall, C., & Sheehan, K. (2023). Perioperative interventions to improve early mobilisation and physical function after hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 52(8), 1–11. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad154>
- Sawaguchi, A., Momosaki, R., Hasebe, K., Chono, M., Kasuga, S., & Abo, M. (2018). Effectiveness of preoperative physical therapy for older patients with hip fracture. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(7), 1003–1008. <https://doi.org/10.1111/ggi.13290>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021, October 20). *Dia Mundial contra a Osteoporose*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/10/20/dia-mundial-contra-a-osteoporose/>

- Serviço Nacional de Saúde. (2023, December 27). *Fraturas da Anca (Cirurgias nas primeiras 48h)*. Transparência. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/fraturas-da-anca-cirurgias-nas-primeiras-48h/information/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>
- Silva, C. A. da. (2019, September). Qualidade nas organizações de saúde: Uma leitura na voz dos doentes. *Desenvolvimento e Sociedade N°6*, 135–156. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/26904>
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiological Trends of Proximal Femoral Fractures in the Elderly Population in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562–567. <https://doi.org/10.20344/AMP.10464>
- Silva, S. T. (2022). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia valvular aórtica: Estudo qualitativo* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43417/1/Disserta%3a7%3a3o%20de%20Mestrado\\_S%3adlvia%20Silva.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43417/1/Disserta%3a7%3a3o%20de%20Mestrado_S%3adlvia%20Silva.pdf)
- Skouras, A. Z., Antonakis-Karamintzas, D., Tsolakis, C., Tsantes, A. E., Kourlaba, G., Zafeiris, I., Soucacos, F., Papagiannis, G., Triantafyllou, A., Houhoula, D., Savvidou, O., & Koulouvaris, P. (2023). Pre- and Postoperative Exercise Effectiveness in Mobility, Hemostatic Balance, and Prognostic Biomarkers in Hip Fracture Patients: A Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Biomedicines*, 11(1263). <https://doi.org/10.3390/biomedicines11051263>
- Soares, E., & Soares, S. (2018). Reeducação Funcional Respiratória no cliente submetido a gastrectomia: programa de intervenção pré e pós-operatório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 33–41. <https://doi.org/10.33194/RPER.2018.V1.N2.02.4424>
- Su, W., Zhou, Y., Qiu, H., & Wu, H. (2022). The effects of preoperative rehabilitation on pain and functional outcome after total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. In *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* (Vol. 17, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03066-9>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR):

Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.  
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Ueoka, K., Sawaguchi, T., Goshima, K., Shigemoto, K., Iwai, S., & Nakanishi, A. (2019). The influence of pre-operative antiplatelet and anticoagulant agents on the outcomes in elderly patients undergoing early surgery for hip fracture. *Journal of Orthopaedic Science*, 24(5), 830–835.  
<https://doi.org/10.1016/j.jos.2018.12.027>

Yuan, Y., Tian, W., Deng, X., Yue, R., Ge, X., Wu, X., & Zhang, P. (2021). Elderly patients with concurrent hip fracture and lower respiratory tract infection: the pathogens and prognosis over different bedridden periods. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16(246).  
<https://doi.org/10.1186/s13018-021-02399-1>

## **APÊNDICES**

---



**APÊNDICE I: FOLHETO INFORMATIVO CIRURGIA DO OMBRO E  
IMOBILIZADOR DE OMBRO (GERDY)**

---

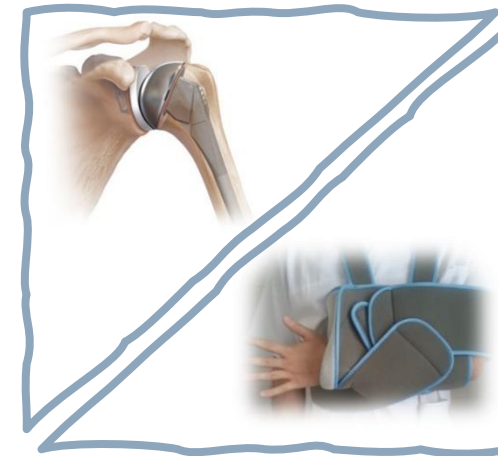
## RECOMENDAÇÕES APÓS A ALTA HOSPITALAR

- Deve aplicar gelo durante 15 minutos, 3 vezes por dia;
- Deve andar com a mão elevada para prevenir edema (inchaço);
- Garantir a imobilização do ombro através da utilização do Gerdy;
- Utilizar roupa confortável e uma camisola por baixo do Gerdy. Deve vestir primeiro o braço doente e ao despir primeiro o braço bom;
- Não deve levantar nem transportar pesos;
- Não deve conduzir até indicação médica;
- Não se deve apoiar no braço operado.

