



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

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação às Pessoas Submetidas a  
Artroplastia da Anca**

**Ana Rita Vieira Diniz Gil Antunes**

---

**Lisboa  
2023**



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

**Relatório de Estágio**

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação às Pessoas Submetidas a  
Artroplastia da Anca**

**Ana Rita Vieira Diniz Gil Antunes**

Orientadora: Prof. Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

---

**Lisboa  
2023**

Expressar ao outro atenção, interesse pela sua situação tentando,  
se necessário, vir em sua ajuda. (...) Nesta perspectiva,  
a missão dos que cuidam é a de estender ou agarrar a mão  
com a intenção de tentar ajudar alguém a encontrar ou a  
recuperar o equilíbrio do ser ao longo do seu caminho

(Hesbeen, 2002, p.24)

## **Agradecimentos**

Gostaria de expressar o meu forte agradecimento a todos aqueles que me apoiaram durante estes dois anos insanos, perturbadores, mas extremamente gratificantes tanto na minha vida pessoal como profissional.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, à Professora Doutora Cristina Baixinho, pelo incentivo e orientação.

Gostaria também de agradecer às Enfermeiras orientadoras, pela gentileza de terem partilhado comigo as suas experiências, vivências e conhecimentos profissionais durante os períodos de estágio.

Teço também um forte agradecimento aos meus colegas do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, pela preocupação, pela entreaajuda, e por todo o carinho.

À minha família que sempre me apoiou e motivou nesta jornada.

Por fim, às pessoas que me deram um apoio emocional e incondicional. Muitas vezes sofreram com a minha ausência e por isso estarei eternamente grata. Obrigado, Pedro Antunes, Bernardo e Carminho pela vossa compreensão e amor, que sem isso, nada disto teria sido possível de concretizar. Obrigado por serem o melhor porto seguro.

## **Abreviaturas e Siglas**

**ACF** - Articulação Coxofemoral

**ATA** - Artroplastia Total da Anca

**ATT** - Articulação Tibiotársica

**BERG** - *Berg Balance Scale*

**MORSE** - Escala de Avaliação de Risco de Queda de Morse

**BRADEN** - Escala de Avaliação de Risco de Úlcera por Pressão de Braden

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

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

**GIBBS** - *Gibbs Reflective Cycle*

**BARTHEL** - Índice de Avaliação de Independência Funcional em Atividades de Vida Diária de Barthel

**INR** - Instituto Nacional de Reabilitação

**I.S.S** - Instituto da Segurança Social

**MI** - Membro Inferior

**MRC** - *Medical Research Council*

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**SWOT** - *Strenghts, weaknesses, oportunities, Threats*

**TCM** - *Transitional Care Model*

**TUGT** - *Timed Up and Go Test*

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

## Resumo

O aumento da esperança média de vida, a prevalência da osteoporose e a necessidade de realização de artroplastia da anca têm aumentado significativamente em Portugal. No entanto, devido à tendência atual de internamentos hospitalares mais curtos, muitas pessoas enfrentam desafios na transição do internamento para o domicílio. Por isso, acreditamos que é essencial adotar uma abordagem centrada na pessoa, visando capacitá-la a enfrentar a mudança do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliário, aplicando o modelo *Transitional Care Model*.

Sugerimos então, a implementação de um programa de Telereabilitação, cujo objetivo é capacitar a pessoa a alcançar o seu máximo potencial de funcionalidade e independência, através da educação para a saúde e do treino monitorizado, a fim de promover a continuidade de cuidados, garantir a recuperação mais rápida e eficaz e diminuir o reinternamento. Este programa inclui a disponibilização de vídeos para *download* antes da alta hospitalar e o acompanhamento por meio de consultas regulares. Durante essas consultas, serão avaliados os fatores de risco no domicílio, a avaliação da dor e a avaliação do penso. Durante as primeiras quatro semanas, as pessoas receberão orientações para realizar exercícios previamente disponibilizados em vídeo, receberão conselhos para evitar complicações, melhorar a amplitude do movimento articular, aumentar a força muscular, o equilíbrio, o treino de marcha e melhorar a independência nas atividades de vida diária.

Este relatório de estágio, tem como finalidade, demonstrar a viabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em realizar intervenções independentes no campo da Telereabilitação. Como parte do relatório, será demonstrado, por meio da aplicação de conhecimentos teóricos e análise empírica das práticas clínicas, a proficiência na avaliação das necessidades da pessoa, no planeamento dos diagnósticos, na implementação de intervenções adequadas e comprovar que foram alcançadas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação recomendada pela Ordem dos Enfermeiros.

**Palavras-chave:** artroplastia da anca; educação para a saúde; reabilitação; intervenções em telereabilitação.

## **Abstract**

Increasing life expectancy and a greater incidence of osteoporosis are key to the increasing number of hip arthroplasties performed in Portugal. Due to the trend of shorter hospital stays, people experiment with challenges in their transitioning process between being released from hospital and their home stays. Therefore, we believe it is essential to adopt a person-centered approach to empower people to cope with the transition from the hospital environment to the home setting, through the application of the Transitional Care Model.

We suggest the implementation of a Telerehabilitation program, which aims to allow individuals to reach their maximum functional potential and independence level through education and monitoring training. This program promotes long-term care, ensures faster and more effective recovery, and reduces readmissions. It includes downloadable videos that are available before release from hospital and regular follow-up consultations. Home risk factors, pain assessment, and dressing evaluation will be addressed during these consultations. In the initial four weeks, individuals will be guided on how to perform previously provided exercises and will receive advice on how to prevent complications, improve joint motion range, increase muscle strength, balance, gait training and enhance daily activities' independence.

The purpose of this internship report is to demonstrate the importance and adequacy of specialized rehabilitation nursing in conducting Telerehabilitation. Rehabilitation practices, such as, assessing individuals, planning diagnoses, implementing appropriate action plans, and achieving the development of common competencies are studied. Moreover, the proficiency of rehabilitation nursing as recommended by the Ordem dos Enfermeiros are demonstrated through theoretical and empirical analysis.

**Keywords:** hip arthroplasty; patient education; rehabilitation; telerehabilitation intervention.

## Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - TELEREABILITAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 TELEREABILITAÇÃO: UMA NOVA ABORDAGEM NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO APÓS ARTROPLASTIA DA ANCA.....	15
<b>2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>	<b>19</b>
2.1. A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	19
2.2. B - DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....	24
2.3 C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	31
2.4 D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	32
<b>3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>	<b>34</b>
3.1. J1 - CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS .....	34
3.2. J2 - CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA.....	37
3.3. J3 - MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA .....	41
<b>4. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM REALIZADA.....</b>	<b>46</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

ANEXO I - ÉTICA E LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO - ÉTICA E LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO II – JORNAL DE APRENDIZAGEM

ANEXO III – PRODUTOS DE APOIO QUE PODEM SER PRESCRITOS PELO EEER

APÊNDICE I - ELEGIBILIDADE, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NO PLANO DE TREINO DE REABILITAÇÃO PERSONALIZADO NO INTERNAMENTO E DOMICÍLIO

## Introdução

Os cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são cuidados de qualidade especializados que se baseiam e requerem um conjunto de conhecimentos, e por isso são procedimentos específicos da área de especialização.

Como refere a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação,

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação constituem uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.2).

De acordo com *World Health Organization* (2023), a iniciativa de Reabilitação 2030 destaca a necessidade de melhorar os sistemas de saúde e para isso tem como diligência fornecer cuidados de reabilitação a todos, em todas as fases da vida e em todos os níveis de cuidados de saúde. Com o aumento da esperança média de vida e concomitantemente com o aparecimento de múltiplas patologias, a reabilitação, para a Organização Mundial de Saúde é uma estratégia de saúde prioritária para o século XXI.

O presente relatório de estágio assenta no 2º ano do 1º Semestre da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A elaboração deste relatório tem como objetivo fundamental a obtenção do título de mestre, e tem como desígnio, a demonstração da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação adquiridas, materializado nos diagnósticos, nos cuidados de enfermagem prestados e nas avaliações realizadas, tendo por base a revisão da

literatura, e através da análise empírica das práticas clínicas, sendo que, se afigura como uma importante etapa do processo de formação acadêmica.

O estágio foi dividido em dois contextos. O primeiro foi realizado em contexto de internamento, mais especificamente num serviço de Ortopedia, e o segundo período de estágio numa unidade de cuidados continuados integrados na área de Reabilitação.

O Acompanhamento dado à pessoa submetida a artroplastia da anca inicia-se no momento da admissão e prolonga-se até ao domicílio, ajustando assim os cuidados prestados através do modelo: *Transitional Care Model* desta forma,

Os profissionais de saúde mantêm um relacionamento com os pacientes e seus cuidadores por meio de visitas e ligações telefónicas para preparar e acompanhar os pacientes durante a implementação do plano de cuidados e atender às suas necessidades atuais e futuras (Morkisch et al., 2020, p.12).

Atendendo sempre à importância da promoção da saúde e prevenção de complicações. O *Transitional Care Model* permite um maior nível de conhecimento da situação de saúde da pessoa, cuidados mais centrados, através de intervenções especializadas, personalizadas e tendo como mais-valia um melhor conhecimento de todo o processo de reabilitação da pessoa em concreto.

Tanto no contexto de internamento, como, nos cuidados continuados integrados foram adquiridos novos conhecimentos e desenvolvidas novas competências, o que irá permitir dar resposta, corpo e forma às questões-chave apresentadas no projeto inicial.

Como foram apresentadas no projeto inicial, estas são as três questões-chave que despoletaram uma maior observação e análise:

Que acompanhamento é dado pelo Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca após a alta?

Quais são as maiores dificuldades apresentadas pelas pessoas submetidas a artroplastia total da anca quando chegam ao domicílio?

Que plano de cuidados e intervenções podem ser realizadas pelo Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação para fazer a diferença e trazer benefícios para a recuperação funcional/motora da pessoa submetida à artroplastia total da anca?

## 1. Enquadramento Teórico – Telereabilitação

O aumento da esperança média de vida conduz ao envelhecimento cada vez mais acentuado da população, sendo um processo em que ocorrem alterações morfológicas e fisiológicas. Consequentemente, assiste-se a um crescimento das patologias degenerativas das articulações, como a osteoartrose, que levam a pessoa para estados incapacitantes, de menor funcionalidade e afetam a qualidade de vida (Leitão et al., 2022, p. 52).

De acordo com Leitão et al. (2022), a osteoartrose é uma condição crónica e degenerativa que afeta as articulações de uma forma progressiva, assim como, a qualidade de vida das pessoas. É uma doença frequentemente observada em pessoas com mais de 50 anos de idade, afetando entre 44% a 70% da população mundial. A incidência dessa condição é mais elevada em pessoas com mais de 75 anos, chegando a afetar cerca de 85% da população, sendo a doença articular mais comum em todo o mundo.

Havendo uma correlação direta entre a esperança média de vida e a incidência da osteoartrose, pode-se concluir que é esperado que o número de pessoas afetadas por esta condição aumente progressivamente, à medida que a população envelhece, o que representa um desafio crescente para a área da saúde.

Conforme referido pelos autores previamente citados, a osteoartrose pode ter um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, através da limitação da capacidade de realizar atividades diárias, alteração da funcionalidade, do desconforto e afetação do desempenho no trabalho. Todo este processo, pode resultar num aumento de baixas médicas e reformas antecipadas, comprometendo ainda o bem-estar e qualidade de vida das pessoas.

Como refere Narciso (2016), apesar de ainda não existir uma cura definitiva para a osteoartrose, sendo que é uma doença crónica, existe uma variedade de opções farmacológicas e não farmacológicas disponíveis que permitem proporcionar uma melhor qualidade de vida, assim sendo, a abordagem à doença pode ser realizada de diversas maneiras.

A abordagem terapêutica deve ser conduzida de forma cuidadosa, seguindo algumas etapas importantes. O primeiro passo, é aliviar a dor, de seguida, deve-se

prevenir ou retardar o desenvolvimento da doença, e conseqüentemente o desgaste das articulações, através de terapias como a visco suplementação. Depois do controlo da dor e da progressão da doença, o próximo passo é promover a reabilitação funcional, através de exercícios que melhoram a funcionalidade da pessoa. A cirurgia deve ser considerada como último recurso, após serem realizadas outras opções de tratamento.

Conforme mencionado por Li et al. (2014), a artroplastia da anca é uma cirurgia que consiste na substituição parcial ou total da articulação, substituindo-a por uma prótese articular artificial. De acordo com os autores Colibazzi et al. (2020), quando a articulação da anca apresenta um desgaste avançado e compromete a independência da pessoa na realização das atividades de vida diária, a artroplastia da anca é frequentemente recomendada, com o objetivo de reduzir a dor, melhorar a mobilidade e a funcionalidade, bem como, melhorar a qualidade de vida da mesma.

Para Araújo et al. (2017), o programa de reabilitação motora após a artroplastia da anca, tem por objetivos principais, o aumento da força muscular, a recuperação da amplitude dos movimentos articulares, estabilização da articulação coxofemoral (ACF), a recuperação da funcionalidade e uma readaptação às atividades de vida diária.

Segundo Li et al. (2014), de forma a garantir o sucesso da reabilitação da função motora, é crucial que as pessoas submetidas a artroplastia da anca recebam reabilitação na fase mais precoce possível e que seja contínua após a alta hospitalar. Como o estudo de Zhang et al. (2022) demonstra, a principal fase de recuperação da mobilidade após cirurgia a artroplastia da anca é realizada entre os três e os seis meses de pós-operatório, sendo que o maior período de reabilitação é realizado após a alta.

De acordo com a pesquisa realizada por Silva et al. (2020), o atual contexto dos cuidados de saúde em Portugal, preconiza que os internamentos hospitalares sejam cada vez mais curtos e que a alta seja o mais precoce possível, assim sendo, o tempo disponível para a recuperação total do doente submetido a cirurgia ortopédica não é congruente com o tempo de internamento após a cirurgia. Por isso, é importante que haja um plano de reabilitação que permita a ponte entre o contexto de internamento hospitalar e o contexto comunitário, para que se garanta a continuidade de cuidados de reabilitação no domicílio, visando assim, a recuperação funcional completa da pessoa. Conforme mencionado por Morkisch et al. (2020), a maneira mais harmoniosa e segura de realizar a transição entre o internamento hospitalar e o regresso a casa é aplicando o modelo -

*Transitional Care Model (TCM)*, que é uma intervenção liderada por enfermeiros, e tem como foco o acompanhamento contínuo da pessoa e de todo o seu processo de reabilitação. Este acompanhamento pode ser realizado através da Telereabilitação.

Baseado no estudo de Palma et al. (2021), é possível afirmar que as maiores dificuldades apresentadas pela pessoa submetida a artroplastia da anca são, a existência de obstáculos arquitetônicos e diminuição da força muscular. Esta situação leva a uma menor capacidade de realização das atividades de vida diária de forma independente, e conseqüentemente, diminui a qualidade de vida da pessoa.

A Telereabilitação após fratura da anca é um conceito novo, o primeiro estudo na literatura sobre Telereabilitação após fratura da anca é de Bedra et al. em 2014 (Aykan et al., 2023). No entanto, e em consonância com os resultados das investigações conduzidas por Li et al. (2014) e Aykan et al. (2023), a Telereabilitação combinada com a supervisão de um familiar são capazes de promover a recuperação da pessoa no domicílio, pois permite melhorar tanto a função motora, como, o estado psicológico da pessoa submetida a cirurgia. Além de ser aplicável e viável, também pode ser mais eficaz que a reabilitação tradicional.

