



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**SER COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA
COM DÉFICE COGNITIVO: OPORTUNIDADES E DESAFIOS EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

REALIZADO POR:

Mariana Pires Fialho



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

SER COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA COM DÉFICE COGNITIVO: OPORTUNIDADES E DESAFIOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Mariana Pires Fialho

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2024

"A ship in harbor is safe, but that is not what ships are built for."

John A. Shedd

AGRADECIMENTOS

Expresso os meus sentidos agradecimentos a todos aqueles que percorreram este caminho comigo e que, de alguma forma, contribuíram para a concretização de mais uma etapa.

Em primeiro lugar, gostaria de prestar o meu sentido reconhecimento ao Professor Doutor Luís Manuel Mota de Sousa, meu orientador durante este percurso. Agradeço todo o apoio demonstrado durante a realização deste relatório e a partilha do seu conhecimento.

Agradeço também ao restante corpo docente da ESSATLA pela disponibilidade, entrega e compromisso com que todos os dias encaram a docência.

Aos EEER supervisores, que me permitiram desenvolver e aprofundar conhecimentos nesta área, que me motivaram a explorar e a desenvolver o meu potencial de aprendizagem e que, humildemente, partilharam comigo a sua experiência, deixo o meu profundo agradecimento.

Deixo um agradecimento especial aos meus colegas do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação que partilharam comigo as peripécias vividas neste ano e meio e que me fazem, diariamente, sentir saudades de um tempo que ainda não passou.

Aos meus colegas e amigos da Cirurgia Geral, com quem partilhei medos e anseios e que me fizeram rir nos momentos mais inusitados. Estarei eternamente grata a cada um de vós.

Ao meu namorado, Bernardo, pela sua dedicação e compreensão e pelos (vários) “puxões de orelha” nos momentos certos.

Aos meus pais, que continuam a acreditar em mim (mais do que eu própria) e a quem deixo orgulhosos com a conclusão desta etapa.

A mim, por fim. Pela superação de mais um desafio e pela coragem de embarcar nesta viagem.

RESUMO

Enquadramento: Reconhecido como um processo inevitável, o aumento da longevidade constitui um desafio para as equipas de saúde que se dedicam à prestação de cuidados a esta população específica e que procuram mitigar os efeitos nefastos do processo de envelhecimento, nomeadamente no que diz respeito ao seu impacto sobre a funcionalidade, independência e autonomia prévias. As fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) encontram-se entre as principais causas de morbimortalidade na população geriátrica, sendo que a este acontecimento cada vez mais se associam alterações nas funções cognitivas. Revela-se necessário o desenvolvimento de programas de reabilitação que visem a integração e participação ativa desta população no seu plano de cuidados.

Objetivo: Demonstrar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, através da descrição e exposição das atividades desenvolvidas e dos ganhos obtidos durante os estágios, enfatizando as intervenções realizadas no âmbito do Estágio Profissionalizante.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica exaustiva com vista ao aprofundamento de conhecimentos em diversas áreas do cuidar e que permitiu a elaboração de um relato de caso na vertente da temática em estudo: pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo, recorrendo-se posteriormente à análise crítico-reflexiva para justificar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências de Mestre.

Conclusão: Este trabalho procurou espelhar os desafios e oportunidades associadas à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo no sentido de atingir os objetivos inerentes ao Estágio Profissionalizante, que se coadunam com a excelência do exercício profissional.

Palavras-chave: Idoso; Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Doenças Neurodegenerativas; Artroplastia da Anca

ABSTRACT

Background: Recognized as an inevitable process, increasing longevity constitutes a challenge for healthcare teams dedicated to providing care to this specific population and seeking to mitigate the harmful effects of the aging process, particularly with regard to its impact on previous functionality, independence and autonomy. Fractures of the proximal end of the femur (FEFF) are among the main causes of morbidity and mortality in the geriatric population, and this event is increasingly associated with changes in cognitive functions. It is necessary to develop rehabilitation programs that aim at the integration and active participation of this population in their care plan.

Objective: Demonstrate the development and acquisition of common skills of the Specialist Nurse, specific skills of the Specialist Nurse and Master in Rehabilitation Nursing, through the description and exposure of the activities developed and the gains obtained during internships, emphasizing the interventions carried out within the scope of Professional Internship.

Methodology: An exhaustive bibliographical research was carried out with a view to deepening knowledge in different areas of care and which allowed the elaboration of a case report on the theme under study: person undergoing hip arthroplasty with cognitive deficit, subsequently resorting to critical-reflective analysis to justify the development and acquisition of common skills of the Specialist Nurse, specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and Master's skills.

Conclusion: This work sought to reflect the challenges and opportunities associated with the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing with the person undergoing hip arthroplasty with cognitive deficit in order to achieve the objectives inherent to the Professional Internship, which are in line with the excellence of the professional practice.

Keywords: Elderly; Nursing care; Rehabilitation; Neurodegenerative Diseases; Hip Arthroplasty

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's – Atividades de Vida Diárias

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACF – Articulação Coxofemoral

ADM – Amplitude de Movimento

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - American Psychological Association

ATA – Artroplastia Total da Anca

CH – Centro Hospitalar

DA – Doença de Alzheimer

DHS – Dynamic Hip Screw

DNP – Doenças Neurodegenerativas Progressivas

DP – Doença de Parkinson

DPO – *Delirium* Pós-Operatório

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

FEFP – Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur

FIP – Fibrose Intersticial Pulmonar

FQ – Fibrose Quística

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

PL – Posterolateral

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RAFI – Redução Aberta com Fixação Interna

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

USF – Unidade de Saúde Familiar

ULS – Unidade Local de Saúde

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
I. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO	17
II. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	22
2.1 Anatomia da Articulação da Anca	22
2.2 Fratura da Extremidade Proximal do Fémur	25
2.3 Artroplastia da Anca.....	29
2.3.1 Artroplastia Total da Anca.....	30
2.3.2 Hemiartroplastia da Anca.....	32
2.3.3. Principais vias de abordagem cirúrgica.....	34
2.3.4 Complicações cirúrgicas	36
2.4 Doenças Neurodegenerativas Progressivas	40
2.4.1 Doença de Alzheimer	41
2.4.2 Doença de Parkinson.....	43
2.5 TEORIAS DE ENFERMAGEM.....	45
2.5.1 Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem	45
2.5.2 Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	49
2.6 Reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca.....	52
2.6.1 Período Pré-Operatório.....	52
2.6.2 Período Pós-Operatório	56
2.6.3 Regresso a Casa	62
2.7 O impacto das doenças neurodegenerativas progressivas na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca.....	66
2.8 O impacto do <i>delirium</i> na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca.....	69
III. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	73

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	74
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	91
3.3 Competências de Mestre	102
IV. ANÁLISE SWOT	105
CONCLUSÕES	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE I – Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no relato de caso clínico “Fortalecimento muscular na melhoria do equilíbrio corporal após acidente vascular cerebral: estudo de caso”	131
APÊNDICE II – Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no relato de caso clínico “Associação do treino cognitivo ao programa de reabilitação motora da pessoa com parkinson e fratura do fêmur”	134
APÊNDICE III – Sessão Formativa “Artroplastia da Anca”	137
APÊNDICE IV – Questionário para Avaliação da Sessão Formativa “Artroplastia da Anca”	157
APÊNDICE V – Folheto informativo “Cirurgia Após Fratura do Fêmur – Regresso a Casa – “	160
APÊNDICE VI – Folheto informativo “Retomar a Vida Sexual Após Artroplastia da Anca”	162
APÊNDICE VII – Relato de Caso Clínico “Fortalecimento muscular na melhoria do equilíbrio após acidente vascular cerebral: estudo de caso”	164
APÊNDICE VIII - Relato de Caso Clínico “Associação do Treino Cognitivo ao Programa de Reabilitação Motora da Pessoa com Parkinson e Fratura do fêmur”	199
ANEXOS.....	244
ANEXO I – Certificado de presença na formação “Terapêutica por Nebulização”	245
ANEXO II – Certificação de Presença na Conferência – “Investigação em Enfermagem” ...	247
ANEXO III – Certificado de Participação no II Congresso de Enfermagem de Reabilitação.	249

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Intervenções terapêuticas na abordagem da pessoa com DPO.....**Erro! Marcador não definido.**

INTRODUÇÃO

O presente trabalho – Relatório de Estágio Profissionalizante – insere-se no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio Profissionalizante referente ao 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). Finda a última etapa deste percurso académico, prevê-se que a aprovação de todas as unidades curriculares inseridas no atual ciclo de estudos, a concretização do respetivo relatório e posterior discussão pública conduzam à obtenção do grau de Mestre e do título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, de acordo com o disposto no nº 1, do Artigo 34.º do Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018.

Investir no meu processo formativo sempre foi uma prioridade, mesmo após a conclusão da licenciatura. As exigências da profissão e a necessidade crescente de informação e de agregar conhecimento atual e informado pela evidência determinaram que me inscrevesse no Curso de MER ao fim de apenas três anos de experiência profissional.

Por exercer as minhas funções num serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Distrital no centro do país, tenho vindo a aperceber-me da inevitabilidade do impacto das alterações demográficas no nosso sistema de saúde público e da necessidade de estarmos capacitados para gerir e potencializar os recursos (sobretudo humanos) que nos permitam fazer face a estas mudanças, quer seja através da promoção global de políticas de saúde que visem a implementação de programas de envelhecimento ativo, quer seja a nível institucional/local, mobilizando profissionais com competências diferenciadas de modo a intervir eficazmente junto da população geriátrica no sentido de modificar comportamentos, prevenir ou minimizar o impacto das limitações físicas/cognitivas no seu quotidiano, melhorar a autopercepção, promover a participação ativa na sociedade, reduzir o número de anos de vida ajustados por incapacidade, melhorar a qualidade de vida e com isso melhorar os *outcomes* em saúde, diminuindo a sobrecarga e a pressão exercida sobre as instituições de saúde.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) figura-se como um dos profissionais de saúde mais capacitados para intervir na gestão das mudanças inerentes ao estado de saúde da pessoa idosa, uma vez que “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” com o objetivo de maximizar “a funcionalidade devolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, p.13566).

O interesse pela promoção da reabilitação na pessoa idosa e a necessidade de re(pensar) a problemática do envelhecimento com um olhar renovado e atendendo à complexidade da intervenção do ER junto de pessoas particularmente vulneráveis a acidentes ou circunstâncias repentinas levou-me ao aprofundamento da estreita relação entre envelhecimento, declínio cognitivo e predisposição para eventos traumáticos como sejam as quedas.

O número de idosos continuará a aumentar exponencialmente nas próximas décadas, prevendo-se que em 2050 este valor corresponda a cerca de 16% da população mundial (Xu, *et al.*, 2022).

Considerando que quanto maior a idade, maior a propensão para o risco de queda, podemos assumir que assistiremos a um número ainda maior de internamentos hospitalares por traumas de baixa energia. E se a perda de massa muscular (associada à imobilidade prolongada), a dor, as comorbilidades anteriores, os períodos de jejum prolongados ou situações em que existe défice nutricional podem condicionar o desfecho pós-cirúrgico, comprometendo o processo de recuperação e a aquisição de níveis de funcionalidade aceitáveis, o que acontecerá se adicionarmos a esta complexidade de fatores alterações cognitivas precipitadas por episódios de *delirium* ou manifestações de doenças neurodegenerativas como a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson?

No sentido de procurar encontrar respostas que pudessem evidenciar a importância da presença e do envolvimento do EER na reabilitação de pessoas submetidas a correção cirúrgica da anca (artroplastia) com deterioração da função cognitiva procurei desenvolver os ensinamentos clínicos em campos de estágio que me possibilitassem explorar as dificuldades associadas à implementação de programas de reabilitação em pessoas com fratura da anca com limitações cognitivas.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

O objetivo geral do ensino clínico passa por: **desenvolver competências específicas de ER que me permitam prestar cuidados diferenciados e de complexidade acrescida a pessoas idosas com limitações cognitivas submetidas a artroplastia da anca**, tendo sido enunciados cinco objetivos específicos.

A componente prática foi fracionada em três momentos, de acordo com as necessidades pessoais de aprendizagem e de modo a atender ao cumprimento das horas de contacto nos diversos processos de cuidados. A primeira fase do estágio foi realizada em contexto comunitário, sendo que os dois últimos estágios ocorreram em ambiente hospitalar. Os estágios compreendiam a duração total de 531 horas de contacto, sendo 231 horas alocadas ao primeiro ensino clínico e 300 horas alocadas aos restantes.

O primeiro estágio – Estágio de Reabilitação na Comunidade - encontrava-se enquadrado no plano de estudos do 1º ano do curso MER (2º semestre). O estágio decorreu de 24 de abril de 2023 a 14 de julho de 2023 numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) inserida numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

O segundo estágio iniciou-se no dia 20 de setembro de 2023 e terminou no dia 12 de janeiro de 2024, tendo sido realizado num serviço maioritariamente ortopédico de um hospital público integrado numa Unidade Local de Saúde (ULS) da área metropolitana de Lisboa. O terceiro estágio foi realizado numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) de um Centro Hospitalar (CH), de uma outra ULS, no período temporal de 4 de dezembro a 15 de dezembro de 2023.

Os locais de estágio foram selecionados contemplando as áreas de interesse e as necessidades de aprendizagem dos estudantes, numa perspetiva de permitir o contacto com situações gradualmente mais complexas de forma a garantir a continuidade da aquisição das competências inerentes à intervenção do Enfermeiro Especialista (EE) e do EEER.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

O respetivo relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo – Introdução – é abordada a temática em estudo e a sua pertinência para a consolidação do corpo de conhecimentos da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

No segundo capítulo realizou-se uma breve apreciação dos locais onde foram desenvolvidos os ensinamentos clínicos, considerando os seus recursos assistenciais, as metodologias de trabalho adotadas e os projetos de melhoria contínua implementados.

O terceiro capítulo - Enquadramento conceitual – visa a identificação e descrição dos conceitos mais relevantes para o desenvolvimento da problemática em estudo, nomeadamente: fraturas da extremidade proximal do fémur, artroplastia da anca, vias de abordagem cirúrgica, principais complicações pós-operatórias e doenças neurodegenerativas.

Neste capítulo serão ainda abordados os principais modelos teóricos subjacentes à avaliação, planeamento, implementação e reavaliação dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação, cujos princípios e pressupostos foram determinantes para a concretização de planos de cuidados responsivos e alinhados com as necessidades das pessoas e famílias. Dos referenciais teóricos existentes, destacam-se: A Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

No quarto capítulo será realizada uma análise crítico-reflexiva acerca da aquisição de competências comuns de EE, competências específicas de EEER e competências de Mestre. Após este capítulo, realizar-se-á uma análise SWOT com o intuito de identificar e refletir sobre os aspetos que permitiram (pontos fortes e oportunidades) ou dificultaram (pontos fracos e ameaças) a aquisição destas mesmas competências.

O presente trabalho terminará com uma breve conclusão e com a enunciação das referências bibliográficas. Os documentos mencionados ao longo do trabalho ficarão disponíveis em apêndices e anexos.

O Relatório Profissionalizante foi redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e de acordo com as orientações definidas no documento “Normas de elaboração e

apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio” fornecido pela ESSATLA. As referências bibliográficas foram elaboradas com base na 7.^a edição das normas da *American Psychological Association* (APA).

I. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

Os estágios decorreram em contextos de prestação de cuidados distintos, importando referir que o primeiro estágio foi realizado em contexto comunitário, ao passo que os restantes foram realizados em ambiente hospitalar.

O primeiro estágio, integrado na UC: Estágio de Reabilitação na Comunidade, foi realizado numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) durante onze semanas.

A equipa multidisciplinar que integra esta unidade é constituída por 7 enfermeiros (sendo que destes apenas 2 são EEER), 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. Os médicos que prestam apoio a esta equipa são os médicos de família dos respetivos utentes, integrados na Unidade de Saúde Familiar (USF) do mesmo centro de saúde.

O horário de funcionamento da ECCI é bastante alargado, sendo que durante os dias úteis funciona das 08h00 às 19h00 e aos fins de semana e feriados das 08h00 às 13h00. Habitualmente, a prestação direta de cuidados de ER é desenvolvida de 2.^a a 6.^a feira, no período da manhã.

A ECCI dispõe de dois veículos e tem capacidade para prestar cuidados domiciliários a trinta utentes. O enfermeiro generalista assegura a função de enfermeiro gestor de caso, referenciando a situação para outros elementos da equipa multidisciplinar sempre que se revela necessário.

A avaliação inicial de uma pessoa admitida em ECCI requer uma abordagem multidisciplinar, pelo que habitualmente a primeira visita domiciliária é realizada pelo enfermeiro gestor de caso, pelo EEER e pela assistente social. Após a colheita de dados inicial e a identificação dos principais focos de atenção, o EEER elabora, em parceria com a pessoa e família, um Plano Individual de Intervenção (PII) onde se encontram discriminados os objetivos que se pretendem atingir nas

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

quatro semanas seguintes. Terminado o período definido para a implementação do plano de cuidados e com base nos ganhos obtidos e no potencial de reabilitação poderá equacionar-se ou não a alta da pessoa.

A UCC onde desenvolvi o meu estágio estava a implementar (desde 2022) um programa no âmbito da reabilitação respiratória dirigido a pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). O principal objetivo do programa consistia em promover a literacia em saúde das pessoas com DPOC, capacitá-las a participar ativamente no processo de gestão da sua doença (o que incluía a adesão ao regime terapêutico e exercício físico) com o intuito de reduzir o número de exacerbações da doença, reduzir o número de recorrências à urgência/hospitalizações, reduzir a morbilidade e mortalidade e aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Já o Estágio Profissionalizante foi desenvolvido integralmente em ambiente hospitalar, sendo que a primeira parte do estágio foi desenvolvida num Hospital público da Área Metropolitana de Lisboa inserido no grupo I da categorização hospitalar.

De acordo com o definido na portaria nº 82/2014 do Diário da República 1ª série, Nº 71, os hospitais enquadrados nesta categoria correspondem a instituições de saúde sem área de influência indireta, respondendo às necessidades de saúde da população da sua área de abrangência, mediante as valências de que dispõem.

O estágio foi realizado num serviço que acolhe várias especialidades, mas que se centra sobretudo na prestação de cuidados a pessoas com patologia do foro ortopédico. A equipa de Enfermagem é constituída por 15 enfermeiros generalistas e 1 EEER que, atualmente, exerce funções de gestor. A continuidade de cuidados de Enfermagem é assegurada pelos vários elementos da equipa através do trabalho por turnos em regime *roullement*. O horário rotativo corresponde designadamente aos turnos da manhã (08h00-16h00 ou 08h00-20h00), tarde (15h30-22h30) e noite (20h00-08h30 ou 22h00-08h30).

O método de trabalho utilizado pelos enfermeiros na gestão diária dos cuidados está centrado no método individual, um dos métodos mais frequentemente utilizados em contexto hospitalar. Esta

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

forma de desenvolver os cuidados em Enfermagem pressupõe que um Enfermeiro fique responsável pela prestação de cuidados a um número pré-estabelecido de utentes durante o horário do seu turno. De acordo com Ventura-Silva *et al* (2021) ao contrário do método funcional que privilegia a tarefa em detrimento da centralidade na pessoa, o método individual permite prestar cuidados globais, ao invés de fragmentar esses mesmos cuidados em tarefas que poderão predispor à ocorrência de eventos adversos.

Este serviço, que tem capacidade para acolher 32 utentes (em regime de quarto duplo), possui também 3 quartos de isolamento privativos. Os quartos destinados a isolamento, possuem ainda uma antecâmara para colocação dos equipamentos de proteção individual necessários. Todos os quartos têm casa de banho, equipada com duche e barras de apoio sanitária.

O serviço em questão diferencia-se pelo facto de possuir uma unidade de Ortogeriatría que permite a sinalização precoce e o acompanhamento pré e pós-operatório diferenciado de pessoas com diagnóstico de fratura do fémur com idade ≥ 65 anos. A equipa multidisciplinar que integra esta unidade é constituída por 2 Internistas, 1 Ortopedista, 1 EEER, 4 Fisioterapeutas, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Nutricionista e 1 Assistente Social que se reúnem semanalmente para discutir a situação dos utentes admitidos na respetiva unidade. A criação desta valência representa uma mais valia para o serviço, uma vez que permite a identificação célere de problemas reais e/ou potenciais que podem afetar o nível de funcionalidade prévia da pessoa e eventualmente comprometer a sua participação e reinserção social.

A segunda fase do Estágio Profissionalizante foi realizada numa URR de um CH da Área Metropolitana de Lisboa inserido no grupo III da categorização hospitalar, durante duas semanas.

O estágio foi realizado num serviço com características muito específicas e que direciona a sua intervenção, maioritariamente, para a pessoa com patologia respiratória crónica. A equipa multiprofissional é constituída por 3 Pneumologistas, 6 EEER, 1 Psicóloga, 4 Assistentes Operacionais e 1 administrativa.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

A URR funciona das 08h00 às 16h00 nos dias úteis, encontrando-se encerrada aos fins de semana e feriados.

Esta unidade dispõe de 3 áreas *major* de intervenção, nomeadamente: o gabinete da “Asma” onde se administra a terapêutica biológica a pessoas com asma grave e refratária à terapêutica convencional; o gabinete de “Telorreabilitação” equipado com uma maca, material adjuvante da Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM) (ex.: almofada, halteres, pesos para tornozelo, bola de pilates, bastão, entre outros) e um computador. Neste local, realizam-se sessões de RFR presenciais e não presenciais (por acesso remoto) a pessoas com bronquiectasias; o gabinete de “Reabilitação Respiratória” é semelhante ao espaço anteriormente descrito, no entanto possui 3 macas, um espelho quadriculado para otimizar a correção postural, uma passadeira e uma bicicleta estática. Por fim, existe um gabinete onde é realizada a consulta de Enfermagem a pessoas com fibrose quística (FQ). Este local está equipado com material para colheita sanguínea e material para colheita de espécimes, nomeadamente expectoração e urina tipo II.

A par disto, os EEER da URR asseguram também cuidados de ER a pessoas com patologia respiratória agudizada em contexto de internamento.

Durante o estágio foi ainda possível visitar a unidade de ventilação não invasiva (VNI), que é assegurada por 3 enfermeiras de cuidados gerais e cuja população-alvo abrange sobretudo pessoas com patologia respiratória e com necessidade de realizar VNI. Além de se verificar a adaptação aos respetivos dispositivos médicos, realizam-se exames que permitem avaliar a função respiratória como a prova de marcha de 6 minutos.

Neste estágio, pôde constatar-se que não existia apenas um método de trabalho instituído. Superficialmente, o método de trabalho subjacente à prestação dos cuidados de Enfermagem era o método de trabalho de equipe, uma vez que a planificação, gestão dos recursos humanos e supervisão dos cuidados estava a cargo da EEER gestora. No entanto, ao conduzir determinados elementos para áreas específicas de atuação (considerando as suas *hard* e *soft skills*) começa a emergir uma outra metodologia de trabalho, neste caso, o método de enfermeiro de referência.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Constituindo ambos métodos de trabalho direcionados para o cliente/pessoa, o método de enfermeiro de referência distingue-se pelo facto de existir um enfermeiro dedicado à avaliação, planeamento, implementação e (re)avaliação do plano de cuidados, desde o momento de admissão até à alta da pessoa. (Silva-Ventura *et al.*, 2021)

Este aspeto é particularmente importante, se considerarmos que as pessoas que recorrem a esta unidade são pessoas com doenças crónicas, frequentemente em idade juvenil ou em transição para a idade adulta e que necessitam de estabelecer relações terapêuticas com elementos de referência que os capacitem a desenvolver estratégias de *coping* para lidar com as alterações decorrentes do seu estado de saúde.

II. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 Anatomia da Articulação da Anca

A pelve (também denominada por cingulo do membro inferior) consiste numa formação anatómica da qual fazem parte a região sacrococcígea, os ossos coxais direito e esquerdo e as articulações e ligamentos envolvidos na união e estabilidade dessas mesmas estruturas ósseas (Pina, 2017).

De acordo com Saúde (2013):

Os ossos coxais articulam-se entre si anteriormente e com a sacro posteriormente, formando a cintura pélvica. Cada um dos ossos coxais tem três partes – o ílio, o ísquio e o púbis -, unidas por cartilagem nos primeiros anos de vida, mas unidas como osso nos adultos. (p.198)

O osso coxal, possui na sua superfície lateral uma cavidade articular – o acetábulo, que se articula com a cabeça do fémur para formar a articulação coxofemoral (ACF).

Estes dois ossos, revestidos por cartilagem hialina, formam uma articulação sinovial/diartrósica que se encontra envolta numa cápsula articular. A cápsula articular contém no seu interior uma membrana sinovial responsável pela segregação de líquido sinovial. A presença deste líquido (proveniente do plasma) revela-se crucial no sentido de reduzir o atrito entre as estruturas ósseas, facilitar o movimento e garantir a integridade das superfícies cartilaginosas (Cunha, 2008).

A cápsula articular que envolve a articulação da anca é reforçada pelos ligamentos ilio-femoral, pubo-femoral e ísquio-femoral que além de conferirem estabilidade à articulação, limitam a amplitude articular durante os movimentos isolados ou combinados (circundução) de extensão/flexão, rotação externa/rotação interna e abdução/adução (Geoffrey *et al.*, 2019).

A ACF é considerada uma das articulações mais estáveis do corpo humano. Além de suportar o peso da cabeça, do tronco e dos membros superiores, esta importante articulação intervém ainda

na distribuição uniforme das forças que atuam sobre a cintura pélvica e os membros inferiores, assumindo uma função decisiva durante a locomoção (Simon, 2011).

O acetábulo é constituído por uma coluna anterior (iliopúbica) e uma coluna posterior (ilioisquiática). (Thompson & Netter) e encontra-se delimitado pelo limbo do acetábulo, local onde é possível visualizar as três incisuras que resultam da agregação dos ossos coxais (Pina, 2017).

Esta cavidade cotilóide é também constituída por uma componente não articular (fossa do acetábulo) e por uma componente articular cartilaginosa periférica em forma de ferradura – a face semilunar do acetábulo, que corresponde ao local de articulação da anca com a coxa. A fossa acetabular é essencialmente composta pelo ligamento redondo (ou ligamento da cabeça do fémur) e por tecido adiposo intra-articular (Slullitel *et al.*, 2020).

A face glútea de cada osso coxal (situada superiormente ao acetábulo) divide-se em porção anterior, média e posterior, correspondendo aos locais de inserção dos músculos glúteo mínimo, glúteo médio e glúteo máximo, respetivamente.

A face medial encontra-se dividida em pelve maior (falsa) e pelve menor (verdadeira) através da linha inominada. Esta linha compreende a distância entre o promontório sacral e a base da sínfise púbica. Acima da linha inominada encontra-se a fossa ilíaca, local de inserção de um dos principais músculos responsáveis pela flexão da anca: o músculo ilíaco.

O forame obturado, localizado inferiormente ao acetábulo, resulta da junção dos ossos ísquio e púbis e encontra-se revestido parcialmente por uma membrana obturadora (Pina, 2017). O forame obturado é circundado pelo músculo obturador interno e externo, sendo este último um dos locais de passagem do nervo obturador. Este nervo, com origem em L2-L4, atravessa o anel pélvico através do forame obturado e é responsável pela inervação dos músculos adutores da coxa.

Na margem anterior do osso coxal visualiza-se, entre outras estruturas, “(...) a espinha íliaca ântero-superior, onde se inserem os músculos sartório e o tensor da fáscia lata;” a espinha íliaca ântero-inferior, local de inserção do músculo reto anterior e a superfície pectínea onde se localiza o músculo pectíneo (Pina, 2017, p.101).

O fémur é classificado como um osso longo e corresponde ao único osso presente na coxa, dividindo-se em três componentes principais: a diáfise, as epífises (proximal e distal) e a placa epifisária. Este osso, considerado o maior e mais resistente osso do corpo humano, é composto superiormente pela cabeça do fémur, pelo trocânter maior e menor e pelo colo do fémur que separa a cabeça dos trocânteres (Pina, 2017).

De acordo com Pina (2017) “A cabeça do fémur representa dois terços de uma esfera, encontrando-se pósterio-inferiormente ao seu centro, uma depressão, a fóvea da cabeça do fémur.” (p.110). A fóvea constitui o local de fixação do ligamento redondo, pelo qual passa o ramo acetabular da artéria obturadora. Esta artéria, corresponde a uma das três artérias responsáveis pela vascularização da cabeça do fémur, sendo a sua capacidade de suprimento vascular menos expressiva quando comparada com os ramos da artéria femoral circunflexa.

A artéria circunflexa femoral medial é a principal artéria responsável pela irrigação sanguínea da cabeça do fémur no adulto, contribuindo (em conjunto com o ramo ascendente da artéria circunflexa femoral lateral) para a formação do anel extracapsular. Deste local de anastomose originam-se as artérias retinaculares superior, anterior, inferior e posterior que se unem para formar o anel arterial intracapsular. As ramificações do anel intracapsular dão origem às artérias epifisárias que penetram na região posterior do colo do fémur formando anastomoses intraósseas, sendo a artéria epifisária lateral a que mais contribui para o fornecimento sanguíneo da cabeça femoral (Thompson & Netter., 2020).

A margem posterior da diáfise femoral apresenta uma superfície rugosa, a linha áspera, que se figura como o local de inserção dos músculos adutores da coxa, designadamente: adutor longo, adutor curto, adutor magno e pectíneo; de alguns músculos extensores da coxa: vasto medial e

lateral; e do músculo da cabeça curta do bicípite femoral, envolvido na flexão do joelho (Pina, 2017).

Já a região anterior da extremidade distal do fêmur possui dois epicôndilos (lateral e medial) unidos pela face patelar, local onde a rótula se vai articular com o fêmur. Na região posterior, os côndilos (lateral e medial) separados pela fossa intercondilar articulam-se com a tíbia formando a articulação tibiofemoral.

Como referido anteriormente, a ACF tem a particularidade de permitir a realização de movimentos em torno dos três planos e eixos anatómicos.

Os movimentos que ocorrem no plano sagital e ao longo do eixo horizontal incluem os movimentos de flexão e extensão, com amplitudes de movimento (ADM) de 120º e 15º, respetivamente. No plano coronal, em torno do eixo ântero-posterior, realizam-se os movimentos de abdução, com uma ADM de 45º e o movimento de adução, com uma ADM de 30º. Já o movimento de rotação interna, possui uma ADM de 45º e o movimento de rotação externa de 30º, sendo ambos realizados no plano transversal e em torno de um eixo vertical (Pina, 2017).

2.2 Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

Os traumatismos de baixa energia constituem a principal causa de fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) em idosos, representando um verdadeiro problema de saúde pública nos países ocidentais (Silva *et al.*, 2018).

De acordo com Silva *et al.* (2018), os episódios de queda que resultam em fratura do fémur subsequente afetam sobretudo o sexo feminino. Acredita-se que a maior vulnerabilidade das mulheres para a ocorrência de fraturas esteja relacionada com a osteoporose induzida pela menopausa, com a maior expectativa de vida em relação ao sexo masculino e com outros fatores intrínsecos, relacionados com o próprio sexo.

Ainda assim, este estudo português multicêntrico, conduzido em todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) durante um período temporal de nove anos, prevê uma tendência para

o aumento do número de FEPF em pessoas com idade ≥ 65 anos, em ambos os gêneros (Silva *et al.*, 2018).

Fischer *et al.* (2021) utiliza o termo “fraturas por fragilidade” para se referir às fraturas que ocorrem na ausência de trauma adequado ou que derivam de quedas da própria altura.

De acordo Fischer *et al.* (2021) as alterações nas estruturas ósseas associadas ao processo de envelhecimento como: a presença de osteoporose, a perda de densidade das redes trabeculares, o aumento do diâmetro e estreitamento do córtex do colo do fêmur podem aumentar a suscetibilidade das pessoas idosas para a ocorrência de fraturas do fêmur.

Triana *et al.* (2018) referem que a perda de massa óssea aliada à sobrecarga da epífise proximal do fêmur pode justificar a incidência de FEPF nesta faixa etária, ao passo que Fischer *et al.* (2021) consideram que o *stress* compressivo originado pela queda e aplicado ao córtex superolateral do colo do fêmur poderá constituir a hipótese que melhor explica a origem deste tipo de lesões.

As FEPF podem ser classificadas em fraturas intracapsulares ou extracapsulares. As fraturas intracapsulares compreendem as fraturas que ocorrem ao nível da cabeça e do colo do fêmur, já as fraturas extracapsulares dizem respeito às fraturas que ocorrem entre os dois trocânteres (intertrocantéricas) ou 5 cm abaixo do limite do trocânter menor (subtrocantéricas).

As fraturas do colo do fêmur são designadas de acordo com o local onde se observa o traço de fratura, podendo ser de origem subcapital, transcervical ou basocervical (Fischer *et al.*, 2021).