### DEVE CONTACTAR OU RECORRER AO ..., EM CASO DE:

- **SANGRAR ABUNDANTEMENTE DA FERIDA CIRÚRGICA;**
- **DOR INTENSA OU PARESTESIAS (FORMIGUEIROS) CONTÍNUA(S);**
  - **FEBRE IGUAL OU SUPERIOR A 38º;**
- **SENSAÇÃO DE BEXIGA CHEIA E DIFICULDADE EM URINAR DURANTE VÁRIAS HORAS;**
- **COLORAÇÃO CIANOSADA (AZUL) OU EDEMA (INCHAÇO) NOS DEDOS OU MÃO DO MEMBRO OPERADO QUE NÃO DIMINUI;**
- **VÓMITOS E NÁUSEAS QUE NÃO PARAM APÓS PAUSA ALIMENTAR.**

## CIRURGIA DO OMBRO



### IMOBILIZADOR DE OMBRO (GERDY)

EXISTE UMA CONSULTA ABERTA DE ORTOPEDIA NA ..., ONDE PODE RECORRER SE EXISTIR ALGUMA DÚVIDA OU COMPLICAÇÃO.

2ª A 6ª FEIRA – 09H ÀS 18H

Morada

**Telefone:** ... ..

## EXERCÍCIOS PARA REALIZAR NO DOMICÍLIO

Desde o início da cirurgia (3 séries, 10 vezes cada)

1. Abrir e fechar os dedos da mão;



2. Mover o punho para cima e para baixo;



3. Com o braço alinhado junto do corpo, virar a palma da mão para cima e para baixo;

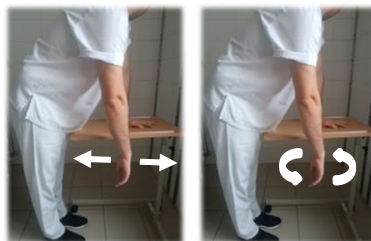


4. Com o braço alinhado junto do corpo, fazer a flexão e extensão do cotovelo.



Após 3-4 dias da cirurgia deve acrescentar:

5. Mover suavemente o ombro operado em forma de pêndulo e em pequenos círculos.



## IMOBILIZADOR DE OMBRO (GERDY)



1. Coloque o braço com o ombro operado na bolsa. Coloque as duas alças sobre os ombros.

2. Cruze as alças nas costas para aumentar a fixação e o conforto.



3. Pegue na extremidade de uma alça e prenda-a na bolsa, na frente. Faça o mesmo com a segunda alça.



4. Fixe uma extremidade da banda torácica na bolsa e circunde o corpo.



5. Passe a banda por trás do cotovelo do braço operado, pelas costas, por baixo da mão até chegar novamente à bolsa e fixe a outra extremidade. A mão deve ficar livre para mobilizar.



**APÊNDICE II: PROCEDIMENTO: REGISTOS DO PROJETO DE  
“PREVENÇÃO DE AGUDIZAÇÕES EM UTENTES COM DPOC” NO  
SCLÍNICO**

---

<b>Procedimento: Registos do projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC” no SClínico</b>					Código:
					Revisão:
					Página:
Elaborado por: AE Catarina Costa	Data: 25/01/24	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:

## Definição

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença comum, que poderia ser evitada e é tratável. Caracteriza-se pela presença persistente de sintomas respiratórios e pela restrição do fluxo de ar devido a anomalias nas vias respiratórias e/ou nos alvéolos. Geralmente, essas anomalias são causadas pela exposição prolongada a substâncias nocivas no ar, como partículas ou gases. Os sintomas mais comuns incluem dispneia, tosse e/ou expectoração. A DPOC pode ser marcada por exacerbações, cuja gravidade pode influenciar na progressão da doença (GOLD, 2020).