Como defendem Kalron et al. (2018), Colibazzi et al. (2020) e Eren et al. (2022), a utilização de suporte de Telereabilitação, como é o caso de materiais educativos interativos (vídeos) e materiais educativos impressos que contenham informações e orientações sobre quais os exercícios de treino que devem ser realizados após artroplastia da anca e após a alta, permitem um melhor acompanhamento à pessoa no regresso a casa, esta é uma estratégia eficaz para reduzir o tempo de internamento, possibilitam reduzir o medo à mobilização, menos dor, um aumento da funcionalidade e da satisfação, quando comparado com os manuais ou panfletos impressos. Os vídeos são mais fáceis de interpretar e mais atraentes, o que torna a sua consulta mais interessante e por isso tem um impacto significativo na melhoria das competências da pessoa no seu autocuidado. Os autores supracitados destacam também, que num futuro próximo, é provável que a maioria dos governos no mundo ocidental incluam a Telereabilitação como uma intervenção de saúde e será utilizada como forma de reduzir custos.

Como indicado por Li et al. (2014), através da Telereabilitação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), à distância consegue avaliar a

condição física da pessoa, utilizar escalas apropriadas, prescrever um plano de exercícios, promover a saúde através de ensinamentos e de esclarecimento de dúvidas, fornecer apoio emocional e supervisionar a realização do treino de exercícios, além de detectar e prevenir complicações.

Um estudo realizado em Portugal, por Silva et al. (2020), demonstrou que durante a pandemia, através da Telereabilitação, o EEER pôde proporcionar uma abordagem personalizada e adaptada às necessidades específicas da pessoa, através de sessões de reabilitação respiratória, utilizando como recurso as videochamadas e os vídeos previamente gravados, nos quais eram enviados por e-mail 4 links criados pela equipa de EEER. Nesses vídeos disponibilizados, os exercícios prescritos eram explicados e exemplificados. As sessões tinham a duração de 30 a 45 minutos, eram cumpridas sessões três vezes por semana através de videochamada e assim permitia à pessoa o esclarecimento de dúvidas, a correção dos exercícios realizados e o reforço dos sinais de alerta e de complicações, desta forma, trouxe benefícios significativos, nomeadamente, na capacitação da pessoa, no controle dos sintomas, assim como, evitou o reinternamento hospitalar.

### **1.1 Telereabilitação: Uma nova abordagem no processo de reabilitação após artroplastia da anca**

Segundo *World Health Organization* (2019), a reabilitação tem como objetivo auxiliar a pessoa a melhorar a sua funcionalidade e a reduzir a sua incapacidade. A *World Health Organization* defende ainda que a reabilitação deve-se focar nas capacidades que a pessoa apresenta, em vez de focar na doença e na incapacidade. Desta forma, enfatiza a importância da educação para a saúde e a capacitação, para que a pessoa possa gerir a sua condição de saúde e que aprenda a desenvolver habilidades que a torne cada vez mais independente, com o intuito de que a reabilitação traga benefícios significativos para a saúde, para a sociedade e para a economia.

As intervenções de enfermagem realizadas pelo EEER devem ser adequadas à pessoa submetida a artroplastia total da anca (ATA), com base nas suas necessidades identificadas após avaliação durante o período de internamento.

Segundo Li et al. (2014), o EEER através da Telereabilitação tem a possibilidade de esclarecer dúvidas, reconhecer problemas e/ou complicações, avaliar a condição da pessoa (através da aplicação de escalas), realizar promoção para a saúde, dar apoio emocional, prescrever e monitorizar o comportamento da pessoa, observar a realização de exercícios funcionais que visam a promoção do fortalecimento muscular, o aumento da amplitude articular, o treino do equilíbrio, treino de marcha, melhoria da mobilidade, o aumento da independência nas atividades de vida diária, e assim proporcionar à pessoa uma melhor qualidade de vida.

Para além dos cuidados prestados pelo EEER trazerem benefícios para a pessoa, aquando associados à Telereabilitação, é possível capacitar a pessoa dentro do seu domicílio, controlar sintomas, evitar o internamento hospitalar, reduzir os custos e diminuir o risco de infeção, através de um *“click”*, sem haver a necessidade de saírem de casa, reduzindo a necessidade da pessoa se deslocar até uma clínica de reabilitação ou hospital, acabando por economizar tempo e dinheiro.

Para além dos benefícios supracitados, o ajuste do plano de reabilitação, assim como, a disponibilidade de feedback é imediata, em tempo real. No entanto, existem algumas ameaças que podem colocar em causa a eficácia da Telereabilitação, que é o caso da barreira de transmissão de informações, o facto de nem todas as pessoas submetidas a artroplastia da anca estarem familiarizadas com as novas tecnologias, pode comprometer a sua participação no processo de cuidado. Para além disso, problemas com a conexão à rede de internet ou por falta de bateria do aparelho (computador/tablet) podem representar um obstáculo para a Telereabilitação. Por isso, antes de ser criado um plano de reabilitação através de videochamada, deve ser assegurado pela pessoa ou familiar a proficiência em lidar com as novas tecnologias e que estas se encontram aptas para que não fique comprometida a consulta e o processo de reabilitação da pessoa.

Como forma de colmatar algumas dificuldades que possam existir e de forma a trazer benefícios para a recuperação funcional/motora da pessoa submetida a artroplastia da anca é essencial preparar a pessoa e a família, mesmo antes da alta. Dessa forma, com base no estudo realizado por Zhang et al. (2022), antes da alta hospitalar, deve ser desenvolvido um plano de reabilitação personalizado, criado de acordo com as necessidades específicas da pessoa, e ajustado consoante os resultados da avaliação.

Devem ser disponibilizados vídeos com demonstrações dos exercícios para *download* e acesso a qualquer momento. O conteúdo desses vídeos deve incluir um plano de treino cardiorrespiratório, treino muscular, treino de marcha, treino do equilíbrio, treino de subir e descer escadas, treino das atividades de vida diária, ensino sobre a administração do anticoagulante e o ensino sobre os riscos que devem ser evitados.

Antes da alta, a pessoa deve ser submetida a avaliação da sua condição física, incluindo a avaliação da força dos membros inferiores, do equilíbrio, e capacidade de realizar as atividades de vida diária de forma independente.

Deve ser realizada nova avaliação ao 1º e 3º mês, após a alta, por meio de videochamada e deve ser aplicada a Escala Numérica de Dor, o *Timed Up and Go Test* (TUGT) e o Índice de Avaliação de Independência Funcional em Atividades de Vida Diária de Barthel (BARTHEL).

Utilizando como base teórica o estudo realizado por Zhang et al. (2022), durante a primeira consulta de Telereabilitação deve ser pedido à pessoa que avalie a sua dor entre 0 e 10 e que a caracterize, deve ser observado o penso através da câmara e deve-se tentar perceber se existe algum tipo de repasse, ou se este se apresenta descolado. Devem ser avaliados os fatores de risco do ambiente doméstico e devem ser dadas orientações sobre a forma de transformar o domicílio num espaço seguro. Para isso, devem ser discutidos temas-chave, como por exemplo, a iluminação adequada em todas as divisões da casa, especialmente à noite, a importância de colocar barras de apoio e tapetes antiderrapantes no poliban e/ou banheira, a importância de utilizar o elevador de sanita.

Durante as primeiras quatro semanas, deve ser realizada a avaliação e orientação da função motora, sendo que, deve ser solicitado à pessoa que realize os exercícios previamente disponibilizados em vídeo - isométricos e isotônicos. O treino de exercícios deve incluir: exercícios respiratórios, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, contração isométrica dos tricéptes braquiais, exercícios de contração isométrica dos quadríceps, dos glúteos e dos abdominais, flexão/extensão da articulação tibiotársica (ATT), flexão/extensão do joelho, flexão/extensão da Articulação Coxofemoral (ACF) com extensão da articulação do joelho, abdução/adução da ACF, treino de atividades de vida diária.

As pessoas devem ser alertadas para os riscos, caso a pessoa seja submetida a artroplastia da anca por via posterior, não deve realizar flexão da ACF acima dos 90°, nem adução além da linha média, devendo utilizar uma almofada ou triângulo abdutor. Caso a pessoa seja submetida a artroplastia da anca por via anterior, esta deve evitar rotação interna e externa, assim como, a flexão a menos de 90°.

Deve ser aplicado o Índice de BARTHEL de forma a avaliar a capacidade de realização das atividades de vida diária. Os doentes devem ser incentivados e orientados a realizar as atividades de forma independente, dentro de um perímetro seguro, e a utilizar dispositivos auxiliares de marcha, aplicando o TUGT.

Assim sendo, o objetivo primordial da reabilitação entre a primeira e a quarta semana de pós-operatório é reduzir ao mínimo a dor e o edema do membro inferior (MI) operado, evitar complicações, melhorar a amplitude articular e aumentar a força muscular.

Após o primeiro mês de pós-operatório, é importante concentrar os exercícios no aumento da força muscular, melhorar a capacidade de suportar o peso no MI operado, melhorar o equilíbrio, melhorar a marcha, passando a utilizar apenas uma canadiana do MI operado, aumentar a independência nas atividades de vida diária e prevenção de queda. Por esta altura devem ser incluídos exercícios adicionais, tais como, caminhada livre apenas com uma canadiana, exercícios de caminhar no mesmo lugar, levantando os pés do solo alternadamente sem se deslocar.

Kuether et al. (2019), Ortiz-Piña et al. (2021), e Zhang et al. (2022), relatam que os participantes do programa de Telereabilitação apresentam um melhor desempenho no teste TUGT, demonstram uma melhor recuperação da funcionalidade da ACF e uma maior independência na realização das atividades de vida diária, em comparação com os participantes da reabilitação presencial/tradicional.

## **2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são:

As competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Diário da República, 2ª Série, nº26, Secção II, Artigo 3.º alínea a), 2019).

### **2.1. A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

É fundamental o domínio desta competência por parte de todos os enfermeiros especialistas, pois, assegura à pessoa cuidada, que todos os enfermeiros prestam cuidados de excelência e são responsáveis pelos seus atos.

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Diário da República, 2ª Série, nº26, Secção II, Artigo. 10.º, Anexo I, A1 - Descritivo, 2019).

Para que o EEER possa agir e prestar cuidados seguros e de qualidade, este deve estar munido de conhecimento das normas, diretrizes e regulamentos que regem a profissão, assim como, estar ciente das consequências dos cuidados que presta, garantindo que é responsável pelas suas intervenções e atitudes.

O EEER é um profissional de saúde, e como tal, deve ter presente os valores e princípios éticos, devendo ser capaz de identificar e resolver dilemas éticos e conflitos que possam surgir durante a sua prática e prestação de cuidados, como por exemplo: garantir a confidencialidade, a segurança e a privacidade da pessoa cuidada.

Durante o período de estágio, foi solicitado à pessoa o seu consentimento informado, no contexto dos estudos de caso e na recolha de dados para a realização dos trabalhos académicos, foi assegurada a privacidade da pessoa, bem como a

confidencialidade das informações obtidas. Caso a pessoa não permitisse a partilha das suas informações, era respeitada a sua decisão.

Desta forma, nenhum dado ou informação pessoal, recolhido durante os períodos de estágio, serão divulgadas neste relatório público.

Além de ser crucial a preservação da confidencialidade e da privacidade da pessoa, é igualmente importante garantir a sua segurança. Por esse motivo, durante o período de estágio, antes de serem iniciados os cuidados de enfermagem de reabilitação, era realizada a verificação dos resultados das análises, dos exames e dos registos médicos e de enfermagem, a fim de garantir a segurança e eficácia dos cuidados prestados. Além dessa verificação, também eram avaliados os sinais vitais, assim como, a sensibilidade e a força dos membros inferiores, uma vez que são muitos os doentes medicados por meio de cateter epidural, a fim de reduzir as queixas álgicas, acabando, no entanto, por diminuir a força e sensibilidade dos membros inferiores, o que poderia colocar em risco a segurança da pessoa.

Caso a pessoa não apresentasse as condições de segurança necessárias para participar nos cuidados planeados, eram realizadas alternativas que garantissem o bem-estar e a sua segurança. Por Exemplo, se a pessoa apresentasse um quadro de hipotensão, eram realizadas mobilizações no leito de forma a proporcionar-lhe um melhor tratamento e evitar possíveis complicações.

É papel do EEER garantir a segurança da pessoa, informando-a sobre os riscos de complicações e contraindicações dos procedimentos realizados. Durante os períodos de estágio, as pessoas foram ensinadas sobre os cuidados a terem com a ferida cirúrgica, a fim de prevenirem infeções da sutura cirúrgica, além disso, foram elucidadas sobre a importância de colocar diariamente as meias de contenção, instruídas sobre a administração do anticoagulante, e foram explicados os cuidados anti-luxatórios.

De acordo com Davis et al. (2017), a artroplastia da anca é uma intervenção cirúrgica realizada a pessoas que apresentam dor e disfunção da articulação da anca, colocando em risco a sua qualidade de vida e capacidade para realizar as suas atividades de vida diária. Com os avanços da medicina, têm sido desenvolvidas várias técnicas de

abordagem cirúrgica eficientes para realizar a artroplastia da anca, sendo elas, a abordagem por via anterior e por via posterior.

Ainda citando os autores previamente mencionados, durante o período cirúrgico, o médico determina a abordagem cirúrgica mais adequada para cada caso, considerando as características de cada pessoa. Cada uma dessas abordagens requer cuidados específicos para reduzir o risco de luxação da prótese, e assim, cabe ao EEER estar ciente dos riscos envolvidos e comunicá-los à pessoa e à família. Como refere Davis et al. (2017), a pessoa submetida a artroplastia da anca por via anterior deve seguir, durante as primeiras seis semanas, as seguintes recomendações:

Não deve realizar extensão ACF para além dos 20°, flexão a menos de 90° e não realizar rotação externa da anca para além dos 50°.

Caso a abordagem tenha sido realizada por via posterior, a pessoa não deve realizar flexão da articulação da anca além dos 90°, evitar abdução para além dos 30°, flexão superior a 90° e rotação interna ou adução para além do plano neutro.

Tanto no tipo de abordagem anterior, como posterior, a pessoa não deve cruzar os membros inferiores, deve manter a articulação da anca acima da articulação do joelho, deve sentar-se em cadeiras altas, deve ser incentivado ao treino de marcha o mais precocemente possível, deve evitar pisos desnivelados ou escorregadios para reduzir o risco de queda e deve utilizar dispositivos de marcha conforme a necessidade (andarilho ou canadianas).

Para garantir cuidados adequados e seguros, é importante que o EEER esteja atento ao tipo de abordagem cirúrgica, ao tipo de anestesia utilizada, já que isso pode ter implicações significativas nos exercícios e nas intervenções realizadas no período do pós-operatório e na reabilitação da pessoa.

No que concerne à parte legal que rege a profissão, o EEER deve ter conhecimento e domínio sobre os seus direitos e deveres, como profissional, assim como, da pessoa a quem presta cuidados. O “Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações

potencialmente comprometedoras para os clientes (Diário da República, 2.ª Série, nº26, Secção II, Artigo. 10.º Anexo I, A2 - Descritivo, 2019).