Segundo Fischer *et al.* (2021), as fraturas transcervicais correspondem às fraturas mais comumente observadas em idosos, traduzindo valores acima dos 86%.

Este tipo de lesão acarreta, habitualmente, dor ao nível da articulação ou na região inguinal e incapacidade para sustentar o próprio peso. Durante a observação clínica, é provável que se verifique rotação externa, abdução e encurtamento do membro inferior afetado.

As fraturas do colo do fêmur podem ser classificadas de acordo com a linha de inclinação da fratura (Classificação de Pauwels), de acordo com o nível, grau de deslocamento e ângulo da linha

de fratura (Classificação AO) ou de acordo com o deslocamento da fratura (Classificação de Garden) (Fischer *et al.*, 2021).

De acordo com a classificação de Garden (a mais difundida e utilizada na prática clínica), as fraturas do colo do fémur podem ser classificadas em: estáveis (I, II) ou instáveis (III, IV). As fraturas estáveis podem ser incompletas/impactadas (I) ou completas (II), no entanto não estão sujeitas ao desvio dos fragmentos ósseos. Por outro lado, as fraturas instáveis correspondem a fraturas completas com deslocamento parcial (III) ou total (IV) da cápsula articular e dos seus vasos adjacentes (Fisher *et al.*, 2021).

Este sistema de classificação sugere que quanto maior for o grau da fratura, maior será o risco de desenvolver complicações relacionados com a ausência ou insuficiência de suprimento sanguíneo, como é o caso da osteonecrose da cabeça do fémur (Thompson & Netter., 2020).

As fraturas do colo do fémur, carecem, na sua maioria, de tratamento cirúrgico podendo ser necessário recorrer à substituição total ou parcial da anca ou a abordagens cirúrgicas não artroplásticas como a redução aberta com fixação interna (RAFI) (Thompson & Netter., 2020).

A fixação cirúrgica (osteossíntese) das fraturas que acometem o colo do fémur deve ser reservada a pessoas relativamente jovens com fraturas sem desvio ou, em alternativa, a pessoas dependentes acamadas com o intuito de gerir e controlar a dor (Fisher *et al.*, 2021).

A artroplastia total da anca (ATA) deverá ser sugerida às pessoas com níveis de funcionalidade satisfatórios e anteriormente ativas, por permitir a mobilização precoce do segmento corporal afetado e por apresentar menores taxas de revisão cirúrgica em comparação com a hemiartroplastia. De acordo com Fischer *et al.* (2021), a hemiartroplastia deve ser considerada quando existe incapacidade em seguir as recomendações necessárias para evitar episódios de luxação da prótese.

Por sua vez, Domenech *et al.* (2023) referem que a par das fraturas intracapsulares, as fraturas extracapsulares tendem a ocorrer em pessoas idosas em situação de fragilidade, estando frequentemente associadas a patologia osteoporótica prévia.

A gestão de fraturas intertrocânticas requer uma abordagem cirúrgica, já que optar pelo tratamento conservador tem demonstrado aumentar o risco de mortalidade e impactar negativamente a recuperação funcional (Huang *et al.*, 2023).

De acordo com Domenech *et al.* (2023), as fraturas intertrocânticas são habitualmente classificadas de acordo com o sistema de classificação proposto pelo grupo AO/OTA, que as categoriza em fraturas estáveis ou instáveis.

O encavilhamento cefalomedular com cavilha curta ou longa tem sido o tratamento cirúrgico de eleição nas pessoas com este tipo de fratura (Domenech *et al.*, 2018), no entanto as *guidelines* emanadas pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) em 2011 e revistas em 2023 recomendam a utilização de dispositivos extramedulares (como o *sliding hip screw*) no tratamento e gestão de fraturas trocânticas (NICE, 2023a).

Yu *et al.* (2023) realizaram uma meta-análise no sentido de perceberem se seria mais benéfico recorrer a dispositivos intramedulares ou extramedulares aquando a abordagem cirúrgica de FEPP. Neste estudo, onde foram incluídos 30 ensaios clínicos controlados e randomizados, os autores constataram que a utilização de dispositivos como o *dynamic hip screw* (DHS) estaria indicada em caso de fraturas estáveis, basocervicais ou transcervicais, enquanto que a utilização de uma haste intramedular estaria indicada para situações em que se verifica instabilidade do local de fratura, em fraturas pertrocânticas ou em fraturas intertrocânticas de obliquidade reversa.

Os dispositivos intramedulares têm demonstrado ser mais eficazes na prevenção de perdas sanguíneas no período intra-operatório e na prevenção do encurtamento do colo do fémur, no entanto salienta-se que a implantação de uma haste femoral determina maior tempo operatório e que durante a inserção do material existe risco acrescido de fratura femoral (Yu *et al.*, 2023).

As fraturas subtrocânticas representam cerca de 7 a 34% de todas fraturas femorais (Hantouly *et al.*, 2023), sendo o tratamento cirúrgico com haste medular longa considerado o tratamento *gold standard* na gestão deste tipo de fraturas (Fischer *et al.*, 2021).

Este tipo de lesão está frequentemente associado a traumas de alta energia (ex.: acidentes automobilísticos) em pessoas jovens e a traumas de baixa energia (ex.: quedas da própria altura) em pessoas idosas (Hantouly *et al.*, 2023).

Do ponto de vista biomecânico, as fraturas subtrocantéricas podem ser mais desafiantes, uma vez que estão sujeitas à interação concomitante das forças geradas durante a contração dos músculos da anca e das forças extrínsecas, associadas ao peso corporal e à ação da gravidade (Hantouly *et al.*, 2023).

Esta região, já fragilizada, torna-se ainda mais vulnerável à ocorrência de deformidades articulares induzidas e potenciadas pela ação dos músculos iliopsoas, glúteo médio e rotadores externos (Sousa & Carvalho., 2023a).

À adoção do posicionamento vicioso/adaptativo de flexão, abdução e rotação externa, junta-se ainda a deformidade em varo provocada pela ação dos músculos adutores da coxa (Lourenço & Pires, 2015, citados por Sousa & Carvalho, 2023a).

A intervenção cirúrgica atempada, realizada idealmente nas primeiras 48h de internamento (NICE, 2023), permite reduzir e/ou prevenir complicações associadas a períodos prolongados de imobilidade no leito (Lourenço *et al.*, 2021), iniciar a mobilização passiva precoce que se associa à redução da dor, retomar a posição ortostática com sustentação parcial/total do membro intervencionado (Colibazzi *et al.*, 2020) e, sobretudo retomar a marcha, um fator essencial para a re aquisição da funcionalidade da pessoa no período pós-operatório e para retomar a sua independência nas AVD's.

2.3 Artroplastia da Anca

A artroplastia da anca consiste na substituição parcial (hemiartroplastia) ou total (artroplastia total da anca) da ACF por componentes protésicas. A primeira, apenas requer a substituição da componente femoral, enquanto a segunda cirurgia determina que sejam removidas e substituídas tanto a componente acetabular como a femoral.

A opção pelo procedimento mais ou menos invasivo, deve basear-se em critérios pré-estabelecidos e que contemplem aspetos relacionados com a avaliação custo/benefício a longo prazo. Fatores como o nível de independência prévio ao episódio de fratura, o estado clínico atual e a probabilidade de beneficiarem do procedimento a médio-longo prazo devem ser equacionados no momento de deliberação.

Deste modo, as guidelines internacionais recomendam que a colocação de uma prótese total da anca seja reservada às pessoas que se prevê que beneficiariam de tal procedimento num período temporal superior a 2 anos (NICE, 2023a).

2.3.1 Artroplastia Total da Anca

A artroplastia total da anca surgiu na década de 60, tornando-se rapidamente um dos procedimentos cirúrgicos mais revolucionários da sua altura por permitir recuperar a mobilidade de pessoas com deformidades articulares da anca de origem artrítica.

Prevê-se que anualmente mais de um milhão de pessoas necessite de recorrer a este tipo de cirurgia. Apesar de, tipicamente, a artroplastia total da anca (ATA) ser realizada em pessoas idosas, nos próximos anos estima-se que a necessidade de permanecer ativo e a crescente preocupação com a otimização da qualidade de vida, “obrigue” pessoas cada vez mais jovens a procurar este tipo de alternativas (Savin *et al.*, 2023).

Segundo Savin *et al.* (2023), prevê-se que até 2030 cerca de metade das pessoas submetidas a ATA tenham menos de 65 anos.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013), pessoas com diagnóstico de artropatia, que apresentem sintomatologia dolorosa e limitação funcional na realização das suas AVD's, refratária ao tratamento conservador ou opções cirúrgicas menos invasivas, devem ser propostas para cirurgia eletiva de ATA.

A osteoartrite consiste num processo degenerativo de desgaste da cartilagem articular que acomete sobretudo as articulações da anca e joelho e que conduz frequentemente à necessidade de substituição destas estruturas ósseas.

Considerada uma das 10 patologias mais incapacitantes em países desenvolvidos (OCDE, 2023), estima-se que a osteoartrite afete cerca de 528 milhões de pessoas a nível mundial (OMS, 2022). Estes valores refletem um aumento de 113% face aos dados obtidos no início da década de 90 e sugerem que o aumento da esperança média de vida associado à presença de fatores de risco modificáveis como a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo e o abuso de substâncias alcoólicas podem justificar o aumento exponencial da prevalência e incidência desta patologia em pessoas com idade ≥ 60 anos (OCDE, 2023).

A osteoartrose primária ou secundária da anca, a osteonecrose da cabeça femoral, a doença inflamatória da anca e a fratura do colo do fémur constituem assim as principais indicações para realização de ATA. Esta cirurgia, considerada uma das cirurgias ortopédicas com maior taxa de sucesso a nível global, visa sobretudo restaurar “(...) a qualidade de vida através do alívio da dor e/ou melhoria da função em doentes com artropatia da anca” (DGS, 2013, p.5).

Fatores como o recurso a abordagens cirúrgicas cada vez menos invasivas, a maior durabilidade dos componentes protésicos e o desenvolvimento e implementação de programas multimodais focados na otimização e recuperação da pessoa no período peri-operatório podem contribuir para explicar o sucesso e crescente reprodutibilidade deste procedimento cirúrgico (Sivaloganathan *et al.*, 2023).

A obesidade mórbida, a artropatia de Charcot e a existência prévia de uma patologia neurológica/neuromuscular incapacitante e/ou progressiva podem constituir contraindicações à realização da ATA, sendo que as contraindicações absolutas estão relacionadas com processos infecciosos locais e/ou sistémicos, paraplegia ou tetraplegia e imaturidade esquelética (DGS, 2013).

A idade por si só não constitui um fator impeditivo da realização desta cirurgia, pelo que apesar de se reconhecer que quanto mais cedo se realizar uma ATA mais cirurgias de revisão serão necessárias ao longo da vida, também se reconhece que quanto melhores condições pré-cirúrgicas a pessoa apresentar melhores serão os resultados obtidos (DGS, 2013).

O implante artificial para substituir a articulação da anca é constituído por 2 componentes metálicos, nomeadamente a haste femoral (inserida no canal medular) e a superfície acetabular (fixada à pelve) (Savin *et al.*, 2023).

As associações de interfaces mais comumente utilizadas são: metal/polietileno; metal/metal (contraindicada em situação de: gravidez, insuficiência renal ou hipersensibilidade aos metais); cerâmica/polietileno; cerâmica/metal e cerâmica/cerâmica) (DGS, 2013).

2.3.2 Hemiartroplastia da Anca

A substituição parcial da anca é uma das cirurgias mais utilizadas no tratamento de fraturas do colo do fémur e é considerada uma das melhores opções terapêuticas em pessoas idosas, com comprometimento cognitivo moderado a severo e restrições da mobilidade por permitir aliviar a dor relacionada com a fratura e preservar a funcionalidade residual (He *et al.*, 2023).

Ao contrário da ATA, a hemiartroplastia requer apenas a substituição da componente femoral, preservando o acetábulo original.

Além de menos exigente do ponto de vista técnico, as vantagens da hemiartroplastia incluem menor trauma cirúrgico, menor tempo operatório, menor incidência de luxação, redução das perdas sanguíneas no período intra e pós-operatório e menor custo económico (Li & Luo., 2021).

A hemiartroplastia pode ser unipolar ou bipolar. Na hemiartroplastia unipolar, a cabeça do fémur artificial articula-se diretamente com a componente acetabular, ao passo que na hemiartroplastia com prótese bipolar é implantado um componente protésico adicional entre o acetábulo nativo e a cabeça femoral artificial com o intuito de minimizar o desgaste da cartilagem articular e maximizar a longevidade do implante (Júnior *et al.*, 2020; Migliorini *et al.*, 2021).

Para fixar os componentes, o cirurgião pode optar por utilizar a técnica de fixação primária *press-fit* (não cimentada), com ou sem reforço de parafusos a nível acetabular, ou pela aplicação direta de cimento ósseo entre a haste femoral e o osso (Migliorini *et al.*, 2021).

Pioneiro na sua área, nos anos 60, John Charnley abordava conceitos inovadores como “artroplastia de baixa fricção” e defendia que a fixação óssea dos implantes prótesicos deveria ser realizada com recurso a cimento ósseo acrílico (Savin *et al.*, 2023).

Apesar desta abordagem garantir a fixação (quase imediata) da componente artificial à estrutura de origem, verificou-se que por desgaste do próprio cimento o risco de falência da prótese era bastante significativo, levando inevitavelmente ao descolamento asséptico dos implantes. Anos mais tarde, com vista a ultrapassar estes constrangimentos foram desenvolvidos modelos *cementless*, utilizando material poroso protésico revestido com hidroxiapatite que se sabia facilitar a adesão e crescimento ósseo. Porque nenhum modelo era totalmente isento de desvantagens, “(...) alguns grupos de ortopedistas defenderam a utilização da artroplastia híbrida, que combina um componente acetabular não cimentado com um femoral cimentado” (Silva, 2016, p.20).

De acordo com a DGS (2013) a prótese cimentada “(...) envolve a utilização de cimento que assegura a fixação do implante ao osso” (p.3), enquanto que a fixação na prótese não cimentada assenta no princípio da aplicação, sob pressão, dos componentes protésicos. A fixação secundária e definitiva é assegurada posteriormente através de um processo de osteointegração.

A técnica de fixação com aplicação de cimento é utilizada sobretudo em pessoas com má qualidade óssea ou cuja expectativa de vida é reduzida. Ainda existe alguma controvérsia sobre a utilização de próteses cimentadas *versus* próteses não cimentadas, no entanto vários estudos têm demonstrado os benefícios da primeira em relação à segunda.

A implantação de próteses cimentadas tem sido relacionada com a presença de menos dor e melhoria na mobilidade da ACF no período pós-operatório imediato (Lin *et al.*, 2019).

De acordo com Lewis *et al.* (2022), a médio prazo, as hemiartroplastias cimentadas têm demonstrado melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde e reduzir o risco de mortalidade nos 12 meses seguintes ao procedimento cirúrgico.

No que diz respeito à possibilidade de complicações, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre as duas modalidades, constatou-se maior risco de provocar fraturas periprotésicas intraoperatórias com a utilização de próteses não cimentadas (Lewis *et al.*, 2022).

Por outro lado, o processo de cimentação tem sido associado a um risco superior de desenvolver complicações cardiopulmonares (ex.: embolia pulmonar), apresentando também a desvantagem de tornar o processo de revisão cirúrgica mais complexo (Lewis *et al.*, 2022; Lin *et al.*, 2019).

No mesmo estudo, Lin *et al.* (2019) salientam ainda que, apesar de a hemiartroplastia cimentada determinar maior tempo operatório, esse facto não se traduz no aumento de perdas sanguíneas, nem no aumento do risco de infeção (He *et al.*, 2023).

De um modo geral, ambos os métodos de fixação apresentam vantagens e desvantagens, sendo necessário avaliar criteriosamente a situação clínica atual e anterior da pessoa no momento de optar por um método de fixação em detrimento do outro.

2.3.3. Principais vias de abordagem cirúrgica

As exigências do mundo atual pedem que repensemos as abordagens e métodos tradicionais de forma a responder às solicitações crescentes de pessoas cada vez mais informadas e diferenciadas em matéria de cuidados de saúde.

Períodos curtos de hospitalização (ou em alternativa, a possibilidade de cirurgia ambulatorial), o menor recurso a terapêutica analgésica, a mobilização precoce e a rápida recuperação funcional são alguns dos principais requisitos das pessoas submetidas a artroplastia da anca e que impulsionaram o desenvolvimento de alternativas às abordagens cirúrgicas convencionais (Patel & Golwala, 2023).

As principais vias de abordagem cirúrgica utilizadas na artroplastia da anca são: a abordagem anterolateral (*Watson-Jones*), a abordagem lateral direta (*Hardinge*), a abordagem anterior direta (*Heuter*), a abordagem posterolateral (*Kocher-Langenbeck*) e a abordagem posterior (*Moore*) (Patel & Golwala., 2023; Yang *et al.*, 2020).

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Uma vez que durante o último ensino clínico, contactei maioritariamente com pessoas submetidas a artroplastia da anca via abordagem posterolateral (PL), focar-me-ei sobretudo na definição desta técnica e, posteriormente (em capítulos/subcapítulos subsequentes) na sua implicação para o planeamento e gestão dos cuidados em ER.

De acordo com Yang *et al.* (2020) a via de abordagem posterolateral é uma das vias de abordagem mais utilizadas no acesso à ACF devido à sua simplicidade (em relação a outras vias de abordagem), menor curva de aprendizagem e por permitir obter uma boa exposição óssea.

A abordagem PL é habitualmente realizada com a pessoa em decúbito lateral.

É efetuada uma incisão (em forma de arco) com cerca de 10-14 cm, abrangendo o trocânter maior. Posteriormente, ocorre a disseção do músculo glúteo máximo, glúteo médio e quadrado femoral. De seguida, os músculos rotadores externos são seccionados junto ao trocânter maior, procedendo-se à exposição da cápsula articular e, por fim, do local de fratura. (Hu *et al.*, 2023)

Após a colocação dos componentes protésicos, mobiliza-se a articulação no sentido de atestar a sua estabilidade. Caso não ocorra luxação da prótese e não se verifique hemorragia ativa no local da incisão cirúrgica, procede-se à sutura *in situ* dos músculos rotadores externos e ao encerramento por planos (Hu *et al.*, 2023).

Algumas das desvantagens desta abordagem cirúrgica estão relacionadas com a elevada incidência de luxação posterior da anca, elevado trauma e dano provocado às estruturas adjacentes, risco de lesão do nervo ciático e com o atraso na cicatrização e recuperação funcional dos tecidos moles em torno da articulação (Yang *et al.*, 2020).

Os episódios de luxação relatados com o recurso a esta abordagem, podem ser explicados pela secção dos músculos rotadores externos, como é o caso do músculo piriforme, gêmeo superior e gêmeo inferior. A preservação destes músculos, que envolvem a ACF, parece ser crucial para impedir a luxação da componente protésica após a ATA (Hu *et al.*, 2023).

De modo geral, importa salientar que qualquer via de abordagem cirúrgica apresenta vantagens e desvantagens, sendo por isso crucial que o enfermeiro e, sobretudo o EEER conheça a especificidade de cada via de abordagem e invista na formação contínua das suas equipas, no sentido de promover uma prestação de cuidados segura e informada pela evidência.

2.3.4 Complicações cirúrgicas

As complicações diretamente relacionadas com a artroplastia da anca dividem-se em complicações intra e pós-operatórias.

As complicações intra-operatórias mais comuns estão relacionadas com a ocorrência de fraturas durante a inserção dos componentes prótesicos, lesões neurovasculares ou síndrome de implantação óssea (associada à utilização de próteses cimentadas) (DGS., 2013).

Habitualmente, a região mais vulnerável à ocorrência de fraturas intra-operatórias é a região pertrocantérica. O risco aumenta substancialmente com a introdução da haste femoral (não cimentada) no canal medular devido à pressão de ajuste exercida (Júnior *et al.*, 2020).

Por outro lado, as complicações pós-operatórias mais frequentes abrangem as infeções, luxações, processos de osteólise, desgaste, descolamento asséptico, falência do implante, dismetria, ossificação heterotópica, doença tromboembólica e anemia (DGS, 2013).

De acordo com Júnior *et al.* (2020), a ossificação heterotópica caracteriza-se pela formação e presença de tecido ósseo em estruturas moles. Esta complicação, que pode atingir até 50% das pessoas submetidas a ATA, ocorre sobretudo em pessoas idosas, do sexo masculino, com artropatias inflamatórias, infeções, cirurgias ou fraturas prévias da anca.

As fraturas pós-operatórias resultam geralmente de eventos traumáticos, com impacto sobretudo na extremidade distal da haste femoral.

A luxação da prótese consiste numa das principais causas de revisão cirúrgica. Como referido anteriormente, a abordagem PL está associada a um maior risco de luxação posterior da anca, no entanto o ensino (preferencialmente iniciado no período pré-operatório), a instrução e o treino

dos posicionamentos a adotar no período pós-operatório, a implementação de programas de fortalecimento muscular e a consciencialização da necessidade de adaptar o domicílio para permitir o desempenho do autocuidado de forma independente são aspetos determinantes para minimizar este risco (Dias *et al.*, 2021).

O descolamento asséptico constitui uma das principais razões de revisão cirúrgica e pode estar relacionado com uma multiplicidade de fatores, incluindo a fixação inadequada do implante, a perda progressiva de fixação mecânica ou perda biológica de fixação devido à presença de partículas indutoras de processos de osteólise em torno da prótese. Alguns estudos relatam, inclusive, que o *stress* mecânico relacionado com o excesso de movimento, provoca desgaste do interface acetabular com conseqüente libertação de partículas que sofrem acumulação junto da articulação e originam uma resposta inflamatória localizada. Esta resposta biológica torna-se gradualmente mais pronunciada à medida que o processo de osteólise avança (Amer *et al.*, 2007).

A escolha das interfaces utilizadas deve ser adequada à qualidade óssea, estado geral de saúde, estilo de vida e nível de atividade da pessoa, por forma a maximizar a durabilidade dos componentes, reduzir o risco de revisão cirúrgica precoce e aumentar a satisfação com o procedimento (Savin *et al.*, 2023).

De acordo com a DGS (2012) o risco de tromboembolismo venoso é bastante elevado em cirurgias ortopédicas *major*, como é o caso das cirurgias corretivas de FEPP.

Na verdade, crê-se que este risco permaneça elevado durante os primeiros 3 meses após a cirurgia, pelo que se recomenda a manutenção da profilaxia anticoagulante durante 28 a 35 dias (DGS, 2012).

Estima-se que a anemia pré-operatória esteja presente em 30-40% das pessoas que são submetidas a cirurgias *major*, sendo a anemia ferropénica a mais comum (Dao & Massin., 2019).

Vrontis *et al.* (2020) referem que os valores de hemoglobina desejáveis no momento de cirurgia ortopédica *major* devem rondar os 13 g/dl para ambos os géneros, uma vez que a necessidade de recorrer à transfusão sanguínea em pessoas submetidas a ATA, tem sido associada a um

aumento de complicações cirúrgicas, nomeadamente: aumento do risco de infeção do local cirúrgico (ILC), períodos prolongados de internamento e consequentemente aumento dos custos hospitalares.

Ademais, o uso rotineiro de sistemas de drenagem por vácuo/sucção tem sido amplamente discutido por aumentar a perda sanguínea, eliminando o efeito de tamponamento. (Vrontis *et al.*, 2020). No local onde estagiei, não se recorria à colocação de drenos cirúrgicos no momento de encerramento da ferida cirúrgica, apresentando por um lado benefícios ao nível da manutenção de níveis estáveis de hemoglobina e diminuição do risco de infeção, e por outro lado, risco acrescido de desenvolvimento de hematomas peri-incisionais.

A ILC pode ser outra das consequências relacionadas com este procedimento cirúrgico, estando associada a maior risco de mortalidade (Probert *et al.*, 2022).

Martins & Fernandes (2019), realizaram um estudo retrospectivo no bloco operatório de uma unidade hospitalar portuguesa onde concluíram que dos 214 participantes (submetidos a artroplastia da anca) que constituíam a amostra do estudo, 13 desenvolveram ILC e que destes, 7 desenvolveram uma infeção do compartimento profundo.

O agente patogénico mais frequentemente isolado foi o *staphylococcus aureus*, à semelhança da informação que vem descrita na literatura (Martins & Fernandes., 2019).

Os benefícios da instituição de feixes de intervenções (*bundles*) para a prevenção da ILC foram significativamente notórios em pessoas submetidas a artroplastia da anca, uma vez que demonstraram reduzir a taxa de infeção em 38,1% (DGS, 2022).

A maioria das pessoas submetidas a artroplastia da anca, são pessoas idosas com múltiplas comorbilidades. A obesidade e a *diabetes mellitus* têm sido associadas a piores *outcomes* cirúrgicos, podendo atrasar ou inibir a cicatrização dos tecidos. A otimização e controlo de patologias pré-existentes, a preparação pré-operatória da pele, a manutenção de normotermia e de níveis de oxigenação adequados antes e após a cirurgia e a utilização de técnica asséptica podem contribuir para prevenir a ILC neste tipo de cirurgias (DGS, 2022).

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Uma outra complicação, que pode ocorrer nos dias seguintes à cirurgia está relacionada com a presença de *delirium* pós-operatório (DPO). Esta síndrome é essencialmente geriátrica, tratando-se de uma complicação cada vez mais frequente em pessoas acima dos 65 anos e cuja incidência varia entre os 5,2% e os 52,2% (Marques *et al.*, 2019).

A sua origem é habitualmente multifatorial, manifestando-se por alterações agudas no estado mental, no estado de consciência, nas funções cognitivas e nas funções primárias da atenção (Dalarmi *et al.*, 2023).

A presença de DPO tem sido associada a piores *outcomes* cirúrgicos, pior adesão aos programas de reabilitação, à presença de consequências neurológicas a médio e longo prazo, ao aumento da morbimortalidade, do período de tempo de internamento, da probabilidade de reinternamentos e, por conseguinte, dos custos hospitalares (Chen *et al.*, 2022; Dalarmi *et al.*, 2023; Marques *et al.*, 2019; NICE, 2023b).

Entre os principais fatores de risco estão a idade (≥ 65 anos), a presença atual ou prévia de comprometimento cognitivo e/ou demência, internamento atual por fratura do fémur e a severidade da doença (NICE, 2023b).

Contudo, estudos recentes têm aferido que o tipo de anestesia e medicação peri-operatório utilizada, os valores de hemoglobina pré-operatória e a quantidade de perdas sanguíneas no período transoperatório podem influenciar o desenvolvimento de DPO (Dalarmi *et al.*, 2023).

Neste sentido, Dalarmi *et al.* (2023) constata que é preferível associar a anestesia geral balanceada ao bloqueio subaracnoídeo e que fármacos como as benzodiazepinas, os opióides, os anticolinérgicos e corticosteroides devem ser evitados nesta população.

As flutuações ou mudanças que podem indicar a presença de DPO estão relacionadas com a afecção da cognição (dificuldade em concentrar-se, confusão, lentificação das respostas verbais), da perceção (podendo a pessoa apresentar alucinações visuais e/ou auditivas), da capacidade funcional (dificuldade em mover-se, lentificação motora, inquietação) e do comportamento social

(dificuldade em seguir indicações, alterações na comunicação, oscilações do humor ou atitude) (NICE, 2023b).

O DPO pode apresentar diferentes subtipos, cuja diferenciação reside essencialmente nas características clínicas presentes. As pessoas com DPO podem desenvolver *delirium* hiperativo, hipoativo ou misto. O *delirium* hiperativo, é o subtipo mais facilmente reconhecido pelos profissionais de saúde e caracteriza-se por perambulação, inquietação, agitação psicomotora, agressividade, alucinações e irritabilidade; o *delirium* hipoativo é frequentemente subdiagnosticado, sendo o que mais afeta as pessoas idosas e caracteriza-se por um estado de apatia, redução da atividade, consciência, atenção e comunicação. Este subtipo (hipoativo) associa-se a um maior risco de complicações e de mortalidade, cursando com pior prognóstico (Chen *et al.*, 2022; Dalarmi *et al.*, 2023; Fisher *et al.*, 2021).

Já o *delirium* misto, resulta de períodos de alternância entre os dois subtipos anteriormente abordados (Chen *et al.*, 2022).

2.4 Doenças Neurodegenerativas Progressivas

As DNP afetam atualmente milhões de pessoas a nível mundial e, apesar dos esforços conjuntos de várias instituições de referência, não foi ainda possível desenvolver um tratamento capaz de possibilitar a sua cura (Lamprey *et al.*, 2022).

O conjunto de doenças englobado nesta “categoria” partilha entre si um aspeto comum: a degeneração progressiva das células nervosas. A sua deterioração pode desencadear alterações no controlo dos movimentos musculares voluntários (ataxia) e concomitantemente levar a alterações na cognição e à instalação de processos demenciais (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Ainda que a idade seja considerada um dos principais fatores para o desenvolvimento da maioria das DNP, estudos recentes demonstram que as características genéticas individuais e a exposição ambiental podem contribuir, igualmente, para o aumento deste risco (Lamprey *et al.*, 2022).

Dentre as mais de 600 DNP conhecidas, a doença de Alzheimer (DA) e a doença de Parkinson (DP) destacam-se pela elevada prevalência mundial, sendo consideradas duas das principais causas de demência na atualidade.

Os dados disponibilizados pela OCDE (2023), referentes ao ano de 2021, revelaram que mais de 21 milhões de pessoas sofriam de demência à data e que se a trajetória ascendente se mantiver, esses números deverão subir para cerca de 32 milhões até 2040 nos países da OCDE.

Em 2040, prevê-se ainda que dos 38 países membros, 12 (incluindo Portugal) apresentem uma prevalência de demência equivalente a 25 pessoas por 1.000 habitantes (OCDE, 2023).

2.4.1 Doença de Alzheimer

De acordo com Scheltens *et al.* (2021), a DA está, rapidamente, a tornar-se uma das doenças mais letais deste século.

Descrita pela primeira vez em 1907 pelo psiquiatra alemão Alois Alzheimer, a DA é responsável pela maioria dos casos de demência (60-80%) e pode ser definida como uma doença neurodegenerativa progressiva caracterizada pela formação intracelular de tranças neurofibrilares e deposição de placas neuríticas no exterior das células nervosas em resultado da acumulação de uma proteína anormal e insolúvel, a peptídeo beta-amiloide (Breijyeh & Karaman., 2020).

A etiologia das alterações patológicas subjacentes à DA não é ainda conhecida, no entanto crê-se que as duas hipóteses que melhor explicam o aparecimento das lesões nervosas estejam relacionadas com: a) um comprometimento na função colinérgica; b) alterações na produção e processamento da proteína beta-amiloide (Breijyeh & Karaman., 2020).

Os sintomas comportamentais podem manifestar-se nas fases pré-clínica ou prodrómicas da DA, não estando apenas reservadas a estadios mais avançados da doença.

Estes sintomas incluem: agitação (inquietação, comportamentos repetitivos), agressividade (verbal e/ou física), ansiedade, apatia (indiferença, isolamento social e embotamento afetivo),

depressão (associada também a anedonia, ruminação mental, culpa e sentimentos de desesperança), desinibição, euforia, irritabilidade, psicose (acompanhada por alucinações e/ou delírios), transtornos alimentares (anorexia, hiperfagia e ingestão de substâncias não nutritivas) e distúrbios do sono (insónia/hipersónia, síndrome das pernas inquietas e patologias respiratórias) (Teixeira *et al.*, 2023).

De acordo com Teixeira *et al.* (2023) à medida que a patologia progride e os sintomas comportamentais/neuropsiquiátricos evoluem, observa-se um agravamento da deterioração da função cognitiva e das limitações funcionais da pessoa, o que resulta em maior sobrecarga para o(s) cuidador(es), sobreutilização dos recursos de saúde, risco de institucionalização e em última instância na morte prematura da pessoa com DA.

Em 2008, um estudo que abrangeu 27 países europeus, concluiu que o custo associado à DA rondava os 160 milhões de euros anuais, o que correspondia a cerca de 22.000 €/pessoa.

Este valor, apesar de significativo, não deixa transparecer o impacto negativo desta doença (progressiva e incurável) na qualidade de vida da pessoa que a vivencia e dos seus familiares (que frequentemente assumem a função de cuidador informal).

De facto, a literatura revela que os cuidadores informais de pessoas com DA apresentam pior qualidade de vida quando comparados com os cuidadores informais de pessoas sem DA, podendo este ser um dos fatores que mais contribui para o abandono da prestação de cuidados em contexto domiciliário (Ferreira *et al.*, 2022).

Considerando a extensão e magnitude desta problemática, Costa *et al.* (2021) desenvolveram um estudo com o objetivo de investigar a dimensão socioeconómica da DA na população portuguesa e concluíram que em 2018, esta doença foi responsável por 45.754 mil anos perdidos por incapacidade em pessoas com idade ≥ 65 anos, com maior repercussão no sexo feminino.