O tratamento da DPOC pode incluir abordagens farmacológicas e não farmacológicas, sendo que nesta última se destaca em termos de custo-benefício a reabilitação respiratória (RR). A RR demonstrou melhoria na dispneia, condição de saúde e tolerância ao esforço em pacientes estáveis. Além disso, reduz o número de hospitalizações em pacientes que tiveram exacerbações recentes e alivia sintomas de ansiedade e depressão (Silva & Delgado, 2020). Segundo a classificação Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2020) os utentes dos Grupos A e B devem integrar programas de RR nos Cuidados de Saúde Primários.

No sentido de evitar a ocorrência de lacunas na documentação clínica de enfermagem no SClínico, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), nomeadamente no que se refere às atividades do projeto “Prevenção das agudizações em utentes com DPOC” elaborou-se o presente procedimento.

## Palavras-chaves

DPOC; Programa Nacional para as Doenças Respiratórias; registos; SClínico.

	<b>Procedimento: Registos do projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC” no SClínico</b>					<b>Código:</b>
						Revisão:
						Página:
	Elaborado por: AE Catarina Costa	Data: 25/01/24	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:

## Objetivo(s)

- Sistematizar e uniformizar registos clínicos de enfermagem, com vista à tradução efetiva dos cuidados de enfermagem prestados.

## Âmbito

No âmbito da consulta de “Prevenção de Agudizações em utentes com DPOC”, projeto de melhoria contínua desenvolvido na UCC.

## Documentos de Referência

Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016.

GOLD. (2020). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)

Orientação técnica nº014/2019. (2019). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários.

Silva, L., & Delgado, B. (2020). Reabilitação respiratória domiciliária na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 50–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>

	<b>Procedimento: Registos do projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC” no SClínico</b>				<b>Código:</b>
					<b>Revisão:</b>
					<b>Página:</b>
	Elaborado por: AE Catarina Costa	Data: 25/01/24	Verificado por:	Data:	Aprovado por:

## Informações Gerais

### 1. Quem executa

O enfermeiro.

### 2. Frequência

No agendamento das consultas de enfermagem e após a realização das mesmas.

### 3. Orientações quanto à execução

- Atender à privacidade/proteção de dados dos utentes;
- Realizar os registos aquando contacto telefónico de agendamento e após a consulta presencial.

### 4. Recursos

- Computador com aplicativo informático SClínico;
- Planificação do Projeto “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC”.

### 5. Procedimentos

#### Agendamento telefónico da 1ª consulta

1. Selecionar o utente que se pretende agendar consulta, obedecendo ao critério de inclusão: ter registo do diagnóstico médico de Asma ou DPOC (códigos da ICPC-2 R96 e R95) na lista de problemas;

<b>Procedimento: Registos do projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC” no SClínico</b>					<b>Código:</b>
					<b>Revisão:</b>
					<b>Página:</b>
Elaborado por: AE Catarina Costa	Data: 25/01/24	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:

2. Sempre que se realiza o contacto telefónico deve-se abrir contacto;
3. Validar como contacto não presencial: Telefone ou telemóvel;
4. Validar o tipo de consulta como: Consulta de Enfermagem;
5. Desvalidar os programas de saúde ativos que não pertencem ao plano e selecionar OK;
6. Clicar no botão “Programas de Saúde/Projetos” e adicionar programa: P.N. Doenças Respiratórias e validar com um visto em “associar”, gravar e sair.

**Se utente estiver interessado em consulta presencial:**

7. Clicar no botão “Marcação” para agendamento;
8. Selecionar o dia da consulta;
9. Selecionar o enfermeiro que vai desenvolver a atividade;
10. Ajustar a hora de acordo com o que está planeado;
11. Selecionar o local de realização da atividade para “Unidade de Saúde” ou “Domicílio”;
12. Validar com um visto em “Agendar”;
13. Se estiver disponível, selecionar a seguinte área de intervenção, P.N. Doenças Respiratórias, gravar e sair.
14. Terminar contacto.

**Se utente não estiver interessado ou não atender chamada telefónica:**

15. Clicar no botão “Mapa de cuidados”;
16. Clicar no botão “Notas associadas ao contacto” e escrever motivo pela qual utente não continua o planeamento do programa, gravar e sair;
17. Terminar contacto.