A transmissão clara da informação sobre a sua condição de saúde, o esclarecimento de dúvidas, o apoio emocional e a motivação para que a pessoa realize o seu autocuidado e os exercícios planeados, são fatores que contribuem para aumentar a confiança do doente em si mesmo e no profissional que lhe presta cuidados. Por esse motivo, durante o estágio foi tido em consideração essa situação e foi dada à pessoa a possibilidade de assumir sempre um papel ativo e responsável na sua reabilitação e recuperação da sua saúde.

Tanto no serviço de internamento, quanto no estágio da comunidade, foi constatado que algumas pessoas recusavam os cuidados prestados devido ao facto de apresentarem dor (mais frequente no serviço de internamento, por ser o período do pós-operatório mais recente). No entanto, durante o estágio na comunidade, também ocorreu a recusa dos cuidados por parte de algumas pessoas, devido à desmotivação causada pela longa duração do processo de recuperação. Essa desmotivação era frequentemente superada por meio de palavras de ânimo e conforto.

Faz parte do papel do EEER garantir o respeito pelo direito que assiste à pessoa de recusar qualquer tratamento ou cuidado, desde que não ponha em risco a sua vida. Portanto, a vontade e decisão da pessoa deve ser respeitada, no entanto, o enfermeiro deve tentar resolver o problema que leva à recusa.

Como foi possível verificar, durante o período de internamento, alguns doentes informaram que não se sentiam capazes de realizar os exercícios planeados, devido ao desconforto e à presença de dor. Quando a pessoa recusava realizar os exercícios prescritos, era tomada em consideração a sua situação, era respeitado o direito de recusa, mas também eram tomadas medidas que ajudassem a melhorar a sua condição. Por isso, era realizada a avaliação da dor, utilizando a escala numérica, entre 0 e 10, era pedido à pessoa para localizar a sua dor, eram identificados quais os fatores de agravamento e de alívio da dor, era disponibilizado gelo, a pessoa era mobilizada para uma posição mais confortável e oferecida analgesia.

Após a realização dos cuidados de conforto necessários que permitiam à pessoa melhorar o seu estado de saúde geral, procedia-se a uma nova avaliação de dor e conforto. Caso a pessoa apresentasse melhorias significativas, e caso a pessoa consentisse, eram iniciados os exercícios previamente planeados.

O EEER deve estar ciente de que a pessoa deve ser incentivada a fazer as suas próprias escolhas e decisões em relação aos seus cuidados. O enfermeiro tem o papel de promover o *empowerment* da pessoa cuidada. Inicialmente deve ensinar e treinar a pessoa de forma a capacitá-la, mas quando a pessoa demonstra segurança e a confiança necessária, deve haver uma transferência de responsabilidade e de poder, e aí, a pessoa passa a ser a sua principal cuidadora. Por exemplo, desde o início do processo de vestir/despir, a pessoa deve ser incentivada a realizar essa tarefa sozinha, e apenas deve ser ajudada caso não o consiga fazer de forma independente e/ou segura. Ao ser estimulada a participar ativamente no seu autocuidado, a pessoa tende a desenvolver uma maior independência e isso permite uma maior celeridade na sua reabilitação.

Durante os períodos de estágio, foi possível, por várias vezes, acordar com a pessoa e com a família um momento que permitisse a realização de ensinamentos e a participação dos mesmos nos cuidados de vida diária, nomeadamente, nos cuidados de higiene, tomar banho, vestir/despir, nas transferências, no treino de marcha e no subir/descer escadas.

Como foi possível verificar durante o estágio, a inclusão da família nos cuidados, proporcionou o esclarecimento de dúvidas, um maior suporte emocional e uma ajuda efetiva na superação das dificuldades físicas e emocionais. Para o profissional de saúde também é importante a presença da família, pois esta, detém informações fulcrais acerca do estado de saúde, ou do ambiente habitacional do doente, o que permite antecipar algumas dúvidas e excluir algumas inseguranças que surjam enquanto participa nos cuidados ao seu familiar.

Como foi possível verificar, durante a integração na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), foi facultado desde o momento da primeira visita domiciliária o contacto telefónico que permitia esclarecer alguma questão que surgisse e

assim foi dado o direito ao doente e à família de esclarecerem alguma dúvida que tivessem.

Como forma de complemento desta temática, durante o período de estágio na unidade de cuidados na comunidade (UCC) houve a necessidade de realizar uma apresentação para o serviço, sobre a temática supracitada, sendo o tema abordado: “Ética e Legislação em Enfermagem” (Anexo I). Para a concretização desta apresentação, foi necessário realizar pesquisas utilizando documentos como base de análise: “o “Código Deontológico”, o “Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro”, o “Padrão de qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos”, a “Deontologia Profissional de Enfermagem e conselho Jurisdicional” e o “Guia Prático sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”.

## **2.2. B - Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Segundo o Regulamento nº140/2019, o domínio da melhoria contínua da qualidade é uma competência importante para o Enfermeiro Especialista, pois, esta competência acresce ao enfermeiro a capacidade de se autoavaliar, perceber quais as suas limitações, e através disso, ser capaz de desenvolver conhecimentos e conseqüentemente, melhorar a sua prática de cuidados, para além de que garante ao Enfermeiro especialista “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Diário da República, 2.ª Série, nº26, Secção II, Artigo. 10.º, Anexo II B1, 2019).

De forma a realizar cuidados de enfermagem com melhor qualidade e segurança, é essencial que o enfermeiro esteja sempre atualizado, reflita sobre a sua prática de cuidados e que esteja ciente que o processo de aprendizagem deve ser constante e contínuo, ou seja, o EEER “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Diário da República, 2.ª Série, nº26, Secção II, Artigo. 10.º, Anexo II B2, 2019).

Durante os períodos de estágio, foi necessário uma atualização e análise de situações constante.

Foi perceptível em muitos momentos, a necessidade de aprofundar alguns conhecimentos, por inexperiência ou por desconhecimento, o que levou à necessidade da leitura de artigos científicos, diretrizes e normas da Direção Geral da Saúde, da Ordem dos Enfermeiros (OE), entre outras entidades.

Ainda durante o estágio, foi realizada uma reflexão, utilizando o modelo de *Gibbs Reflective Cycle* (GIBBS), o que permitiu analisar uma experiência ocorrida durante a prática clínica, bem como, reforçar a melhoria da qualidade dos cuidados, como se pode observar, através do jornal de aprendizagem disponível no anexo II.

A componente prática ficou marcada pela oportunidade de atualização de conhecimentos e competências profissionais, sendo que foi possível participar em alguns eventos, tais como, o Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência”, que se realizou no dia 25 de outubro de 2022.

O EEER é responsável por criar e implementar planos de treino motor e cardiorrespiratório personalizados, de acordo, com as necessidades individuais de cada pessoa. Muitas vezes, a pessoa submetida a artroplastia da anca também necessita de outros tipos de cuidados que vão para além dos exercícios físicos motor que visam melhorar a força, a resistência, a amplitude articular, o equilíbrio e a mobilidade. Por esse motivo, o EEER deve trabalhar com a pessoa outras áreas, nomeadamente, a capacidade cardiorrespiratória, através de exercícios aeróbicos, que têm como objetivo melhorar a capacidade funcional pulmonar e cardiovascular da pessoa.

Assim sendo, o EEER deve tomar uma posição, no qual tem o compromisso de auxiliar a pessoa no seu todo, e assim permitir uma melhoria global.

Durante o período de estágio foi possível criar um plano de intervenção de reabilitação para um doente que apresentava enfisema pulmonar e por esse motivo necessitava de melhorar a sua capacidade respiratória e aumentar a força muscular. Para atingir esse objetivo foram realizados ensinamentos, criado um treino de técnicas de reeducação funcional respiratória e atividades físicas de baixa intensidade. Durante os três dias da semana (2ªF/4ªF e 6ªF), foram prestados cuidados alternados, sendo que um dia era priorizado a Reeducação Funcional Respiratória, enquanto no dia seguinte os exercícios eram mais direcionados para o fortalecimento muscular, evitando que o

doente se sentisse extenuado e promovendo a motivação do mesmo, nas sessões seguintes.

Assim sendo, foram realizadas visitas domiciliares três vezes por semana, com a duração de 30 a 45 minutos cada sessão. O doente em questão apresentava o desejo de conseguir voltar a sair de casa e ir ao café, algo que já não fazia há dois anos, por apresentar diminuição da força nos membros inferiores e cansaço fácil a pequenos esforços.

No início de cada sessão era garantida sempre a segurança do doente, através da monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca, e da saturação periférica. Era avaliada a dor, através da escala numérica de dor e realizada a certificação de que tinha sido administrada a medicação (broncodilatadores e a otimização da bala de oxigénio).

Após a avaliação dos parâmetros vitais e de estar garantida a segurança do doente, era iniciada a fase de preparação e aquecimento, que consistia no treino de dissociação de tempos respiratórios, e no treino de marcha sem esforço dentro do domicílio.

Dentro do ensino e do treino de técnicas de Reeducação Funcional Respiratória eram realizadas técnicas de Reeducação diafragmática, Reeducação costal global, Reeducação costal dos transversos, utilizando o auxílio de bola e elástico, ensino da tosse (tosse dirigida), assim como, compressões e vibrações.

Na fase de relaxamento/alongamento, era realizado novamente a dissociação dos tempos respiratórios, rotação interna e externa da articulação dos ombros.

Também era realizado um plano de reabilitação motora, com o objetivo de aumentar a força muscular dos membros superiores e dos membros inferiores, e aumentar a amplitude articular. Para isso, foram realizados exercícios de contração isométrica dos tricípites, mobilização da articulação escapulo-umeral, utilizando um “pau de vassoura”, utilização de pedaleira de braços, utilização de bola e banda elástica.

Foram também realizados exercícios ao nível dos membros inferiores, ensinados e treinados exercícios de contração isométrica, dos quadricípites, glúteos e abdominais. Foram realizados exercícios isotónicos como: flexão/extensão da articulação da

tibiotársica; Flexão/ extensão da articulação do Joelho; Extensão/Flexão da articulação coxofemoral; abdução/adução da articulação coxofemoral; elevação o joelho, até ao nível da articulação coxofemoral, manter durante 2-3 segundos, realizar agachamento; flexão/extensão da articulação do joelho e da coxofemoral, que deviam ser cumpridos entre 5 e 10 repetições, ou conforme tolerância.

Após a fase ativa, eram realizados alongamentos de relaxamento muscular.

Para além de serem realizados exercícios e técnicas específicas de treino de reeducação cardiorrespiratória e motora, também eram treinadas as atividades de vida diária, como o autocuidado nos cuidados de higiene, transferência, vestir/despir e otimização do ambiente físico no domicílio, visando a melhoria da independência funcional da pessoa.

Através dos cuidados prestados e dos exercícios realizados foi possível cumprir o desejo do doente e ao fim de dois anos voltou a descer as escadas do prédio e foi à rua, apesar de não ter ido ao café como desejava inicialmente, o facto de ter saído à rua, já o deixou feliz e emocionado. Esta experiência demonstrou a importância de atuar em todas as áreas de reabilitação. Ao reabilitar a pessoa através do treino de exercícios respiratórios, cardiovasculares, motores, de treino das atividades de vida diária e otimização do espaço físico, permitiu-lhe uma melhor promoção da sua independência.

Ainda dentro do Domínio da responsabilidade legal do EEER, é importante destacar a prática adotada pelo serviço de internamento onde decorreu a prática clínica. No final do período de internamento, o enfermeiro responsável pela alta, facultava à pessoa, a possibilidade de realizar a sua avaliação de satisfação dos cuidados prestados de forma anónima. Refletindo sobre esta prática, é possível perceber a importância que tem a avaliação realizada pela pessoa cuidada, uma vez que, através da análise das avaliações realizadas, é possível garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e ainda identificar problemas existentes.

Através dessas avaliações, também se torna possível realizar planos de ação de mudança, de forma a corrigir alguma falha que exista e assim promover melhores cuidados de enfermagem, entre outros cuidados.

Tanto no primeiro, como no segundo período de estágio, houve a possibilidade de participar ativamente e integrar a equipa multidisciplinar, trabalhando em conjunto com outros profissionais de saúde.

Durante o período de estágio no internamento, houve a hipótese de trabalhar com 11 enfermeiros especialistas na área de Reabilitação, sendo que o hospital é reconhecido pela área de reabilitação ortopédica. É importante ressaltar que foi uma experiência muito enriquecedora e a qual permitiu desenvolver muitos conhecimentos e participar de forma muito ativa na reabilitação de todos os doentes internados no serviço.

Ao estagiar num local onde uma grande parte da equipa de enfermagem é composta por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, foi possível aprender através da observação direta. Sendo que vários colegas contribuíram para esse desenvolvimento e formação, ao explicarem as técnicas utilizadas e justificarem as suas escolhas terapêuticas. A partilha de conhecimentos permitiu aprimorar a formação profissional.

A possibilidade de receber orientações dos colegas sobre a técnica aplicada na realização de alguns exercícios e de que forma isso poderia aumentar o risco de lesões do EEER, permitiu a correção das práticas, nomeadamente, da postura corporal.

Desta forma foram concedidos conhecimentos pelos EEER, que permitiram o desenvolvimento da aprendizagem. Também foi viável contar com o apoio dos fisioterapeutas do serviço, os quais se demonstraram sempre muito disponíveis para trabalhar em parceria, em prol de uma prática de excelência de cuidados para a pessoa. Demonstrou-se também muito importante a colaboração do nutricionista do serviço que tem um papel importante na escolha das refeições da pessoa submetida a cirurgia, visto que, "São vários os estudos que apontam para um aumento de risco de infeção em cirurgia ortopédica associada à desnutrição" (Felicissimo & Branco, 2017, p. 187).

Os consumos deficitários de nutrientes conduzem à diminuição da força muscular, ao aumento da probabilidade de infeção cirúrgica e conseqüentemente, ao atraso no processo de reabilitação, por isso,

É importante que os serviços de ortopedia desenvolvam uma metodologia de avaliação do estado nutricional dos doentes, em especial os mais idosos como

é o caso dos doentes com fratura da extremidade proximal do fémur de forma a corrigir deficiências e prevenir complicações (Felicissimo & Branco, 2017, p. 187).

Durante o período de estágio, a facilidade de integração na equipa multidisciplinar permitiu identificar os problemas vivenciados pelas pessoas submetidas a cirurgia ortopédica, participar, colaborar e integrar nos cuidados, tendo sido possível desenvolver novos conhecimentos, melhores cuidados de enfermagem e consequentemente melhores resultados para a pessoa.

Através das visitas domiciliárias, foi possível identificar, quais as reais dificuldades que a pessoa apresenta no seu domicílio, muita das vezes, associadas à dependência nos cuidados de vida diário, devido à alteração da mobilidade, à falta de ajudas técnicas e à falta de apoio de terceiros. A dificuldade na locomoção e falta de ajuda de terceiros condiciona: a preparação da alimentação, leva a uma maior dificuldade no autocuidado, nomeadamente, nos cuidados de higiene, nas transferências da cama-sofá, vestir/despir e aumenta do risco de queda.