Relativamente aos anos perdidos por morte prematura, o mesmo estudo, concluiu que a DA foi responsável por aproximadamente 7538 dos óbitos nacionais, traduzindo 8,1% da mortalidade total nesse ano (Costa *et al.*, 2021).

A análise quantitativa dos custos diretos (médicos e não médicos) e da carga de doença (expressa em anos de vida ajustados pela incapacidade), revelou a necessidade, cada vez mais urgente, de definir estratégias adequadas à gestão da sobrecarga associada à doença, ao diagnóstico e tratamento precoce, bem como estabelecer medidas de suporte social dirigidas e adequadas às necessidades das pessoas e dos respetivos cuidadores informais. (Costa *et al.*, 2021)

2.4.2 Doença de Parkinson

A DP é, hoje, considerada a segunda DNP mais comum no mundo, logo a seguir à DA. De acordo com a literatura, a sua descoberta remonta a 1817, altura em que James Parkinson identificou e descreveu os principais sintomas da doença (Cabreira & Massano., 2019).

De acordo com a informação disponibilizada pela OMS (2023), em 2019, estimava-se que mais de 8 milhões de pessoas vivessem com DP, com impacto direto no aumento do número de anos de vida ajustados por incapacidade. Durante esse ano, a DP terá sido responsável pela morte prematura de aproximadamente 329.000 mil pessoas, um aumento superior a 100% face ao ano de 2000.

A DP, surge habitualmente, em pessoas com idade compreendida entre os 50 e os 80 anos, atingindo o seu pico por volta da sétima e oitava década de vida. (Cabreira & Massano., 2019; GBD 2016 Parkinson's Disease Collaborators, 2018)

A probabilidade de desenvolver DP é cerca de 1.4 vezes superior no género masculino em comparação com o género feminino, acreditando-se que a explicação para essa discrepância possa estar relacionada com a sua ocupação laboral e, mais concretamente, com a maior exposição ambiental a substâncias nocivas (GBD 2016, Parkinson's Disease Collaborators, 2018).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, uma vez que a realização de testes genéticos apenas demonstra utilidade em casos específicos. A identificação de parkinsonismo (síndrome caracterizada por alterações motoras, não específicas da DP) pode fazer suspeitar da presença da doença. Os sinais motores cardinais da DP caracterizam-se por bradicinesia/acinesia, tremor (em repouso), rigidez e instabilidade postural (Cabreira & Massano, 2019).

As manifestações não motoras da doença (frequentemente subdiagnosticadas) incluem sintomas neuropsiquiátricos como: deterioração cognitiva, depressão, ansiedade, psicose (ilusões e alucinações visuais complexas), apatia e fadiga. Também podem estar presentes sintomas gastrointestinais (disfagia, enfartamento e obstipação), autonómicos (retenção/incontinência urinária, disfunção sexual, sialorreia, hipersudorese e hipotensão ortostática), sensitivos (dor e hiposmia) e perturbações do sono (hipersonolência diurna, sonhos vividos e síndrome das pernas inquietas) (Cabreira & Massano, 2019).

A deterioração cognitiva afeta uma grande percentagem de pessoas com DP e compreende um largo espectro de manifestações, desde o comprometimento cognitivo ligeiro até estadios avançados de demência.

Cabreira & Massano (2019), referem que “a demência associada à DP pode afetar 80% dos doentes a longo prazo” (p. 665), constituindo o rastreio cognitivo um elemento essencial para identificar estas alterações e permitir nortear o planeamento dos cuidados e a abordagem terapêutica a utilizar.

De acordo com os autores supracitados (Cabreira & Massano, 2019), o aparecimento dos sintomas não motores é, com frequência, o principal motivo que leva as pessoas a procurar apoio médico especializado.

Isto, porque alguns dos sintomas não motores já mencionados, nomeadamente a depressão, a ansiedade, a apatia e a dor têm demonstrado ser mais prejudiciais para a qualidade de vida das pessoas com DP do que os próprios sintomas motores (Zhao *et al.*, 2020).

No seu estudo sobre a qualidade de vida dos doentes com Parkinson, Zhao *et al.* (2020) concluem que as pessoas que sofrem de DP apresentam, em relação à maioria dos domínios, pior qualidade de vida quando comparadas com pessoas saudáveis (grupos de controlo) e que o acompanhamento destas pessoas devia consagrar além de medidas terapêuticas farmacológicas, programas de reabilitação motora e psicoterapia adjuvante, com o intuito de preservar a saúde biopsicossocial da pessoa com DP.

2.5 TEORIAS DE ENFERMAGEM

Uma teoria apresenta-se como uma obra inacabada, sujeita regularmente a processos de refinamento cujo desafio emerge da possibilidade de testagem e validação da aplicabilidade do seu *core* de conceitos, pressupostos e proposições.

Martins *et al.* (2018) referem que a intervenção de ER deve ser orientada por uma linha de pensamento capaz de fundamentar a prática de cuidados, devendo preferencialmente recorrer-se aos referenciais teóricos de enfermagem.

Os autores do estudo supracitado constataram que as teorias e/ou modelos teóricos propostos por Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger, eram aqueles que mais influenciavam o exercício profissional dos EEER em Portugal. (Martins *et al.*, 2018)

Posto isto, e considerando, aqueles que foram os principais fundamentos teóricos das minhas intervenções, irei abordar detalhadamente os referenciais teóricos das duas primeiras teoristas mencionadas.

2.5.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

Reconhecida como uma das teoristas que mais contribuiu para a criação e desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e ciência prática, Dorothea Orem, dedicou a sua vida à criação e desenvolvimento de um modelo teórico que permitisse justificar, nortear e universalizar a intervenção das Enfermeiras (à época uma profissão com uma forte vinculação feminina) (Hartweg, 2015).

A consciência de que as Enfermeiras sabiam “fazer Enfermagem”, sendo, no entanto, incapazes de a descrever encorajou-a a desenvolver um modelo teórico com o intuito de responder à questão “*What condition exists in a person when judgments are made that a nurse(s) should be brought into the situation?*” (Orem, 2001 citada por Berbiglia & Banfield., 2014)

Partindo desta reflexão, Orem compreendeu que a necessidade de receber cuidados de Enfermagem estava intimamente relacionada com a incapacidade do próprio em satisfazer as

suas necessidades de autocuidado (em quantidade e qualidade) devido à sua situação individual de saúde. (Berbiglia & Banfield., 2014)

Nascia assim uma das teorias gerais de Enfermagem mais difundidas globalmente, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), composta por três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de Enfermagem. Posteriormente, foi adicionada uma 4ª teoria (a teoria do cuidado dependente), paralela à teoria do autocuidado, que reconhece a influência direta da capacidade e competência do cuidador informal sobre a ação do sistema de Enfermagem (Hartweg, 2015).

Por outro lado, a teoria do déficit de autocuidado explica que para se dedicarem ao autocuidado, as pessoas devem demonstrar capacidade para aprender, para decidir e para se autogerir de forma a serem capazes de produzir e regular o cuidado pessoal (Hartweg, 2015).

A necessidade de receber cuidados de Enfermagem advém da percepção da insuficiência da resposta do agente de autocuidado (“*self-care agent*”) ou do agente do cuidado dependente (“*dependent care-agent*”) para regular a complexidade das atividades essenciais à preservação da vida, saúde e bem-estar.

De acordo com Berbiglia & Banfield (2014) a noção de pessoa enquanto agente é essencial para a compreensão da TDAE. A teoria geral de Orem, aborda o conceito de autocuidado enquanto prática que os indivíduos iniciam e desenvolvem em prol da manutenção da sua vida, saúde e bem-estar, denominando por “agente” a pessoa que se envolve num conjunto de ações ou que demonstra poder/capacidade de o fazer (Orem, 2001 citada por Hartweg, 2015).

O conceito de autocuidado é indissociável do conceito de ação deliberada, uma vez que um não existiria sem o outro. Para a consecução do autocuidado, revela-se necessário que o indivíduo (de forma intencional) direcione os seus esforços voluntários para atingir um ou vários objetivos. Estas ações podem ser empregues com o intuito de alcançar estados ou condições que ainda não existem (ex.: como a transição de uma situação temporária de dependência de terceiros para um estado de independência) (Berbiglia & Banfield., 2014).

Queirós *et al.* (2014) referem que a principal ideia subjacente à TDAE está relacionada com o grau de maturidade da pessoa para gerir as limitações da ação no que diz respeito aos cuidados de saúde, podendo estas limitações levar a um estado de dependência parcial/total para cuidar de si ou daqueles que dependem de si.

Orem, concluiu que quando os recursos e/ou capacidades do indivíduo se revelam insuficientes para suprir as exigências de autocuidado, torna-se necessária a intervenção de Enfermagem no sentido de compensar totalmente/parcialmente esses défices ou supervisionar e ensinar a pessoa e respetivos cuidadores a desenvolver ações promotoras de autocuidado (Queirós *et al.*, 2014).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem (que abrange a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria do Autocuidado) surge com o intuito de descrever e estratificar as ações implementadas pelos enfermeiros para responder às limitações de autocuidado das pessoas.

De acordo com Orem, existem três tipos de requisitos de autocuidado: universais, transversais a todas as pessoas, e que estão relacionados com princípios de autopreservação (obtenção de oxigénio, ingestão adequada de água e comida, equilíbrio entre atividade e repouso, solidão e interação social); de desenvolvimento, que se associam a processos de maturação e a eventos particulares como o casamento ou a mudança de local de trabalho; e de desvio de saúde associados a alterações no estado de saúde e a processos de doença que determinam a necessidade de acompanhamento médico (Tomey & Alligood, 2002 citadas por Queirós *et al.*, 2014).

O aumento da quantidade de exigências relacionadas com os requisitos de desvio de saúde, aumenta também a complexidade dos cuidados de Enfermagem. Orem estabeleceu cinco métodos que podem ser empregues pelos enfermeiros (de forma combinada ou isolada) durante a prestação de cuidados e que devem ser adequados à (in)capacidade da pessoa para desenvolver o autocuidado. Assim, poderá ser necessário executar ou agir pela pessoa (substituindo-a), orientar e encaminhar, fornecer apoio físico/psicológico, assegurar um ambiente adequado ao seu desenvolvimento e ensinar (Tomey & Alligood, 2002 citadas por Queirós *et al.*, 2014).

De acordo com Hartweg (2015), a legitimidade da presença de Enfermagem não se pauta apenas pela intervenção em contextos de doença aguda e/ou crónica, mas também quando se prevê que poderá surgir um *déficit* relacional futuro associado por exemplo a uma intervenção cirúrgica.

Orem propõe por isso, que os sistemas de Enfermagem sejam determinados pelas limitações/défices de autocuidado da pessoa ou do cuidador/familiar (no caso de a pessoa ser socialmente dependente de outrem), podendo, por exemplo, ser necessário recorrer a um sistema parcialmente compensatório em situações que requerem intervenção de reabilitação para alcançar os níveis de funcionalidade prévios (Hartweg, 2015).

Apesar de a presente teoria se enquadrar no paradigma da Integração, não podemos contestar a sua utilidade para a prática de ER. Quando a pessoa experimenta alterações no seu estado de saúde (neste caso relacionadas com processos traumáticos) cabe ao EEER recorrer às suas competências para (em conjunto com a pessoa) estabelecer um programa de reabilitação capaz de a habilitar a agir, com intencionalidade, para cuidar de si mesma (*“self-care agency”*). Na eventualidade de não ser possível capacitar a pessoa, o EEER deve procurar dotar os cuidadores informais de conhecimentos e competências que lhes permitam assegurar a concretização desses mesmos cuidados (*“dependent-care agency”*) (Hartweg, 2015).

Orem assume ainda que para ser possível *“amadurecer”* o processo de autocuidado é necessário que a pessoa apresente capacidades e disposições fundamentais (memória, habilidades relacionadas com a perceção e orientação), componentes de poder (valorização da saúde, a habilidade de adquirir conhecimento sobre os recursos assistenciais de autocuidado, energia vital para o autocuidado, motivação, entre outros) e capacidades para operações de autocuidado (relacionadas com a capacidade para aprender, obter recursos, refletir sobre o curso da ação, tomar decisões, monitorizar e avaliar os efeitos produzidos pela ação) (Orem, 2001 citada por Hartweg, 2015).

A título de exemplo, podemos afirmar que numa pessoa com demência de Alzheimer em estadio avançado estas habilidades, apesar de desenvolvidas, encontram-se em declínio pelo que

eventualmente será necessária a intervenção de um cuidador informal e/ou de Enfermagem para garantir a satisfação dos requisitos de autocuidado (Hartweg, 2015, p.112).

Hellqvist (2021) acredita ainda que a aplicação deste modelo teórico pode ser útil para ajudar a pessoa com DP e o respetivo cuidador a lidar com a doença, referindo a importância de promover encontros frequentes entre as três entidades envolvidas no processo de cuidados (paciente, enfermeiro e parceiro de cuidados). A autora salienta ainda a necessidade de discutir as exigências dos novos requisitos de autocuidado e o modo como estes influenciam a família enquanto sistema unitário.

2.5.2 Teoria das Transições de Afaf Meleis

O processo de refinamento que levou ao desenvolvimento da atual Teoria das Transições durou mais de 40 anos, tendo sido influenciado por três paradigmas: a teoria dos papéis, a percepção das experiências vividas e a teoria pós-colonial feminista (Meleis, 2015).

De acordo com Chick & Meleis (1986), o termo transição refere-se à “passagem ou movimento de um estado, condição ou sítio para outro” (p. 239), sendo percebido como um processo psicológico que pressupõe a adaptação e incorporação da mudança por parte do indivíduo (Silva *et al.*, 2019).

A Teoria das Transições procura descrever as experiências das pessoas que são confrontadas, vivem ou lidam com um evento, uma situação ou fase do crescimento que implica o desenvolvimento de novas competências, sentimentos, objetivos, comportamentos e/ou funções (Meleis, 2015).

De acordo com a teórica (2015), existem 4 situações passíveis de desencadear uma mudança (evento externo) e conseqüentemente uma experiência transicional (evento interno). Estes acontecimentos podem estar relacionados com mudanças no estado de saúde/situações de doença, com alterações do próprio processo de desenvolvimento (adolescência, menopausa, parentalidade, casamento, divórcio, entre outros), com transições situacionais (como a

admissão/alta hospitalar ou a mudança de emprego) ou com situações mais abrangentes como as transições organizacionais que podem atingir vários indivíduos dentro da mesma instituição.

Este processo, que requer uma reestruturação interna, torna-se ainda mais complexo se considerarmos que um determinado indivíduo, num determinado momento, pode estar a vivenciar, simultaneamente, dois tipos de transição distintos. (Silva *et al.*, 2019)

Chick & Meleis (1986) referem que a experiência de transição é essencialmente positiva, ainda que as mudanças possam parecer mais prejudiciais do que benéficas quando comparadas com o período pré-transicional.

Além da mudança propriamente dita, a experiência de transição é caracterizada por propriedades como: o intervalo de tempo (que se refere ao momento em que a pessoa adquire consciência acerca da situação, evento ou “gatilho” que determina o início de um processo de transição), o processo (considerando que a experiência transicional é fluída e dinâmica), a existência de uma sensação de desconexão (originada pela disrupção da sensação de segurança em relação àquilo que nos é familiar), o consciencialização (“*awareness*”) da mudança e da experiência interna de transição e a identificação de pontos críticos (“*milestones*”) que podem ser percebidos como pontos de viragem e que permitem conhecer as diferentes fases da experiência de transição (Meleis, 2015).

As transições podem ser únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas podendo o seu padrão influenciar as propriedades das transições e consequentemente os padrões de resposta.

Para Meleis, a experiência de transição inicia-se imediatamente antes do evento desencadeante, não sendo possível prever o seu final, uma vez que este conceito se refere a um evento interno, fluído e não linear (Meleis, 2015). O enfermeiro deve, contudo, ajudar a pessoa a identificar os fatores facilitadores e inibidores do processo de transição e que podem estar relacionados com condições pessoais, comunitárias ou sociais (Ribeiro *et al.*, 2021).

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Os enfermeiros intervêm com a(s) pessoa(s), com o intuito de as ajudar a ressignificar as experiências individuais e/ou coletivas, a compreender os fenómenos de transição, a definir objetivos realistas, a clarificar papéis e a modelar o seu comportamento para facilitar a aquisição do novo papel e/ou função que desejam desenvolver (Meleis, 2015).

Nas transições saudáveis, verifica-se a aquisição das competências necessárias para encarar e lidar com as mudanças que desencadearam a situação atual, observando-se a adoção de padrões de resposta funcionais. A existência de défices ou a incapacidade em compreender e desempenhar o novo papel remete-nos para um desajuste em relação aos objetivos e sentimentos, podendo haver um comprometimento do processo transicional (Silva *et al.*, 2019).

A monitorização dos indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*) e de resultado (mestria e integração fluída da identidade) permitem ao enfermeiro acompanhar as respostas ao processo de transição e mediar a necessidade de intervir (utilizando as terapêuticas de Enfermagem) na persecução do bem-estar.

Martins *et al.* (2018), realizaram um estudo de carácter descritivo-exploratório em que se debruçaram sobre as orientações concetuais dos EEER em 36 hospitais portugueses e concluíram que a maioria dos EEER demonstrava sustentar a sua prática diária baseando-se na definição dos quatro conceitos metaparadigmáticos enquadrados no referencial teórico proposto por Afaf Meleis.

Ademais, na sua tese de doutoramento, Ribeiro (2017) constatou que o grau de concordância em relação à teoria explanada, era mais elevado em Enfermeiros Gestores e Especialistas e entre aqueles que eram detentores do grau académico de mestrado, o que nos remete também para a importância da manutenção de uma relação de proximidade entre os profissionais e a academia.

De facto, o reconhecimento por parte dos enfermeiros, e mais concretamente dos EEER, da importância de estarem presentes em momentos desafiantes, como os que condicionam uma transição, tem vindo a aumentar. (Ribeiro *et al.*, 2021)

Diria eu, que isto significa que os EEER (na procura de ser congruentes com o disposto no seu mandato social) pretendem desenvolver uma prática de cuidados assente nas premissas propostas pelo paradigma da Transformação, identificando “**fatores facilitadores e inibidores** para a realização das AVD’s de forma independente no contexto de vida da pessoa” e avaliando os “**aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade**” (Regulamento nº 392/2019)

2.6 Reabilitação da Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca

O processo de reabilitação da pessoa com FEPP, submetida a artroplastia da anca, deve ser percecionado como um *continuum*, devendo o acompanhamento do EEER abranger todas as fases do período peri-operatório.

A implementação de um programa de reabilitação junto da pessoa com patologia do foro ortopédico (neste caso, com disfunção do membro inferior) deve centrar-se em três pilares essenciais, nomeadamente na prevenção de complicações relacionadas com períodos de imobilidade prolongada (úlceras por pressão, complicações respiratórias e/ou circulatórias), na reeducação funcional global e na promoção da capacitação para a autonomia no processo de autocuidado, no sentido de dotar a pessoa de competências que lhe permitam transitar, de forma saudável, para um novo estado de saúde (Sousa & Carvalho, 2023a).

Fairhall *et al.* (2022) reforçam ainda que pessoas submetidas a artroplastia da anca por fratura, demonstram beneficiar da integração em programas de reeducação funcional motora que incluam treino de marcha, treino de equilíbrio e correção postural.

2.6.1 Período Pré-Operatório

A Intervenção de ER no período pré-operatório deve incluir a avaliação e identificação da situação global da pessoa, incluindo a sua situação clínica atual (problemas potenciais e reais), limitações funcionais/cognitivas prévias, situação socioeconómica bem como redes e estruturas de apoio de proximidade.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Nesta fase é ainda crucial que se procure compreender qual é o nível de conhecimento da pessoa e/ou família em relação ao procedimento cirúrgico e em relação aos cuidados a adotar no período pós-operatório, no sentido de desmistificar conceitos ou ideias pré-concebidas e gerir expectativas desajustadas/desenquadradas da realidade.

A insatisfação dos utentes deriva frequentemente deste “*gap*” entre as expectativas da pessoa e do cirurgião (ou profissionais de saúde, no geral), sobretudo no que diz respeito às preocupações relacionadas com a capacidade para regressar à prática de desporto e à atividade física anterior (Colibazzi *et al.*, 2020).

Revela-se por isso essencial educar a pessoa e prepará-la psicologicamente para as alterações que se espera ocorrerem no período pós-operatório e capacitá-la para gerir os seus recursos internos de forma a adaptar o seu ambiente interno/externo às circunstâncias atuais. (Nicolau *et al.*, 2022)

De acordo com a NICE (2022), as pessoas devem receber ensinamentos sobre os exercícios a realizar no período pré e pós-operatório (no sentido de otimizar a sua recuperação) e sobre aquilo que podem esperar antes, durante e após a cirurgia, nomeadamente a duração do período de internamento hospitalar, da recuperação e do programa de reabilitação.

Colibazzi *et al.* (2020) sugerem que durante o processo de ensino/aprendizagem, sejam fornecidos materiais educativos adicionais como folhetos informativos, manuais detalhados ou suportes audiovisuais.

De acordo com Lourenço *et al.* (2021), a consciencialização da importância da adesão ao regime de reabilitação e da sua estreita relação com a recuperação funcional, constituem elementos fundamentais para reduzir a ansiedade, aumentar o *engagement* e a adesão da pessoa e/ou família ao regime de reabilitação.

Ao contrário das pessoas submetidas a cirurgia eletiva de artroplastia da anca, as pessoas que aguardam intervenção cirúrgica em consequência de eventos traumáticos, estão confinadas ao leito e, frequentemente, por um período superior ao recomendado.

De acordo com Guedes *et al.* (2018) as consequências que advêm de períodos prolongados de imobilização no leito podem, em alguns casos, tornar-se mais graves do que a situação clínica que motivou o internamento hospitalar. Este risco aumenta consideravelmente em pessoas idosas, devido à diminuição progressiva da sua reserva fisiológica, que conseqüentemente as torna mais vulneráveis face a *stressores*.

O processo de envelhecimento associa-se a uma redução no número de fibras musculares, levando à perda generalizada de massa muscular. A necessidade de permanecer em repouso no leito, mesmo que por poucos dias, leva à atrofia muscular que se associa a elevado risco de queda, declínio funcional e períodos de reabilitação mais longos (Graf, 2006).

Graf (2006) refere que os efeitos da imobilidade são particularmente nocivos para os músculos anti-gravíticos dos membros inferiores e tronco, podendo eventualmente comprometer ou dificultar o retorno e manutenção da postura ereta.

A intervenção do EEER deve por isso ser iniciada no período pré-operatório, com o intuito de minimizar ou prevenir complicações, otimizar o estado funcional pré-cirúrgico e promover a participação e envolvimento da pessoa durante todas as fases do seu processo de recuperação.

O repouso no leito associa-se ainda à presença de distúrbios no processo ventilatório devido à restrição da expansibilidade torácica que, por conseguinte, aumenta o risco de desenvolver estase brônquica (Graf, 2006).

Por essa razão, a intervenção do EEER deve também incidir no ensino, instrução e treino de exercícios de reeducação funcional respiratória, nomeadamente na consciencialização e dissociação de tempos respiratórios, na respiração abdomino-diafragmática, na reeducação costal e no ensino da tosse (Sousa & Carvalho, 2023a).

É igualmente recomendada a implementação de exercícios de contração isométrica ao nível dos músculos abdominais, quadricípites e glúteos no sentido de melhorar a contratilidade muscular e preservar a força muscular (Sousa & Carvalho, 2023a).

Graf (2006) reforça esta recomendação afirmando que para manter a força muscular, os músculos têm de sofrer a ação da contração. Por cada dia de inatividade (ou, neste caso, ausência de contração), verifica-se uma redução de 5% na força muscular.

Sousa & Carvalho (2023a) salientam ainda que as contrações isométricas breves (entre 5 e 6 segundos) aliadas à realização de massagens terapêuticas, crioterapia e mobilizações passivas no membro inferior lesado favorecem o retorno venoso, contribuindo para a redução do edema local.

Durante o período pré-operatório revela-se também importante preservar ou, se possível, aumentar a força muscular dos membros superiores e membro inferior contralateral, sobretudo porque nas semanas seguintes à cirurgia será necessário utilizar auxiliares de marcha para evitar a aplicação de carga excessiva ao nível do membro inferior intervencionado (Sousa & Carvalho, 2023a).

O reforço muscular destes segmentos corporais pode ser obtido por meio de mobilizações ativas-livres, ativas-assistidas e/ou resistidas com recurso a resistência manual (aplicada pelo EEER), bandas elásticas, halteres ou caneleiras (Sousa & Carvalho, 2023a).

Segundo Sousa & Carvalho (2023a) devem privilegiar-se os exercícios de mobilização da articulação tibiotársica, os “(...) movimentos de flexão-extensão da articulação coxofemoral, flexão de articulação coxofemoral com joelho em extensão, adução e abdução da coxo-femural;” (p.425), bem como a realização de exercícios de contração isométrica dos músculos adjacentes à ACF.

Os benefícios da educação pré-operatória têm sido abordados por diversos autores, no entanto uma revisão *Cochrane* concluiu que existiam poucos estudos (e com baixos níveis de evidência) que apresentassem os benefícios efetivos da inclusão de uma abordagem pré-operatória antes da realização de artroplastia da anca. Ainda assim, os autores consideram que a educação pré-operatória pode ser utilizada pelos profissionais de saúde como estratégia de intervenção adjuvante, considerando o baixo risco de resultar em efeitos indesejáveis (McDonald *et al.*, 2015).

2.6.2 Período Pós-Operatório

Apesar do reconhecido sucesso da artroplastia da anca no tratamento das várias patologias que acometem esta articulação, verifica-se que fatores como: a persistência de dor, a percepção de *déficits* ao nível da amplitude da ACF ou ao nível da força muscular e limitações funcionais relacionadas com a velocidade da marcha e a estabilidade postural continuam a ser relatados (ainda que, por um número reduzido de utentes), até um ano após a realização da respetiva cirurgia (Colibazzi *et al.*, 2020).

Importa considerar que as pessoas admitidas em serviços de ortopedia podem estar a experienciar, em simultâneo, diferentes tipos de transição capazes de influenciar a forma com que se processa o retorno ao domicílio. Por esse motivo, podem encontrar-se em piores condições funcionais relativamente ao estado pré-admissão hospitalar (Cruz *et al.*, 2021).

As limitações físicas (temporárias ou definitivas) que permanecem após o tratamento cirúrgico, além de aumentarem a complexidade da prática de enfermagem, impõe desafios adicionais à continuidade de cuidados (Cruz *et al.*, 2021).

Colibazzi *et al.* (2020) referem que a força muscular dos músculos que envolvem a ACF pode estar comprometida nos dois anos seguintes ao procedimento cirúrgico, pelo que a simples (re)adquirição de um padrão normal de marcha não é, por si só, indicativa de ausência de limitações.

Sem intervenção apropriada, este descondicionamento muscular pode influenciar o equilíbrio estático e dinâmico da pessoa, levando a um aumento do risco de quedas nesta população (Colibazzi *et al.*, 2020).

Estudos anteriores já tinham demonstrado uma perda na função muscular, imediatamente após a realização de artroplastia da anca. No entanto, carecemos ainda de evidência clara relativamente à melhor forma de intervir junto desta população-alvo, por forma a obter melhores resultados funcionais (Wu *et al.*, 2019).

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Complicações como a lesão iatrogénica do nervo glúteo superior durante a cirurgia (utilizando a via de abordagem PL) ou até a deficiente cicatrização do tendão do glúteo médio podem conduzir a hipotonia dos músculos abdutores da anca, que por sua vez condicionam a estabilidade do tronco durante o treino de marcha e o treino de subir/descer escadas (Colibazzi *et al.*, 2020).

De acordo com Sousa e Carvalho (2023b), o fortalecimento dos músculos abdutores e adutores da ACF permite aumentar a estabilidade lateral durante as passadas e melhorar o equilíbrio ortodinâmico.

O processo de reabilitação no período pós-operatório visa sobretudo melhorar a qualidade de vida da pessoa através da capacitação e maximização do seu potencial de saúde (Lourenço *et al.*, 2021).

Colibazzi *et al.* (2020) afirmam que mesmo no período pós-operatório, programas de educação com vista ao empoderamento da pessoa operada podem produzir ganhos significativos na capacidade para regular o autocuidado e a autoeficácia, podendo inclusive, minimizar os sintomas depressivos desencadeados pela situação de saúde.

Seguindo esta lógica, Meng *et al.* (2022) realizaram um estudo randomizado controlado com o intuito de conhecer os benefícios de uma intervenção baseada na teoria de aprendizagem social de Albert Bandura junto de pessoas submetidas a artroplastia da anca e concluíram que empregar estratégias promotoras da autoeficácia permite aumentar o compromisso das pessoas com o programa de reabilitação e melhorar a autoconfiança relacionada com o desempenho da tarefa, permitindo ultrapassar desafios com maior facilidade.

Além de contribuírem para o aumento da satisfação da pessoa e da família, as intervenções alicerçadas na educação para a saúde estão associadas à redução da necessidade de recorrer a terapêutica analgésica, à redução do risco de luxação da anca, à capacidade para regressar à atividade funcional, permitindo melhorar a autoeficácia e facilitar o processo de reabilitação pós-cirúrgico (Nicolau *et al.*, 2022).

Neste sentido, os autores reforçam que fornecer informações sobre o programa de reabilitação, utilizar o feedback positivo, partilhar histórias de casos bem-sucedidos, encorajar e fomentar a capacidade da pessoa para a autogestão e recorrer ao elogio, reforçando os seus triunfos passados e presentes pode contribuir para melhorar a adesão ao regime terapêutico (Meng *et al.*, 2022).

Contudo, a intervenção de ER deve ser faseada, devendo este estar desperto para identificar os momentos oportunos de interação com a pessoa e/ou família.

No período pós-operatório de ATA, deve dar-se especial ênfase à prevenção de complicações articulares relacionadas com o procedimento cirúrgico como a presença de rigidez articular, luxação da prótese e falência do material implantado (Lourenço *et al.*, 2021).

Caso seja utilizada a via de abordagem PL, é essencial que se mantenha a abdução da ACF com recurso à colocação de um triângulo abdutor ou almofada de dupla abdução entre os membros inferiores. Este procedimento, que visa prevenir a luxação/subluxação da articulação da anca, deve ser instituído ainda no bloco operatório, continuado durante o internamento hospitalar e, posteriormente, após a alta clínica (Sousa & Carvalho, 2023b).

De acordo com Lourenço *et al.* (2021) a implementação de um programa de reabilitação no período pós-operatório imediato deve objetivar a prevenção de contraturas e atrofia muscular, a prevenção da rigidez articular, a promoção do fortalecimento dos músculos do tronco (*core*) e da extremidade superior e a proteção dos componentes protésicos implantados.

Sousa & Carvalho (2023b) defendem que o programa de reabilitação deve ser iniciado de forma precoce, ainda com a pessoa no leito.

Nas primeiras 24h a 48h após a cirurgia, preconiza-se a realização de exercícios de contração isométrica para fortalecimento dos músculos flexores (iliopsoas e reto femoral), extensores (glúteo máximo e isquiotibiais) e abdutores (médio glúteo, pequeno glúteo e tensor da fáscia lata) da anca (Lourenço *et al.*, 2021).

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Nos primeiros dias de pós-operatório, o EEER deve procurar incentivar a mobilização precoce e frequente do membro inferior intervencionado, através da mobilização passiva e ativa-assistida desse segmento corporal.

Recomenda-se a realização de exercícios de mobilização dos dedos do pé (abdução/adução, flexão/extensão), da articulação tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar e inversão/eversão), da articulação do joelho (flexão/extensão) e da ACF (flexão/extensão; abdução/adução), bem como a realização de exercícios terapêuticos como o rolamento para o lado são e a elevação antero-pélvica. Estes dois últimos exercícios constituem a fase intermédia da posição de deitado para sentado, podendo ser bastante relevantes durante a transição da pessoa para a posição ortostática.

Nos primeiros dias de pós-operatório é expectável que a pessoa apenas consiga realizar movimento contra gravidade. No entanto, com a implementação de exercícios RFM durante o internamento será possível aumentar a força muscular (sobretudo do membro inferior intervencionado) e eventualmente iniciar movimento contra resistência (Lourenço *et al.*, 2021).

O primeiro levante é habitualmente realizado no 1º ou 2º dia de pós-operatório (Lourenço *et al.*, 2021), dependendo do estado geral da pessoa (condições de segurança) e da confirmação imagiológica da posição da prótese.