<b>Procedimento: Registos do projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC” no SClínico</b>					<b>Código:</b>
					Revisão:
					Página:
Elaborado por: AE Catarina Costa	Data: 25/01/24	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:

### 1ª consulta de avaliação

1. Abrir contacto;
2. Selecionar o local de realização da atividade para “Unidade de Saúde” ou “Domicílio”;
3. Validar o tipo de consulta como: Consulta de Enfermagem;
4. Validar nos programas de saúde ativos com um visto: P.N. Doenças Respiratórias e selecionar OK;
5. Clicar no botão “Programas de Saúde/Projetos” e adicionar programa: Reabilitação e validar com um visto em “associar”, gravar e sair.
6. Clicar no botão “Processo de enfermagem”;
7. Nas intervenções de diagnóstico validar: “Avaliar o autocuidado”, “Avaliar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas”, “Avaliar o equilíbrio”, “Avaliar limpeza das vias aéreas”, “Avaliar movimento muscular”, “Avaliar o expetorar” e “Monitorizar tensão arterial”;
8. Selecionar com uma bola no campo “A” de Ativar, todos os diagnósticos resultantes dos focos de atenção levantados (Aquando ativação do diagnóstico referente ao Movimento Muscular, especificar parte do corpo afetada – membro ou corpo como um todo);
9. Selecionar as intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que mais se adequarem e em todos os horários escolher “Todos os contactos”;

<b>Procedimento: Registos do projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC” no SClínico</b>					<b>Código:</b>
					<b>Revisão:</b>
					<b>Página:</b>
Elaborado por: AE Catarina Costa	Data: 25/01/24	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:

<b>Foco de atenção</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>Intervenções</b>
<b>Autocuidado</b>	Autocuidado dependente, em grau ...	Sem intervenções
<b>Limpeza das vias aéreas</b>	Potencial para melhorar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre a doença;</li> <li>- Ensinar sobre complicações da doença;</li> <li>- Ensinar sobre expetoração;</li> <li>- Avaliar o conhecimento sobre limpeza das vias aéreas.</li> </ul>
<b>Limpeza das vias aéreas</b>	Limpeza das vias aéreas comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar limpeza das vias aéreas;</li> <li>- Executar cinesiterapia respiratória;</li> <li>- Monitorizar saturação de oxigénio;</li> <li>- Gerir ingestão de líquidos;</li> <li>- Incentivar a tossir.</li> </ul>
<b>Equilíbrio corporal</b>	Equilíbrio corporal comprometido, em grau ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o equilíbrio corporal;</li> <li>- Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através da técnica de posicionamento;</li> <li>- Executar técnica de posicionamento para promover o equilíbrio corporal;</li> <li>- Planear treino de equilíbrio corporal;</li> <li>- Incentivar a treinar o equilíbrio corporal.</li> </ul>
<b>Movimento muscular</b>	Movimento muscular comprometido, em grau ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar movimento muscular;</li> <li>- Executar exercícios musculares;</li> <li>- Incentivar exercícios musculares.</li> </ul>
<b>Expetorar</b>	Expetorar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o expetorar.</li> </ul>
<b>Hipertensão</b>	Hipertensão, em grau ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar tensão arterial;</li> <li>- Monitorizar frequência cardíaca.</li> </ul>

	<b>Procedimento: Registos do projeto de “Prevenção de agudizações em utentes com DPOC” no SClínico</b>				Código:
					Revisão:
					Página:
Elaborado por: AE Catarina Costa	Data: 25/01/24	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:

10. Clicar no botão “Mapa de cuidados”;
11. Validar todas as intervenções anteriormente selecionadas e sinais vitais avaliados;
12. Clicar no botão “Notas associadas ao contacto” e escrever informações complementares que não se conseguiu traduzir nos registos efetuados, gravar e sair;
13. Se utente tiver necessidade de acompanhamento ou mostrar interesse numa segunda consulta, clicar no botão “marcação” e realizar o agendamento;
14. Terminar o contacto.

### 2ª consulta de reavaliação

1. Abrir contacto;
2. Selecionar o local de realização da atividade para “Unidade de Saúde” ou “Domicílio”;
3. Validar o tipo de consulta como: Consulta de Enfermagem;
4. Validar nos programas de saúde ativos com um visto: P.N. Doenças Respiratórias e Reabilitação, selecionar OK;
5. Clicar no botão “Mapa de cuidados”, validar intervenções e avaliar escalas;
6. Se houver necessidade de acompanhamento, realizar marcação de nova consulta;
7. Se não houver necessidade de acompanhamento, dar termo aos focos de atenção e diagnóstico e respetivas intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico levantados neste programa;
8. Terminar contacto.

## 6. Registos

No aplicativo informático SClínico de acordo com a intervenção realizada seguindo o presente procedimento.