As visitas domiciliárias permitiram realizar uma avaliação abrangente, nomeadamente, avaliar o ambiente em que a pessoa vive, identificar os riscos que comprometem a sua segurança e avaliar a sua situação física, emocional e social. A partir das informações recolhidas, foi possível realizar um plano de reabilitação específico para a pessoa, adequado à sua situação em concreto e atendendo às suas necessidades individuais.

As visitas domiciliárias para além de permitirem uma avaliação abrangente das pessoas referenciadas, também contribuem para a redução do número de reincidência aos serviços de urgência.

Durante o estágio em ECCI, foi possível verificar várias situações em que o EEER foi contactado, por meio do contacto do serviço, para esclarecer dúvidas. Esse contato direto entre as pessoas e os profissionais permitiram que muitas situações fossem resolvidas sem que houvesse a necessidade de recorrer aos serviços de urgência, resultando numa melhor gestão dos recursos de apoio disponíveis.

A título de exemplo, durante o estágio em ECCI, foi possível detetar uma situação de uma doente que apresentava dor nível 8 (oito) na escala numérica de dor e edema +++ no MI, após ter sido submetida a Redução e Osteossíntese com placa e parafusos devido a uma fratura bimaléolar por queda da própria altura. A doente estava queixosa e preocupada e havia considerado recorrer ao serviço de urgência, por considerar ser uma situação de alarme. Após o contato com o serviço de ECCI, a EEER deslocou-se ao seu domicílio e realizou massagem local, elevação do MI, aplicação de crioterapia e a otimização da analgesia prescrita previamente pelo cirurgião. Para além destas intervenções, também foi disponibilizado algum tempo para o esclarecimento de dúvidas e garantida nova avaliação da situação após 24 horas. Como resultado, a doente obteve um alívio da dor após reavaliação, e a sua condição ficou mais estabilizada, evitando assim a ida ao serviço de urgência.

Para além do apoio disponibilizado pela equipa de ECCI, o relacionamento estabelecido entre profissional e doente permite a construção de laços e um maior estreitamento de vínculos, favorecendo a resolução de problemas de forma efetiva e imediata. Assim sendo, é possível identificar o impacto positivo dos cuidados prestados pela equipa da rede nacional de cuidados continuados integrados.

A passagem pelo estágio em ECCI permitiu compreender as principais dificuldades vivenciadas pela família e pela pessoa submetida a cirurgia ortopédica no regresso a casa. Foi possível avaliar as situações em concreto e encontrar medidas para resolver os problemas identificados. Para além de ser possível identificar e resolver situações que limitam o dia-a-dia da pessoa, a passagem pelo estágio de comunidade facilitou a compreensão das dificuldades sentidas e de que forma é que o EEER pode agir e identificar esses problemas.

A observação e identificação das dificuldades sentidas pelas pessoas permitiu uma compreensão mais aprofundada das dificuldades vivenciadas e demonstrou quais os cuidados necessários a atender através da Telereabilitação.

## 2.3 C - Domínio da gestão dos cuidados

“O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Diário da República, 2.ª Série, nº26, Secção II, Artigo. 10.º, Anexo II C1, 2019).

De forma a adquirir o domínio de gestão de cuidados, o enfermeiro especialista deve ter competências e conhecimentos em liderança. Deve ser capaz de tomar decisões.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2001),

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (p.12).

Assim sendo, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de identificar complicações, tomar decisões, comunicar de forma eficaz os problemas identificados e transmitir quais os cuidados prestados para resolver os problemas.

O enfermeiro Especialista também deve ter a capacidade de trabalhar em equipa, entre enfermeiros, assim como, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Deve estar capacitado a gerir recursos e avaliar os resultados obtidos.

Como objetivo final, o Enfermeiro Especialista deve através da sua tomada de decisão e liderança ser capaz de coordenar e supervisionar a equipa de cuidados de saúde, desenvolver planos de cuidados personalizados para cada pessoa e avaliar os resultados das suas intervenções.

Durante os estágios, tanto em ECCI, assim como, no internamento, foi possível criar planos de cuidados individualizados para cada pessoa, garantindo que as metas eram atingíveis. Também foi dada a possibilidade de orientar os enfermeiros de cuidados gerais, sobre as práticas de intervenção ao nível de reabilitação, consideradas relevantes para determinado doente, com base nos conhecimentos já adquiridos e nos protocolos do serviço.

Como forma de ilustração, durante a prática clínica de internamento, os registos de enfermagem eram realizados em suporte informático e havia um separador próprio para os cuidados de enfermagem de reabilitação. Esses registos eram diários e realizados apenas pelo EEER, assim era possível personalizar estes registos, dando enfoque aos métodos de reabilitação utilizados.

Durante o estágio de internamento também foi possível realizar a ponte no fornecimento de informação à família, visto que, foi viável alcançar um grande conhecimento sobre os ensinamentos, o treino de exercícios e os cuidados prestados aos doentes. Esta prática, permitiu conhecer de perto o desenvolvimento e as dificuldades da pessoa.

#### **2.4 D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento desta competência é fundamental para o EEER, pois é importante que o EEER adquira e desenvolva conhecimentos e competências de forma a prestar melhores cuidados.

Com o intuito de alcançar o objetivo de desenvolver conhecimentos e competências, foi necessário realizar pesquisas, fazendo uma extensa revisão em diversas bases de dados científicas, nomeadamente, através da exploração de artigos, estudos e teses relacionadas com a área de enfermagem de reabilitação. Com base nestes, foi possível sustentar os cuidados prestados e a realização de um poster baseado em evidência científica.

Durante o período da prática clínica foi possível desenvolver e atualizar conhecimentos e competências profissionais, através da participação em alguns eventos, tais como, o Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da Formação à prática baseada na evidência”, que foi realizada no dia 25 de outubro de 2022.

Além de ter participado na apresentação de um poster sobre o “Impacto dos cuidados Respiratórios Prestados pelo Enfermeiro de reabilitação à pessoa com neoplasia do Pulmão” no Webinar supracitado, foi também possível assistir durante a prática clínica a uma formação sobre “A queda no idoso”.

Com base na revisão bibliográfica realizada, tornou-se possível discutir e esclarecer questões estruturadas, que foram direcionadas aos enfermeiros orientadores e especialistas, que com a vasta experiência que apresentam. Os quais forneceram insights clínicos valiosos e permitiram o esclarecimento de dúvidas, contribuindo de forma crucial, para a consolidação do conhecimento na área da reabilitação.

A interação com os enfermeiros orientadores e com a restante equipa multidisciplinar, contribuiu para a validação das pesquisas realizadas e forneceu uma perspectiva realista sobre a aplicação dos resultados na prática do EEER.

Fatores como a participação no Webinar, na formação sobre a "queda no idoso" e partilhar ativa e bilateral com a equipa multidisciplinar, permitiram alavancar o conhecimento teórico das práticas. Isso resultou numa abordagem prática mais precisa e conseqüentemente na aquisição de novos conhecimentos e competências.

### **3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

As Competências específicas do EEER:

São as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Diário da República, 2.ª Série, nº26, Secção II, Artigo. 3.º, Alínea b), 2019).

O enfermeiro de Reabilitação, tem o dever de estar provido de competências que visem a independência e autonomia da pessoa. Assim sendo, deve dispor dos meios necessários para auxiliar a pessoa na criação de “uma maneira de viver com sentido para ela e compatível com a sua situação, e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção” (Hesbeen, 2002, p.15). “A Enfermagem de Reabilitação constitui uma forma particular de cuidar em Enfermagem. Toda a sua ação e sentido visam prevenir incapacidades e/ou maximizar capacidades para o futuro da pessoa” (Freitas, 2017, p.1).

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

Como esta apresentado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER,

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Assim sendo, o EEER deve ser capaz de desenvolver conhecimentos sobre as necessidades específicas de cada pessoa, em condições de saúde que requerem cuidados especiais.

Para desenvolver esta competência específica, o EEER deve demonstrar perspicácia na avaliação da condição de saúde da pessoa e nas intervenções realizadas. Dessa forma, é preciso que seja capaz de determinar as várias etapas, ou seja, a avaliação inicial, os diagnósticos, as intervenções de enfermagem e a reavaliação da pessoa após as intervenções realizadas.

Neste âmbito, a avaliação inicial é essencial para conhecer a pessoa, tendo por base a realização de uma avaliação completa, que deve incluir, o exame físico e a avaliação da funcionalidade, através da observação física, e utilizando instrumentos de avaliação, nomeadamente escalas, de forma a obter informação mais exímia sobre a situação clínica e atual da pessoa.

Também é importante que o EEER consiga realizar uma avaliação da situação sociofamiliar, ao nível do suporte familiar e avaliação da situação habitacional, de modo a identificar e posteriormente atuar nas barreiras e dificuldades que a pessoa possa ter no seu domicílio e que de alguma maneira comprometa a sua reabilitação e independência. O EEER também deve ser capaz de realizar a avaliação do risco, nomeadamente, do risco de queda.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2016), no âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, tanto os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, assim como, as organizações de saúde têm salientado a importância urgente de empregar instrumentos de medição que permitam mensurar e comprovar os resultados obtidos pelas pessoas através das intervenções prescritas pelos EEER.

Durante a prática clínica, as avaliações foram conduzidas por meio da aplicação de escalas, incluindo a avaliação da amplitude articular, da força muscular, utilizando a Escala *Medical Research Council* (MRC), do equilíbrio, utilizando a *Berg Balance Scale* (BERG) e o *Timed Up and Go Test* (TUGT), do risco de queda, utilizando a Escala de Avaliação de

Risco de Queda de Morse (MORSE) e do risco de úlcera de pressão (utilizando a Escala de avaliação de risco de úlcera por pressão de Braden (BRADEN)).

Para avaliar a dor, foi utilizada a Escala Numérica de Dor, para avaliar o grau de dependência nas atividades de vida diária e o impacto no autocuidado e independência, foi aplicado o índice de BARTHEL.

Com base nas avaliações realizadas, foi possível identificar as principais necessidades de cuidados e definir objetivos específicos para cada pessoa. Para alcançar esses objetivos foram realizadas intervenções terapêuticas no âmbito do EEER.

Como refere o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, as intervenções do EEER têm como alvo de intervenção:

As pessoas com necessidades especiais no contexto em que esta se encontra o que implica que os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação possam ser prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, unidades de internamento de agudos, de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.3).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), as intervenções do EEER são direcionadas para as pessoas com necessidades especiais em diferentes contextos, sendo elas “unidades de internamento de agudos, de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade.” (OE, 2011)

Durante os estágios, tanto em contexto de internamento, assim como, em contexto dos cuidados continuados, foram planeadas intervenções terapêuticas, baseadas no conhecimento científico e técnico e realizadas de acordo com os protocolos estabelecidos pela equipa de EEER dos serviços.

Assim, tornou-se possível criar planos de cuidados personalizados, com base nos quais se desenvolveram intervenções terapêuticas adequadas. Durante o processo de intervenção, foram realizadas avaliações através de escalas mensuradas anteriormente e

as quais permitiram monitorizar o desenvolvimento da pessoa e ajustar os planos de cuidados consoante as necessidades apresentadas.

Dado que este relatório se centra nas intervenções nas intervenções do EEER às pessoas submetidas a artroplastia da anca, através da Telereabilitação, o principal foco durante os dois períodos de estágio foi sempre direccionado para as intervenções realizadas à pessoa submetido a intervenção ortopédica dos membros inferiores em geral e mais em específico, à ATA.

Dessa forma, foi possível explorar várias situações que podem ocorrer após a cirurgia, tanto durante o internamento hospitalar, assim como, após a alta, permitindo auxiliar a pessoa a controlar a dor, realizar exercícios de forma a melhorar a sua mobilidade, treinar exercícios de reabilitação específicos para aumentar a força e a amplitude, prevenir complicações e assistir a pessoa no treino de atividades diárias, promovendo uma melhor evolução e recuperação da mesma.

Ao nível do domicílio, era realizado também o controlo da dor, eram programados treinos de exercícios com vista ao fortalecimento e amplitude muscular, num período mais alargado de tempo. Era também dada especial atenção à melhoria da capacidade de efetuar tarefas do quotidiano, através do treino de atividades de vida diária, nomeadamente o vestir/despir, entrar e sair da cabine de duche, treino de marcha, subir e descer escadas. Neste contexto era ainda fornecido aconselhamento acerca do tipo de vestuário ou calçado adequado, da otimização do espaço físico do seu domicílio, de modo a reduzir ao mínimo os obstáculos e barreiras presentes neste e por fim era também promovido o esclarecimento de dúvidas e reforço do suporte emocional.

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

O EEER:

Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social,

político e económico que visem a uma consciência social inclusiva (Lei nº123/2011. Diário da República, Série II, nº35, Artigo. 3.º, J2, 10 de abril de 2011).

Esta competência do EEER traduz-se nos cuidados prestados pelo enfermeiro à pessoa com deficiência, com limitação e/ou com restrições da atividade na participação do exercício da cidadania, para isso são planeadas estratégias, juntamente com a pessoa e família, de forma que a pessoa se torne cada vez mais independente no seu dia-a-dia e que seja o mais independente possível.

Para isso, o EEER deve ser capaz de criar estratégias, as quais, podem incluir os ensinamentos para a saúde, o treino de força muscular, o treino de amplitude articular, o treino do equilíbrio, o treino de marcha, o treino de atividades de vida diária, nomeadamente, do autocuidado, a adaptação ao ambiente e ao meio, por exemplo, no regresso ao domicílio, e de que forma pode adaptar os equipamentos e que ajudas técnicas pode adquirir de forma a tornar-se mais independente.

Durante os períodos de estágio, foram realizados aconselhamentos sobre as ajudas técnicas disponíveis e sobre como a sua utilização pode beneficiar a pessoa na sua reabilitação e independência.

Foi possível verificar, que muitas vezes, durante o internamento e no momento da alta, não são fornecidas informações sobre os produtos de apoio que a pessoa pode adotar no regresso a casa. Durante o estágio de ECCL, foi possível observar e constatar essa situação.

As pessoas ao chegarem ao seu domicílio estão conscientes da necessidade da utilização dos auxiliares de marcha (andarilho/canadianas), que utilizam para ajudar na mobilidade e no equilíbrio, pois sabem que permite aliviar o peso sobre o membro operado e atenua a dor durante a marcha. Porém, não possuem tanto conhecimento sobre outras ajudas técnicas, tais como, as barras de apoio (instalada dentro do duche, como forma de segurança na entrada e saída do banho), elevação da sanita (que é colocada sob o assento da sanita, e que permite que a pessoa não realize uma flexão superior a 90°, reduzindo a possibilidade de dor, desconforto e luxação da prótese da anca). Por isso cabe ao EEER a responsabilidade de consciencializar a pessoa e a família sobre a relevância dos produtos de apoio.

Durante o período de estágio em ECCL foi possível constatar que muitos dos prédios, especialmente os edifícios mais antigos têm grandes restrições de acesso para pessoas com mobilidade limitada, devido à ausência de rampas de acessibilidade e à presença apenas de escadas. Há situações em que os prédios apresentam três ou mais andares, sem elevadores e sem corrimões no primeiro vão de escadas. Foi possível observar esta situação diversas vezes, o que é lamentável, pois impede que a pessoa entre e saia de casa de forma independente, muitas vezes só com ajuda dos bombeiros ou, após alguns meses de reabilitação, quando se sente mais apta a subir e descer as escadas sem correr riscos de queda.