A dor provocada pela fratura, o desconforto relacionado com o posicionamento no leito e o medo e a expectativa inerentes ao procedimento cirúrgico, tornavam muitas vezes impossível abordar as temáticas relacionadas com os cuidados pós-operatórios, pelo que este tipo de ensinosa era habitualmente reservada para o 1º e 2º dia de pós-operatório.

Nesta fase, realizavam-se ensinosa sobre as complicações associadas ao procedimento cirúrgico e sinais de alerta (nomeadamente: dor intensa ao nível do membro inferior intervencionado, incapacidade de mover o membro inferior ou presença de dismetria em relação ao membro inferior são), sobre a prevenção de complicações e importância da evicção de movimentos potencialmente luxantes (como seja flexão da ACF > 90º, rotação interna e adução do membro

inferior intervencionado para além da linha média sagital) não só durante a realização dos diferentes autocuidados, mas também durante outras atividades rotineiras e momentos de intimidade (Lourenço *et al.*, 2021).

O lado pelo qual a pessoa deve sair e/ou entrar na cama, continua a ser alvo de controvérsia, uma vez que ambas as opções possuem vantagens e desvantagens. (Lourenço *et al.*, 2021)

Sair pelo lado intervencionado, apesar de diminuir o risco de luxação, pode dificultar o processo de transferência e aumentar o risco de queda. Numa outra perspetiva, sair pelo lado não operado, permite o contacto imediato deste membro com o solo, contudo aumenta o risco de adução para além da linha média sagital. Considerando as duas alternativas, o importante será capacitar a pessoa e dotá-la do conhecimento adequado, que lhe permita evitar as complicações associadas ao processo de transferência (Lourenço *et al.*, 2021).

Devem também ser realizados ensinamentos sobre a técnica adaptativa a utilizar para realizar o levante utilizando o dispositivo auxiliar de marcha, para sentar/levantar (considerando também o tipo de mobiliário existente no domicílio da pessoa) e para utilizar o sanitário ou duche, podendo ser necessário recorrer a ajudas técnicas como os alteadores de sanita e as barras de apoio laterais (Lourenço *et al.*, 2021).

Para sentar/levantar a pessoa deve efetuar a extensão do membro inferior operado (a fim de evitar fletir excessivamente a ACF) e fletir o membro inferior não operado, adequando a quantidade de carga realizada no membro inferior operado (Lourenço *et al.*, 2021).

Nesta fase, devem também ser realizados ensinamentos sobre as técnicas adaptativas para tomar banho e sobre a importância do uso de dispositivos de apoio que permitam a realização do autocuidado de forma autónoma (Lourenço *et al.*, 2021).

Em relação à capacidade para se vestir e despir, a pessoa deve ser informada da necessidade de vestir primeiro o membro inferior operado (recorrendo a pinças de cabo longo), utilizando a estratégia inversa no momento de despir. Se possível, deve utilizar uma calçadeira de cabo longo

para o calçado e preferir sapatos sem atacadores, com salto baixo e sola antiderrapante (Lourenço *et al.*, 2021).

O treino de marcha pode ser realizado no dia imediatamente a seguir à cirurgia, recorrendo-se, normalmente, em primeira linha ao andarilho (por permitir obter uma base de sustentação alargada e por aferir maior sensação de segurança à pessoa).

Em relação à prótese da anca e dependendo do tipo de fixação protésica utilizada, a pessoa poderá fazer carga total ao nível do membro inferior operado (prótese cimentada) ou carga parcial (prótese não cimentada), de acordo com a tolerância da pessoa e nas seis semanas seguintes à cirurgia (Lourenço *et al.*, 2021).

No serviço onde realizei o último estágio, a fixação das componentes protésicas era feita através da técnica de *press-fit*, pelo que a pessoa apenas tinha indicação para realizar treino de marcha com aplicação de carga parcial no membro inferior operado.

Nesta situação, revela-se ainda necessário realizar o ensino, instrução e treino sobre a estratégia a adotar para andar com auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas). Neste sentido, o EEER ensina a pessoa a realizar a marcha a três pontos “(...) na seguinte sequência: 1 – Avançar com as duas canadianas. 2 – Avançar com o membro operado. 3 – Avançar com o membro não operado” (Lourenço *et al.*, 2021, p. 323).

O treino de subir e descer escadas deve ser iniciado numa fase mais tardia do internamento, garantindo a segurança da pessoa e a aquisição das aprendizagens essenciais para andar com auxiliar de marcha.

Regra geral (no serviço onde estagiei), este ensino era realizado por volta do 4º dia de pós-operatório. Para subir, “(...) deve ser instruída a seguinte sequência: 1 – Subir com o membro não operado. 2- Subir com o membro operado. 3 – Subir o auxiliar de marcha”, sendo que para descer se realiza a sequência inversa (Lourenço *et al.*, 2021, p. 324).

Em relação ao período pós-operatório, a mobilização precoce tem sido considerada o “*gold standard*” na promoção da recuperação funcional da pessoa submetida a artroplastia, sendo que a implementação de programas de RFM demonstra melhorar a força muscular, o equilíbrio, facilitar a realização das AVD’s e prevenir quedas subsequentes (Nicolau *et al.*, 2022).

2.6.3 Regresso a Casa

Para as pessoas submetidas a artroplastia da anca, o regresso a casa pode constituir uma fonte adicional de preocupação, uma vez que as limitações funcionais são frequentemente percebidas como obstáculos ao exercício da sua autonomia e independência, podendo levar ao isolamento social, comprometimento psicológico e/ou físico e conseqüentemente à diminuição da qualidade de vida (Ferreira *et al.*, 2019a).

A transição hospital-comunidade pode ser particularmente desafiante para a pessoa idosa, uma vez que nesta fase é expectável que necessite de receber cuidados domiciliários, além de ter de gerir a terapêutica medicamentosa adicional (Ferreira *et al.*, 2019a).

Esta ideia é corroborada por Pedrosa *et al.* (2022) que refere que as transições do tipo saúde-doença que condicionam a alteração do nível de funcionalidade prévio, implicam a adaptação da estrutura familiar por forma a garantir o autocuidado no momento do regresso a casa.

É inevitável que o sucesso das intervenções no âmbito da educação para a saúde esteja em grande parte dependente da participação e envolvimento do(s) cuidador(es), no entanto a pessoa idosa não deve ser desprovida de informação e deve, dentro das suas possibilidades e capacidades, ser envolvida em todas as fases do processo, incluindo no planeamento da alta hospitalar.

De acordo com Pedrosa *et al.* (2022), a pessoa idosa participa muito pouco no planeamento da sua alta e no processo de tomada de decisão, embora seja o principal alvo dos cuidados e revele a intenção de estar envolvida.

Promover a recuperação e funcionalidade da pessoa submetida a artroplastia da anca significa intervir e planear atempadamente o seu regresso ao domicílio com o intuito de prevenir o declínio funcional e restabelecer o autocuidado. A transição segura do ambiente hospitalar para a

comunidade pretende evitar a desfragmentação dos cuidados, garantindo o apoio assistencial extra-hospitalar e a coordenação efetiva entre os diferentes níveis de cuidados (Ferreira *et al.*, 2019a).

A componente crónica de diversas patologias, os *déficits* motores e cognitivos e a polifarmácia constituem fatores que acrescem complexidade aos cuidados e que determinam o acompanhamento da pessoa idosa por vários profissionais de saúde e em diferentes níveis de cuidados, o que aumenta consideravelmente o risco de desfragmentação dos cuidados e a ocorrência de eventos adversos. (Pedrosa *et al.*, 2022)

Nestas situações, é ainda mais importante que os profissionais de saúde estabeleçam uma comunicação eficaz entre si que vise garantir a segurança dos cuidados e o fornecimento de respostas integradas. (Pedrosa *et al.*, 2022)

De acordo com Ferreira *et al.* (2019a) planejar o regresso a casa, algumas semanas antes da cirurgia, pode ajudar a diminuir os níveis de ansiedade e o medo associado à cirurgia e a preparar o ambiente domiciliário, adaptando-o às necessidades atuais da pessoa.

Ainda que não seja possível prever os acontecimentos que resultam em FEPP, os autores afirmam que o planeamento da alta hospitalar, iniciado no momento da admissão, permite a definição conjunta de objetivos terapêuticos a curto e longo prazo, promovendo o envolvimento da pessoa e da família nas decisões relacionadas com a prestação de cuidados (Ferreira *et al.*, 2019a).

Durante o planeamento dos cuidados, é importante que o EEER contemple também as necessidades de aprendizagem do cuidador informal, sobretudo quando se trata de capacitar o familiar/elemento de referência para o assumir de um novo papel (o de cuidador) no seio da dinâmica familiar (Ferreira *et al.*, 2020).

A assunção do (novo) papel de cuidador pressupõe a reformulação de expectativas e acarreta mudanças associadas ao entendimento e interiorização do novo papel no contexto sociofamiliar (Ferreira *et al.*, 2022).

A transição segura para o papel de cuidador implica a descentralização de um modelo que dá primazia à pessoa cuidada, em detrimento das necessidades relacionadas com a transição para o papel de cuidador, de autocuidado, de saúde, económicas, sociais e comunitárias dos principais agentes de cuidado (familiares) (Ferreira *et al.*, 2020).

Os enfermeiros devem avaliar as necessidades psicossociais do cuidador informal e intervir no sentido de minimizar as consequências do impacto desta alteração no seu quotidiano e na satisfação das suas necessidades de autocuidado (Ferreira *et al.*, 2022)

É imperativo que o cuidador informal adquira novas habilidades para prestar cuidados seguros e de qualidade à pessoa idosa dependente. De acordo com Ferreira *et al.* (2020), os cuidadores necessitam de receber (in)formação e treino acerca da importância da adesão ao regime terapêutico (Ferreira *et al.*, 2022) e da gestão do autocuidado em contexto domiciliário por forma a adquirirem a confiança necessária para se tornarem autónomos no fornecimento desses mesmos cuidados.

Petronilho *et al.* (2015), referem que os familiares cuidadores parecem atribuir maior importância a determinados domínios do autocuidado como a higiene e vestuário, a alimentação e a mobilidade (“andar”), evidenciando menor perceção de autoeficácia em domínios como alternância de decúbitos, transferências, uso de sanitário e gestão medicamentosa.

Os familiares parecem possuir menos competências relativamente aos processos de cuidar “ajustar”, “aceder a recursos” e “trabalhar com a pessoa cuidada” (Petronilho *et al.*, 2015, p.12), pelo que se revela essencial que o EEER seja capaz de fornecer informação objetiva acerca do acesso aos recursos disponíveis na comunidade, identificando e gerindo “(...) os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade” (Regulamento nº 392/2019, p.13567).

Deste modo, o programa de ensino deve ser ajustado ao contexto familiar e deve procurar responder às dificuldades expressas (e não expressas) da pessoa e/ou família. No período pós-

operatório e numa perspetiva de facilitar a transição para a comunidade, é importante que se aborde a necessidade de recorrer a dispositivos de apoio que permitam facilitar o autocuidado (ex.: andador/canadianas, barras de apoio, tábua de banheira, aquisição de cadeira higiénica, esponjas de cabo longo, pinças de cabo longo, entre outros).

Cabe ainda ao EEER reforçar os ensinamentos realizados no período peri-operatório, nomeadamente ao nível da prevenção de:

- Movimentos potencialmente luxantes (ex.: dobrar a perna operada mais de 90º, inclinar-se para a frente para lavar/secar/calçar/vestir os membros inferiores, inclinar-se para a frente para apanhar objetos do chão, cruzar as pernas ou rodar sobre o membro operado);
- Quedas (garantir a iluminação adequada dos espaços por onde circula, garantir que existe espaço suficiente para andar com andador/canadianas, evitar pisos escorregadios, remover tapetes e fios elétricos do chão, utilizar calçado adequado com apoio de calcanhar, evitar a utilização de roupa demasiado larga/roupões, entre outras medidas protetoras).

Pode ainda ser necessário reforçar os ensinamentos sobre o treino de marcha com dispositivo auxiliar de marcha, subir e descer escadas e o posicionamento a adotar para entrar e sair do carro.

No sentido de consolidar o processo de ensino-aprendizagem pode ser útil fornecer um folheto informativo à pessoa e família antes da alta hospitalar (Nicolau *et al.*, 2022). Nesse folheto, deve constar o contacto da instituição de saúde, no sentido de constituir um recurso assistencial adicional em momentos de necessidade

Ferreira *et al.* (2020) salientam ainda os benefícios da telemonitorização extra-hospitalar complementar aos “*check-ups*” realizados periodicamente. O baixo risco de não adesão, a facilidade no acesso aos cuidados de saúde e o facto de permitir estabelecer uma relação terapêutica e de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada, estão entre os principais benefícios da implementação deste tipo de modalidade que tem vindo a ganhar terreno na área da saúde e que pode muito bem vir a constituir o *core* da nossa Especialidade.

2.7 O Impacto das Doenças Neurodegenerativas Progressivas na Reabilitação da Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca

A prevalência crescente de DNP como a DA e a DP, tornou imperativa a criação de alternativas não farmacológicas que possam prevenir ou retardar a sua progressão. A atividade física e exercício físico têm sido descritos como importantes ferramentas para prevenir o declínio motor e cognitivo associado ao desenvolvimento destas doenças.

Vários estudos têm relatado os benefícios do exercício físico na preservação das funções cerebrais, acreditando-se que a sua prática regular pode ajudar a prevenir e/ou minimizar a perda de memória associada à presença de doenças neurodegenerativas (Vivar & Pragg., 2017), assim como a incidência de demência (Northey *et al.*, 2018).

Estes autores, acreditam que os ganhos obtidos ao nível das funções cognitivas possam advir da adaptação contínua das estruturas neurovasculares às exigências do exercício físico. Esta hipótese é fundamentada pela capacidade que o exercício físico demonstra em promover a neurogênese, a angiogênese, a plasticidade sináptica e em reduzir os processos proinflamatórios e as lesões celulares relacionadas com o *stress* oxidativo (Northey *et al.*, 2018).

De acordo com a OMS (2020), em pessoas portadoras de doenças capazes de comprometer a cognição, como é o caso das pessoas que vivem com DP, a atividade física pode produzir melhorias relativamente aos domínios físico e cognitivo.

A atividade física regular em pessoas com DP pode melhorar os sintomas motores, a capacidade funcional, a *endurance*, os episódios de *freezing* da marcha, bem como a velocidade da passada. Adicionalmente, a evidência científica mais recente tem demonstrado benefícios complementares ao nível da função cognitiva global nesta população em específico (OMS, 2020).

Partindo desta informação, a OMS (2020) recomenda que pessoas com incapacidade realizem cerca de 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica (moderada a intensa) ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica vigorosa, ou em alternativa, uma combinação das duas modalidades ao longo da semana.

Maia *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de compreender os benefícios do exercício físico na pessoa com demência e concluíram que com implementação de programas de RFM era possível obter ganhos em saúde em áreas como a cognição, o humor, a agitação, a mobilidade e a capacidade funcional.

De acordo com o mesmo estudo, a combinação de exercícios aeróbicos (3 a 5 vezes por semana) com exercícios de fortalecimento muscular com foco nos membros inferiores (2 a 5 vezes por semana) pode contribuir para melhorar o equilíbrio corporal e a coordenação motora nesta população (Maia *et al.*, 2019).

Estas recomendações são corroboradas pela OMS (2020) que salienta a importância de realizar exercícios de fortalecimento muscular dirigidos aos principais grupos musculares (pelo menos 2 vezes por semana) para obter os benefícios descritos.

Além do exercício aeróbico e do fortalecimento muscular, destaca-se ainda a importância de implementar programas de exercício multimodais que incorporem o treino de equilíbrio e o treino de marcha, considerando a importância da sua preservação para a realização e desenvolvimento das AVD's de forma independente e a incidência do risco de quedas na população idosa (OMS, 2020; Sherrington *et al.*, 2019).

E, se a implementação destas recomendações pode constituir um verdadeiro desafio para o EEER em contexto comunitário, este desafio só aumenta quando nos voltamos para o contexto hospitalar e nos deparamos com mais uma situação (FEPF), neste caso de caráter agudo, a condicionar o processo de reabilitação das pessoas com DNP.

De acordo com Smith *et al.* (2020), mais de 40% das pessoas que sofrem fraturas do fêmur possuem *déficits* cognitivos, sendo que a evidência científica aponta para piores *outcomes* pós-cirúrgicos em pessoas com demência comparativamente com pessoas sem demência.

A ausência de evidência científica robusta capaz de fornecer diretrizes claras em relação ao tipo de intervenções de reabilitação a realizar no período pós-operatório (Smith *et al.*, 2020) pode

gerar confusão e receio entre os profissionais de saúde, sobretudo no momento de intervir junto da pessoa submetida a artroplastia da anca com comprometimento cognitivo.

Uma das principais dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde no “encontro” com a pessoa com demência está relacionada com o estabelecimento de uma relação terapêutica e de uma comunicação efetiva com a mesma. Nestas situações, os profissionais de saúde mencionam a presença da família como um dos elementos essenciais ao sucesso da implementação do programa de reabilitação (Hall *et al.*, 2017).

Alterações comportamentais como a irritabilidade, a ansiedade, a agressividade e a agitação podem ser particularmente difíceis de gerir aquando a implementação dos programas de reabilitação. Este tipo de comportamento pode ser atribuído a inúmeros fatores, que podem estar relacionados com o desconforto físico ou com o ambiente em que se devolve o processo de cuidados. (McGilton *et al.*, 2007)

Antes de qualquer intervenção de ER devemos observar a pessoa, no sentido de compreendermos a natureza do seu comportamento ou a mensagem que lhe está subjacente (McGilton *et al.*, 2007).

McGilton *et al.* (2007) alertam para o facto de, aos comportamentos disruptivos manifestados pela pessoa, poderem estar implícitas necessidades não atendidas, sendo a agitação ou as oscilações comportamentais a única forma que a pessoa tem de comunicar o seu desconforto. Principalmente em contextos cirúrgicos, a dor poderá influenciar significativamente a disposição da pessoa para participar no plano de cuidados, pelo que deverá ser um dos principais fatores a ser abordado.

A utilização de uma abordagem relacional, utilizando um tom de voz calmo, movimentos lentos, o toque, procurar estabelecer uma relação próxima com a pessoa, tranquilizar a pessoa assegurando-lhe de que é capaz de integrar o programa de reabilitação, explicar o objetivo das suas intervenções e fornecer feedback positivo são algumas das medidas descritas na literatura como facilitadoras do processo de reabilitação (McGilton *et al.*, 2007).

Outra medida essencial está relacionada com a necessidade de ajustar as rotinas diárias às características e preferências individuais, ao invés de impor à pessoa as rotinas e horários mais convenientes para os profissionais de saúde. Permitir a escolha e oferecer a liberdade de decidir (como faríamos com qualquer outra pessoa) é crucial (McGilton *et al.*, 2007).

A importância do ambiente onde se desenvolvem os cuidados constitui outro aspeto que não deve ser descurado, uma vez que a sub ou sobrestimulação podem ser igualmente danosas para a pessoa com demência, devendo o profissional de saúde ser capaz de adaptar o ambiente (simplificando-o e assim garantindo a segurança da pessoa) (McGilton *et al.*, 2007).

Recorrer a atividades estruturadas também pode ser útil, permitindo desenvolver tarefas que ofereçam uma distração como a atividade física ou uma simples conversa. Ouvir música, andar ou participar em programas de exercício podem contribuir para reduzir a agitação na pessoa com demência (McGilton *et al.*, 2007).

“Tentar conhecer a pessoa” em vez de procurar “completar a tarefa” parece ser um dos principais pilares da reabilitação, sobretudo em pessoas com déficit cognitivo. Conhecer as suas rotinas e os seus *hobbies*, permite-nos direcionar o plano de cuidados para atividades que sabemos serem significativas para si (enquanto pessoa), o que aumenta substancialmente a probabilidade de sucesso do programa de reabilitação.

Por fim, mas não menos importante, **assegurar a continuidade desses cuidados** (sobretudo nos dias em que o EEER não está presente) e **envolver a família**, encorajando-a a participar no desenvolvimento do programa de reabilitação serão aspetos determinantes para o sucesso das intervenções de ER.

2.8 O Impacto do *Delirium* na Reabilitação da Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca

O *delirium* é hoje percebido como um importante indicador da cultura de segurança de uma instituição de saúde e da melhoria da qualidade cirúrgica. As organizações estão cada vez mais despertas para a componente multifatorial associada à ocorrência de DPO, sobretudo, porque se

sabe que é possível reduzir a sua incidência através da implementação de medidas dirigidas aos principais fatores de risco (Marques *et al.*, 2019).

Ainda assim e apesar das recomendações consensuais de vários organismos internacionais, a maioria dos hospitais carece de programas de prevenção ou de orientações normativas que lhes permitam uniformizar o cuidado à pessoa submetida a cirurgia com DPO (Marques *et al.*, 2019).

Os protocolos definidos para a abordagem à pessoa com DPO englobam habitualmente intervenções farmacológicas e não farmacológicas (e que são essencialmente realizadas por enfermeiros), sendo estas medidas as que melhor permitem responder à problemática do *delirium* (Marques *et al.*, 2019).

Algumas medidas multicomponentes não farmacológicas incluem a orientação da pessoa para a realidade, a promoção da presença e envolvimento da família e/ou pessoas significativas e a mobilização precoce (Marques *et al.*, 2019).

Adicionalmente, e com o objetivo de prevenir o desenvolvimento desta síndrome, a NICE (2023) recomenda que se evite movimentar as pessoas entre enfermarias e entre quartos, a não ser que essas mudanças sejam absolutamente necessárias. Outra medida que pode ser benéfica está relacionada com a limitação da rotatividade dos profissionais de saúde que prestam cuidados à pessoa com DPO, por forma a facilitar o estabelecimento de uma relação interpessoal.

Habitualmente, o *delirium* ocorre entre o 2º e o 5º dia de pós-operatório (Chen *et al.*, 2022), sendo os maiores níveis de incidência reportados em unidades de cuidados intensivos e em unidades de cuidados pós-operatórios (Oh-Park *et al.*, 2019).

No entanto, constatou-se que pessoas em instituições de longa permanência (como sejam lares ou unidades de cuidados continuados) apresentam igualmente risco de desenvolver *delirium*, podendo estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de síndromes demenciais e à ocorrência de morte prematura (NICE, 2023).

Para que a avaliação dos eventuais fatores de risco associados ao desenvolvimento de *delirium* sejam devidamente acautelados, revela-se necessário que os profissionais recebam formação contínua acerca dos instrumentos de medida que devem utilizar, dos fatores de risco, das principais medidas preventivas a adotar, dos vários subtipos de *delirium*, das consequências da manifestação da síndrome confusional aguda e da forma mais adequada de minimizar o seu impacto.

Relativamente aos subtipos de *delirium*, deve dar-se especial ênfase à deteção de *delirium* hipoativo, uma vez que este pode ser facilmente subdiagnosticado pelos profissionais de saúde. Apatia, sonolência excessiva, lentificação motora e verbal, incapacidade para se concentrar e redução do apetite estão entre alguns dos principais sinais manifestados (NICE, 2023).

Em situações em que se verifique comprometimento cognitivo e/ou desorientação, a NICE (2023) recomenda a implementação das seguintes estratégias nos serviços:

- Fornecer iluminação adequada e sinalização apropriada;
- Garantir a presença de objetos que permitam identificar o período temporal como: relógios e calendários;
- Explicar quem somos e qual a nossa função;
- Introduzir atividades estimulantes do ponto de vista cognitivo.

Além da implementação destas estratégias, é necessário identificar a(s) causa(s) de *delirium*, pelo que se deve procurar abordar aspetos como a terapêutica farmacológica em uso, o risco de infeção associado à presença de dispositivos médicos invasivos, a presença de défices sensoriais não corrigidos (como a hipoacusia ou a presbiopia), dor não controlada, desidratação, desnutrição, sinais e/ou sintomas de hipóxia, imobilidade, alterações no ciclo sono-vigília e obstipação (NICE, 2023).

Com o intuito de elaborar uma norma de orientação clínica e facilitar a implementação de estratégias alicerçadas nas boas práticas, Marques *et al.* (2019) desenvolveram uma tabela onde

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

espelham claramente as possíveis causas do desenvolvimento de DPO e as intervenções terapêuticas a que podemos recorrer:

Fatores de Risco	Intervenções
Compromisso cognitivo Privação sensorial	Orientação cognitiva, reorientação (reorientar a pessoa explicando onde ela está, quem é, e qual o seu papel).
	Fatores ambientais (Luz adequada; Sinalização clara; Relógio de 24h; Calendário)
	Atividades cognitivamente estimulantes (utilização de rádio ou televisão; reminiscência)
	Facilitar a visita de familiares/cuidadores/amigos (envolver a família).
Deficiência sensorial	Garantir a utilização de próteses auditivas e/ou visuais.
	Iluminação adequada.
Infeção	Identificar e tratar a infeção.
	Evitar cateterismos urinários desnecessários.
Desidratação/Obstipação Alterações Hidroeletrólíticas	Monitorizar a nutrição, hidratação e função renal/intestinal.
	Prevenção de distúrbios hidroeletrólíticos/desidratação.
	Garantir a ingestão adequada de líquidos.
Nutrição	Assegurar uma nutrição adequada.
	Assegurar o ajuste adequado das próteses dentárias.
Hipóxia	Monitorizar a saturação de oxigénio e otimizar a oxigenação.
Controlo da dor	Avaliar e controlar a dor.
	Avaliar qual o tratamento da dor mais adequado, quando identificada.
Privação de sono	Evitar procedimentos durante as horas de sono.
	Programar a administração de medicação de forma a evitar perturbar o sono.
	Reduzir o ruído e a luz ao mínimo durante os períodos noturnos.
Imobilidade/mobilidade limitada Deficiência funcional	Evitar o uso de contenção mecânica.
	Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão
	Mobilização assim que possível após a intervenção cirúrgica.
Polimedicação	Rever a medicação.
Medicação de alto risco	

Figura 1 – Intervenções Terapêuticas na Abordagem da Pessoa com DPO

Fonte: Adaptado de Marques, M. C., Silva, P. & Pires, R. (2019). Doente Cirúrgico com *Delirium*: Norma de Orientação Clínica. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1875-1893. Disponível em:

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27313/1/Doente%20ciru%CC%81rgico%20com%20delirium-%20Norma%20de%20orientac%CC%A7a%CC%83o%20cli%CC%81nica.pdf>

III. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Os desafios impostos pela sociedade atual (alguns dos quais já abordados anteriormente) determinaram a orientação dos cuidados de saúde para um novo paradigma, o da Transformação, atribuindo um novo sentido ao conceito de saúde e à forma como cada indivíduo, grupo ou comunidade desenvolve o seu projeto de vida (Lopes *et al.*, 2018).

O aumento da literacia em saúde, o aparecimento da era “digital” e o crescente avanço tecnológico aplicado à saúde exigem que os enfermeiros busquem permanentemente desenvolver competências e habilidades que os conduzam à compreensão do modo como as pessoas experienciam as mudanças no seu estado de saúde ou no seu processo de desenvolvimento e de que forma podem ser ajudadas, através da Enfermagem, a perseguir projetos de saúde orientados para a manutenção da sua qualidade de vida.

O desenvolvimento de habilidades relacionadas com o pensamento crítico em Enfermagem, permite aprimorar o julgamento clínico e garantir tomadas de decisão intencionais, racionais e em conformidade com o preconizado pela *legis artis* (Marques *et al.*, 2022; Mártires *et al.*, 2019).

O desenvolvimento destas competências requer, no entanto, tempo, acreditando-se que a sua maturação ocorra sobretudo em contexto de prática profissional. (Mártirez *et al.*, 2019). O ensino clínico representa, desta forma, um momento privilegiado de aprendizagem, permitindo construir um saber renovado e orientado pelos referenciais teóricos e influenciado pela experiência dos supervisores (Marques *et al.*, 2022).

A formação especializada em Enfermagem demonstra claramente benefícios no que diz respeito à obtenção de ganhos em saúde. Alguns dos contributos associados ao exercício da especialidade referem-se à redução das taxas de mortalidade, do número de complicações intra-hospitalares e do tempo de internamento, verificando-se ainda melhorias significativas na deteção precoce, triagem e gestão de doenças crónicas a que se acresce a satisfação global da pessoa em relação aos cuidados recebidos (Lopes *et al.*, 2018).

Para alcançar este estadió de desenvolvimento, revela-se necessário que o EEER conheça e demonstre a aquisição das competências comuns de EE, das competências específicas de EEER e das competências conducentes ao grau de mestre.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Independentemente da sua área de especialidade, todos os EE partilham, entre si, competências comuns que lhes conferem maior capacidade para conceber, gerir e supervisionar cuidados em todos os contextos da prática profissional e que lhes conferem, ao mesmo tempo, o suporte necessário para desenvolver percursos no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) enquanto entidade regulamentar idónea, reconhece ao EE as competências científicas e técnico-humanísticas necessárias para prestar cuidados de enfermagem diferenciados à população-alvo enquadrada na sua área de especialidade (Regulamento nº 140/2019).

Os EE devem ser capazes de desenvolver as competências inerentes aos quatro domínios das competências comuns do EE e que dizem respeito à: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Na procura pela excelência do exercício profissional, os enfermeiros devem atender às normas e leis que regem a profissão, assumir a responsabilidade pelas suas tomadas de decisão (em relação às ações que praticam e/ou delegam), demonstrar solidariedade para com a comunidade (sobretudo em situações de catástrofe ou crise), manter atualizados os seus conhecimentos e proteger a pessoa humana de qualquer prática que possa ser percecionada como questionável do ponto de vista legislativo, ético-deontológico e humano (OE, 2015).

A preocupação pela garantia do respeito pela dignidade humana e pela preservação da autonomia, atendendo à individualidade de vida (valores, crenças, costumes, espiritualidade) das pessoas a quem prestei cuidados no decurso do desenvolvimento da formação especializada esteve presente em todos os momentos de interação promovidos com e entre a díade pessoa-enfermeiro/pessoa-família e a tríade pessoa-enfermeiro-família.

Importa reconhecer que a pessoa em situação de dependência demonstra frequentemente dificuldade em “reivindicar” a sua autonomia funcional no que diz respeito à capacidade para atuar face a um contexto ou evento específico, não querendo, contudo, significar que se encontre incapaz de decidir. E, mesmo nessa condição, a sua essência enquanto pessoa não sofre alterações, pelo que a prestação de cuidados deve assentar no respeito absoluto pela pessoa (Vasconcelos, 2021).

Dir-se-ia que a liberdade é condição essencial para garantir a preservação da dignidade humana, pelo que “ser com” a pessoa significa mais do que estabelecer uma relação interpessoal ou vinculativa, significa ajudá-la a potenciar os seus recursos internos para que, munida das ferramentas necessárias, esta consiga decidir em função da informação (clara, objetiva, verdadeira e justa) transmitida (Frada, 2020; Vasconcelos, 2021).

Durante o meu percurso formativo, procurei manter a pessoa e família informadas em relação à prestação de cuidados de ER, esclarecendo todas as questões que fossem surgindo, relacionadas com o âmbito da minha intervenção (OE, 2015).

No sentido de salvaguardar o direito à confidencialidade das pessoas a quem prestei cuidados, partilhei apenas informação pertinente sobre o alvo de cuidados e respetiva família com as pessoas diretamente implicadas no seu plano terapêutico (Ex.: equipa médica, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais) (OE, 2015).

Durante os três estágios e antes de qualquer intervenção procurava (sempre que possível) explicar os objetivos e benefícios associados à participação nos programas de reabilitação, solicitando previamente o consentimento verbal da pessoa. Relativamente aos dois estudos de

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

caso realizados, foi solicitado o consentimento livre, informado e esclarecido (APÊNDICES I e II) dos participantes e garantido o seu anonimato na eventualidade de se proceder à publicação de algum dos trabalhos desenvolvidos em contexto académico.

De acordo com Nunes (2020), em qualquer estudo de investigação, deve ser dada primazia à(s) pessoa(s) em detrimento do interesse societal ou científico envolvido e, especial atenção, àquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade/fragilidade como é o caso das crianças, dos idosos e das pessoas a vivenciar processos de doença ou que se encontram em estados comatosos.

Investigar em saúde, e mais concretamente, em Enfermagem, implica que sejamos sensíveis a estas questões e que reconheçamos que nem sempre as pessoas estarão capacitadas a realizar escolhas livres e informadas, sendo nosso dever zelar pelo cumprimento dos princípios éticos, protegendo os grupos vulneráveis (Nunes, 2020).

Garantir a opção de escolha, depende o respeito pelo processo de autonomia do outro, sendo que a pessoa apenas exerce esse direito quando demonstra intencionalidade, vontade direcionada, compreensão e capacidade decisória livre, na ausência de influências externas (Nunes & Amaral, 2022).

Agir de acordo com o princípio da integridade significa pautar a nossa ação pelo rigor, veracidade e honestidade intelectual. A preservação deste princípio é absolutamente fundamental na investigação e deve assentar no respeito pelos direitos humanos e no respeito pelos princípios éticos da Beneficência, Não Maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade (Nunes, 2020).