Durante a prática clínica, em ECCL, foi identificado uma situação, no qual a doente solicitou ao condomínio do seu prédio a colocação de um corrimão de apoio até ao seu piso, (que era o R/C). A colocação do corrimão iria ajudá-la a subir e descer as primeiras quatro escadas do prédio. No entanto, após três meses do pedido, não houve solução para o problema. Quando a doente recebeu alta da enfermeira de Reabilitação, a doente já havia aprendido a subir/descer escadas de forma independente, apoiando-se na parede, no que se traduz que muitas das vezes as ajudas até podem vir a surgir, mas são tão demoradas, que quando chegam já é tarde.

Assim sendo, o EEER deverá auxiliar a pessoa com as suas limitações a superar as barreiras do seu dia-a-dia, e assim, permitir à pessoa que tenha uma participação mais ativa na sociedade, contribuindo assim para um melhor bem-estar físico, psicológico, social, promovendo uma melhor inclusão na comunidade.

O Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), é:

um organismo público que tem como missão assegurar o planeamento, a execução e a coordenação das políticas nacionais destinadas a promover os direitos das pessoas com deficiência, acompanhando o exercício de cidadania, destas pessoas, em todos os seus contextos de vida (INR, 2019, p.7).

São várias as leis em Portugal que visam proteger e promover os direitos das pessoas com deficiência e limitações. O EEER deve estar munido de conhecimentos de forma a elucidar e a auxiliar o doente.

De acordo com a Lei nº 93/2009, de 16 de abril de 2009, a pessoa com deficiência é alguém, que por algum motivo de perda ou anomalia, apresenta dificuldades específicas que limitam ou dificultam a sua atividade e/ou participação em igualdade de condições em relação a outras pessoas. Desta forma o Estado criou um sistema de medidas e de meios de compensação à pessoa com deficiência ou limitação de forma a auxiliar as pessoas numa melhor vivência do quotidiano, permitindo-lhes obter os recursos essenciais ao desenvolvimento das suas capacidades e participação na sociedade de forma mais independente.

Estes produtos podem ser atribuídos às pessoas com deficiência/limitações ou às pessoas com incapacidade temporária, sendo que:

Pessoa com incapacidade temporária” é aquela pessoa que por motivo de doença ou acidente encontre, por um período limitado e específico no tempo, dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a sua actividade e participação diária em condições de igualdade com as demais pessoas (Lei nº123/2011. Diário da República, Série II, nº74, Artigo 3º, J2, 10 de abril de 2011).

Os produtos de apoio são “dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponíveis no mercado, destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar limitações na atividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência” (I.S.S, 2022, p.4).

A terminologia “produtos de apoio” ou “ajudas técnicas” engloba uma variedade de produtos, equipamentos, instrumentos ou sistemas técnicos que são especificamente criados para auxiliar pessoas com limitações ou deficiência, e são utilizadas de forma a compensar, reduzir ou eliminar as limitações funcionais sentidas pela pessoa. De acordo com *World Health Organization* (2023), os profissionais de saúde de reabilitação devem garantir que os produtos de apoio são apropriados à pessoa e ao ambiente em que se encontram, além disso, é da responsabilidade do profissional de saúde ajustar as necessidades de acordo com a evolução da recuperação da pessoa.

Este tipo de produtos denominados de “técnicas de apoio” ou “ajudas técnicas” devem ser prescritos por entidades prescritoras, sendo ela formada por uma equipa

técnica multidisciplinar, ou seja, por uma equipa composta por técnicos que possuem conhecimentos e competências em várias áreas de intervenção ao nível de reabilitação.

Esta equipa inclui,

Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo, docente, recorrendo quando necessário a outros técnicos em função de cada uma das situações, nomeadamente técnicos de serviço social, protésicos, engenheiros e ergonomistas, de forma que a identificação dos produtos de apoio seja a mais adequado à situação concreta, no contexto de vida da pessoa (Diário da República, nº74, Série I, Artigo. 4.º, Alínea f), 2011).

Posto isto, o EEER possui competências através do seu título de especialista e ao abrigo do decreto-lei 93/2009 a capacidade de prescrever “técnicas de apoio” ou “ajudas técnicas”, com o objetivo de reduzir as limitações da pessoa na “atividade e restrições na sua participação, decorrentes da sua situação de deficiência/incapacidade (I.S.S, 2022, p.4).

Ao ser facultado à pessoa recursos e produtos de apoio de forma gratuita, há como uma redução de barreiras e uma maior capacitação da mesma, o que permite tornar a pessoa mais capaz de realizar as suas atividades de vida diária e assim, uma maior possibilidade de reintegrar e participar de forma ativa na sociedade exercendo a sua cidadania plena. Encontra-se disponível no Anexo III, uma tabela que demonstra alguns dos “produtos de apoio” que podem ser prescritos pelo EEER.

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

Esta última competência específica do EEER em Portugal, subdivide-se em duas unidades de competências específicas, que são:

J3.1 “Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e Respiratório  
J3.2 “Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados” (Diário da República, 2.ª Série, nº85, Jornal Oficial, Secção J.3.1 – J.3.2, 2019).

Esta competência centra-se em ajudar a pessoa a maximizar a sua funcionalidade através de diferentes estratégias, intervenções e atividades de reabilitação.

Para isso é necessário realizar uma avaliação das necessidades reais da pessoa e assim criar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, que permitam “potenciar o rendimento e o desenvolvimento pessoal do doente” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4).

Os planos de reabilitação motora realizados pelo EEER devem incluir exercícios de fortalecimento muscular, de amplitude articular, técnicas de mobilização, treino de atividades de vida diária, entre outras intervenções. Para além dos planos de reabilitação motora, o EEER nunca deverá descurar as outras áreas de reabilitação, que também são da sua área de intervenção direta, nomeadamente, o treino respiratório e cardíaco. O EEER deve desenvolver competências técnicas de Reeducação Funcional Respiratória, deve ser capaz de avaliar a condição respiratória da pessoa e ser capaz de auxiliar a pessoa a melhorar essa capacidade, para isso, o EEER deve ensinar, auxiliar e prescrever exercícios que ajudam a melhorar a função respiratória e cardíaca.

O plano de Reeducação Funcional Respiratória pode incluir exercícios de treino específicos, como, a dissociação de tempos respiratórios, a tosse assistida, o uso de dispositivos de ajuda respiratória, como por ex.: os nebulizadores, entre outras intervenções, como já foi apresentado anteriormente.

Para além do plano de reabilitação motora e reabilitação respiratória, o EEER também deve ter competências para avaliar a condição cardíaca da pessoa e ser capaz de criar um plano de reabilitação cardíaca assente em exercícios de atividade física, exercícios aeróbicos, treino de resistência, técnicas de relaxamento, assim como, a adoção de hábitos de vida saudáveis.

O plano de reabilitação motora, respiratória e cardíaca devem ser específicos, personalizados e adaptados às necessidades individuais de cada pessoa. Devem ter como foco, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de capacidades da pessoa.

Para atingir essa competência, o EEER deve ter a capacidade de monitorizar adequadamente o desenvolvimento da pessoa, ajustando o plano de reabilitação conforme necessário. Por vezes, é necessário pedir a colaboração de outros profissionais de saúde de forma a garantir um melhor desenvolvimento, que se irá traduzir, numa melhor qualidade de vida para a pessoa. O objetivo final é maximizar a funcionalidade da pessoa, ajudando-a e fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para que ela possa alcançar a sua independência e autonomia da melhor maneira possível.

O EEER deve trabalhar em conjunto com a pessoa e se possível, também com a família. Ao criar e adaptar os planos de reabilitação com a pessoa e com a família, estes sentem-se mais integrados no processo de reabilitação e têm uma maior motivação, podendo-se traduzir numa maior apetência para a recuperação.

Para além da pessoa e família, por vezes, o EEER também pode ter necessidade de pedir a colaboração a outros profissionais de saúde para garantir um tratamento mais completo e eficaz.

Assim sendo, o EEER deve iniciar o seu plano de reabilitação pela avaliação da condição e as dificuldades da pessoa, para isso pode utilizar instrumentos de avaliação (Escala).

Como por exemplo:

- A avaliação da dor (Utilizando a escala numérica de dor);
- A avaliação da força muscular (utilizando a MRC);
- A avaliação do Equilíbrio (utilizando A BERG e o TUGT);
- Avaliação do Risco de queda (utilizando a MORSE);
- Avaliação do risco de úlcera de pressão (utilizando a BRADEN);
- Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida (utilizando a BARTHEL).

Para além das escalas utilizadas na prática clínica, existem outras escalas, que podem ser adotadas e dependendo das variáveis e condicionantes do serviço e do caso em si, podem revelar-se mais adequadas. A partir da avaliação, devem ser estabelecidos objetivos específicos, que devem ser realistas e alcançáveis, levando sempre em consideração as condições de saúde e expectativas da pessoa.

Considerando a temática deste relatório, os exercícios prescritos pelo EEER têm como principal objetivo a promoção do fortalecimento muscular, o aumento da amplitude articular, o aumento do equilíbrio, treino de marcha, técnicas de massagem, redução da dor, de preferência até grau 0 e o treino de atividades de vida diário de vida diária, (como o vestir-se, transferir-se, tomar banho, treino de marcha, subir e descer escadas, entre outras). Após ser apurado o objetivo do plano de exercício com a pessoa e família, deve ser criado um plano de tratamento que inclua exercícios específicos.

O EEER ensina inicialmente os exercícios à pessoa, depois treina com ela e, por fim, valida a execução correta dos mesmos.

À medida que o EEER acompanha a pessoa, deve monitorizar o seu desenvolvimento e ajustar o plano de reabilitação sempre que necessário, visando alcançar os melhores resultados possíveis.

Este projeto de estágio com relatório, teve como objetivo identificar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na aplicação da Telereabilitação a pessoas submetidas a artroplastia da anca.

Durante a prática clínica, foi possível criar planos de reabilitação motora, respiratória e cardíaca. Foi realizada avaliação através de colheita de dados e aplicação de escalas e, em conjunto com a pessoa e família, foram estabelecidos objetivos e planos de tratamento baseados em exercícios de reabilitação. Foram realizados ensinamentos para a saúde, esclarecimento de dúvidas, realizados exercícios com a pessoa submetida a cirurgia do foro ortopédico. Após a realização do ensino dos exercícios, procedeu-se à exemplificação, treino e validação da execução dos mesmos, para que a pessoa pudesse participar de forma independente, na sua recuperação. No final de cada sessão, era criado um plano de exercícios que a pessoa devia realizar durante o dia, com o objetivo de reforçar os ensinamentos dados e treinados durante a sessão de trabalho, promovendo a aprendizagem, capacitação e melhoria da condição geral, de forma independente.

Durante o estágio em meio hospitalar, foi possível perceber que o treino de exercícios foi sempre um pouco limitado pela dor presente e pelo medo de sentir dor. Além disso, foi verificado que a rotina hospitalar em si, também impunha algumas limitações.

Durante o estágio na Comunidade, houve a oportunidade de realizar de forma mais estruturada os planos de reabilitação e de os colocar em prática de uma forma mais controlada.

A prática de exercícios dentro do próprio domicílio traz vantagens significativas, uma vez que possibilita o treino de habilidades específicas e a identificação de problemas reais. Por exemplo, é possível treinar a entrada e saída do chuveiro na própria banheira, vestir e despir roupas pessoais, em vez das fornecidas pelo hospital, e subir e descer escadas do seu próprio prédio. Além disso, é possível identificar as barreiras presentes

no ambiente físico do seu domicílio, e assim, ensinar e treinar maneiras eficazes de superá-las.

Ao longo dos dois períodos de estágio, foi possível perceber que um dos principais benefícios para o tema em questão, conforme relatado neste documento, foi a compreensão real das dificuldades enfrentadas pelas pessoas submetidas a cirurgia ortopédica, aquando da chegada ao seu domicílio, que muitas vezes não são identificadas durante o período de internamento, nem no momento da alta. Além disso, foi permitido constatar como a Telereabilitação pode ajudar a pessoa a abordar essas dificuldades e barreiras, como é possível avaliar a condição da pessoa por meio de ferramentas de avaliação, como escalas. Podem ainda ser criados planos de reabilitação através de exercícios que permitam o fortalecimento muscular, aumento da amplitude articular, de treino de atividades de vida diária, de treino de marcha, realizar ensinamentos sobre o controle de dor, identificação de barreiras arquitetônicas, identificação dos riscos e esclarecimento de dúvidas.

## 4. Avaliação da Aprendizagem Realizada

Como forma de aferição dos conhecimentos e das competências adquiridas durante os estágios, foi considerado pertinente aplicar uma metodologia de avaliação que permitisse identificar os pontos fortes (*Strengths*), os pontos fracos (*Weaknesses*), as oportunidades (*Opportunities*) de desenvolvimento futuro e as ameaças (*Threats*). O modelo de análise utilizado foi a análise SWOT.

Segundo Kenton (2023), a análise SWOT, visa demonstrar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças internas e externas, fornece uma visão objetiva, baseada em dados e por isso deve ser utilizada como um guia que auxilia na adaptação das soluções para atender às necessidades e no desenvolvimento de estratégias.

Como forma de avaliação das vantagens (*Strengths*) obtidas durante os estágios, é possível destacar os conhecimentos adquiridos por meio da observação e da experiência. Embora tenha passado pela parte teórica, e de trabalhar num serviço de ortopedia, foi somente durante os estágios, que foi possível aplicar alguns conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Durante os períodos de estágio foi possível ensinar, treinar e validar com as pessoas os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação. Foram criados, criar planos de cuidados e avaliada a evolução do processo de reabilitação. Foi treinado com as pessoas exercícios específicos, nomeadamente, exercícios isométricos, exercícios isotônicos, treino de marcha, subir e descer/escadas, treino de atividades de vida diária, como, transferências, vestir/despir, tomar banho, com o objetivo de fortalecer a força muscular, otimizar a amplitude articular, fornecer estratégias que permitiram à pessoa reduzir o impacto da sua dependência após terem sido submetidas a cirurgia e contribuir para a sua reabilitação, atingindo assim a promoção da saúde e reduzindo o risco de complicações.

Apesar de trabalhar num serviço de internamento de Ortopedia, que possui uma equipa de enfermagem constituída por 31 enfermeiros, apenas dois desses enfermeiros são Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, sendo que não há nenhum enfermeiro a exercer cuidados de Enfermagem de Reabilitação, a responsabilidade pela reabilitação motora das pessoas submetidas a cirurgia é realizada unicamente pelos fisioterapeutas

e caso haja necessidade de ser realizada reabilitação respiratória, é pedido o apoio de uma equipa de enfermeiros especializada em cinesiterapia.

O facto de a integração na equipa multidisciplinar ter corrido bem durante o primeiro e o segundo período de estágio permitiu um crescimento pessoal e profissional significativo. Como já foi mencionado ao longo do relatório, foi possível desenvolver competências importantes que agora serão certamente aplicadas diariamente, o que permite implementar novas estratégias e melhores cuidados.