Considerando o dever para com a comunidade, no 1º EC integrei um programa de RR com o intuito de capacitar a pessoa com DPOC para a autogestão da sua doença e assim promover a melhoria da sua qualidade de vida. Integrar este projeto, permitiu-me conhecer as dificuldades e necessidades de formação da população-alvo, participar ativamente na procura de soluções para os problemas identificados e colaborar com outros profissionais de saúde no desenvolvimento de

estratégias de ensino-aprendizagem capazes de motivar as pessoas e as suas famílias a corresponsabilizarem-se pela gestão do seu projeto de saúde (OE, 2015).

Apesar de poder afirmar que consegui intervir em (quase) todos os estádios de desenvolvimento, o foco da minha intervenção foi sobretudo dirigido à pessoa idosa com incapacidade motora, cognitiva e/ou social, pelo que na procura pela garantia do seu exercício de autonomia, foi minha pretensão salvaguardar os seus direitos, promovendo o autocuidado, abstendo-me de juízos de valor e respeitando as suas escolhas (OE, 2015).

B) Melhoria Contínua da Qualidade

De acordo com a OMS, a OCDE e o Banco Mundial (2018) a qualidade em saúde requer planeamento e deve constituir um dos objetivos prioritários no plano de prossecução da cobertura universal de saúde.

A qualidade pode e deve ser objeto de monitorização, uma vez que a excelência dos cuidados está relacionada com a probabilidade de as pessoas alcançarem resultados desejáveis em saúde quando recorrem a instituições de saúde (OMS, OCDE & Banco Mundial, 2018).

De uma forma geral, os serviços de saúde de qualidade devem ser centrados nas pessoas, seguros e efetivos e devem procurar promover a equidade no acesso aos recursos, reduzindo o desperdício e os tempos de espera que podem resultar em danos irreparáveis (OMS, OCDE & Banco Mundial, 2018).

A procura pela excelência dos cuidados deve ser encarada como um processo dinâmico e contínuo, ao invés de algo estático. Havendo oportunidade e vontade para melhorar os resultados de saúde (independentemente do contexto onde nos encontramos) haverá garantidamente margem para elevar a qualidade dos cuidados prestados (OMS, OCDE & Banco Mundial, 2018).

Ribeiro *et al.* (2017), entendem que a qualidade e a segurança dos cuidados constituem uma obrigação ética, uma vez que a sua salvaguarda contribui para a redução de eventos adversos,

para melhorar o acesso aos cuidados e fomentar o respeito com que esses mesmos cuidados são prestados.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, correspondendo estes aos domínios dos padrões de qualidade definidos pela OE. (OE, 2001).

A complexidade dos cuidados aliada ao aumento da longevidade e à expectativa crescente dos cidadãos, tem impulsionado as várias instituições de saúde e os profissionais de saúde a debruçarem-se regularmente sobre a temática da qualidade, uma vez que a excelência do exercício profissional impele e convida à incorporação dos padrões de qualidade inerentes ao mandato social de cada profissão (Martins *et al.*, 2018b).

Neste sentido, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação permite a reflexão sobre o exercício profissional da ER e oferece aos cidadãos uma visão integral sobre aquilo que podem esperar da intervenção especializada dos enfermeiros na vertente da reabilitação, tendo emergido deste documento dois novos enunciados descritivos: a promoção da inclusão social e a reeducação funcional (Martins *et al.*, 2018b; OE, 2018).

A importância do EEER nos vários serviços ou unidades de saúde tem vindo a ser, gradativamente, reconhecida e os resultados inerentes às suas intervenções têm permitido melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de enfermagem (Martins *et al.*, 2018b).

Apesar disso, verifica-se que as instituições continuam a subaproveitar os recursos humanos mais diferenciados. Um estudo quantitativo realizado por Martins *et al.* (2018b) concluiu que dos 306 EEER que constituíam a amostra, 43,1% não exerciam a sua atividade na área da especialidade.

O desenvolvimento da qualidade em saúde não está apenas circunscrito à Enfermagem, devendo antes ser encarado como um processo contínuo, que desafia cada um dos intervenientes a agir em prol da melhoria progressiva da qualidade (Ribeiro *et al.*, 2017).

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Por esse motivo, é essencial que o EE reconheça nos restantes elementos da equipa multidisciplinar as competências e capacidades necessárias para prestar cuidados diferenciados (dentro das suas áreas de intervenção e de especialização) e que procure estabelecer relações interprofissionais robustas que priorizem a comunicação (enquanto ferramenta essencial ao entendimento e resolução de problemas), o respeito mútuo, a partilha de conhecimentos e de objetivos comuns (Garcia, 2017).

Durante os vários estágios, procurei ativamente integrar as diferentes equipas multidisciplinares. Por estar diretamente implicada na prestação de cuidados de ER, constituía frequentemente o elo de ligação entre a pessoa e/ou família e os restantes profissionais de saúde, sobretudo em contexto comunitário.

Estar nesta posição privilegiada, permitiu-me também reafirmar a importância do exercício profissional dos enfermeiros (e, mais concretamente dos EE) na promoção da saúde das pessoas, famílias e comunidades.

Existem vários modelos organizacionais das equipas de reabilitação, podendo a prestação destes cuidados ser desenvolvida com base no modelo médico clássico, no modelo multidisciplinar, no modelo interdisciplinar ou no modelo transdisciplinar (Branco, 2023).

No modelo médico, a decisão parte do médico e a comunicação é essencialmente vertical, não sendo percecionado como o modelo mais adequado à prestação de cuidados de reabilitação (Branco, 2023).

Durante o estágio em contexto comunitário, verifiquei que o modelo instituído estava direcionado para o modelo multidisciplinar, uma vez que apesar de existirem reuniões entre a equipa, as mesmas não consagravam a necessidade de formular objetivos comuns para responder às necessidades de saúde da pessoa alvo dos seus cuidados, centrando-se sobretudo em questões burocráticas e/ou institucionais.

Este modelo caracteriza-se pela individualidade do exercício profissional e a intervenção pauta-se pela preocupação em atingir os objetivos específicos de cada disciplina, algo que segundo Branco

(2023) pode ser aceitável quando falamos da prestação de cuidados de reabilitação em regime ambulatorial.

O modelo interdisciplinar (observado em contexto de estágio hospitalar) pressupõe a colaboração entre os vários elementos da equipa no sentido de definir objetivos conjuntos e estabelecer procedimentos a seguir. A implementação deste modelo no seio das equipas de reabilitação possibilita a sinergia entre as várias áreas disciplinares, evita respostas fragmentadas na vertente de reabilitação, reduz a mortalidade e a duração dos internamentos, aumenta a satisfação global da pessoa e/ou família, assim como a satisfação laboral dos profissionais de saúde (Branco, 2023).

Branco (2023) aborda a complacência das equipas de reabilitação como uma característica prejudicial, associada à diminuição da eficácia das suas intervenções. Neste sentido, as equipas beneficiam da integração de elementos “não convencionais”, do experimento de ideias novas e criativas e da promoção de canais abertos de comunicação com o exterior.

Na busca incessante pela melhoria dos cuidados de saúde, revela-se crucial que o EE utilize a curiosidade como estímulo para o desenvolvimento contínuo das suas competências técnicas, científicas e relacionais, participando na implementação e consecução de estratégias na área da governação clínica e na implementação de programas de melhoria contínua que privilegiem a manutenção de ambientes terapêuticos seguros (Basílio, 2021).

O EE (enquanto elemento de referência) acumula normalmente funções relacionadas com a prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos, com a prevenção de eventos adversos em pessoas particularmente vulneráveis e com a prevenção da adoção de comportamentos de risco que possam colocar em causa a saúde e segurança dos próprios trabalhadores.

Como forma de minimizar a ocorrência de eventos adversos dentro das instituições hospitalares, a DGS (2019) prevê a avaliação do risco de queda, através da utilização da Escala de *Morse*, a todas as pessoas admitidas nos serviços de internamento. O resultado obtido não é estanque,

carecendo de reavaliação em caso de alteração do estado de consciência, transferência inter ou intra-hospitalar ou em caso de ocorrência de queda.

As quedas constituem um importante indicador da qualidade dos cuidados e podem ser prevenidas através da implementação de programas de prevenção de quedas dirigidos aos principais fatores de risco modificáveis (Sousa *et al.*, 2023c).

As quedas em pessoas idosas são cada vez mais recorrentes, não só pelas alterações músculo-esqueléticas decorrentes do processo de envelhecimento, mas também pela presença de várias comorbidades com impacto ao nível do sistema nervoso central (comprometimento cognitivo), sistema urinário (incontinência de esfíncteres), sistema vestibular, sistema auditivo-visual e sistema cardiovascular (DGS, 2019; Gomes *et al.*, 2019).

Anualmente, estima-se que um em cada três idosos sofra uma queda no domicílio. Estes números aumentam em proporção com a idade, verificando-se que acima dos 80 anos estes valores sobem para 50% (Gomes *et al.*, 2019).

Considerando estes dados e a problemática crescente do envelhecimento, emerge a necessidade de mobilizar recursos humanos diferenciados para estabelecer programas (neste caso, no âmbito da reabilitação) dirigidos às necessidades identificadas no momento da admissão hospitalar e que possam promover medidas efetivas na gestão de eventos adversos.

Fernandes *et al.* (2020) esclarecem que os programas de reabilitação devem ser delineados de acordo com os fatores de risco estratificados, devendo ser implementadas medidas que promovam a alteração do risco ambiental, o aumento da força muscular, a melhoria do equilíbrio corporal, a melhoria do treino de marcha e a capacidade para realizar as AVD's e as Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD).

Habitualmente, as intervenções são dirigidas aos fatores de risco intrínsecos, e visam colmatar necessidades relacionadas com alterações na cognição/estados confusionais, défices sensoriais, alterações na mobilidade e distúrbios de eliminação e aos fatores de risco extrínsecos, associados

ao ambiente de cuidados, às características do calçado e à ineficácia da gestão e/ou adesão medicamentosa (Sousa *et al.*, 2023c).

De acordo com os dados fornecidos pela DGS (2019), cerca de 78% das causas de queda podem ser previstas com recurso à estratificação do risco de queda bem como minimizadas através da adoção de estratégias adequadas ao risco identificado.

Uma das principais medidas utilizadas a nível hospitalar está relacionada com a “sinalização” da pessoa com alto risco de queda, através da colocação de uma pulseira de identificação de risco de queda (Sousa *et al.*, 2023c).

No fundo, estes dados significam que a nossa intervenção enquanto enfermeiros é determinante para “mudar o rumo” de um ou vários acontecimentos que poderiam ser inevitáveis e que os instrumentos de medida implementados nos nossos serviços podem (se bem utilizados) constituir um importante apoio durante o processo de tomada de decisão, permitindo-nos melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados.

Várias organizações de saúde (nacionais e internacionais) encaram a segurança do doente como uma prioridade para a saúde pública e defendem a emergência de uma mudança transformacional organizacional promotora de um ambiente propício à recolha sistemática de dados e onde imperem valores como o respeito e a transparência (DGS, 2022).

Como propostas de melhoria capazes de promover culturas de segurança dentro das organizações, o novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, ressalva a necessidade de desenvolver cursos relacionados com a segurança do doente e com a notificação de incidentes e de realizar ações de sensibilização dirigidas à comunidade sobre a importância de garantir um ambiente de cuidados seguro e impedir a disseminação de infeções transmissíveis (como as infeções do trato urinário) (DGS, 2022).

Ainda neste âmbito, o PNSD 2021-2026 estabelece 6 indicadores de práticas e ambientes seguros, constando entre eles: a segurança cirúrgica, a ocorrências de quedas e a ocorrência de úlceras por pressão (DGS, 2022).

Assim como as quedas, também as lesões por pressão (LPP) constituem indicadores da qualidade dos cuidados de saúde. O aparecimento destas lesões (em consequência da pressão ou da combinação desta com forças de cisalhamento) pode estar associado à presença ou não de dispositivos médicos invasivos. Esta situação acomete frequentemente pessoas idosas, em situação de imobilidade e pode estar associada à dor (Ferreira, 2019b).

Durante os estágios, participei na implementação de algumas atividades que concorrem para os programas de qualidade e que permitem reduzir e/ou prevenir os eventos adversos discriminados. Enquanto futura EEER procurei sobretudo promover a mobilização precoce das pessoas no período perioperatório, utilizar estratégias promotoras do autocuidado e sensibilizar os profissionais de saúde (sobretudo os enfermeiros e assistentes operacionais) para a importância de envolver a pessoa nas atividades relacionadas com a capacitação para o autocuidado.

De acordo com Silva *et al.* (2018), a formação especializada permite aos enfermeiros desenvolver as competências e capacidades necessárias para responder à complexidade dos desafios atuais (relacionados com o dia a dia da sua prática profissional), permitindo, simultaneamente, desenvolver e aperfeiçoar o ensino da disciplina de enfermagem.

Durante o último estágio, verificou-se a existência de alguns défices/lacunas em relação ao nível de conhecimento demonstrado pelos elementos da respetiva equipa de enfermagem no que diz respeito aos cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca. Estas necessidades de aprendizagem tinham sido identificadas anteriormente pelo EEER Supervisor e pelo Enfermeiro Gestor, tendo-me sido proposta a realização de uma ação formativa sobre a temática, no sentido de sensibilizar os profissionais para a pertinência das suas intervenções (sobretudo no período pós-operatório) e para a importância de estruturar um plano de cuidados adaptado às necessidades das pessoas e dos seus familiares e que incluísse, entre outras dimensões, a abordagem da sexualidade.

A sessão formativa, cujo PowerPoint constará em anexo (APÊNDICE III), foi desenvolvida no local de estágio durante cerca de 1 hora e 30 minutos. Posteriormente, foi solicitado aos formandos o

preenchimento de um questionário anónimo (APÊNDICE IV), por forma a avaliar a pertinência dos conteúdos programáticos e dos métodos de exposição empregues, a *performance* da formadora e o planeamento/organização da sessão.

Apesar de não ter participado propriamente na elaboração de guias orientadores de boas práticas, desenvolvi ao longo deste último EC dois folhetos informativos. Estes folhetos foram desenvolvidos com o intuito de colmatar as necessidades de informação verbalizadas pelas pessoas a quem prestei cuidados ao longo dos últimos meses de estágio. O primeiro folheto desenvolvido, intitulado “Cirurgia após fratura do fémur – Regresso a Casa – “(APÊNDICE V), surgiu no sentido de consolidar alguns dos ensinamentos realizados durante o período hospitalar e facilitar o acesso à informação.

Dos vários medos e receios manifestados pelas pessoas idosas, o medo de voltar a cair, de serem incapazes de realizar as AVD's ou de regressar aos níveis prévios de funcionalidade, o medo de ter dor, a insegurança para iniciar o treino de marcha sem supervisão dos profissionais de saúde e o treino de subir e descer escadas encontravam-se entre os mais limitantes, à semelhança daquilo que foi relatado em estudos anteriores (Abrahamsen *et al.*, 2023).

No entanto, estes receios não são exclusivos da pessoa idosa, podendo ser transversais à família e/ou cuidadores informais. É por isso importante que o EEER seja sensível a este aspeto, prevendo a necessidade de fornecer suporte adicional (quer seja presencialmente, telefonicamente ou através do recurso a estratégias complementares ao processo de ensino-aprendizagem, como a utilização de folhetos informativos).

O segundo folheto informativo – “Retomar a Vida Sexual Após Artroplastia da Anca” (APÊNDICE VI) - foi realizado com o intuito de facilitar o processo de comunicação entre pessoa-enfermeiro-familiar relativamente à vivência da sexualidade após a colocação de uma prótese da anca.

A necessidade de estabelecer relações íntimas e significativas do ponto de vista físico e emocional não termina com a entrada nos designados “*golden years*”, no entanto a maioria dos profissionais de saúde revela ainda alguns constrangimentos no momento de explorar temas relacionados com

o retorno à vida sexual. De facto, um estudo realizado por Issa *et al.* (2017) revelou que 86% dos cirurgiões ortopédicos nunca ou raramente discute o retorno à atividade sexual com os seus utentes, apesar de a maioria acreditar que os mesmos estariam aptos a iniciar a vida sexual, de forma segura, cerca de 1 mês após realização de ATA.

Um outro estudo, constatou que mesmo em pessoas relativamente jovens submetidas a artroplastia da anca a informação fornecida sobre sexualidade era muito limitada, revelando-se insuficiente face às necessidades de informação identificadas (Yang *et al.*, 2023).

Durante o processo de capacitação da pessoa e do/a respetivo/a parceiro/a, a sexualidade deve ser encarada com naturalidade, livre de preconceitos e *tabus*, devendo inclusivamente ser abordadas questões associadas à adoção de comportamentos de risco, pelo elevado risco de resultarem em infeções sexualmente transmissíveis (Sousa *et al.*, 2024).

Sousa *et al.* (2024) fazem referência à escassez de literatura em relação a esta temática, sobretudo após os 60 anos, alertando para a necessidade de dotar os enfermeiros de aptidões que lhes permitam apoiar e orientar as pessoas nestes processos e, se necessário, referenciá-las para profissionais de saúde mais diferenciados.

Esta é uma verdadeira preocupação para as pessoas submetidas a artroplastia da anca e que pode justificar a interrupção definitiva da atividade sexual (por desconhecimento) ou, em alternativa levar à adoção de comportamentos de risco que, em última instância, podem comprometer os *outcomes* cirúrgicos e impactar a qualidade de vida do próprio casal.

É indiscutível que as pessoas devem ser informadas acerca da necessidade de reajustarem as posições sexuais à sua situação atual, sobretudo quando as mesmas determinam que se realize a flexão da anca $\geq 90^\circ$ ou outros movimentos potencialmente luxantes como a adução além da linha média sagital.

Por esse motivo, as pessoas são aconselhadas a evitar posições em que realizem flexão acentuada dos joelhos e da anca ou posições em que tenham de permanecer em decúbito lateral (frente a frente com o/a parceiro/a) (American Association of Hip and Knee Surgeons, 2018).

O estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa idosa será primordial para iniciar a abordagem de temas associados à sua esfera íntima e pessoal. Afirmamos, corriqueiramente, que “informação é poder”, e a verdade é que quando nos disponibilizamos a falar sobre sexualidade, estamos a empoderar as pessoas, a capacitá-las para o exercício da sua autonomia e a permitir-lhes usufruir de uma vida (sexual) plena (Sousa *et al.*, 2024).

C) Gestão dos Cuidados

O EE assume uma função preponderante no seio da equipa de saúde, passando por si a otimização dos recursos mais adequados às necessidades de cuidados e a articulação com os vários elementos da equipa no sentido de produzir respostas de enfermagem efetivas e assentes nos princípios das práticas seguras.

Os gestores de enfermagem são os principais responsáveis pela seleção de uma ou de várias metodologias organizacionais do cuidado em Enfermagem e pela criação de condições adequadas à sua implementação (Parreira *et al.*, 2021).

Os métodos de trabalho empregues refletem a filosofia de cuidados do serviço ou instituição de saúde, as crenças e conceções dos respetivos enfermeiros e os princípios que sustentam o projeto de cuidado, constituindo aspetos essenciais para nortear as ações coletivas e assim alcançar os resultados esperados e/ou desejáveis (Parreira *et al.*, 2021).

A evolução dos métodos de prestação de cuidados de enfermagem pode ser melhor compreendida ao analisarmos o estado da arte da evolução das teorias de Enfermagem e as mudanças concetuais impulsionadas por teóricos como Afaf Meleis (Parreira *et al.*, 2021).

Na sua teoria, Meleis, sublinha a importância da Enfermagem enquanto disciplina de cuidar, determinando a mudança de uma prática assente no cuidado à pessoa doente para uma prática enquadrada numa perspetiva salutogénica (Parreira *et al.*, 2021).

As teorias de enfermagem e de gestão mobilizadas para os contextos práticos, permitem “dar” forma ao método de trabalho utilizado (Parreira *et al.*, 2021) e deixam transparecer a forma como os profissionais (enquanto equipa) vivenciam a experiência do cuidar.

O desempenho de funções de enfermeiro gestor determina, frequentemente, que se procure adquirir competências relacionadas com a liderança.

Assim, torna-se imperativo que o EE desenvolva um conjunto de habilidades, aptidões e atitudes que lhe possibilitem orientar, supervisionar e gerir o comportamento dos colaboradores no sentido de garantir o cumprimento dos objetivos definidos (Pontes & Santos, 2023).

Apesar, de um bom gestor não ser obrigatoriamente um bom líder, é cada vez mais importante que os dois conceitos se complementem, sendo para isso imperativo que o enfermeiro gestor se disponha a “(...) desenvolver o seu ser (valores, motivação, personalidade e caráter), o conhecer (habilidades e capacidades) e o fazer (comportamentos, hábitos e estilos)” com o intuito de melhorar os níveis de desempenho da sua equipa (Santos, 2021, p.25).

Vários estudos têm enfatizado a importância da formação formal no desenvolvimento de competências associadas a uma liderança efetiva, no entanto alguns autores antagonizam esta ideia afirmando que a aquisição de conhecimento nesta área não se traduz diretamente em melhorias comportamentais, podendo a experiência, a observação, a reflexão e a interação entre pares serem mais enriquecedoras desse ponto de vista (Figueiredo, 2018; Santos, 2021).

Figueiredo (2018) vai mais longe, afirmando que a assunção do papel de líder constitui uma escolha do próprio indivíduo, uma vez que possuir competências efetivas de liderança por si só não determina a sua operacionalização.

De acordo com Santos (2021) um líder, deve apresentar características distintas que lhe permitam motivar, inspirar e estimular a equipa, facilitar o processo de diálogo entre e com os vários elementos da equipa, gerir eficazmente conflitos e emoções, coordenar as tarefas e delegar responsabilidades.

No entanto, a visão de desenvolvimento de liderança tem sido alvo de mudanças constantes. Se antes se procurava responder à questão “*Are leaders born or are they made?*”, atualmente o foco transita do indivíduo para englobar a visão estratégica da organização (Figueiredo, 2018).

Durante o Estágio Profissionalizante, estive presente nos momentos de passagem de turno e tive a oportunidade de participar em reuniões desenvolvidas pela equipa multidisciplinar da unidade de Orto geriatria, tendo colaborado ativamente nas decisões da equipa de saúde.

Promover estas reuniões semanalmente é essencial para melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da situação global da pessoa e da família cuidada, permitindo inclusivamente demarcar e clarificar as funções de cada elemento no interior da equipa multidisciplinar.

Esta perceção permitiu-me durante o período do respetivo ensino clínico, reconhecer prontamente a necessidade de envolver outros profissionais no processo de tomada de decisão e referenciar situações que se encontravam fora do âmbito da minha intervenção.

Constatei ainda que no local de estágio, os enfermeiros realizavam a passagem de turno utilizando a técnica ISBAR com o objetivo de garantir o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa e a segurança da pessoa durante as transições de cuidados (Norma nº 001/2017).

Não foi possível desenvolver a maioria das competências inseridas na unidade de competência “C2.2 - Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Regulamento nº 140/2019, p. 4749), uma vez que se espera que o desenvolvimento destas competências acompanhe a prática profissional do EE e que lhe permita atingir um estado de mestria. Ainda assim, foi possível observar e experienciar a forma como o EEER supervisor desempenhava essa função.

A gestão de cuidados pressupõe também a chegada a um nível de entendimento e de conhecimento elevado que permita ao EEER responsabilizar-se pelo processo de formação especializada dos seus pares. As ações de supervisão clínica, permitem ao estudante sob

supervisão desenvolver um conhecimento alargado sobre a área de especialidade escolhida, refletir na ação e sobre a ação e desenvolver as competências necessárias ao desempenho das funções de EEER (Pontes & Santos, 2023).

Cabe também ao gestor (sobretudo em serviços onde a exigência de cuidados de reabilitação seja uma constante) a coordenação entre os diferentes profissionais de saúde, assegurando a complementaridade das suas ações terapêuticas (Pontes & Santos, 2023).

Importa referir que este último período formativo coincidiu com a transição do EE responsável pela supervisão do ensino clínico para um cargo de gestão, pelo que me foi possível observar e compreender os desafios associados à ascensão a este tipo de cargo e o efeito da mudança no processo de transição situacional (do próprio) e organizacional (da equipa).

D) Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais

Um dos maiores desafios que os enfermeiros enfrentam na procura pelo desenvolvimento das suas potencialidades está relacionado com a fiabilidade da informação a que acedem. “Fazer bem as coisas certas” (Gray citado por Pereira, 2023, p.101) nem sempre é tão linear e os profissionais de saúde sentem a “pressão” de estar constantemente atualizados por forma a serem capazes de tomar decisões informadas e justificadas pela evidência científica.

Pereira (2023) refere que estas exigências não são exclusivas dos enfermeiros, derivando também de fontes externas (sociedade), uma vez que os recetores dos seus cuidados constituem os beneficiários diretos do desenvolvimento da sua perícia e *expertise*.

Relativamente a este domínio, ressalvo a necessidade constante de continuar a aprofundar o conhecimento teórico adquirido ao longo do curso de especialização e que possibilitou o desenvolvimento de dois relatos de casos.

O primeiro, “Fortalecimento muscular na melhoria do equilíbrio corporal após acidente vascular: estudo de caso” (APÊNDICE VII), surgiu com o intuito de compreender a importância do fortalecimento da musculatura proximal (*core*, glúteos e quadricípites) na manutenção do equilíbrio corporal após um evento neurológico isquémico. Os resultados obtidos permitiram

concluir que a melhoria do equilíbrio corporal constituía um dos principais fatores envolvidos na capacidade da pessoa para retomar as atividades promotoras de autocuidado.

O segundo relato de caso clínico: “Associação do treino cognitivo ao programa de reabilitação motora da pessoa com Parkinson e fratura do fémur” (APÊNDICE VIII) foi desenvolvido com o intuito de perceber se a utilização adjuvante de exercícios dirigidos à melhoria da cognição poderia facilitar a recuperação motora da pessoa com DP submetida a hemiartroplastia.

Em consonância com o compromisso de desenvolver uma cultura de aprendizagem contínua, participei numa ação de formação relacionada com a implementação do programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) desenvolvida por um dos hospitais onde realizei o último ensino clínico. Durante as duas semanas de estágio na URR foi também possível assistir a uma sessão formativa sobre terapêutica por nebulização (APÊNDICE IX) e a uma conferência sobre “Investigação em Enfermagem” (APÊNDICE X), dinamizada pelo Prof.º Doutor Abel Paiva.

Durante o estágio na comunidade participei (como coautora) na elaboração de um póster cuja temática se centrava na “Pessoa com doença pulmonar intersticial – a eficácia de um programa de reabilitação respiratória, no domicílio – estudo de caso” (APÊNDICE XI) e que foi apresentado no II Congresso de Enfermagem de Reabilitação que decorreu nos dias 19 e 20 de setembro de 2023.

A realização da formação em serviço e dos folhetos informativos (referidos anteriormente) contribuíram também para o desenvolvimento e aprofundamento desta competência específica.

Pereira (2023) reflete sobre o desenvolvimento do conhecimento, salientando que a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros depende da sua proatividade em relação à evolução do conhecimento. De acordo com o autor, “abraçar” a mudança ao procurar desenvolver uma prática de enfermagem baseada na evidência permitirá reforçar o reconhecimento desta disciplina enquanto ciência prática e reafirmar a importância da Enfermagem junto da comunidade e dos demais decisores políticos.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A ER, enquanto especialidade, possui um corpo de conhecimentos próprio e procedimentos que visam ajudar a pessoa com patologia aguda e/ou crónica a maximizar o seu potencial de saúde e recuperar a funcionalidade e independência prévias (Regulamento nº 392/2019).

Cabe ao EEER avaliar, diagnosticar precocemente problemas reais e/ou potenciais, conceber, implementar e monitorizar os planos de cuidados de ER instituídos (Regulamento nº 392/2019).

Considerando a abrangência da sua intervenção, é essencial que o EEER procure desenvolver as suas competências, incorporando continuamente novas formas de saber (conhecimento), de saber ser (atitudes e comportamentos) e de saber-fazer (habilidades) (Rodrigues, 2013).

No âmbito das competências específicas, o EEER (Regulamento nº 392/2019, p.13566):

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

Apesar de as competências acima descritas serem comuns à especialidade de ER, a forma como cada enfermeiro desenvolve a prática clínica difere de um contexto para o outro. Estas disparidades acentuassem ainda mais quando transitamos de um contexto hospitalar para um contexto comunitário (ou vice-versa).

O facto de ter realizado o primeiro estágio numa ECCI (que abrangia uma área de $\approx 1\,116\text{ km}^2$) permitiu-me compreender as dificuldades que as pessoas experienciam quando regressam ao domicílio após a alta hospitalar e constatar que a falta de condições habitacionais, a ausência ou ineficiência das estruturas familiares, a falta de literacia em saúde, a existência de cuidadores informais também eles envelhecidos ou a precisar de apoio, o *stress* do cuidador (muitas vezes

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

subvalorizado), as dificuldades financeiras, a ausência de meios de transporte e o isolamento social estão bem presentes na sociedade atual.

Os enfermeiros são frequentemente percebidos como a entidade profissional melhor “posicionada” para lidar com este tipo de constrangimentos. Aos cuidadores informais deve ser fornecida informação relevante sobre o plano de cuidados, sobre formas de aceder a apoios e/ou recursos assistenciais, devendo o EEER colaborar com a pessoa e cuidador no estabelecimento de estratégias adaptativas que permitam melhorar a qualidade de vida de ambos (Ferreira *et al.*, 2022).

As mulheres continuam a constituir o maior grupo de cuidadoras informais de pessoas idosas, estando frequentemente sobrecarregadas devido à acumulação de diferentes papéis sociais (Ferreira *et al.*, 2022).

O caráter ininterrupto associado ao desempenho da função de cuidador informal implica um desgaste cumulativo e a impossibilidade de conciliar o cuidado com a atividade laboral, o que leva muitas vezes ao abandono deste papel e a optar pela institucionalização da pessoa idosa (Ferreira *et al.*, 2022).

Em ECCI, cuidei essencialmente de pessoas idosas, tendo, no entanto, sido possível acompanhar também o processo de reabilitação de uma jovem com paralisia cerebral espástica.

Esta adolescente tinha sido referenciada para a ECCI sobretudo devido à frequência com que desenvolvia complicações respiratórias que tornavam necessário recorrer aos serviços de urgência hospitalares cerca de 4 a 5 vezes por ano. Quando iniciei o meu estágio neste contexto, o EEER supervisor já acompanhava esta situação há cerca de 1 ano, sendo que durante esse período, com a implementação de exercícios de RFR com ênfase na abertura costal seletiva e global, reeducação diafragmática e técnicas de limpeza das vias aéreas (incluindo drenagem postural, manobras acessórias e utilização de *cough assist*) foi possível prevenir os episódios de agudização, evitar internamentos hospitalares e fornecer maior estabilidade à família através da prestação de cuidados de ER no conforto do seu ambiente familiar.

Apesar de podermos retirar daqui importantes indicadores sensíveis aos cuidados de ER, existem muitos outros benefícios inerentes à intervenção de ER que não são passíveis de serem mensuráveis e que estão relacionados com o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o EEER e o núcleo familiar.

Durante este estágio foi-me dada a oportunidade de contactar com uma multiplicidade de situações e de crescer gradativamente maior complexidade à prestação de cuidados. Os processos neurológicos (degenerativo e vascular) e ortotraumatológicos foram os mais frequentes neste contexto, tendo sido também possível (em consulta de ER) acompanhar pessoas com patologia respiratória obstrutiva crónica.

De uma forma geral, foi possível realizar ensinamentos e acompanhar pessoas com *status* pós-AVC isquémico, *status* pós-fratura da bacia (tratamento conservador), *status*-pós amputação unilateral do membro inferior, *status*-pós ATA (com comprometimento cognitivo), pessoas com alterações neurodegenerativas associadas a processos demenciais, pessoas com alterações reumatológicas e com processos artríticos instalados, uma pessoa com fibrose intersticial pulmonar (FIP) e uma pessoa com diagnóstico inconclusivo de mielite.

A satisfação da pessoa ao longo do processo de reabilitação constitui um importante indicador da qualidade dos cuidados de ER e depende de inúmeros fatores, entre eles, o nível de participação e de envolvimento no seu projeto de saúde que se relaciona diretamente com o exercício da sua autonomia e com a capacitação para a autogestão da situação de saúde (OE, 2018).

A experiência adquirida durante os estágios leva-me a acreditar que a satisfação da pessoa não está apenas relacionada com o seu nível de envolvimento, mas também com o nível de envolvimento do profissional de saúde e com a manifestação do seu interesse genuíno em ajudar, sendo que a “contratualização” do plano de cuidados é entendida como um compromisso de ambas as partes para atingir os resultados esperados no período temporal definido. Este aspeto tornou-se mais evidente durante o ensino clínico comunitário, uma vez que era desenvolvido um PII onde se definiam os objetivos conjuntos e o período de tempo expectável para os atingir,

sendo que uma das cópias do documento permanecia com a pessoa e a outra era devolvida ao EEER, assumindo a co-responsabilização pelo processo de reabilitação.

Durante esse estágio, procurei implementar um conjunto de estratégias que permitissem sistematizar os aspectos fundamentais do programa de reabilitação e que facilitassem a adesão ao regime terapêutico. Um destes exemplos consta no relato de caso clínico (APÊNDICE VII), onde desenvolvi um documento que permitia à pessoa assinalar os exercícios realizados (marcador verde) e os exercícios que não realizou (marcador vermelho), no sentido de consciencializar a pessoa sobre a importância de se responsabilizar pelo seu projeto de saúde, permitindo identificar mais facilmente as “falhas” no decurso do programa e aquilo que poderia ser melhorado.

O contexto domiciliário surge como um desafio que estimula a criatividade (Vigia *et al.*, 2023), havendo necessidade de adaptarmos o domicílio aos objetivos da reabilitação. Por exemplo, para desenvolver a coordenação motora e a motricidade fina recorria-se frequentemente a molas da roupa. Foi inclusivamente desenvolvido um produto de reabilitação “artesanal” com uma caixa de cartão, um fio e um conjunto de espátulas e que pretendia estimular a utilização e aumentar a perceção tátil do MSE hemiparético. Para realizar o treino de marcha de uma pessoa com AVC com sequelas motoras solicitava-se à pessoa que seguisse a linha definida nos azulejos, sendo que as “pistas” de contorno de obstáculos consistiam em cadeiras, vasos e outros objetos pessoais.

Considerando os diagnósticos de ER identificados neste contexto, foi sobretudo necessário intervir para:

- Promover o autocuidado: comer, beber, higiene, vestuário, ir ao sanitário e continência urinária;
- Prevenir ou minimizar a espasticidade: monitorizando o aumento do tónus [Escala de Ashworth] e implementando medidas que incluíam o relaxamento muscular, a massagem, a utilização da técnica de posicionamento em padrão anti-espástico e a execução de técnicas de exercício muscular e articular passivo e ativo-assistido;

- Prevenir a rigidez articular: monitorizando a amplitude articular [Goniómetro] e implementando técnicas de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido e ativo-resistido;
- Melhorar o equilíbrio corporal: monitorizando o equilíbrio corporal [Índice de Tinetti], através da correção postural (com recurso a espelho) e implementando medidas que incluíam o treino de equilíbrio sentado e/ou dinâmico e ortodinâmico, alternância de carga nos membros superiores e inferiores, apoio unipodal, exercícios de coordenação motora e de facilitação cruzada;
- Melhorar a intolerância à atividade: avaliando a intolerância à atividade, planeando os períodos de atividade física e de repouso, ensinando sobre a utilização de técnicas de conservação de energia (recorrendo à expiração durante os movimentos que exigem maior gasto energético) e sobre os hábitos de exercício físico. A avaliação da perceção subjetiva ao esforço era realizada com recurso à Escala de Borg modificada;
- Melhorar a força muscular: monitorizando a força muscular [*medical research council modified scale*], executando técnicas de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido e resistido (pesos ou resistência manual) e incentivando as automobilizações;
- Melhorar o andar com auxiliar de marcha: sobretudo no que diz respeito à vigilância das condições do auxiliar de marcha, à adaptação do domicílio à situação atual e ao treino de marcha e subir/descer escadas.

Como referido anteriormente foi ainda possível intervir junto de pessoas com alterações no processo ventilatório ou cuja limpeza das vias aéreas e a capacidade para expetorar se revelou ineficaz. Nestas alturas, demonstrou ser crucial uma intervenção mais abrangente do EEER (na vertente da reabilitação respiratória) e que aliasse a gestão da terapêutica medicamentosa (nomeadamente, a utilização adequada dos inaladores e aumento da concentração de oxigénio durante as atividades que requeriam maior dispêndio de energia) aos exercícios de RFR.

Dowman *et al.* (2021) referem que a reabilitação respiratória pode ser realizada de forma segura em pessoas com FIP e fibrose pulmonar idiopática e que a implementação de programas de RFR pode melhorar a tolerância ao exercício físico, a dispneia e a qualidade de vida relacionada com

a saúde. Revela-se, no entanto, necessária a manutenção de atividade física e da adesão regular programa RFR, especialmente em pessoas com FIP.

Os estágios realizados em contexto hospitalar foram igualmente enriquecedores, sendo que o estágio na URR consistiu sobretudo na observação e aprofundamento de competências específicas do EEER relacionadas com a reabilitação respiratória. A prestação de cuidados era sobretudo centrada em pessoas com patologia respiratória aguda, crónica e crónica agudizada. Deste estágio em particular, ressalvo a maior compreensão do impacto das patologias pulmonares restritivas (como a FQ ou a fibrose pulmonar idiopática) nas dimensões físicas, cognitivas, sociais, e espirituais das pessoas que sofrem destas doenças.

A própria doença (FQ) é, comumente, associada apenas ao desenvolvimento de sintomatologia respiratória, quando na verdade pode acometer, com a mesma intensidade, o sistema digestivo e reprodutivo. A pessoa portadora de FQ pode desenvolver doença hepatobiliar e pancreática, diabetes associada à FQ, síndrome de obstrução intestinal distal e infertilidade (estimando-se que cerca de 97% dos homens apresentem azoospermia) (Reisinho, 2019).

A inovação e o desenvolvimento de terapias moduladoras cada vez mais eficazes no controlo e gestão da doença, tem permitido aumentar a sobrevida destas pessoas (geralmente muito jovens) e aumentar a sua qualidade de vida. Este incremento na esperança média de vida, traduzir-se-á em novos desafios para os serviços de saúde que passarão a contactar regularmente com pessoas portadoras desta doença e que terão de adquirir novas competências para gerir a complexidade inerente à interação entre esta e as demais patologias crónicas.

Por se tratar de uma doença hereditária autossómica recessiva, verifiquei (em contexto de ensino clínico) que a patologia se manifestava, por norma, em mais do que um elemento da família (sobretudo entre irmãos) existindo diferenças associadas à gravidade sintomática.

À medida que vão crescendo, as pessoas com FQ demonstram apresentar inquietações relacionadas com as diferentes fases do desenvolvimento. O estigma associado à FQ contribui para evidenciar as diferenças entre pares, podendo contribuir para o isolamento social, para a

maior dependência física, emocional e financeira da família assim como para a diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde (Reisinho, 2019).

Paralelamente, a consciencialização acerca do carácter hereditário da doença pode levar alguns pais a culpabilizarem-se pelo aparecimento da doença e a desenvolver sentimentos de medo, impotência e solidão (Reisinho, 2019).

Relativamente a esta temática, Tavares *et al.* (2014) desenvolveram um estudo com o intuito de identificar as principais dificuldades vivenciadas pelas mães de filhos com FQ, tendo-se concluído que a convivência com os tratamentos diários (presente) e a angústia associada à progressão da doença (futuro) e à esperança de uma cura constituíam as principais fontes cumulativas de *stress* para estas cuidadoras. Os autores, mencionam ainda, os sentimentos de perda associados ao diagnóstico precoce e a necessidade de “fazer o luto” do filho idealizado para transitar de uma situação de negação para a aceitação da nova realidade.

Reisinho (2019) reforça por isso a necessidade de apoiar a família neste processo de transição, devendo os enfermeiros estar preparados para abordar cada fase do desenvolvimento, ajudar a definir estratégias de adaptação, providenciar apoio psicológico e capacitar desde cedo os pais e mais tarde a criança para a gestão autónoma da própria doença.

Além da utilização da Escala de Borg modificada, na unidade URR recorria-se ao *The St George’s Hospital Respiratory Questionnaire* para avaliar o impacto da doença respiratória na qualidade de vida das pessoas com FQ.

Já o último estágio, permitiu-me aprofundar conhecimentos na vertente ortotraumatológica, sendo que optei por direcionar o foco das minhas intervenções para o cuidado à pessoa com FEPP submetida a cirurgia ortopédica, com défice cognitivo.

É sabido que as pessoas idosas se deparam com um maior número de complicações no período pós-operatório, estando as fraturas do fémur relacionadas com um pior prognóstico funcional e com um aumento no risco de desenvolver episódios de *delirium*, infeções do trato urinário, pneumonia e trombozes venosas profundas (Chen *et al.*, 2022).

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

De acordo com Chen *et al.* (2022) cerca de $\frac{1}{3}$ dos idosos desenvolve pelo menos uma complicação no período pós-operatório, sendo que destes, aproximadamente 7.2% experienciam múltiplas complicações.

Entre as complicações que atingem esta faixa etária, o *delirium* é considerado um dos mais limitantes, uma vez que a sua presença está diretamente relacionada com piores *outcomes* ao nível da funcionalidade, podendo inclusivamente impactar a função cognitiva e incitar o desenvolvimento de um processo demencial (Chen *et al.*, 2022).

É por isso essencial que toda a equipa multidisciplinar esteja desperta para as repercussões a curto, médio e longo prazo da manifestação de *delirium* e que procure minimizar os fatores de risco modificáveis (Chen *et al.*, 2022).

Chen *et al.* (2022) refere que a cogestão efetiva entre os elementos da equipa ortogerátrica durante o período perioperatório pode ser útil na redução da incidência de DPO em pessoas com diagnóstico de fratura da anca.

Existem vários instrumentos de medida que permitem avaliar as funções cognitivas das pessoas idosas no período pré-operatório e que podem constituir importantes preditores do desenvolvimento de *delirium* pós-operatório (DPO). O *Mini-Mental State Examination* foi um dos instrumentos de medida utilizados com mais frequência no período perioperatório para avaliar a função cognitiva da pessoa idosa, assim como o teste 4AT que permite, através de um curto questionário, detetar sinais de *delirium*.

No serviço onde estagiei, estava já a ser desenvolvido um projeto com o intuito de melhorar o diagnóstico precoce e a referência deste tipo de situações, no entanto a saída de um dos elementos que constituía a equipa de trabalho levou à interrupção deste processo.

Antes da realização de qualquer intervenção que possa beneficiar a pessoa cuidada, é importante que o EEER procure sensibilizar a sua equipa para a importância de intervir com intenção e sobretudo com conhecimento em situações semelhantes. Infelizmente, a primeira linha de intervenção (mesmo antes da implementação de medidas farmacológicas) passa pela contenção

mecânica da pessoa, algo que se sabe que apenas contribuirá para agravar a situação de *delirium* (Delvalle *et al.*, 2020).

A contenção mecânica é frequentemente utilizada com o objetivo de prevenir episódios de queda ou com o intuito de controlar comportamentos agressivos, no entanto existem vários eventos adversos relatados aquando a sua utilização, nomeadamente o aparecimento de LPP, a ocorrência de luxação dos membros, diminuição da mobilidade e da força muscular, diminuição do equilíbrio corporal, incontinência fecal e urinária, obstipação, desnutrição, infeções respiratórias, aumento da dependência na realização de AVD's, podendo inclusivamente, resultar na morte prematura da pessoa idosa (Delvalle *et al.*, 2020).

Por todos esses motivos, a contenção mecânica deve ser encarada pelos profissionais de saúde (e sobretudo pelos enfermeiros) como uma medida de último recurso, uma vez que a sua utilização, quando banalizada, pode constituir um ato ético e socialmente reprovável.

O mesmo acontece quando falamos de pessoas com DNP que já apresentam alterações cognitivas ou que no decurso da doença desenvolveram demência. Sendo a presença deste tipo de patologias, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DPO, poderemos ter que lidar com esta agravante.

Desta forma, e de acordo, com aquilo que se encontra disposto no Regulamento nº 392/2019, o EEER deve procurar promover a mobilidade da pessoa, limitar a realização de qualquer prática que imponha restrições à sua participação social ou que possa resultar em eventos adversos, sensibilizando a comunidade (e os restantes profissionais de saúde) para a adoção de práticas inclusivas durante a prestação de cuidados e que permitam melhorar a qualidade de vida e aumentar a satisfação da pessoa e/ou família em relação aos cuidados fornecidos.

Tendo em conta a especificidade do contexto onde decorreu o último estágio, uma das principais necessidades das pessoas a quem prestei cuidados estavam relacionadas com os focos de diagnóstico: “Autocuidado: Higiene”, “Autocuidado: Ir ao Sanitário”, “Autocuidado: Vestuário”, “Posicionar-se”, “Transferir-se” e “Andar com Auxiliar de Marcha”.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Com o intuito de favorecer a sua recuperação funcional, além do ensino, treino e instrução dos posicionamentos a adotar e da melhor estratégia para realizar as transferências da cadeira/cadeirão para a cama (e vice-versa), revelava-se também necessário ensinar sobre os recursos materiais existentes e que permitem facilitar o autocuidado (sobretudo durante o processo de transição). (Lourenço *et al.*, 2021)

Estes produtos de apoio (como o andador, as barras de apoio de duche, as tábuas de banheira e as pinças de cabo longo) adquiridas ainda durante o período de internamento, podem facilitar a aquisição de conhecimento e o esclarecimento de eventuais dúvidas além de permitirem a supervisão do EEER durante a utilização. Estes aspetos podem ser cruciais quando falamos de desenvolver estratégias para colmatar os *déficits* atuais e quando nos preparamos para iniciar o processo de transição entre hospital-comunidade.

Contudo, o aconselhamento de produtos de apoio deve ser adaptado às necessidades da pessoa e família e deve ter em consideração a sua situação financeira (Vigia *et al.*, 2023).

Vigia *et al.* (2023) fazem referência à necessidade de conhecer as condições habitacionais da pessoa e/ou família, no sentido assegurar a implementação de um programa de reabilitação capaz de responder às necessidades reais da pessoa e família e estabelecer estratégias adaptativas para superar os obstáculos ou barreiras arquitectónicas que possam existir no domicílio.

Revela-se ainda essencial integrar o treino de AVD's no processo de reabilitação da pessoa, no sentido de a tornar progressivamente menos dependente na realização do autocuidado. A capacitação prévia neste domínio irá posteriormente, estimular e possibilitar a sua participação plena em atividades do foro social, recreativo e/ou laboral (Vigia *et al.*, 2023).

A satisfação da pessoa/cliente está relacionada com o respeito pelas crenças, valores, capacidades e limitações da pessoa. As transições do tipo saúde-doença podem ser particularmente difíceis para as pessoas, sobretudo quando se tratam de processos repentinos e inesperados. (OE, 2018).

A comunicação bidirecional e a qualidade da informação fornecida à pessoa e à família têm sido indicativas da melhoria da satisfação dos clientes (Freitas *et al.*, 2023).

Freitas *et al.* (2023) salientam ainda a complexidade inerente ao conceito de satisfação, considerando que se associa a um processo que é mediado pela relação entre os cuidados que se espera receber e os cuidados que efetivamente se recebem. Nesta lógica, a satisfação figura-se como um processo permeável, toldado pelas perceções e expectativas de cada um dos intervenientes.

Para alcançar resultados mensuráveis e fidedignos, é importante que o EEER esteja familiarizado com os vários instrumentos de medida e que conheça as suas propriedades clinicométricas. A validação dos respetivos instrumentos de medida para a população portuguesa é outro dos aspetos a atender aquando a seleção do mesmo.

Para ser considerado útil, do ponto de vista prático, um instrumento de medida deve permitir medir o objeto em estudo, ser de fácil aplicabilidade e relativamente rápido de implementar (Sousa *et al.*, 2023d).

A seleção do instrumento de medida pressupõe a adequada avaliação da sua validade, fiabilidade, responsividade e reprodutibilidade. Mesmo optando por um instrumento adequado ao parâmetro que pretendemos monitorizar, podemos deparar-nos com algumas limitações associadas por exemplo à discrepância nos valores obtidos durante a avaliação da fiabilidade inter-observador. (Sousa *et al.*, 2023d).

Por isso, além da seleção criteriosa do instrumento de medida, devemos equacionar a necessidade de formação e treino acerca da sua utilização, podendo ser útil disponibilizar guias orientadores para consulta que expliquem de forma clara o modo de implementação do instrumento de medida, com o intuito de evitar interpretações e avaliações erróneas que inviabilizarão os resultados obtidos (Sousa *et al.*, 2023d).

No que concerne à ER, a obtenção de ganhos sensíveis aos cuidados de saúde é crucial para nortear as próximas intervenções, pelo que a utilização de instrumentos de medida que permitam

identificar incapacidades ou limitações funcionais e monitorizar continuamente os progressos de forma efetiva revela-se indispensável à prática quotidiana do EEER (Sousa *et al.*, 2023d).

A seleção dos instrumentos de medida foi um verdadeiro desafio durante a realização dos estágios, sobretudo pela falta de experiência na aplicação, o que levou à realização de vários ajustes, selecionando uns em detrimento de outros, priorizando sobretudo a facilidade e a rapidez de aplicação.

A reflexão crítico-reflexiva revela-se insuficiente na altura de abordar todas as experiências e oportunidades de aprendizagem vivenciadas ao longo deste percurso, mas os resultados da intervenção de ER (espelhados sobretudo nos estudos de caso) não deixam transparecer dúvidas acerca da importância do papel do EEER nos vários contextos da prática de cuidados.

3.3 Competências de Mestre

O grau de mestre é conferido aos estudantes que demonstram capacidade para desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos ao nível do 1º ciclo de estudos e a todos os que demonstram “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;” (15º art.º do Decreto-Lei nº 65/2018, p. 4162).

Ao mestrando, exige-se a capacidade para incorporar novos conhecimentos, gerir questões de complexidade acrescida e apresentar soluções em situações em que a informação seja escassa e/ou limitada e apenas após refletir criticamente sobre a tomada de decisão e sobre as suas implicações éticas e sociais.

Espera-se ainda que o mesmo seja capaz de comunicar o conhecimento e/ou raciocínio subjacente às conclusões a que chega e que demonstre as competências necessárias para desenvolver um percurso formativo contínuo e, essencialmente autónomo.

A construção do saber em Enfermagem assume ao longo da vida, um carácter cumulativo, moldando-se às necessidades sociais atuais e perspetivando as necessidades futuras. A

necessidade de promover respostas diferenciadas em matéria de cuidados de saúde, impulsionou o desenvolvimento da especialidade em ER e a consolidação do seu corpo de conhecimentos (Padilha *et al.*, 2021).

Os desafios associados ao período atual determinam e continuarão a determinar alterações ao nível da conceção da disciplina e ciência de Enfermagem. À luz do paradigma da transformação, Padilha *et al.* (2021) assumem que o desenvolvimento de competências em ER passará essencialmente por procurar, no decurso do exercício profissional, promover e facilitar processos de transição que permitam às pessoas e/ou famílias desenvolver respostas adaptativas saudáveis e alinhadas com as suas expectativas.

Na contemporaneidade, as “perdas” graduais associadas ao processo de envelhecimento constituem o principal ónus da incapacidade e da mortalidade acima dos 60 anos, pelo que o desenvolvimento de políticas institucionais, nacionais e internacionais rumo ao “envelhecimento saudável” não são apenas necessárias, mas urgentes.

Para alcançar este objetivo é necessário que os profissionais de saúde reúnam os seus esforços para ajudar as pessoas a desenvolver e preservar as capacidades funcionais necessárias à manutenção do bem-estar (OMS, 2017).

No entanto, na persecução destes objetivos e sobretudo da melhoria da qualidade dos cuidados de ER, revela-se também necessário que se procure participar ativamente no desenvolvimento e produção de conhecimento renovado, por meio da investigação.

A pesquisa e divulgação em Enfermagem permite gerar novo conhecimento, refletir sobre a pertinência das práticas atuais e sobre a efetividade dos serviços existentes. O conhecimento científico que resulta deste processo fornece o suporte necessário para continuar a caminhar no sentido de aperfeiçoar o ensino, a prática, a investigação e a gestão em Enfermagem (Fernandes *et al.*, 2019).

A consolidação do corpo de conhecimentos inerente à ER é influenciada pela forma e regularidade com que esse conhecimento é disseminado. Para isso, é crucial que todos os enfermeiros

especialistas em ER procurem ajudar a propagar o conhecimento (informado pela evidência) e que utilizem as estratégias de divulgação de informação que se encontram ao seu dispor. Essas estratégias podem incluir a supervisão de ensinamentos clínicos e a partilha de experiências, a associação a estruturas organizacionais que promovam o desenvolvimento profissional, a publicação de artigos científicos e a participação e apresentação de trabalhos em conferências nacionais e internacionais (Fernandes *et al.*, 2019).

As “(...) produções acadêmicas decorrentes dos mestrados em Enfermagem de reabilitação com características profissionalizantes” (Fernandes *et al.*, 2019, p. 288), como é o caso, correspondem também a medidas válidas de iniciar o percurso de divulgação deste conhecimento, sendo necessário que o EE e mestre assumam o compromisso permanente de basear a sua prática na melhor evidência atual disponível e de divulgar os resultados das suas intervenções, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da sua profissão e área de especialidade.

IV. ANÁLISE SWOT

Vários fatores (internos e externos) contribuíram para o desenvolvimento do meu percurso formativo, sendo que alguns foram percebidos como facilitadores do processo de aquisição das competências de EE e de EEER, ao passo que outros constituíram verdadeiros desafios.

Acredito que os pontos internos que facilitaram (forças) o desenvolvimento destas competências estiveram sobretudo relacionados com a minha capacidade de mobilizar as experiências passadas e o conhecimento anterior para guiar intervenções futuras, com a capacidade de autocrítica que me ajuda a refletir sistematicamente sobre a prática clínica e sobre a melhor estratégia a adotar, com a motivação intrínseca para aprender e para participar nos projetos implementados nos serviços onde estagiei e sobretudo com a minha facilidade em estabelecer relações interpessoais e de confiança com os profissionais de saúde das várias equipas multidisciplinares e com as pessoas e famílias a quem prestei cuidados.

Como fatores internos dificultadores (fraquezas), saliento a falta de experiência em vertente de cuidados de ER e que, numa fase inicial dos estágios, se evidenciava pela falta de confiança e insegurança face a situações novas e de complexidade acrescida. O receio aliado à falta de destreza manual suscitou-me algumas dúvidas relativamente à postura a adotar durante a realização de exercícios de RFR ou RFM e de que forma poderia melhorar a eficácia das minhas intervenções. A noção da importância de gerir adequadamente o tempo foi outra dificuldade que senti no decurso dos estágios, sobretudo em contexto comunitário, em que o tempo parecia ser um recurso ainda mais escasso.

A nível organizacional, diria que foram mais os fatores atrativos do que os fatores inibitórios para o processo de aprendizagem. O facto de ter sido possível estagiar em três serviços distintos foi muito enriquecedor do ponto de vista pessoal e profissional ao permitir-me alargar o leque de experiências e aprofundar áreas do cuidar mais específicas. O facto de ter podido participar na implementação do programa de RR “Melhorar” em contexto comunitário permitiu-me também compreender a importância do EEER na comunidade, especialmente por ser percebido como o único recurso assistencial de algumas famílias. Relativamente ao Estágio Profissionalizante e

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

como já referi, a unidade onde estagiei possuía uma unidade de ortogeriatria, algo que considerei crucial dada a tipologia das pessoas que recebemos no respetivo serviço. Considerei ainda que a articulação e comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar era, regra geral, bastante boa o que possibilitava um acompanhamento mais personalizado e centralizado nas necessidades das pessoas e das suas famílias.

Em relação à URR, não posso deixar de referir a oportunidade de ter assistido à implementação de programas de reabilitação com supervisão remota. Esta abordagem “inovadora” permitiu-me integrar uma visão futurista da ER e compreender que existem várias formas de estar e “ser” presente na vida das pessoas.

Relativamente às ameaças ao processo de aquisição de competências, destaco a falta de material adequado para a realização da formação em serviço sobre “Artroplastia da Anca”, nomeadamente o cabo do projetor multimédia que impossibilitou a realização da projeção da sessão, tendo sido necessário realizá-la no computador e em condições menos adequadas ao tipo de apresentação.

As mudanças ao nível de gestão organizacional (no último estágio) apesar de me terem permitido observar o desenvolvimento de competências na área da gestão, impossibilitaram a presença do EEER supervisor em alguns momentos relevantes para o percurso individual da formação especializada.

Ainda assim, considero que de uma forma geral, o balanço deste percurso foi bastante positivo e acredito que a oportunidade de refletir sobre os aspetos facilitadores e dificultadores da aquisição de competências me permitirá desenvolver e continuar a aperfeiçoar a prática clínica.

CONCLUSÕES

Os Enfermeiros constituem os profissionais com maior representatividade no setor da saúde, assumindo uma função central na prestação de cuidados à pessoa e/ou família em todos os contextos e fases do ciclo de vida.

A consciência do impacto que continuaremos a ter na vida das pessoas, impulsiona-nos a aprofundar continuamente saberes e a desenvolver competências que nos permitem prestar cuidados cada vez mais diferenciados e ajustados às necessidades da sociedade atual.

Refletir sobre a nossa prática, permite-nos procurar constantemente atingir uma prática de cuidados assente na melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem que se traduz por mais e melhor conhecimento (especialmente em áreas de atuação diferenciadas), práticas mais inclusivas e seguras e sobretudo na satisfação de todos os intervenientes no âmbito da prestação de cuidados.

Para isso, revela-se necessário que o enfermeiro procure, ao longo da vida, investir no seu processo formativo e sustentar as suas intervenções na melhor evidência atual disponível. Este processo não é linear e exige tempo, dedicação e o envolvimento de todos aqueles que constituem o *core* desta disciplina e profissão.

A perceção da profissão enquanto ciência e o reconhecimento da necessidade de desenvolver uma prática profissional assente em orientações concetuais torna imperativa a apropriação, numa perspetiva teórico-prática, dos modelos e teorias que permitiram sustentar a evolução paulatina desta área do saber.

A vulnerabilidade inerente a situações transicionais do tipo saúde-doença, impõe rigorosas formas de saber ser e saber estar no encontro com a pessoa cuidada, devendo esta interação acontecer num espaço seguro para a pessoa e no qual esta veja preservados os seus direitos humanos e os princípios ético-deontológicos que constam no código deontológico e que regem a profissão de Enfermagem.

O fenómeno do envelhecimento, o desenvolvimento (quase) inevitável de várias doenças crónicas e de carácter degenerativo implica novas formas de conceber a prática e exige que contornemos as abordagens tradicionais e que mobilizemos outras áreas do saber que se distinguem pela crescente inovação tecnológica. A ER determina que nos mantenhamos atualizados e que acompanhemos os passos evolutivos da sociedade, na medida em que estes vão também moldando as novas filosofias do cuidar.

O desenvolvimento das competências inerentes ao corpo de conhecimentos da especialidade em ER e a incorporação dos padrões de qualidade da respetiva área de especialidade, permitiu-me desenvolver e aprofundar conhecimentos nos vários processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório e ortotraumatológico e reumatológico), sem descurar a importância de assegurar uma prestação de cuidados orientada para a qualidade dos cuidados.

Considerando a temática principal deste relatório, posso afirmar que desenvolvi um olhar mais alargado sobre a importância de “ser com” a pessoa com défice cognitivo, ainda que este processo não tenha sido, de todo, linear. Numa fase inicial do estágio tinha definido como objetivo geral a aquisição de competências específicas de ER no cuidado à pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo (incluindo DPO). Chegada a esta fase, considero que este objetivo foi atingido, tendo sido possível elaborar planos de cuidados orientados para as necessidades e desejos das pessoas com limitações cognitivas e adequados ao seu potencial de recuperação. Acredito ainda que alcancei um objetivo adicional, relacionado com a sensibilização dos profissionais de saúde para a coexistência destas doenças, que são cada vez mais frequentes em serviços dedicados a pessoas com patologia ortopédica.

Embarcar nesta viagem, permitiu-me reforçar o vínculo e o compromisso com a profissão e permitiu-me refletir sobre a importância da intervenção do EEER na vida das pessoas com patologia aguda e/ou crónica, com deficiência ou que apresentam algum tipo de restrição ao desenvolvimento do seu autocuidado, que as impossibilita de participar ativamente enquanto membros de uma comunidade. Mas, mais do que isso, permitiu-me ainda debruçar-me sobre a insuficiência de respostas sociais e/ou comunitárias capazes de apoiar e acompanhar estas

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

famílias, sobretudo aquelas que sabemos estarem constantemente assoberbadas com o desempenho de múltiplos papéis sociais.

Com a aquisição e desenvolvimento de competências específicas comuns do EE, específicas do EEER e de mestre espero poder contribuir para melhorar a efetividade dos cuidados de ER e ajudar as pessoas a alcançar o seu potencial máximo de saúde, transmitindo-lhes alento, esperança e a certeza de que é possível viver uma vida com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahamsen, C., Viberg, B., & Nørgaard, B. (2022). Patients' perspectives on everyday life after hip fracture: A longitudinal interview study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 44, 1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2021.100918>

Amer, Y., Darwech, I. & Clohisy, J. C. (2007). Aseptic loosening of total joint replacements: mechanisms underlying osteolysis and potential therapies. *Arthritis Research & Therapy*, 9 (S6), 1-7. Disponível em: <http://arthritis-research.com/content/9/S1/S6>

American Association of Hip and Knee Surgeons: *A Guide to Returning to Sexual Activity After Hip or Knee Replacement Surgery* (2018). Disponível <https://hipknee.aahks.org/wp-content/uploads/2021/04/A-Guide-to-Returning-to-Sexual-Activity-Following-Hip-or-Knee-Replacement-Surgery.pdf>

Basílio, C. C. S. (2021). A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa Idosa Residente na Comunidade com Marcha Comprometida. (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível no Repositório do IPBeja

Berbiglia, A. V. & Banfield, B. (2014). Self-Care Deficit Theory of Nursing. In M. Alligood (Eds), *Nursing Theorists and Their Work*. 8ªed. (pp.240-257). Estados Unidos da América: ELSEVIER

Branco, P. S. (2023). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 25-34). Lusodidacta.

Breijyeh, Z. & Karaman, R. (2020). Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment. *Molecules*, 25(24), 1-28. DOI: <https://doi.org/10.3390/molecules25245789>

Cabreira, V. & Massano, J. (2019). Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização. *Ata Médica Portuguesa*, 32 (10), 661-670. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.11978>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Chen, Y., Liang, S., Wu, H., Deng, S., Wang, F., Lunzhu, C. & Li, J. (2022). Postoperative delirium in geriatric patients with hip fractures. *Frontiers in Aging Neuroscience*. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.1068278>

Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In P. Chinn (Eds.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation*, (pp. 237-257). Aspen Publication

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

Costa, J., Borges, M., Encarnação, R., Firmino, H., Gonçalves-Pereira, M., Lindeza, P., Sampaio, F., Santana, I., Sousa, R., Taipa, R., Verdelho, A. & Miguel-Silva, L. (2021). Custo e Carga da Doença de Alzheimer nos Idosos em Portugal. *Sinapse*, 21(4), 201-211. DOI: <https://doi.org/10.46531/sinapse/AO/210055/2021>

Cruz, A. Carvalho e Sá, M., Conceição, V., Castro, J., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, C. Baixinho (Eds.), *Cuidados De Enfermagem À Pessoa com Doença Aguda*. (pp. 761- 785). Lusodidacta

Cunha, E. L (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lisboa-Porto: LIDEL

Dalarmi, F. R., Simioni, D. E., Moulin, F. S., Guiotti, J., Melo, M. R., Silva, P. H. S., Pissaia, T. B. Menezes, P. H. T. (2023). Prevenção e manejo do *delirium* pós-operatório em pacientes idosos. *Brazilian Journal of Health Review*. 6 (2), 6951-6961. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-198>

Dao, P. & M, P. (2019). Blood management in enhanced Recovery after hip and knee replacement. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 106 (2020), S1-S5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.05.022>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República nº 157/2018 – I Série.

Delvalle, R., Santana, R. F., Menezes, A. K., Cassiano, K. M., Carvalho, A. C. S. & Barros, P. F. A. (2020). Contenção mecânica em instituição de Longa Permanência para Idosos: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73 (Suppl 3), 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0509>

Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. (2018) Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank. Acedido 19-02-2024

Disponível <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>

Dias, P., Ferrinho Ferreira, R., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 18–29. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Direção-Geral da Saúde (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 | 2026. Disponível em:

<http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Domenech, P., Mariscal, G., Marquina, V. & Baixauli, F. (2023). Short versus long intramedullary nails for intertrochanteric hip fracture: Meta-analysis. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recot.2023.03.016>

Dowman, L., Hill, C. J., May, A., & Holland, A. E. (2021). Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), 1-95. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006322.pub4>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Saúde Atlântica (2023). Mestrado em Enfermagem de Reabilitação – Relatório do Estágio Profissionalizante: Orientações Gerais.