Durante o estágio também foi necessário enfrentar algumas Fraquezas (*Weaknesses*), como a necessidade de aprimorar o conhecimento na área de Reabilitação Respiratória. A falta de experiência prática prévia nessa área e a falta de autonomia durante o período inicial despoletou um sentimento de ansiedade e insegurança. No entanto, ao longo do tempo, foi possível procurar acrescentar novos conhecimentos, através da leitura de artigos e de estudo, bem como, da partilha de conhecimentos e experiências com as enfermeiras orientadoras, que sempre se mostraram recetivas a esclarecer todas as dúvidas, com base no que foi referido, foi possível desenvolver uma maior autonomia. Essa evolução trouxe conforto e bem-estar.

Durante os estágios, foram aproveitadas Oportunidades, (*Opportunities*) de desenvolvimento, como a participação em formações, sobre “A Queda no Idoso”. Além disso, a interação com outros enfermeiros especialistas com uma experiência alargada em Enfermagem de Reabilitação possibilitou adquirir novos conhecimentos e experiências. Tornou-se viável observar e aprender como realizavam a avaliação e o treino de exercícios à pessoa. Também houve a oportunidade de prestar cuidados de forma independente e receber feedback e correções construtivas que contribuiram para a aprendizagem, como foi o caso de melhorar a postura corporal ao realizar determinados exercícios. Todas estas oportunidades enriqueceram a aprendizagem.

No entanto, existem também algumas ameaças, (*Threats*) a serem consideradas, como é o caso de falta de recursos humanos e materiais. A escassez de recursos dificulta muitas vezes a capacidade de resposta rápida. A escassez de recursos materiais, como aparelhos de tensão, oxímetro, andarilhos e canadianas para todas as pessoas, bem como a falta de médicos de família e de um cuidador 24 horas provoca muitas vezes um

impacto negativo na reabilitação da pessoa, para além de colocar em risco os cuidados prestados.

## 5. Considerações Finais

Com base na pesquisa realizada na primeira fase do projeto e das experiências vividas durante os dois períodos de estágio, tornou-se possível responder às três questões-chave levantadas inicialmente.

Que acompanhamento é dado pelo Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) à pessoa submetida a artroplastia total da anca (ATA) após a alta?

O acompanhamento dado pelo EEER à pessoa submetida a Artroplastia da Anca tem o seu início durante o período de internamento e prolonga-se para além da alta, podendo ir até aos seis meses de pós-operatório. Assim sendo, este acompanhamento pode ser baseado no *Transitional Care Model*, ou seja, o EEER acompanha a pessoa durante o internamento hospitalar e o mesmo enfermeiro, mantém o acompanhamento até aos seis meses do pós-operatório, através da consulta de Telereabilitação, promovendo assim um melhor acompanhamento e transição hospital/domicílio.

Outra questão levantada inicialmente, foi a seguinte: Quais são as maiores dificuldades apresentadas pelas pessoas submetidas a ATA quando chegam ao domicílio?

As maiores dificuldades apresentadas pela pessoa submetida a artroplastia da anca são, a presença de barreiras arquitetónicas, enfraquecimento muscular, diminuição da capacidade para a realização de atividades de vida diária, por existir uma menor capacidade de se mobilizar e conseqüentemente declínio da qualidade de vida. O EEER tem competências de atuação de forma a suprir essas mesmas dificuldades e possui habilidades para agir de forma a maximizar a funcionalidade da pessoa e desenvolver capacidades para que esta atinja a sua maior independência funcional.

Por último, outra questão-chave abordada durante o projeto inicial foi: Que plano de cuidados e intervenções podem ser levantados pelo EEER para fazer a diferença e trazer benefícios para a recuperação funcional/motora da pessoa submetida (ATA)?

Para responder à terceira questão, foram considerados os resultados de pesquisas em artigos científicos, além da observação e experiência adquirida durante a prática clínica.

Para promover a recuperação motora, é recomendado que durante o período de internamento seja realizada a avaliação do desenvolvimento motor utilizando escalas,

como a Escala numérica de Dor, MRC, BARTHEL e o TUGT. Além disso, é facultada à pessoa vídeos demonstrativos dos exercícios realizados durante o internamento e devem ser disponibilizados à pessoa para que possa fazer *Download*, esclarecer alguma dúvida e consultar sempre que ache necessário, visto que está provado que os vídeos são mais fáceis de interpretar e torna o treino de reabilitação mais apelativo.

Os exercícios que são demonstrados e explicados em vídeo são: Exercícios respiratórios, exercícios de contração isométrica, exercícios isotônicos, treino de atividades de vida diária (como vestir/despir, técnica de transferência para a sanitário, entrar e sair do banho), treino de equilíbrio, treino de marcha (com andarilho/ com 2 canadianas e com 1 canadiana), subir e descer escadas, transferência para o carro, administração do anticoagulante de baixo peso molecular, ensinamentos sobre o risco de queda e de que forma deve ser reduzido ao mínimo esse risco e consciencialização sobre complicações que possam surgir.

Vinte e quatro horas após a alta, é realizada a primeira videochamada, que já foi previamente testada durante o período de internamento, é importante que durante as sessões de Telereabilitação a pessoa esteja acompanhada por um cuidador.

Durante a primeira semana o EEER deve avaliar e orientar a pessoa e família em relação às barreiras arquitetónicas e à gestão de um ambiente seguro no domicílio. É importante alertar a pessoa e família para os cuidados necessários e para o risco de complicações. Deve ser avaliada a dor, através da Escala numérica de dor entre 0 e 10, sendo que zero, a pessoa assume não ter dor, e 10, a pior dor que alguma vez sentiu.

Também deve descrever as suas características, localização, fatores de alívio e agravamento, bem como a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Para que possa realizar o ajuste terapêutico, caso haja necessidade.

Durante o primeiro mês após a alta, devem ser realizadas consultas semanais para avaliar a dor, as características do penso e posteriormente da ferida cirúrgica, esclarecer dúvidas, avaliar o desenvolvimento da função motora e da mobilidade através da demonstração da realização dos exercícios. Será aplicado o TUGT para avaliar o risco de queda, bem como, avaliar a eficácia do treino de exercícios e ajustar, caso seja necessário melhorar a mobilidade e o equilíbrio da pessoa. Também será realizada a avaliação por meio do Índice de BARTHEL para avaliar a independência funcional da pessoa para realizar as atividades de vida diária.

Ao fim do primeiro mês após a cirurgia a pessoa deve apresentar um desenvolvimento da força muscular, deve ser capaz de suportar o peso no membro inferior operado, é importante que demonstre um bom equilíbrio ortostático dinâmico para que seja permitido passar a utilizar apenas uma canadiana. É imprescindível que a pessoa tenha adquirido habilidades para se tornar cada vez mais independente nas atividades de vida diária e para que aumente a sua qualidade de vida.

Através dos resultados apresentados neste relatório de estágio destaca-se a importância da implementação da Telereabilitação como uma alternativa para a reabilitação pós-operatória à pessoa submetida a artroplastia da anca.

Através da pesquisa realizada e das experiências vivenciadas durante o período de estágio, foi possível identificar e avaliar as vantagens da Telereabilitação pelo EEER, demonstrando que esta abordagem é viável, segura e confortável para a pessoa, permitindo a continuidade dos cuidados iniciados no período de internamento, aplicando o TCM e contribuindo assim para a diminuição da taxa de reinternamentos, riscos e complicações no pós-operatório. Além disso, a Telereabilitação pode diminuir ou evitar a recorrência aos serviços de urgência, trazendo assim longos ganhos em saúde e diminuição dos custos.

Recomenda-se, portanto, que as instituições de saúde em Portugal, a par com outros países do mundo invistam em programas de Telereabilitação, a fim de melhorar e promover a continuidade dos cuidados internamento-domicílio e a excelência dos cuidados prestados, assim como, o avanço na prática na área de reabilitação em Enfermagem.

Com o crescente desenvolvimento da Telereabilitação em diversas áreas do mundo, a sua utilização em meio hospitalar tem sido cada vez mais comum. Nesse sentido, projetos futuros no âmbito da Telereabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca, apresentam um grande potencial para melhorar a qualidade de cuidados de saúde e otimizar a recuperação das pessoas. Este projeto apresenta-se como uma iniciativa que visa aprimorar os serviços de reabilitação oferecidos no meio hospitalar, aproveitando as vantagens de uma alternativa moderna, eficiente e de baixo custo, além de potenciar um maior acompanhamento e segurança das pessoas após a alta hospitalar.

Pelos motivos já apresentados anteriormente, este projeto será apresentado à direção de um Centro Hospitalar em Lisboa como proposta de implementação num serviço de Ortopedia.

Como conclusão, pode-se afirmar que a importância e adequação das competências do EEER ao propósito em estudo foram totalmente validadas. Sendo que, atualmente são aplicadas corretamente as escalas para avaliação detalhada da pessoa e identificação de possíveis problemas. Ao longo do tempo, foi possível aprimorar os planos de reabilitação personalizados, levando em conta as necessidades individuais de cada pessoa, e com o objetivo de auxiliar e capacitar a mesma a recuperar a sua independência e melhorar a sua qualidade de vida, sempre assente nas normas éticas e legais que regem a profissão.

Durante este percurso, as técnicas de reabilitação e dos cuidados prestados foram continuamente aperfeiçoadas em investigações baseadas em evidência. Para isso, foram utilizadas bases de dados como recurso de suporte à melhoria contínua dos conhecimentos. Com base na compreensão dos cuidados mais adequados, foi possível não só ensinar e treinar a pessoa, mas também orientar outros profissionais da equipa sobre outras técnicas e cuidados que poderiam ser aplicados, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados.

Durante os períodos de estágio foi possível promover uma abordagem de colaboração com toda a equipa multidisciplinar, o que permitiu atender às necessidades da pessoa de forma integral e sinérgica. Para além disso, durante o desenvolvimento de competências, foi possível assistir e participar em formações específicas que abordaram tópicos relevantes para a especialidade de reabilitação e contribuíram para a aquisição de conhecimentos mais profundos na área.

Como projetos futuros, sugerimos o apoio e a promoção à utilização de meio tecnológico à pessoa idosa com vista à familiarização a estes meios e à facilitação da sua utilização para a prática da Telereabilitação.

## Referências Bibliográficas

Araújo, P., Machado, L., Cadavez, D., Mónico, L., Januário, F., Luís, L., & Bártolo, M. (2017).

*Evaluation of the Function and Quality of Life after Total Hip Arthroplasty by Different Approaches.* Acta Médica Portuguesa, 30(9), 623-627.

<https://doi.org/10.20344/amp.7834>

Associação Científica dos Enfermeiros. (2018). Cuidados à Criança em Situação Crítica: Reflexão Segundo o Ciclo Reflexivo de aprendizagem (p.13)

Aykan, S. A., & Akyuz, G. (2023). *Telerehabilitation After Hip-fracture Surgery. Anti-Aging East Europe*, 2(1), 49-53. <https://doi.org/10.56543/aaeeu.2023.2.1.0>

Colibazzi, V., Colodonato, A., Znazzo, M., & Romanini, E. (2020). *Evidence-based rehabilitation after hip arthroplasty.* Hip International, 30(2S), 20–29.

<https://doi.org/10.1177/1120700020971314>

Davis, C., Capone, J.A., & Blackwell, L.A. (2017). Total hip replacement. Ohio State University Wexner Medical Center. Disponível em <https://hrs.osu.edu/-/media/files/wexnermedical/patient-care/healthcare-services/sports-medicine/education/medical-professionals/hip/totalhipreplacement.pdf>

Decreto-Lei n.º 93/2009 (2009). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (N.º 74 de 16-04-2009), 2275-2277. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/04/16/p/dre/pt/html>

Di Laura Frattura, G., Bordoni, V., Feltri, P., Fusco, A., Candrian, C., & Filardo, G. (2022).

*Balance remains impaired after hip arthroplasty: A systematic review and best evidence synthesis.* Diagnostics, 12(3), 684.

<https://doi.org/10.3390/diagnostics12030684>

- Eren, O., Buker, N., Tonak, H., & Urguden, M. (2022) *The effect of video-assisted discharge education after total hip replacement surgery: A randomized controlled study*. Scientific Reports, 12, 3067. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07146-y>.
- Felicissimo, P., & Branco, J. (2017). Envelhecimento, metabolismo e nutrição no doente ortopédico. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 25 (3), 186-192. <https://doi.org/1646-2939>
- Freitas, L. (2017). *Reabilitação – A eficiência que faz a diferença*. Seção Regional da Região Autónoma da Madeira. Funchal: Ordem dos Enfermeiros. Data de acesso: 3 de Março de 2023, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitasrev\\_elvio\\_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitasrev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf).
- Hesbeen W. (2002). *A Reabilitação: Criar caminhos*. Lisboa: Lusociência.
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2019). *Guia prático: Os direitos das pessoas com deficiência em Portugal*. Data de acesso: 27/02/2023, de: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/documento?i=guia-pratico-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-em-portugal>.
- Instituto da Segurança Social. (2022). *Guia Prático - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*. Lisboa, Portugal: Departamento de Desenvolvimento Social, Unidade de Intervenção Social.
- Johns, C. (1995). *The value of reflective practice for nursing*. *Journal of Clinical Nursing*, 4(1), 23–30. DOI: [10.1111/j.1365-2702.1995.tb00006.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1995.tb00006.x)

- Kalron A., Tawil H., Peleg-Shani, S., & Vatine, J. J. (2018). *Effect of telerehabilitation on mobility in people after hip surgery: a pilot feasibility study*. International Journal of Rehabilitation Research, 41, 244-250.
- Kenton, W. (2023). *SWOT analysis: How to use it, benefits, and examples*. Investopedia, Disponível em: <https://www.investopedia.com/terms/s/swot.asp#toc-what-is-swot-analysis>
- Kuether, J., Moore, A.- Kahan, J., Martucci, J., Messina, T., Perreault, R., Sembler, R., Tarutis, J., Zazulak, B., Rubin, L.E., & O'Connor, M.I. (2019). *Telerehabilitation for total Hip and Knee Arthroplasty Patients: A pilot Series with High Patient Satisfaction*. Hss Journal, 15(3), 293-298.
- Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., & Pestana, H. (2021). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: estudo de caso. *RPER*, 5(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>.
- Li, L., Gan, Y., Zhang, L., Wang, Y., Zhang, f., & Qi, J. (2014), *The effect of post-discharge telephone intervention on rehabilitation following total hip replacement surgery*. International Journal of Nursing Sciences, 1(2), 207-211. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.005>.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). A Relevância do andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. (p.547). Loures: Lusodidata. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312153731>
- Morkisch, N., Upegui-Arango, L. D., Cardona, M. I., van den Heuvel, D., Rimmele, M., Sieber, C. C., & Freiberger, E. (2020). Components of the transitional care model (TCM) to

reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. BMC Geriatrics, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w>

Narciso, L. (2016). Manual informativo para o doente com osteoartrose. Disponível em: [https://www.chln.minsaude.pt/media/k2/attachments/servico\\_reumatologia/Manual%20da%20Osteoartrose.pdf](https://www.chln.minsaude.pt/media/k2/attachments/servico_reumatologia/Manual%20da%20Osteoartrose.pdf), consultado a 2 de Abril de 2023.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Parecer nº 11/2014: Consulta de enfermagem no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Data de acesso: 3 de março de 2023, [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER\\_Parecer](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer)

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ortiz-Piña, M., Molina-Garcia, P., Femia, P., Ashe, M. C., Martín-Martín, L., Salazar-Graván, S., Salas-Fariña, Z., Prieto-Moreno, R., Castellote-Caballero, Y., Estevez-Lopez, F., & Ariza-Vega, P. (2021). *Effects of Tele-Rehabilitation Compared with Home-Based in-Person Rehabilitation for Older Adult's Function after Hip Fracture*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5493. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105493>

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(1), 71-77. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Regulamento nº140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. DR, Série II (nº26, 6-02-2019), 4744-4750. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº392/2019 (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR, Série II (Nº85, 3-05-2019), 13565-13568. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

Ribeiro, J.P., T.F., Costa, M. A., & Martins, M.M. (2014), A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 25-36.

Serôdio, J. (2014). Conceitos principais de reabilitação - Instituto nacional para a reabilitação, I.P. In A. Costa, & M. Othero (Eds.), *Reabilitação em cuidados paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidata.

Silva, L., Mota, Â., & Sousa, L., M. (2020). Efeitos de um programa de (tele)reabilitação respiratória na pessoa com COVID-19: Um estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S2), 5783. <https://doi.org/10.3194/rper.2020.v3.s2.3.5783>

Sousa, A.M., Costa, V.A., & Marques-Vieira, C. (2016). O diagnóstico de enfermagem 'andar comprometido' nos idosos: revisão sistemática da literatura. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(3), 528-535. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003350015>

World Health Organization. (2019). *Rehabilitation in health systems: guide for action*. Data de acesso: 07/05/2023, recuperado <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>

World Health Organization. (2023). *Rehabilitation*. Data de acesso: 07/05/2023, de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.

Zhang, Y.Y, Zhang, Y.G, Li, Z., Li, S., & Xu, W. (2022). *Effect of Home-based Telerehabilitation on the Postoperative Rehabilitation Outcome of Hip Fracture in the Aging Population*. *Orthopaedic Surgery*. Disponível em <https://doi.org/10.1111/os.13293>

**Anexos**

**Anexo I - Ética e legislação em enfermagem**

# ÉTICA E LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM

AEE ANA RITA GIL ANTUNES



## *CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS*

Um conjunto de intervenções ativas e contínuas de saúde, de apoio social e apoio psicológico

**Decorre**

Avaliação inicial que se prolonga para além do tratamento em fase aguda da doença ou da intervenção preventiva

**Visa Promover**

A autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa e/ou capacitação do cuidador

**Atuando**

Na reabilitação, readaptação e reintegração social.

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem



É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários

Prestam cuidados domiciliários, tanto a nível médico, como de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e apoio psicológico.

### *EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS*

Ministério da Saúde - Diário da República decreto - lei n.º 101/2006

### *A REDE DE EQUIPA DE CUIDADOS INTEGRADOS GARANTE À PESSOA*

## O DIREITO

Dignidade

Integridade  
Física e moral

Privacidade

Informação

Não  
discriminação

Ministério da Saúde - Diário da República decreto - lei n.º 101/2006

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem

### *OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

Têm Como foco

Promoção dos projetos de saúde de cada pessoa durante o ciclo vital

Prevenir a doença e complicações

Promover aspetos de readaptação

Procurar satisfazer as necessidades humanas e a independência da pessoa



Muitas vezes através de processos de reaprendizagem

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (2006)

### *TIPOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*

Autónomas

Interdependentes

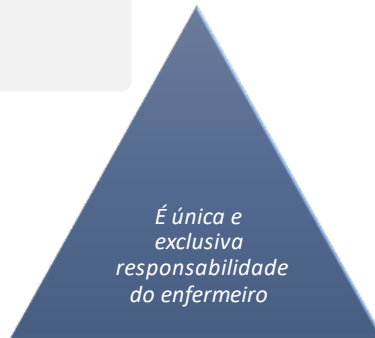
REPE (1996)

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem

### TIPOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



Autônomas

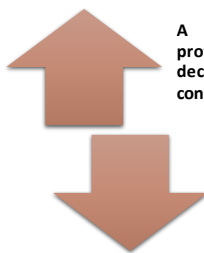


REPE (1996)

### TIPOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



Interdependentes



A prescrição é realizada por outro profissional ou protocolo, mas quem ajuíza e decide realizar é o enfermeiro, à luz dos seus conhecimentos e competências.

Assim sendo o enfermeiro tem a autonomia de autorreger a sua conduta; decidindo e assumindo a responsabilidade das suas decisões

REPE (1996)

# *DIREITOS DO ENFERMEIRO*

1

Exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, de acordo com as normas do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem;



Ministério da Saúde Diário da República n.º104/98. Código Deontológico

Constituem ainda direitos dos membros efetivos da Ordem:



## *DIREITO DO ENFERMEIRO*

- A OE concede a representação e defesa dos interesses da profissão e garante a defesa dos direitos e interesses profissionais, nomeadamente:
- O respeito pelas suas convicções políticas, religiosas, ideológicas e filosóficas
- condições de trabalho adequadas, que permitam a segurança dos cuidados
- O acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional

Ministério da Saúde Diário da República n.º104/98. Código Deontológico

# CASOS PRÁTICOS



Situação  
noticiada  
em Portugal

## JORNAL DA UMA

### Cerca de mil agressões a profissionais de saúde por ano em Portugal

As agressões a profissionais de saúde no Hospital de Farmácia são as mais recentes das cerca de mil que se registam todos os anos em Portugal. Com o problema a agravar-se, a Bastonária dos Enfermeiros pede estes casos sejam considerados crime público.

O utente atenta  
contra a HONRA,  
INTEGRIDADE FÍSICA  
OU VIDA do  
enfermeiro



**Situação colocada:** Quando o enfermeiro se confronta com atitudes hostis (tácito ou expresso), ou com uma ação agressiva física ou verbal e por parte da pessoa a quem está a prestar cuidados de saúde.

### PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

#### Fundamentação:

Em caso de agressão física contra-se justificada legalmente a sua recusa Em Legítima defesa [que cabe a qualquer pessoa].- que se irá traduzir na não prestação de cuidados

Os enfermeiros têm o dever de preservar e defender os direitos dos seus clientes a cuidados de saúde adequados às suas necessidades, de acordo com os recursos disponíveis e em conformidade com o estado atual da ciência e o seu Código Deontológico, têm, igualmente, o direito a usufruir de condições de trabalho que permitam o seu exercício profissional, de acordo com as leis vigentes, num clima de segurança pessoal, livre de maus tratos, violência, ameaças ou intimidações. Este direito a «Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade» está, claramente, consagrado na alínea c) do n.º 2 do Artigo 75º do EOE (Código Deontológico).

- Havendo um desrespeito à Honra e à integridade moral, o enfermeiro pode recusar-se a prestar cuidados, pois fica defendido através do Artigo 25.º Da constituição da Republica Portuguesa, que visa o - [Direito à integridade pessoal] "A integridade moral e física das pessoas é inviolável."

# Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem

## PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

### Fundamentação:

O enfermeiro ao ser desrespeitado na sua dignidade **PODE RECUSAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS** ao autor de tais atos, desde que praticados por clientes conscientes e desde que tal recusa não coloque em risco a vida e a integridade física do cliente;

O enfermeiro deve diligenciar para que a pessoa não fique sem cuidados, comunicando pelas vias competentes e em tempo útil a sua decisão;

Diferente posição se toma face a casos de perigo para a vida ou para a integridade física do doente.

Nestas situações o enfermeiro não deverá deixar de prestar cuidados devidos.

OE (2015)

#### JORNAL DA UMA

"Coloca em causa saúde dos utentes". Enfermeiros alerta para falta de condições no Hospital de Gaia

Os enfermeiros do serviço de cirurgia geral de homens do Hospital de Vila Nova de Gaia apresentaram recusa de responsabilidades no cuidado dos doentes. Os profissionais denunciaram falta de condições estruturais do serviço e um número insuficiente de recursos humanos.



#### De seringas a papel higiénico. Hospitais e centros de saúde com falta de materiais básicos

Dom, 6 nov 2022

Há hospitais e centros de saúde com falta de materiais básicos para atender utentes. No hospital Beatriz Ângelo, em Loures, faltam seringas. Nos centros de saúde entre o Douro e o Vouga faltam artigos de limpeza, desde papel higiénico a sabão. Há hospitais em que não há sequer resguardos de colchão e cobertores e outros têm faltas de luvas. A denúncia é da Ordem dos Enfermeiros, que diz que o problema se arrasta.



#### Um número recorde de enfermeiros apresentou escusa de responsabilidade em 2022

Ter, 27 dez 2022

Foram mais de 7600 enfermeiros a declarar que não aceitam ser responsabilizados pelos cuidados prestados aos doentes. O problema manifesta-se mais no Centro e na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Situações  
noticiadas  
em  
Portugal

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem



### Deficientes condições de trabalho nos serviços de saúde

**Situação colocada:** Quando o enfermeiro não apresenta as condições de segurança reunidas, como deverá agir?

Segurança dos clientes é fundamental para a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

#### A falta de ...

- RECURSOS HUMANOS
- Formação profissional
- Segurança dos equipamento;
- De condições para uma prática segura;
- Ambiente seguros;

CONSTITUEM UMA AMEAÇA SÉRIA À SEGURANÇA DAS PESSOAS E À QUALIDADE DOS CUIDADOS.

### PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

#### Fundamentação:

O Código deontológico, no art.º88 alínea d) visa que o enfermeiro deve assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia.

Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros o que passa pela salvaguarda de dotações de recursos humanos com competência e número adequado.

O julgamento sobre as necessidades e prioridades de cuidados de Enfermagem é feito pelo enfermeiro, sendo responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, nos termos da alínea b) do Artigo 79.º do Código Deontológico. Ao enfermeiro compete garantir os melhores cuidados com os recursos disponíveis e a sua responsabilidade não diminui face às deficiências apresentadas nas unidades de cuidados

- Compete às instituições de saúde assegurar as condições de segurança aos clientes e aos enfermeiros

### PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

#### Fundamentação:

Quando as condições são deficientes e interferem na qualidade dos cuidados, e não permitem exercer a função com dignidade e autonomia e segurança

Assim sendo, Deverá ser comunicada, através das vias competentes, as deficiências que prejudicam a qualidade de cuidados. Artigo nº75, numero 2, alínea C do Código deontológico



**Encontra-se justificada legalmente a recusa do enfermeiro**

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem

*Objeção de  
consciência*



## PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

### Fundamentação:

**A objeção de consciência apresentase como um dos casos paradigmáticos de recusa de cuidados sufragados pela lei, doart.º 92º do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros.**

**As responsabilidades que vinculam deontologicamente o exercício da profissão do enfermeiro encontrase unido aos direitos humanos em geral.**

**O enfermeiro enquanto pessoa, deve agir preservando a sua liberdade e dignidade humana, conforme prescreve o artigo 78º, nº1 do Código Deontológico do Enfermeiro.**

## PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

### Fundamentação:

Por isso reconhece-se que ninguém pode ser obrigado a aceitar, em nenhuma circunstancia, preceitos legais ou ordens particulares que contradigam os seus valores pessoais e, no caso concreto, os objetivos ou a essência da profissão. E, por vezes, para algumas pessoas, o dever a que a consciência obriga é o de não agir, ainda que a lei a isso obrigue - é o dever de objetar.



**O Enfermeiro pode recusar a prestar cuidados, desde que cumpra as obrigações legais do Código Deontológico**



Assim sendo, o enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objeção de consciência.

OE (2014)

## PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

### Fundamentação:

As instituições de saúde, quando devidamente informadas, nos termos da legislação vigente, estão obrigadas a assegurar os cuidados de saúde necessários às pessoas, ou na sua impossibilidade, encaminhar para outro : garanta os referidos cuidados.

O desrespeito pela qualidade de objetor constitui não só uma infração dos deveres deontológicos em geral e deveres para com a profissão, mas também de um dos direitos fundamentais da constituição da República P estando sujeito aos procedimentos e respetivas sanções previstas na lei.

OE (2015)

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem

### PARECERES DO CONSELHO JURISDICIONAL

#### Fundamentação:

O enfermeiro deve anunciar a prescrição superior hierárquica de imediato a sua decisão de recusa explicitando as razões por que tal prática entra em conflito com a sua consciência filosófica, ética, moral, religiosa ou contradiz o disposto no código deontológico

O anúncio de decisão de recusa deve ser realizado imediatamente de forma a que sejam assegurados no mínimo indispensáveis cuidados a prestar e seja possível recorrer a outro profissional.

O enfermeiro deve também comunicar a sua decisão por carta, ao presidente do conselho jurisdicional regional da ecção da ordem onde está inscrito no prazo de 48h após a apresentação da recusa

OE (2015)

#### A informação à ordem deve conter a seguinte informação:

- Número de cedula profissional;
- Local
- Circunstâncias do exercício do direito à objeção de consciência

Anexo I  
**DECLARAÇÃO DE OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA**

Eu, (1) \_\_\_\_\_, abaixo assinado, enfermeiro do serviço (2) \_\_\_\_\_, venho, por razões de ordem (3) \_\_\_\_\_, apresentar a recusa de executar as intervenções de enfermagem para o cumprimento de (4) \_\_\_\_\_, com base no meu direito à Objeção de Consciência, reconhecida pelo art.º 96.º, n.º 2, al. e) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

(5) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Objeto de Consciência

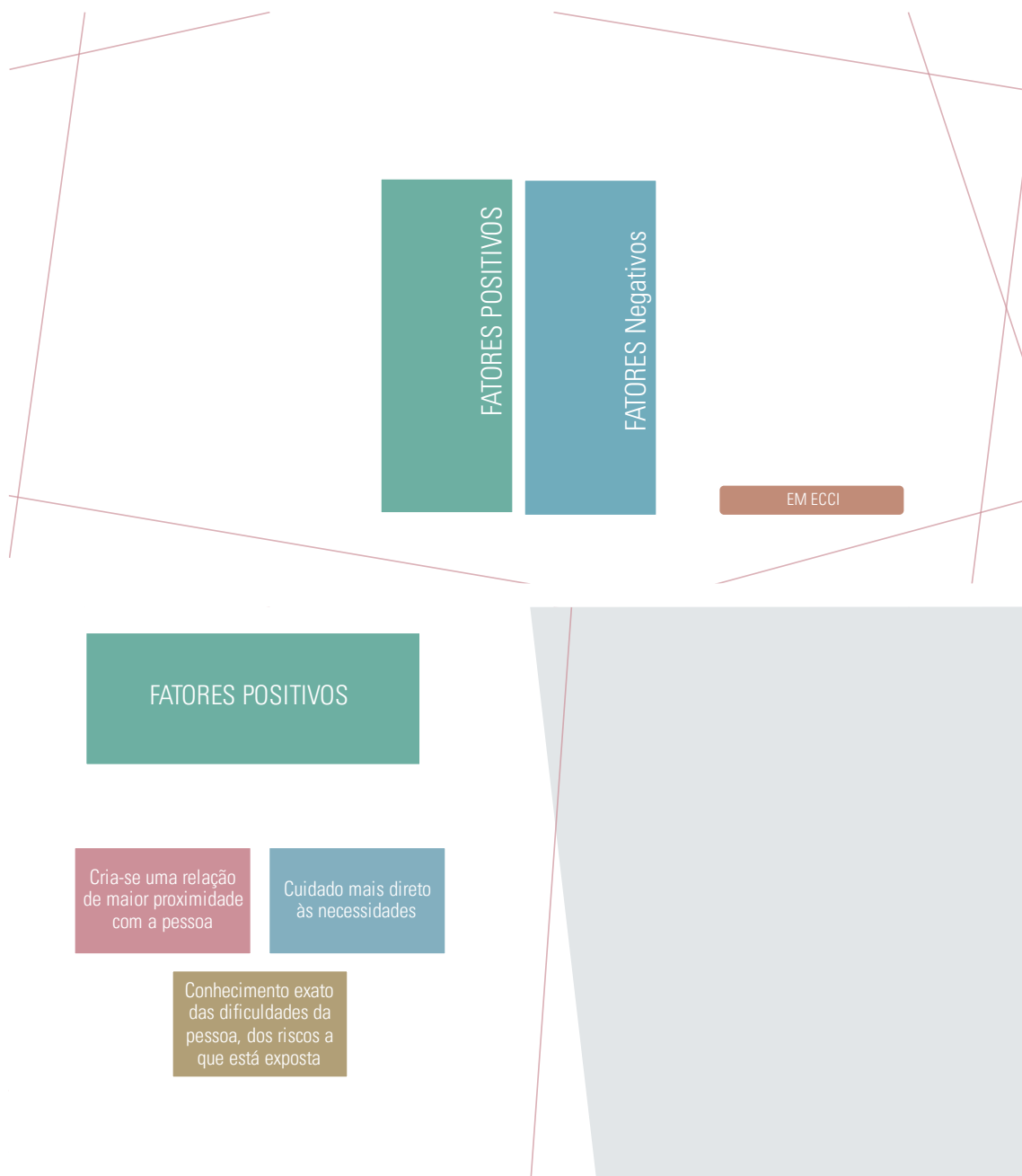
\_\_\_\_\_

(assinatura)