Escola Superior de Saúde Atlântica (2023). Mestrados em Enfermagem - Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio.

Fairhall, N. J., Dyer, S. M., Mak, J. C. S., Diong, J., Kwok, W. S. & Sherrington, C. (2022). Interventions for improving mobility after hip fracture surgery (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9 (CD001704), 1-261. DOI: <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD001704.pub5>

Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Magalhães, M. B. & Lima, A. M. N. (2019). Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa – scoping review. *Journal Health NPEPS*. 4 (1), 282-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103378>

Fernandes, J. B., Sá, M. C. L. & Nabais, A. S. C. (2020). Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação que Previnem a Ocorrência de Quedas na Pessoa Idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3 (1), 57-63. DOI: [10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761](https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761)

Ferreira, B. A. F., Gomes, T. J. B., Baixinho, C. R. S. L. & Ferreira, O. M. R. (2020). Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (suppl 3), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>

Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C. & Lopes, M. (2022). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver’s Scientific Production. *Journal of Personalized Medicine*. 12 (61), 1-19. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V. D., Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó. & Baixinho C, L. (2019a). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (1), 147-153. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>

Ferreira, M. M. F. (2019b). *Prevenção de Úlceras por Pressão: Contributos da Enfermagem de Reabilitação* (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível no Repositório Científico IPVC.

Figueiredo, P. C. M. (2018). *Competências para uma liderança percebida como eficaz – Líderes e liderados*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP.

Fisher, H., Maleitzke, T., Eder, C., Ahmad, S., Stöckle, U. & Braun, K. F (2021). Management of Proximal Femur Fractures in the Elderly: Current Concepts and Treatment Options. *European Journal of Medical Research*, 26 (86), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40001-021-00556-0>

Frada, M. C. (2020). O conceito de dignidade da pessoa humana – Um mapa de navegação para o jurista*. *Católica Law Review*, 4 (2), 139-172. DOI: <https://doi.org/10.34632/catolicallawreview.2020.9323>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *Dossier ciência em cena: o cérebro e as doenças neurodegenerativas*. Acedido 01-02-2024. Disponível https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/24100926/Dossie_2015_Neurodegenerativas.pdf

GBD 2016 Parkinson's Disease Collaborators. (2018). Global, regional and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 17 (11), 939-953. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Geoffrey, K.C., Jeffers, J.R.T. & Beulé, P.E. (2019). Hip Joint Capsular Anatomy, Mechanics, and Surgical Management. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 101 (23), 2141-2151. DOI: [10.2106/JBJS.19.00346](https://doi.org/10.2106/JBJS.19.00346). PMID: 31800428; PMCID: PMC7406151

Gomes, J., Soares, C. M. & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2 (1), 11-7. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>

Graf, C. (2006). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: it's often a consequence of hospitalization but it doesn't have to be. *AJN, American Journal of Nursing*, 106 (1), 58-67. Disponível <http://www.nursingcenter.com/>

Guedes, L. P. C. M., Oliveira, L. M. C. & Carvalho, G. A. (2018). Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21 (04), 516-523. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>

Hall, A. J., Lang, I. A., Endacott, R., Hall, A., & Goodwin, V. A. (2017). Physiotherapy interventions for people with dementia and a hip fracture-a scoping review of the literature. *Physiotherapy*, 103(4), 361–368. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.01.001>

Hantouly, A. T., Salameh, M., Toubasi, A. A., Salman, L. A., Alzobi, O., Ahmed, A. F. & Ahmed, G. (2023). The role of cerclage wiring in the management of subtrochanteric and reverse oblique intertrochanteric fractures: a meta-analysis of comparative studies. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 33 (4), 739-749. DOI: [10.1007/s00590-022-03240-z](https://doi.org/10.1007/s00590-022-03240-z)

Hartweg, D. L. (2015). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. In M. Smith & M. Parker (Eds). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 4ªed. (pp. 105-153). Estados Unidos da América: F.A Davis Company.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

He, Y., Tang, X., Liao, Y., Liu, S., Li, L. & Li, P. (2023). The Comparison between Cemented and Uncemented Hemiarthroplasty in Patients with Femoral Neck Fractures: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 15 (7), 1719-1729. DOI: [10.1111/os.13716](https://doi.org/10.1111/os.13716)

Hellqvist, C. (2021). Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long-Term Conditions - A Proposed Model to Guide Clinical Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (5), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>

Hu, W., Xu, W. B., Li, H., Jiang, W.H., Shao, Y. C., Shan, J. C., Yang, D., Wan, D. E. & Shuang, F. (2023). Outcomes of direct superior approach and posterolateral approach for hemiarthroplasty in the treatment of elderly patients with displaced femoral neck fractures: A comparative study. *Frontiers in Surgery*, 10, 1-6. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1087338>

Huang, J. W., Yang, Y. F., Gao, X. S., Zhou, M., Xiao, N., Kuang, J. X., & Xu, Z. H. (2023). The impact of preoperative single low-dose dexamethasone on in-hospital prognosis in geriatric intertrochanteric fracture patients: Analysis of secondary outcomes in a randomized controlled trial. *Surgery*, 174(4), 1041–1049. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2023.06.013>

Issa K., Pierce T. P., Brothers, A., Festa, A., Scillia, A. J. & Mont, M. A. (2017). Sexual Activity After Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review of the Outcomes. *The Journal of Arthroplasty*. 32 (1), 336-340. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2016.07.052>

Júnior, D. J. E., Castro, A. A., Fonseca, E. K. U. N., Baptista, E., Padial, M. B. & Rosemberg, L. A. (2020). Principais complicações da artroplastia de quadril: ensaio iconográfico. *Radiologia Brasileira*, 53 (1), 56-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2018.0075>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Lamptey, R. N.L., Chaulagain, B., Trivedi, R., Gothwal, A., Layek, B. & Singh, J. (2022). A Review of the Common Degenerative Disorders: Current Therapeutic Approaches and the Potencial Role of Nanotherapeutics. *International Journal of Molecular Sciences*, 23 (1851), 1-18. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms23031851>

Lewis, S. R., Macey, R., Parker, M. J., Cook, J. A., Griffin, X. L. (2022). Arthroplasties for hip fracture in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 (2), 1-315. DOI: [10.1002/14651858.CD013410.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013410.pub2)

Li, X. & Luo, J. (2021). Hemiarthroplasty compared to total hip arthroplasty for the treatment of femoral neck fractures: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16 (172), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13018-020-02186-4>

Lin, F. F., Chen, Y. F., Chen, B., Lin, C. H. & Zheng, K. (2019). Cemented versus uncemented hemiarthroplasty for displaced femoral neck fractures: A meta-analysis of randomized controlled trails. *Medicine*, 98 (8), 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014634>

Lopes, M. A., Gomes, S. C. & Lobo, B.A. (2018). Os cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. Disponível https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_in_esctecabril2018.pdf

Lopes, M. & Sakellarides, C. (2021). Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a gestão da mudança. Imprensa Universidade de Évora, 1-274. DOI: <https://doi.org/10.24902/uevora.21>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: LIDEL

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Maia, D. V. F., Gaspar, R. M. D. A., Costa, A. M. G., Dias, F. M. G., Pestana, H. C. F. C., & Sousa, L. (2019). Exercício físico na pessoa com demência: Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 27–34. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.04.4562>

Marques, F. M., Pinheiro, M. J. & Alves, P.V. (2022). O julgamento clínico e a tomada de decisão nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (5), 1731-1740. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23142021>

Marques, M. C., Silva, P. & Pires, R. (2019). Doente Cirúrgico com *Delirium*: Norma de Orientação Clínica. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1875-1893.

Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27313/1/Doente%20ciru%CC%81rgico%20com%20delirium-%20Norma%20de%20orientac%CC%A7a%CC%83o%20cli%CC%81nica.pdf>

Martins, M. D. S. & Fernandes, A. C. P. (2019). Implementação de *bundles* na prevenção da infeção após prótese total da anca. *Revista de Enfermagem Referência*, 21, 101-108. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18051>

Martins, M. M., Ribeiro, O. Silva, J. V. (2018a). Orientações Concetuais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (2), 42-48.

DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018b). O contributo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(1), 22–29. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Mártires, A., Monteiro, M.J., Rainho, C. & Castelo-Branco, M.Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44 (44), 159-172. DOI: [10.24140/issn.1645-7250.rle44.10](https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle44.10)

McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. (2015). Preoperative education for hip or knee replacement. *The Cochrane database of systematic reviews 2014*, (5) DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>

McGilton, K., Wells, J., Teare, G., Davis, A., Rochon, E., Calabrese, S., Naglie, G., Boscart, V. (2007). Rehabilitating Patients With Dementia Who Have Had a Hip Fracture: Part I: Behavioral Symptoms That Influence Care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23 (2), 161-173. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.TGR.0000270185.98402.a6>

Meleis, A. I. (2015). Transitions Theory. In M. Smith & M. Parker (Eds). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 4ª ed. (pp. 361-380). Estados Unidos da América: F.A Davis Company.

Meng, Y., Deng, B., Liang, X., Li, J., Li, L., Ou, J., Yu, S., Tan, X., Chen, Y. & Zhang, M (2022). Effectiveness of self-efficacy-enhancing interventions on rehabilitation following total hip replacement: a randomized controlled trial with six-month follow-up. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17 (1), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03116-2>

Migliorini, F., Maffulli, N., Trivellas, M., Eschweiler, J., Hildebrand, F. & Betsch, M. (2022). Total hip arthroplasty compared to bipolar and unipolar hemiarthroplasty for displaced hip fractures in the elderly: a Bayesian network meta-analysis. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 48, 2655-2666. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00068-022-01905-2>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder – quality standard [QS206]. Acedido 27-01-2024. Disponível <https://www.nice.org.uk/guidance/qs206/chapter/Statement-5-Postoperative-rehabilitation>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023a). *Hip fracture: management - clinical guideline [CG124]*. Acedido 25-01-2024. Disponível <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023b). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care – clinical guideline [CG103]. Acedido 29-02-2024. Disponível <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations>

Nicolau, C., Mendes, L., Ciríaco, M., Ferreira, B., Baixinho, C. L., Fonseca, C., ... & Sousa, L. (2022). Educational Intervention in Rehabilitation to Improve Functional Capacity after Hip Arthroplasty: A Scoping Review. *Journal of personalized medicine*, 12(5), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm12050656>

Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Norma nº 008/2019 de 9 de dezembro. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Norma nº 014/2013 de 23 de setembro. Artroplastia da Anca. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Norma Clínica nº 020/2015 de 15 de dezembro, atualizada a 17 de novembro de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Norma nº 026/2012 de 27 de dezembro. Profilaxia do Trombo Embolismo Venoso em Ortopedia. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Northey, J. M., Cherbuin, N., Pumpa, K., Smee, D. J. & Rattray, B. (2018). Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 52, 154-160. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096587>

Nunes, L. (2020). Aspectos éticos na investigação em enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem: manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20EDDP%20I%20%20vol%20I%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf

OECD. (2023) *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Oh-Park, M., Chen, P., Romel-Nichols, V., Hreha, K., Boukrina, O., & Barrett, A. M. (2018). Delirium Screening and Management in Inpatient Rehabilitation Facilities. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 97(10), 754–762. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000962>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões dos Cuidados de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PDCER). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Cor_e_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

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

Disponível https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Disponível

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento concetual, enunciados descritivos. Acedido 19-02-2024. Disponível

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Padilha, J. M. S. C., Martins M, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C. & Gomes, B. (2021).

Olhares sobre os processos formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 4 (1), 83-89. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021).

Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 5-17. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Patel, N. & Golwala, P. (2023). Approaches for Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *Cureus: Journal of Medical Science*, 15 (2), 1-7. DOI: [10.7759/cureus.34829](https://doi.org/10.7759/cureus.34829)

Pedrosa, A. R. C., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. S. L. (2022). Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75 (5), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167->

Pereira, R. (2023). Enfermagem Baseada na Evidência: Um desafio, Uma oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 101-111). Lusodidacta.

Petronilho, F., Pereira, F. & Silva, A. (2015). Perceção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a cada do dependente: Estudo Longitudinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 2), 09-13. Disponível no RCAAP

Pina, E. J. A. (2017). Anatomia Humana da Locomoção. (5ª Ed.). Lisboa: LIDEL

Pontes, M. M. & Santos, A. (2023). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Reimpressão 1ª Edição. Sintra: Sabooks Editora.

Probert, N., Andersson, Å. G., Magnuson, A., Kjellberg, E. & Wretenberg, P. (2022). Surgical-site infection after hip fracture surgery: preoperative full-body disinfection compared to local disinfection of the surgical site- a population-based observational cohort study. *European Geriatric Medicine*, 13, 1089-1097. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00640-6>

Queirós, P., Joaquim, P., Vidinha, T. S. S. & Almeida, A. J. F. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 157-164. DOI: [10.12707/RIV14081](https://doi.org/10.12707/RIV14081)

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Reisinho, M. C. (2019). *Adolescer com Fibrose Quística: a perspetiva dos jovens e dos seus pais* (Tese de Doutoramento). Disponível no SIGARRA da Universidade do Porto.

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II, nº26, (pp. 4744-4750). Acedido 19-02-2024. Disponível <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, Série I, nº 85, (pp. 13565-13568). Acedido 19-02-2024. Disponível <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Ribeiro, O., Moura, M. I. & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48-57). LIDEL

Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S. & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 89-99. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Ribeiro, O. M. P. L. (2017). *Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: Olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no exercício profissional dos enfermeiros* (Tese de Doutoramento). Disponível no Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Rodrigues, A. D. (2013). *Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação: Perspetiva Profissional* (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível Portal Regional da BVS.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 19-27). LIDEL

Saúde, M. (2013). Anatomia básica em estudos radiológicos da cintura pélvica. In S. R. Ventura (Eds.), *Técnicas e Procedimentos em Radiologia Convencional*. 1ª ed. (pp. 198-200). Porto: LIDEL

Savin, L., Pinteala, T., Mihai, D. N., Mihailescu, D., Miu, S. S., Sirbu, M. T., Veliceasa, B., Popescu, D. C., Sirbu, P. D. & Forna, N. (2023). Updates on Biomaterials Used in Total Hip Arthroplasty (THA). *Polymers (Basel)*, 15 (15), 1-20. DOI: <https://doi.org/10.3390/polym15153278>

Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Chételat, G., Teunissen, C.E., Cummings, J., van der Flier W, M. (2021). Alzheimer's disease. *Lancet*, 387, 1-31. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32205-4)

Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), 1-447. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>

Silva, D. G. F. C. M. (2016). *Artroplastia Total da Anca no Doente Jovem: Indicações e Preocupações: Revisão da Literatura*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório da Universidade de Lisboa.

Silva, J., Linhares, D., Amorim, N., Neves, N. & Pinto, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31 (10), 562-567. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Revista *Investigação em Enfermagem*, 26 (2), 35-44. Disponível
https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

Simon, K. (2011). Hip Joint and Pelvic Girdle – Anatomy Refresher. *SportEX Medicine*. (47), 7-12.
Acedido 15-01-2024. Disponível

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=7b785b48-1598-458c-b830-b18f615d0a97%40redis>

Sivaloganathan, S., Blakeney, W. G., Rivière, C., & Vendittoli, P. A. (2023). Evolution of Concepts: Can Personalized Hip Arthroplasty Improve Joint Stability? *Journal of clinical medicine*, 12(9), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12093324>

Slullitel, P. A., Coutu, D., Buttaro, M. A., Beulé, P. E. & Grammatopoulos, G. (2020). Hip Preservation Surgery and the Acetabular Fossa – A Canary in a Coal Mine? *Bone & Joint Journal Research*, 9 (12), 857-869. DOI: [10.1302/2046-3758.912.BJR-2020-0254.R1](https://doi.org/10.1302/2046-3758.912.BJR-2020-0254.R1)

Smith, T. O., Gilbert, A. W., Sreekanta, A., Sahota, O., Griffin, X. L., Cross, J. L., Fox, C., & Lamb, S. E. (2020). Enhanced rehabilitation and care models for adults with dementia following hip fracture surgery. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2 (2), 1-67. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010569.pub3>

Sousa, L., Bule, M. J. & Reis, G. (2024). Sexualidade no idoso. In D. Carteiro & H. Lourenço (Eds.), *Cuidar da Sexualidade ao Longo da Vida* (pp. 115-126). Lisboa: LIDEL

Sousa, L. & Carvalho, M. (2023a). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-428). Loures: Lusodidacta.

Sousa, L. & Carvalho, M. (2023b). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 405-417). Loures: Lusodidacta.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Sousa, L., Marques-Vieira, C. & Branco, P.S. (2023c). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2023d). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 113-121). Loures: Lusodidacta.

Tavares, k. O., Carvalho, M. D. B. & Pelloso, S. M. (2014). Dificuldades Experienciadas por Mães de Pessoas com Fibrose Cística. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23 (2), 294-300. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000050013>

Teixeira, A. L., Rocha, N. P. & Gatchel, J. (2023). Sintomas comportamentais ou neuropsiquiátricos da doença de Alzheimer: psicopatologia e abordagem terapêutica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 81 (12), 1152-1162. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1777774>

The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Health at a Glance: OECD Indicators*. Acedido 28-01-2024. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Thompson, J. C. (2020). Netter – ATLAS DE ANATOMIA ORTOPÉDICA. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda

Triana, E.P., Ulloa, S. B., Padrón, M. J., Coruña, M. C. M. & Rodriguez, R. R. (2018). Bases Anatomofuncionales de la Articulación de la Cadera y su Relación con la Fractura. *Revista Médica Electrónica*, 40 (3), 1-13. Acedido 22-01-2024.

Disponível <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2466/3868>

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 34-37). LIDEL

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de Trabalho dos Enfermeiros em Hospitais: Scoping Review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2023). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.

Vivar, C. & van Praag, H. (2017). Running Changes the Brain: the Long and the Short of It. *Physiology (Bethesda)*. 32 (6), 410-424. DOI: <https://doi.org/10.1152%2Fphysiol.00017.2017>

Vrontis, K., Tsinaslanidis, G., Drosos, G. I. & Tzatzairis, T. (2020). Perioperative Blood Management Strategies for Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty: Where Do We Currently Stand on This Matter? *Archives of Bone and Joint Surgery*, 8 (6), 646-655. DOI: <https://doi.org/10.22038/abjs.2020.45651.2249>

World Health Organization. Health Topics: Quality of care. Disponível https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

World Health Organization (2023). Health Topics: Osteoarthritis. Disponível <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>

World Health Organization (2008). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Acedido em 12-01-2024. Disponível <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

World Health Organization (2020). WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Acedido 27-02-2024. Disponível <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Wu, J. Q., Mao, L. B. & Wu, J. (2019). Efficacy of exercise for improving functional outcomes for patients undergoing total hip arthroplasty: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 98 (10), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000014591>

Xu, Q., Ou, X. & Li, J, (2022) The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902599>

Yang, D., Zhang, J., Zhang, K., Zhou, Y., Peng, X., Wang, L. & Liu, T. (2023). Sexual function and sexual activity in young total hip arthroplasty Chinese patients: A retrospective cohort study. *Frontiers in Surgery*, 9, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.960721>

Yang, X., Huang, H., Sun, Li., Yang, Z., Deng, C. & Tian, X. (2020). Direct Anterior Approach Versus Posterolateral Approach in Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Studies. *Orthopaedic Surgery*, 2 (4), 1065-1073. DOI: <https://doi.org/10.1111/os.12669>

Yu, F., Tang, Y. W., Wang, J., Lin, Z. C. & Liu, B. L. (2023). Does intramedullary nail have advantages over dynamic hip screw for the treatment of AO/OTA31A1-A3? A meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24 (588), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06715-0>

Zhao, N., Yang, Y., Zhang, L., Zhang, Q., Balbuena, L., Ungvari, G. S., Zang, Y. F. & Xiang, Y. T. (2020). Quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *CNC Neuroscience & Therapeutics*, 27 (3), 270-279. DOI: <https://doi.org/10.1111/cns.13549>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no relato de caso clínico “Fortalecimento muscular na melhoria do equilíbrio corporal após acidente vascular cerebral: estudo de caso”

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

Título do estudo: Estudo de Caso

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na [REDACTED], no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Nelson Guerra e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

Explicação do estudo: Com a realização deste estudo pretende-se obter informação que permita identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação durante o programa de reabilitação implementado, solicitando-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e instrumentos/testes de avaliação que permitem identificar as áreas em que o Senhor (J) necessita de intervenção feita por enfermeiros de reabilitação. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Mariana Fialho

Número de Cédula profissional: 95908

Contacto telefónico: 966192672

E-mail: mari.pf97@gmail.com

Assinatura/s:

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE II – Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no relato de caso clínico “Associação do treino cognitivo ao programa de reabilitação motora da pessoa com parkinson e fratura do fémur”

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assinie o consentimento.

Título do estudo: Relato de Caso Clínico

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do Estágio Profissionalizante que está a decorrer no Hospital [REDACTED], no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Luís Sousa e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

Explicação do estudo: Com a realização deste estudo pretende-se obter informação que permita identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação durante a implementação de um programa de treino cognitivo-motor na pessoa com doença de Parkinson e fratura subcapital do fémur, solicitando-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e instrumentos/testes de avaliação que permitem identificar as áreas em que a pessoa necessita de intervenção feita por enfermeiros de reabilitação. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, encontrando-me ao dispor para esclarecer qualquer questão adicional.

Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Mariana Fialho

Número de Cédula profissional: 95908

Contacto telefónico: 966192672

E-mail: mari.pf97@gmail.com

Assinatura/s:

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

¹ <https://www.alsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf13dip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /.... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA I

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE III – Sessão Formativa “Artroplastia da Anca”



[Redacted] dezembro de 2023



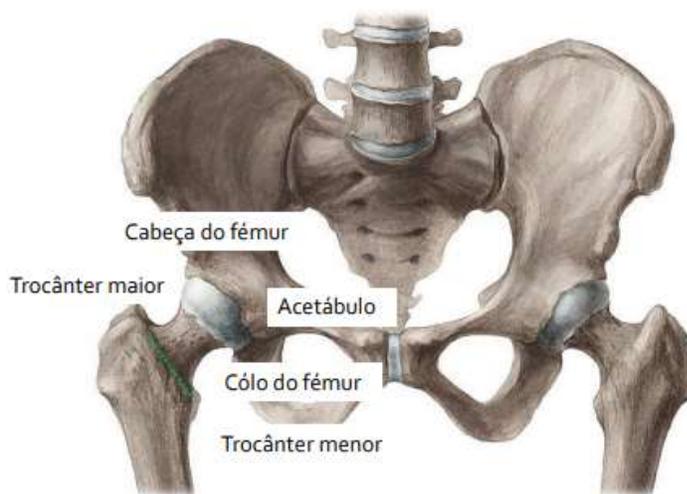
Geral

- Compreender a importância da intervenção do Enfermeiro de Cuidados Gerais e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa submetida a artroplastia da anca.

Específicos

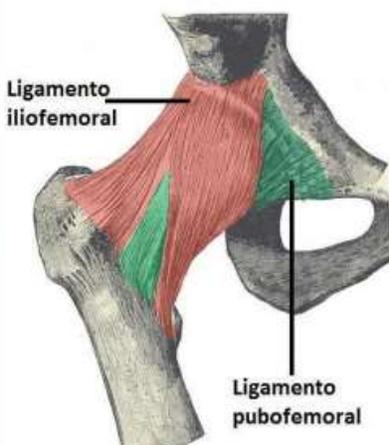
- Aprofundar conhecimentos sobre a anatomia da anca e sobre a funcionalidade da articulação coxo-femoral.
- Conhecer as principais técnicas de abordagem cirúrgica e as suas implicações para a prestação de cuidados de enfermagem.

ESTRUTURAS
ANATÓMICAS



LIGAMENTOS
EXTRA-ARTICULARES

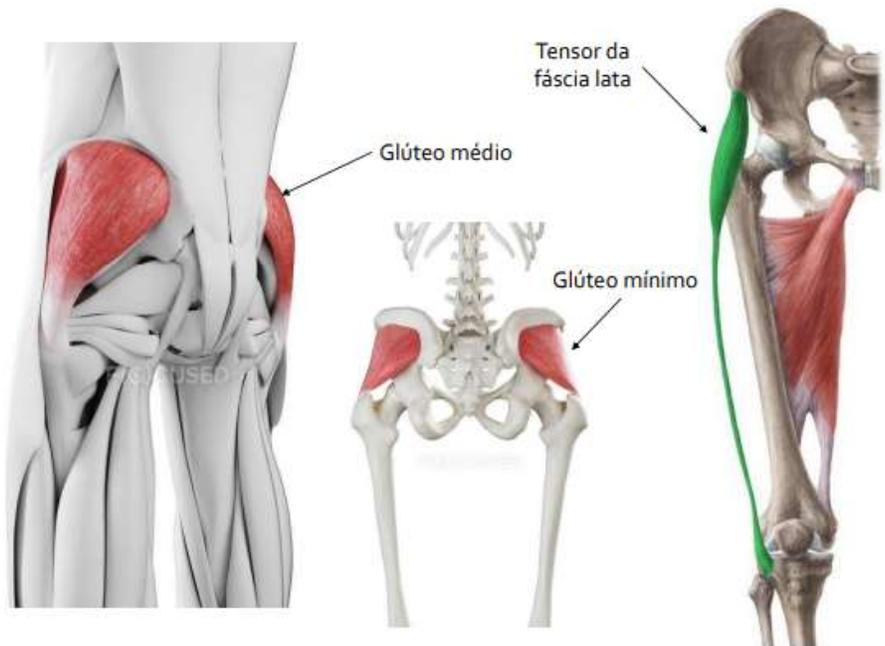
Anterior



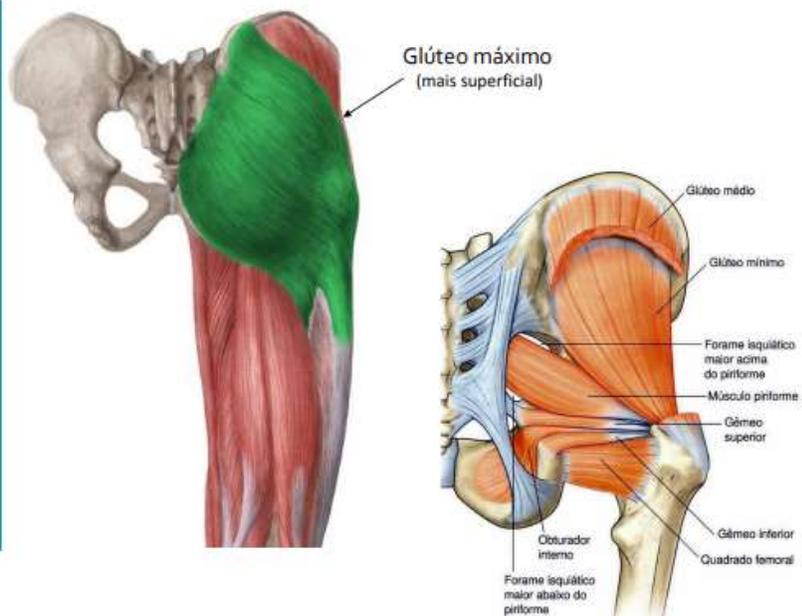
Posterior



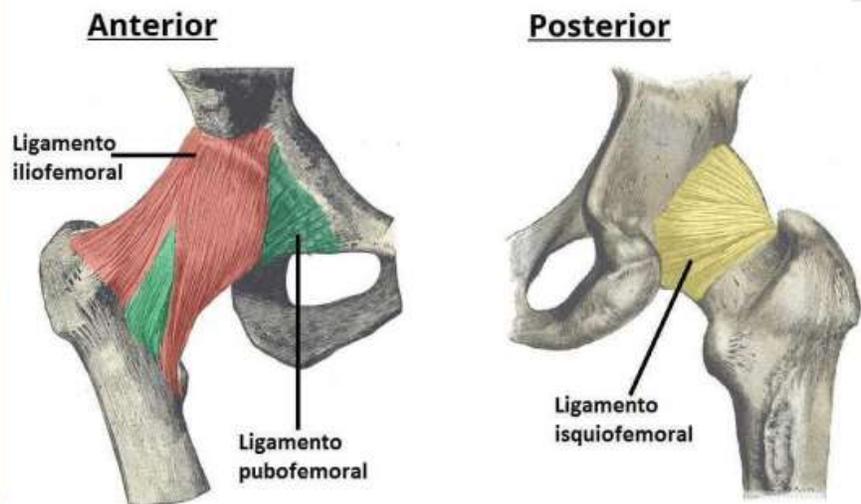
ESTRUTURAS MUSCULARES
Porção lateral



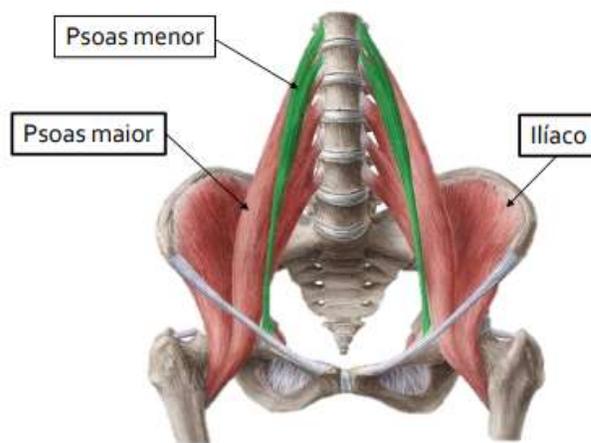
ESTRUTURAS MUSCULARES
Porção posterior



LIGAMENTOS
EXTRA-ARTICULARES



ESTRUTURAS
MUSCULARES
Porção anterior



O músculo iliopsoas é o maior músculo interno do quadril e a sua ação conjunta é responsável pela flexão da anca.

FRATURAS PROXIMAIS DO FÊMUR

www.mdsaude.com

O tratamento das fraturas proximais do fêmur está condicionado pelo tipo, localização e gravidade das mesmas!

ETIOLOGIA DA FRATURA DO FÊMUR

Traumática	Fatores de risco
<ul style="list-style-type: none">Acidentes de viaçãoQuedas	<ul style="list-style-type: none">Gênero (maior incidência no sexo feminino)Condições ambientais (iluminação, piso, etc.)HTAOsteoporoseDoenças neurológicas degenerativas (Parkinson, Síndrome demencial, entre outros)Patologias psiquiátricas (depressão)Fatores sociais (isolamento, estrato social baixo)Utilização de substâncias psicotrópicas (ex.: álcool, AD, benzodiazepinas, etc.)Alterações sensorio-motoras
<p>Não Traumática</p> <ul style="list-style-type: none">Fratura patológica	



MORTALIDADE

O **risco de mortalidade** é superior no 1º ano após fratura do fémur.

Associa-se este facto à presença de comorbilidades prévias, complicações pós-operatórias como as infeções e o aparecimento ou agravamento de patologias cardíacas e pulmonares.

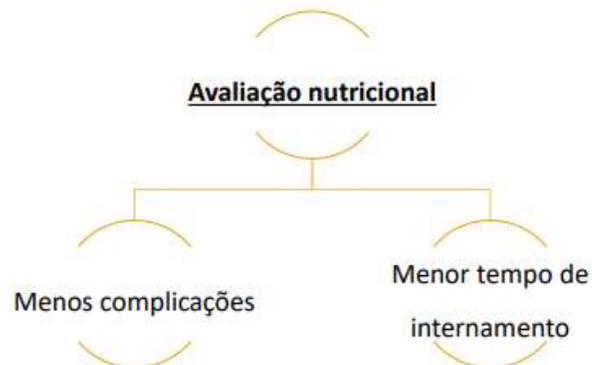
(Olofsson, 2023, p.3)

O tempo de espera cirúrgico parece gerar controvérsia no que diz respeito ao aumento da taxa de mortalidade pós-operatória.

(Franco et al, 2016, p.513)

NUTRIÇÃO

O mau estado nutricional prévio ao episódio de fratura está associado à presença de sarcopenia, piores condições físicas pré-cirúrgicas e diminuição do apetite. (Oberstar, 2023, p. 2)



CONCELHO DE

PROBLEMAS

1. Insuficiência de respostas sociais;
2. Aumento das situações de dependência e diagnóstico de demência;
3. Ausência de suporte familiar/ *stress* do prestador de cuidados;
4. Dificuldade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil;
5. Existência de barreiras arquitectónicas;
6. Isolamento social (ex.: rede de transportes públicos insuficiente).