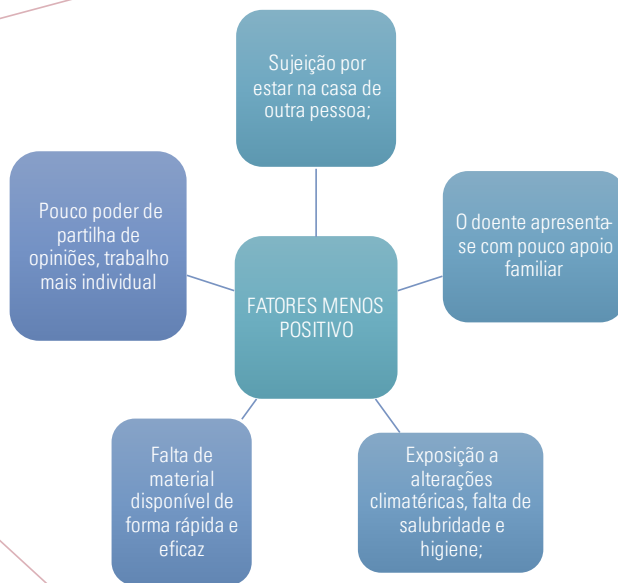
(1) Nome e n.º de B/CC e/ou número mecanográfico  
(2) Serviço e Instituição  
(3) Especificar as razões de ordem filosófica, ética, moral, religiosa ou outras  
(4) Indicar a ordem, prescrição ou intervenção que se recusa a realizar  
(5) Localidade

Diário da República (2017)

# Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem



## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem



O estágio na ECCI, enquanto espaço particular de grande imprevisibilidade, permitiu-me a mim como aluna da especialidade de reabilitação e enfermeira em meio hospitalar, aperfeiçoar competências essenciais à construção de uma melhor identidade pessoal e profissional, visto que foi necessário realizar uma adaptação contínua das situações apresentadas.

Este estágio permitiu-me adquirir um maior conhecimento na área da minha especialização através da experiência e muitas vezes das vicissitudes com que me cruzei.

Foram vários os momentos de reflexão, no sentido de avaliar e reavaliar permanentemente as intervenções, o que permitiu a uma constante mutação e desenvolvimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

ECCI

Versatilidade

Adaptabilidade

Ajuste Contínuo

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [Ministério da Saúde - Diário da República n.º nº104/98 . Série I-A de 21/04/1998. Código deontológico - Acedido a 27/01/2023.](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784)  
Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- [Ministério da Saúde - Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06, páginas 3856 – 3865. Acedido a 27/01/2023.](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934)  
Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- [Ministério da Saúde - Diário da República n.º 161/96. 21 de Abril de 1996. REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril\). Disponível em:](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640)  
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- [Ministério da Saúde – Diário da República nº122/2017. 26/07/2017. páginas: 12943-12944. Disponível em:](https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/344-2017-107571559)  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/344-2017-107571559>. Acedido: 7/02/2023

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, CONTINUAÇÃO

- *Ordem dos Enfermeiros (2002) -Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- *Ordem dos Enfermeiros (2014) – Enunciado de Posição: Recusa de Cuidados (Revista) – Conselho Jurisdicional*.
- *Ordem dos Enfermeiros (2015) – Deontologia Profissional de Enfermagem – Conselho Jurisdicional – Mandato 2008-2011*.
- *Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2023): Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.

## Apresentação - Ética e Legislação em Enfermagem



GRATA PELA  
VOSSA  
ATENÇÃO!

**Anexo II – Jornal de Aprendizagem**

# **JORNAL DE APRENDIZAGEM**

## **Gibbs Reflective Cycle**

Como refere Johns (1995) a reflexão é um processo de desenvolvimento, no qual permite ao individuo avaliar aspetos do seu quotidiano com um olhar crítico, tendo por base a avaliação de uma experiência e da sua atitude perante determinado incidente. A reflexão possibilita o desenvolvimento do saber profissional em enfermagem nos domínios de competência: Prestação de cuidados, gestão de cuidados e desenvolvimento profissional (Associação científica dos Enfermeiros, 2018.p.13).

A situação que vou descrever e posteriormente analisar segundo o ciclo de Gibbs decorreu durante o estágio de Ortopedia que integra a Unidade Curricular de Estágio com Relatório do Curso de Mestrado e especialização de Enfermagem de Reabilitação.

No dia 4 de novembro, dirigi-me à D<sup>a</sup> F.L, uma doente de 67 anos, para prestar cuidados de enfermagem e realizar exercícios de reabilitação motora. A doente encontrava-se internada por diagnóstico de coxartrose do MID, tendo sido submetida a colocação de Prótese total da anca. Já nos tínhamos apresentado anteriormente, era o seu quinto dia de internamento.

Enquanto realizávamos alguns exercícios, a doente começou a demonstrar um fâcias triste. Parei um pouco e questionei qual o motivo da sua tristeza, ao qual a doente acabou por me verbalizar que estava receosa de voltar a casa, pois apresentava alguma dificuldade na marcha.

Prévio à cirurgia a D<sup>a</sup> F.L era independente e era responsável por tomar conta da sua neta de 2 anos.

O facto da condição atual a limitar e não permitir que fizesse a sua vida como antes, deixava-a apreensiva e desanimada.

Quando a doente demonstrou estar triste, fiz questão de parar o que estava a fazer e escutei-a com toda a atenção. aproximei o cadeirão da sua cama e sentei-me ao seu lado, percebi que era preciso ficar perto dela e perceber o que a preocupava.

Inicialmente senti-me um pouco triste pela doente, mas rapidamente lhe demonstrei disponibilidade para a ajudar no que estivesse ao meu alcance e isso deu-me algum entusiasmo.

Comprovei, que após este episódio e após uma breve reflexão sobre o incidente descrito, que o papel do enfermeiro e neste caso em particular do enfermeiro especialista em reabilitação pode fazer a diferença.

Durante o fim-de-semana não havia fisioterapeutas no serviço e por isso seriam menos dois dias que a doente iria promover a sua reabilitação.

No entanto, o facto de a doente me ter expressado a sua angústia e eu ter percebido a sua preocupação, fez com que conversássemos sobre as suas expectativas futuras e demonstrei-me disponível para ir durante o fim-de-semana ao hospital para poder trabalhar consigo e assim ajudar ativamente na sua recuperação.

Senti que este momento me fez refletir sobre a importância do andar, pois o facto de a sua mobilidade estar comprometida priva-a de muitas coisas que lhe trazem bem-estar.

Assim sendo, como vertente positiva destaco a possibilidade de ter conseguido fazer uma pequena diferença na recuperação daquela doente, pois foi-me permitido estar mais presente e conseguir observar e comprovar uma melhor evolução na recuperação da mesma.

Como vertente negativa, sei que não consegui cumprir os dois dias de fim-de-semana com a doente, o que ainda lhe traria mais valias, mas se o fizesse também ficaria dez dias interruptamente em estágio, o que não seria possível.

Foi importante para mim como estudante conhecer as expectativas da doente, porque só ela sabe o que faz mais sentido para si e para a sua vida.

O que a doente pretendia atingir como objetivo quando regressasse a casa, era, conseguir subir e descer 10 escadas, para poder ir à rua com as suas amigas, tomar o pequeno-almoço e que conseguisse o mais atempadamente voltar a tomar conta da sua neta que lhe trazia uma enorme alegria.

O ser humano, nos primeiros meses de vida, depende de terceiros para se deslocar. Com rapidez, a nível do reflexo postural, o bebé aprende a rolar, a sentar, a gatinhar e a andar. A pessoa é um ser bípede, ou seja, habitualmente desloca-se apoiada em dois pés, deslocação essa denominada de andar garantindo desta forma a sua independência (Marques-Vieira et al., 2016). Desta forma, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação a competência e capacidade de “Interagir com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Regulamento n.º 125/2011).

Para Serôdio (2014) e Freitas (2017), a atuação de reabilitação é um processo dinâmico, voltado para a recuperação física e psicológica, que pressupõe uma atuação o mais precoce possível, com vista à diminuição de complicações, de dependência, e de forma a reduzir ao mínimo necessário o tempo de internamento.

Segundo Ribeiro et al. (2014), uma intervenção importante da Enfermagem é ajudar a pessoa a conseguir atingir a sua maior independência. Como referem Sousa et al. (2016), quanto mais cedo for readquirida a capacidade de andar, mais rapidamente a pessoa se torna independente para outras atividades de vida. Para que isso seja possível, é importante, não só planear cuidados individualizados, mas também definir e implementar intervenções realistas e adequadas às necessidades (Ribeiro et al., 2014. p.27).

Desta forma, criei um plano de intervenções de mobilização motora, que favorecesse um aumento da força muscular e mobilização articular, que tinha como objetivo final promover a independência, a autonomia e maximizar o seu bem-estar. Desta forma foram realizados os seguintes exercícios:

- Exercícios Isométricos (Contração sem movimento): Abdominais, Glúteos e quadríceps (separado e em conjunto).
- Exercícios Isotónicos (Contração e movimento séries de 10 mobilizações a cada hora): Dorsiflexão plantar da articulação da tibiotársica, Circundação da tibiotársica, Eversão/Inversão; Flexão da articulação (anca) e articulação do joelho (Flexão), não superior a 90°. A flexão ACF com o joelho em

extensão deve ser progressiva e tomada em consideração a técnica de abordagem cirúrgica utilizada.

- Flexão coxofemoral com extensão do joelho (fortalecimento do quadríceps, Fortalecimento do quadríceps com rolo, fortalecimento do quadríceps com bola.
- Realizado Abdução/ adução (até à linha média);
- Realizado treino de levante (pelo lado que se levanta no domicílio),
- Realizado técnica de transferência, (lateralizar a pessoa para o lado não operado com os joelhos fletidos a 70° e uma almofada que permita a abdução, a pessoa deve apoiar o antebraço, equilibrar o tronco e sentar-se).
- Realizado treino de Marcha, com canadianas;
- Realizado Treino de Escadas.

No final do período de internamento da D<sup>a</sup> F.L, senti que a sua força de vontade em voltar a ser independente e a minha disponibilidade em querer e poder ajudá-la trouxeram resultados muito positivos.

Pois, um gesto tão pequeno como propor-me a trabalhar num dia fora do meu horário estipulado inicialmente e a vontade e disponibilidade que a doente demonstrava em cumprir todos os exercícios propostos, permitiram que fosse independente na marcha e no subir e descer escadas com o auxílio das canadianas.

Foi muito gratificante quando a doente me agradeceu e referiu que assim se sentia segura para continuar a ir todos os dias de manhã tomar o pequeno-almoço com as amigas ao café e que em breve poderia voltar a cuidar da neta.

Constituindo a situação descrita, posso considerar que trouxe mais-valias para mim, porque por um lado pude aproveitar a oportunidade de aprender mais, e por outro lado senti que marquei alguma diferença na recuperação da doente.

**Anexo III – Produtos de apoio que podem ser prescritos pelo EEER**

## Produtos de Apoio que podem ser prescritos pelo EEER

Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
12	<b>Produtos de apoio para a mobilidade pessoal</b>		
12 03	Produtos de apoio para a marcha, manejados por um braço		
12 03 03	Bengalas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou <b>Enfermeiro de Reabilitação</b> .	Fisiatra ou Ortopedista.
12 03 06	Canadianas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou <b>Enfermeiro de Reabilitação</b> .	Fisiatra ou Ortopedista.
12 03 09	Canadianas com suporte para o antebraço . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou <b>Enfermeiro de Reabilitação</b> .	Fisiatra ou Ortopedista.
12 03 12	Muletas axilares . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou <b>Enfermeiro de Reabilitação</b> .	Fisiatra ou Ortopedista.
12 03 16	Auxiliares de marcha com três ou mais pernas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou <b>Enfermeiro de Reabilitação</b> .	Fisiatra ou Ortopedista.
12 06	Produtos de apoio para a marcha, manejados pelos dois braços		
12 06 03	Andarilhos sem rodas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou <b>Enfermeiro de Reabilitação</b> .	Fisiatra ou Ortopedista.

(Decreto-Lei n.º 105/2016, de 01 de junho de 2016. Diário da República, 2º Série, nº105.)

**APÊNDICE I - Elegibilidade, avaliação e intervenção no Plano de treino de  
reabilitação personalizado no internamento e domicílio**

Elegibilidade

Pessoas submetidos a Artroplastia da Anca  
que apresentem capacidade para realizar exercícios de reabilitação no domicílio de  
forma independente ou auxiliado pelo cuidador

Internamento

Início do processo de  
reabilitação no internamento

Educação para a saúde; Treino  
de exercícios: Isotônicos,  
isométricos, treino de  
atividades de vida diária, Treino  
de Marcha; Subir e Descer

1-Criar um plano de Treino de  
Exercícios;  
2- Ensinar/treinar e Validar os  
exercícios  
3 - Esclarecimento de dúvidas

Avaliação

Facultar um link de acesso a  
vídeos de demonstração dos  
exercícios

Escala MRC



Escala  
numérica  
de Dor

TUGT

Escala de  
Barthel

No Domicílio

Realização de  
uma  
videochamada  
24 horas após a  
alta

Esclarecimento  
de dúvidas

Avaliação

Continuar  
o plano de  
Treino de  
Exercícios

Agendar videochamada 1 vez por semana

Esclarecimento  
de dúvidas

Avaliação

Avaliar os  
exercícios  
realizados

5 dias

Até 6 meses