“Relativamente à saúde, este concelho apresenta um **deficite** em comparação com outros municípios da AML, no que diz respeito ao **número de profissionais da saúde por 1000 habitantes.**”

Diagnóstico social do concelho

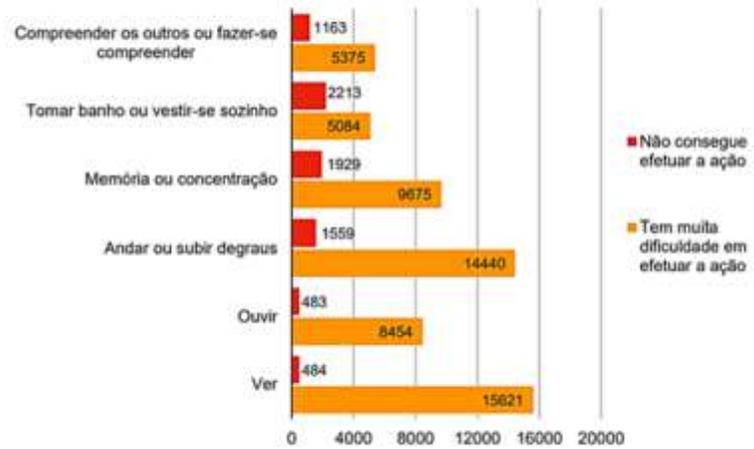
CONCELHO DE

Tabela 29 – Morbilidade – Proporção de inscritos e frequentadores, por diagnóstico ativo¹⁶ no (dezembro de 2015) (%)

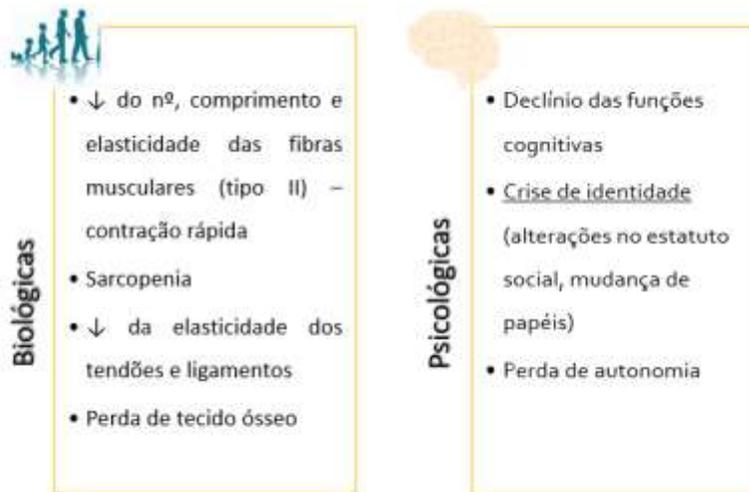
⇒	Hipertensão	21,1 24,7
	Alterações do metabolismo dos lípidos	17,8 19,4
⇒	Perturbações depressivas; distúrbio ansioso e demência	17,6 18,9
	Diabetes	6,8 8,2
	Doenças dos dentes e gengivas; Doenças do Esófago	4,6 5,5
⇒	Obesidade; Excesso de peso	23,5 10,8
→	Osteoartrose do joelho; Osteoartrose da anca	4,3 5,7
→	Osteoporose	2,1 2,4
	Doenças cardíacas (acidente vascular cerebral; doença cardíaca isquémica; enfarte agudo do miocárdio; isquémia cerebral transitória)	2,2 3,6
	Doenças Respiratórias (asma; rinite alérgica; doenças pulmonares obstrutivas crónicas; bronquite crónica)	11 11,5
	Hipertrofia Prostática Benigna	2,4 3,2

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

Gráfico 38 – População residente no concelho [redacted] com pelo menos uma dificuldade, por tipo e grau de dificuldade (2011) (N.º)



Fonte: INE, Censos 2011



Desafio atual - Envelhecimento ativo →

Contra-
indicações para
ATA

Absolutas

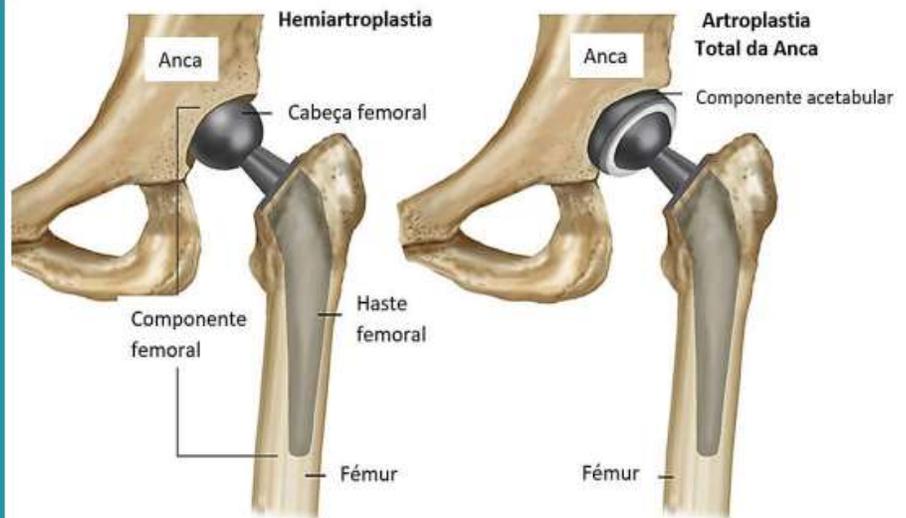
- Infecção ativa
- Imaturidade esquelética
- Para ou tetraplegia

Relativas

- Obesidade mórbida
- Artropatia de Charcot
- Doença neurológica/neuromuscular progressiva

DGS – Norma nº 014/2023 – Artroplastia Total da Anca

Artroplastia
da anca:
Parcial ou
Total?



PRÓTESE
CIMENTADA VS
NÃO
CIMENTADA

PRÓTESE CIMENTADA

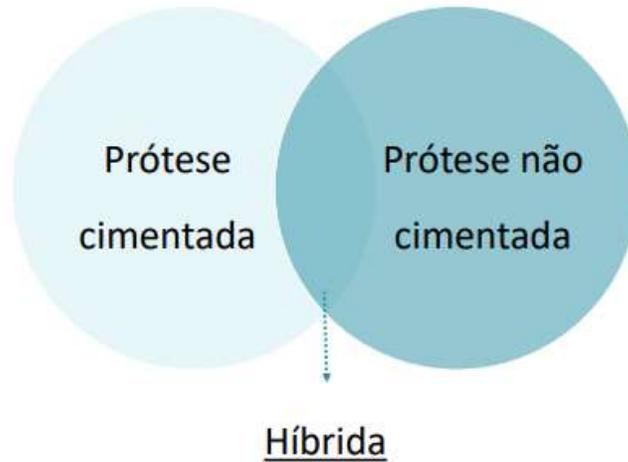
- Vantagens
 - ✓ Melhores *outcomes* no **controlo da dor**, na **capacidade de andar** e de utilizar dispositivos auxiliares de marcha e consequentemente no desempenho das suas AVD.
 - ✓ Menor incidência de revisão de cirurgia protésica
- Desvantagens
 - ✓ Procedimento mais demorado
 - ✓ Síndrome de implantação óssea do cimento (SIOC)
 - *mais frequente nas hemiartroplastias cimentadas

PRÓTESE
CIMENTADA VS
NÃO
CIMENTADA

PRÓTESE NÃO CIMENTADA (técnica de *press-fit*)

- Vantagens
 - ✓ Menor tempo operatório: menor risco de hemorragia e infeção do local cirúrgico;
- Desvantagens
 - ✓ Custos mais elevados
 - ✓ Maior risco de fraturas periprotésicas

PRÓTESE HÍBRIDA



PRÓTESE DE RESURFACING

Alternativa menos invasiva à ATA tradicional

Principais diferenças:

- Remove apenas parte da cabeça femoral (maior preservação);
- A haste situa-se no interior do cólo do fêmur.

Critérios:

- ✓ Pessoas jovens;
- ✓ Boa qualidade óssea (sem evidência de osteoporose).



COMPLICAÇÕES DA ATA

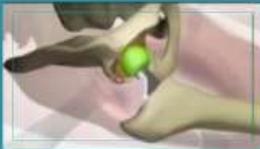
- Fenómenos tromboembólicos;
- Infecção profunda;
- Descolamento asséptico dos implantes;
- Falência dos componentes;
- Luxação;
- Lesões neurológicas periféricas
- Ossificação heterotópica;
- Fratura peri-protésica;

VIAS DE ABORDAGEM

A seleção da via de abordagem cirúrgica deve considerar não só as características individuais da pessoa, mas também o conhecimento e a experiência do cirurgião.

National Institute for Health and Care Excellence – Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder (2020)

ABORDAGEM ANTERIOR DIRETA



Abordagem considerada minimamente invasiva, em que ocorre:

- "Retração medial dos músculos inervados pelo nervo femoral (...)"
- "Retração lateral do nervo glúteo superior."

Saraiva et al (2013, p. 70)

Vantagens

- ↓ dor
- Mobilização precoce
- Menor incidência de luxação

Desvantagens

- Curva de aprendizagem
- Risco de # periprotésicas intra-operatórias
- Risco de perfurações femorais

ABORDAGEM POSTERIOR

Vantagens

- Menor tempo operatório
- Excelente exposição óssea
- Evita lesão dos abdutores da coxa

Desvantagens

- Secciona o glúteo máximo
- Maior risco de deslocação
- Risco de lesão do nervo ciático

ABORDAGEM LATERAL

Vantagens	Desvantagens
<input type="checkbox"/> Menor risco de deslocação	<input type="checkbox"/> Secciona o glúteo médio
	<input type="checkbox"/> Risco de lesão do nervo glúteo superior
	<input type="checkbox"/> Limita movimento de abdução

Luxação da Anca



Abordagem cirúrgica

Ântero-lateral			Póstero-lateral		
Hiperextensão da ACF	Adução da ACF	Rotação externa da ACF	Flexão da ACF > 90º	Adução da ACF	Rotação interna da ACF

APANHAR
OBJETOS
DO CHÃO



(A)

(B) ✓

(C)

ATIVIDADES
BÁSICAS DE
VIDA DIÁRIA



TOMAR BANHO

- **1º dia pós-operatório:** cuidados de higiene no leito, com posterior transferência para cadeirão;
- **A partir do 2º dia de pós-operatório:** cuidados de higiene no duche, em cadeira higiénica (com apoio).

Exemplos de dispositivos de apoio úteis no domicílio:



ELIMINAR

- Para ir ao WC a pessoa deve seguir as indicações transmitidas anteriormente, no sentido de evitar movimentos luxantes.
- O Enfº deve alertar para o facto de poder ser necessário ajustar a altura da sanita à condição atual, através da utilização de um alteador de sanita.



VESTIR-SE/ DESPIR-SE

ENSINO

- Prevenção de complicações durante a realização do AC;
- Técnica adaptativa para vestir e despir;
- Calçado adequado;
- Dispositivos de apoio.

DISPOSITIVOS AUXILIARES

- Pinças de cabo longo
- Calçadeira de cabo longo (para meias ou sapatos)
- Entre outros...



ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS



ANDAR COM ANDARILHO

- O treino de marcha inicia-se 24 a 48h após a cirurgia.
- Normalmente recorre-se à utilização de andarilho, podendo progredir para utilização de canadianas consoante a condição física da pessoa e a estabilidade da marcha.



SEXUALIDADE

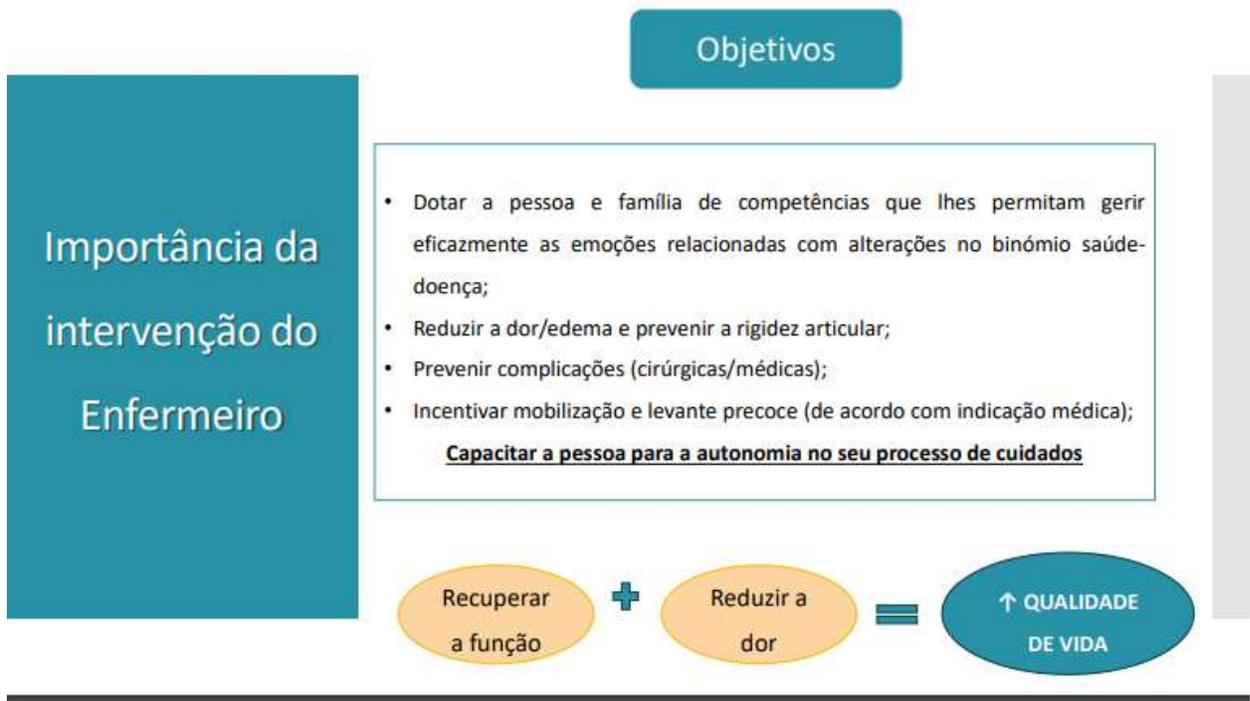


Pessoas com osteoartrose revelam **limitações na atividade sexual**, sobretudo associada à dor e limitação da amplitude articular.

REAIS
QUAIS SÃO AS PREOCUPAÇÕES DAS PESSOAS?

- “Foi demonstrado que **89% dos doentes** desejavam ter tido mais informação sobre o retorno à atividade sexual após a artroplastia da anca (...)”

(Bettencourt et al, 2014, p. 43)



The "BIBLIOGRAFIA" (Bibliography) section is presented on a teal background. It lists four references:

- Bettencourt, M., Afonso, C. & Gonçalves, L. (2014). Condução Automóvel, Atividade Sexual e Desporto após Artroplastia da Anca – Como e quando iniciar?. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. 26 (2), pp. 41-46.
- Direção Geral da Saúde (2023). Norma nº 014/2023. Artroplastia da Anca . Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/09/23/artroplastia-total-da-anca/>
- National Institute for Health and Care Excellence (2020). Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng157>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Requisitos para a Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no âmbito da Prática de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE IV – Questionário para Avaliação da Sessão Formativa “Artroplastia da Anca”

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

AÇÃO FORMATIVA Nº1 - Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a artroplastia da anca

QUESTIONÁRIO ANÓNIMO PARA AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Esta ação formativa surge no sentido de procurar responder aos objetivos propostos para o ensino clínico – Estágio Profissionalizante no âmbito da especialidade em Enfermagem de Reabilitação. A vossa opinião é crucial, uma vez que a análise desta informação me permitirá aperfeiçoar as competências adquiridas até ao momento, assumindo um compromisso de melhoria contínua. O preenchimento do respetivo questionário é anónimo e de carácter facultativo.

O questionário será efetuado com recurso a uma escala de *Likert* (1 a 5), sendo que 1 corresponde a “discordo totalmente”, 2 “discordo”, 3 “não concordo nem discordo”, 4 “concordo” e 5 “concordo totalmente”.

A) CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. O nível de detalhe foi o mais correto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. A informação transmitida tem aplicação direta no meu trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Permitirá aumentar a minha produtividade no trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Os métodos expositivos utilizados foram os mais adequados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Contém exemplos apropriados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B) O/A FORMADOR/A

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Demonstrou domínio em relação à temática em estudo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Apresentou a informação de forma clara | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Demonstrou capacidade para motivar os formandos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Criou boas oportunidades para a participação ao longo da formação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Respondeu satisfatoriamente às questões que lhe foram colocadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C) PLANEAMENTO DA SESSÃO/ORGANIZAÇÃO

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. A duração da sessão foi adequada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Adequação das instalações ao tipo de formação realizado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. As condições físicas e ambientais do local eram apropriadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D) APRECIÇÃO GERAL

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Adquiri novos conhecimentos teóricos e práticos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. O tempo que dediquei à formação foi bem investido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. O tipo de conteúdos foi adequado ao meu nível de conhecimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 4. Gostei de frequentar esta ação de formação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Recomendaria esta ação formativa a outros colegas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E) GRAU DE SATISFAÇÃO GLOBAL

- Muito mau Fraco Satisfatório Bom Muito bom

F) SUGESTÕES DE MELHORIA/COMENTÁRIOS

Obrigada pela vossa participação.

Mariana Fialho,

Estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSATLA

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE V – Folheto informativo “Cirurgia Após Fratura do Fémur – Regresso a Casa”

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

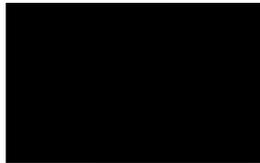
Cuidados a ter para prevenir quedas:

- Garantir uma iluminação adequada;
- Garantir que existe espaço suficiente para andar com canadianas/andarrilho;
- Evitar andar sobre pisos molhados/escorregadios;
- Remover fios elétricos do chão;
- Remover tapetes do chão;
- Utilizar calçado adequado e fechado;
- Não utilizar roupa demasiado grande/roupões compridos.

Fig. 18 (Modificado a partir de) [18]

Quando recorrer ao Centro de Saúde/Hospital?

- Se verificar sinais inflamatórios no local da ferida cirúrgica (inchaço, vermelhidão, saída de líquido ou cheiro intenso);
- Perda sanguínea ativa;
- Se tiver febre (> 38°C);
- Se sentir dor forte, que não melhora com a toma da medicação prescrita;
- Se verificar que não é capaz de mover a perna operada.



Estudante do MER (ESSATL): Mariana Fialho
EEER Supervisor: [Redacted]

CIRURGIA APÓS FRATURA DO FÉMUR - REGRESSO A CASA -



Fig. 19 (Modificado a partir de) [19]

O fémur, localizado na região da coxa, é o osso mais longo do corpo humano e une-se à anca e ao joelho através de importantes articulações.

A principal função deste osso é suportar o peso do nosso corpo e garantir a estabilidade necessária para realizarmos os movimentos que nos permitem caminhar e/ou correr.

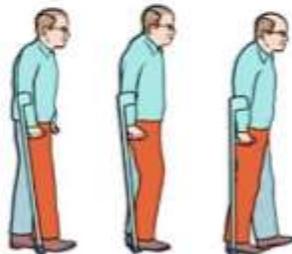
A fratura do fémur é frequentemente motivada por quedas da própria altura, e está associada a um conjunto de doenças como a presença de artroses, osteoporose, sarcopenia (↓ da massa muscular), etc.

Por se tratar de um processo complicado para a pessoa e família que vivencia esta situação, é importante que siga as recomendações dos profissionais de saúde, sobretudo em relação aos cuidados a ter após a cirurgia e aos tipos de exercício que deve realizar durante o internamento e, mais tarde, em casa.

VOLTAR A ANDAR APÓS A CIRURGIA

Habitualmente, pode começar a andar com andarrilho/canadianas 24 a 48h após a cirurgia, realizando menos força no membro que foi operado (carga parcial).

1. Avança o andarrilho/canadianas;
2. Avança a perna operada;
3. Avança a perna boa.



SUBIR E DESCER ESCADAS

O treino de subir e descer escadas inicia-se por volta do 4º ou 5º dia de pós-operatório e visa ajudá-lo/a a readquirir a sua independência.

Exemplificamos, na imagem em baixo, o modo como deve subir e descer escadas:

PARA SUBIR ("bota pela cima")

1. Avança a perna boa;
2. Avança a perna operada;
3. Avançam as canadianas.



Fig. 20 (Modificado a partir de) [20]

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE VI – Folheto informativo “Retomar a Vida Sexual Após Artroplastia da Anca”

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Informação a reter...

- ✓ A cirurgia de substituição da anca não impossibilita o retorno a uma vida sexual ativa.
- ✓ A partilha deste folheto com o seu/sua parceiro/a, pode ajudar a desmistificar alguns medos e inseguranças para que possam continuar a usufruir de momentos de intimidade.
- ✓ É importante que esclareça as suas dúvidas antes de reiniciar a vida sexual. Não hesite em abordar o tema junto dos profissionais de saúde que o acompanham.

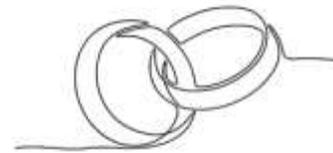
Formas de Informação

American Association of Hip and Knee Surgeons. A Guide to 'Returning to Sexual' Activity After Hip or Knee Replacement Surgery (2018).

Bettencourt, M., Afonso, C. B., Gonçalves, L. (2014). Condução Automóvel, Atividade Sexual e Desporto após Artroplastia da Anca – Como e quando voltar?. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação* 26 (2), pp. 41-46.



Retomar a Vida Sexual Após Artroplastia da Anca



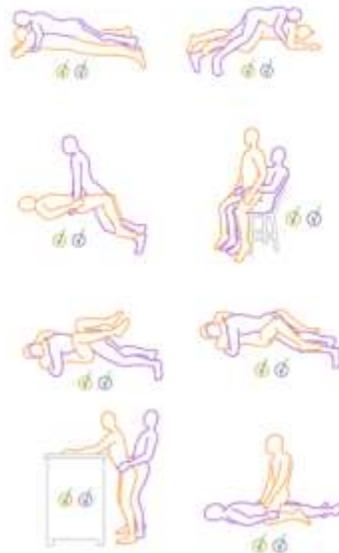
novembro de 2023

SEXUALIDADE

A cirurgia para substituição total ou parcial da anca (artroplastia) requer alguns reajustes e modificações na forma como realiza as suas atividades do dia a dia. O mesmo se aplica à forma como vivencia a sua sexualidade.

- **Quando poderei retomar a minha vida sexual?**
Habitualmente é possível retomar a atividade sexual cerca de 2 a 3 meses após a cirurgia. No entanto, salientamos a importância de abordar esta questão junto do seu médico para perceber se não existem contra-indicações.
- **Posso adotar as mesmas posições sexuais?**
Depende. A presença de uma prótese na anca é incompatível com alguns movimentos como: cruzar as pernas e dobrar a anca > 90°. Por este motivo, existem posições que são mais adequadas para as mulheres e outras que são mais adequadas para os homens.
- **Vou ter dores durante a relação sexual?**
Não é expectável que tenha dores. Se a posição não for confortável ou se sentir dor, deve mudar de posição.

EXEMPLOS DE POSIÇÕES SEGURAS:



EXEMPLOS DE POSIÇÕES QUE DEVE EVITAR (risco de luxação):



Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE VII – Relato de Caso Clínico “Fortalecimento muscular na melhoria do equilíbrio após acidente vascular cerebral: estudo de caso”

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação



1º Mestrado em Enfermagem – Ramo Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio de Reabilitação na Comunidade

ESTUDO DE CASO

Regente da Unidade Curricular: Profª Cristina Mesquita

Professor Orientador: Nelson Cruz

Local de Estágio: Unidade de Cuidados na Comunidade: Ponte pa

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Supervisor: Emanuel Boieiro

Elaborado por: Mariana Fialho nº 202230035

Barcarena, junho de 2023

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. MATERIAIS E MÉTODOS	9
3. APRESENTAÇÃO DO CASO	11
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSSÃO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
7. BIBLIOGRAFIA	27
ANEXOS	29

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Clock Drawing Test</i>	13
Figura 2: <i>Albert's Test</i>	13
Figura 4: <i>Line Bisection Test</i>	13
Figura 3: <i>Star Cancellation Test</i>	13
Figura 5: Programa de RFM: Exercícios de fortalecimento dos membros inferiores e tronco.....	18
Figura 6: Registo diário de realização do programa de RFM	18

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação de Pares Cranianos.....	14
Tabela 2: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	15
Tabela 3: Avaliação do equilíbrio corporal através do Índice de <i>Tinetti</i>	19
Tabela 4: Avaliação da força muscular do membro superior esquerdo – mMRC	20
Tabela 5: Avaliação da força muscular do membro inferior esquerdo - mMRC.....	21
Tabela 6: Avaliação do risco de queda – Escala de <i>Morse</i>	21
Tabela 7: Avaliação de risco de queda - <i>Timed up and Go Test</i> (em segundos).....	22
Tabela 8: Avaliação do nível de Independência nas AVD – Escala de <i>Barthel</i>	22

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

TÍTULO: FORTALECIMENTO MUSCULAR NA MELHORIA DO EQUILÍBRIO CORPORAL APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO DE CASO

DESCRIPTORIOS: Fortalecimento muscular, Equilíbrio corporal, Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Treino de marcha

RESUMO: O acidente vascular cerebral (AVC) constitui uma das doenças mais incapacitantes a nível mundial e a sua tendência crescente enfatiza a urgência de uma intervenção de Enfermagem de Reabilitação especializada que vise a recuperação da capacidade funcional da pessoa vítima de AVC, a sua reintegração social e a melhoria da sua qualidade de vida. Objetivo: Identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação obtidos através da implementação de um programa de reeducação funcional motora (RFM) no domicílio, nomeadamente no que diz respeito à melhoria do equilíbrio corporal, da marcha e do risco de queda. Método: Estudo de caso, descritivo. Entre os meses de maio e junho, foi implementado um programa de RFM com o intuito de melhorar a força muscular abdominal, lombo-pélvica e dos membros inferiores. Resultados: Verificou-se um aumento da força muscular nos principais grupos musculares, uma melhoria no equilíbrio corporal e conseqüentemente no treino de marcha. Conclusões: O programa de RFM prescrito e implementado pelo Enfermeiro de Reabilitação é eficaz na obtenção de melhorias ao nível do equilíbrio corporal e do treino de marcha em pessoas com *status* pós-AVC, permitindo melhorar a sua capacidade funcional, o desempenho do seu autocuidado e prevenir a ocorrência de eventos adversos como as quedas acidentais.

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1. INTRODUÇÃO

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCV), onde se inclui o acidente vascular cerebral (AVC), continuam a constituir um enorme desafio na atualidade, não só por traduzirem frequentemente alterações na funcionalidade da pessoa vítima da doença, mas por impactarem negativamente todo o seu contexto familiar e socioeconómico.

O AVC é caracterizado pela presença de défices neurológicos focais associados à interrupção/obstrução do fluxo sanguíneo cerebral (isquemia) ou à rutura de vasos sanguíneos intracerebrais (hemorragia). A maioria das referências hospitalares relacionadas com esta patologia dizem respeito a eventos isquémicos, superando largamente o número de eventos hemorrágicos. (Figueiredo, 2020, p.42).

Figueiredo (2020) salienta que a maioria destes eventos acontecem entre os 70-75 anos e considera a idade um fator não modificável relevante para a ocorrência de AVC. Outros fatores de risco (modificáveis), como a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes *mellitus*, a presença de arritmias (ex.: fibrilhação auricular), o tabagismo e o *score* de IMC têm sido apontados como elementos facilitadores do desenvolvimento de DCV (p.42)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que as DCV são a principal causa de morte a nível mundial, verificando-se que 32% das mortes que ocorreram em 2019 estiveram relacionadas com este tipo de patologia. A nível nacional, tem-se constatado uma diminuição na taxa de mortalidade por DCV, sobretudo em situação de AVC isquémico (PNPDCV, 2017, p. 7)

Medidas como o reconhecimento precoce e a ativação da Via Verde AVC pré-hospitalar vieram agilizar o processo de referência, diagnóstico e tratamento de casos suspeitos, permitindo melhorar os indicadores associados à mortalidade e morbilidade destes utentes.

De acordo com o *Global Burden of Disease* (2019), em Portugal, as doenças não comunicáveis constituem 9 das 10 principais causas de morte no país, sendo que a 1ª causa de morte continua a ser o AVC, imediatamente seguido da doença isquémica cardíaca. Importa referir que possuímos hoje maior competência para compreender o AVC e limitar as suas sequelas, no entanto esta continua a ser uma doença altamente limitativa e uma importante causa de *disability-adjusted life years* (DALYs).

Este facto não deixará de ser uma realidade, uma vez que se estima que entre 2015 e 2035 ocorra um aumento de cerca de 34% no número de AVC, em grande parte devido ao aumento gradual da esperança média de vida europeia. O “quadro” europeu que hoje visualizamos além de alertar para a

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

necessidade imediata de investimento público nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), alerta-nos também para a necessidade de um encaminhamento hospitalar precoce e estruturado cujo comprometimento não passe apenas por “tratar” a causa, mas sim por ajudar a pessoa durante o processo de transição saúde/doença, sobretudo quando as medidas de intervenção medicamentosa se revelam inócuas.

Idealmente, a mobilização precoce definida como “atividades fora da cama” deveria ser iniciada nas primeiras 24h/48 horas após o início da sintomatologia neurológica. (NICE 2022, p.40). Assistir a pessoa a sentar-se na cama, a transferir-se, a colocar-se de pé e até mesmo a andar após o evento isquémico deve constituir o principal foco do EEER na fase aguda do AVC, uma vez que permite **melhorar a capacidade funcional, preservar os reflexos posturais** e reduzir o número de complicações associadas à doença. (Miranda et al, 2021, p.1)

Apesar de se reconhecer a importância da reabilitação no processo de recuperação da pessoa após AVC, a nível europeu constata-se que “(...) os serviços de reabilitação são inadequados, sendo muitas vezes demasiado escassos e demasiado tardios (...) não sendo a reabilitação contínua prestada eficazmente.” (Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030)

Na fase subaguda, mais de 80% dos sobreviventes de AVC apresentam perturbações no equilíbrio que comprometem a realização das suas AVD, destes cerca de 30% referem ainda restrições no que concerne à sua participação social até 4 anos após a ocorrência do AVC. Estas alterações no controlo postural, relacionadas frequentemente com a instabilidade do tronco, diminuição da força muscular e/ou da sensibilidade de um dos hemicorpos e associadas a alterações propriocetivas, podem favorecer a ocorrência de quedas. (Valdés et al, 2021, p.2)

Surgiu assim a questão norteadora: “Qual o impacto da implementação, no domicílio, de um programa de RFM na melhoria do equilíbrio postural e diminuição do risco de queda na pessoa após AVC isquémico?”

O objetivo geral da realização deste estudo de caso passa por compreender a importância e o impacto benéfico da intervenção do EEER junto da pessoa com AVC e com Diagnóstico de Enfermagem (DE): “Movimento muscular” [diminuído], “equilíbrio corporal” [comprometido] e “andar com auxiliar de marcha” [comprometido].

Através da definição do objetivo específico, pretende-se:

- Identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação obtidos através da implementação de um programa de RFM no domicílio, nomeadamente no que diz respeito à melhoria do equilíbrio corporal, da marcha e do risco de queda.

Mariana Pires Fialho – junho de 2023 - Atlântica

8

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo de caso traduz um tipo de abordagem metodológica em investigação “cujos casos podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo.” (Figueiredo, 2018, p.103)

O objetivo da produção de investigação em Enfermagem baseada nesta metodologia está sobretudo relacionado com a compreensão de fenómenos complexos reais, visando a exploração, descrição e explicação do evento em análise.

Os referenciais teóricos mobilizados e integrados no desenvolvimento do presente estudo de caso foram a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem por constituírem ambos referenciais teóricos norteadores da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) junto da pessoa e família vítima de AVC.

Durante a realização do estudo de caso pretendeu-se enfatizar a importância do acompanhamento específico do EEER durante o processo de reabilitação da pessoa diagnosticada com AVC isquémico, mais concretamente na concretização e implementação de um plano de cuidados que permitisse melhorar significativamente o nível atual de funcionalidade motora, o treino de marcha e o equilíbrio de modo a prevenir a recorrência de eventos adversos.

O acompanhamento em ECCI teve início no dia 26 de abril de 2023, tendo sido desenvolvido um Plano Individual de Intervenção (PII) que foi discutido com o utente e família no sentido de formular objetivos realistas, passíveis de ser concretizados e que correspondessem às suas necessidades. Foi solicitado o consentimento informado livre e esclarecido ao utente para a realização do presente estudo de caso, garantindo a confidencialidade de toda a informação obtida e/ou consultada.

O estudo de caso descreve a situação atual de uma pessoa com comprometimento ao nível da funcionalidade motora por situação de doença aguda – AVC isquémico à direita. Este trabalho visa apresentar o programa de RFM proposto e realizado durante o período de permanência do utente em ECCI.

Para avaliar e posteriormente monitorizar os ganhos obtidos durante o período de intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER): *Medical Research Council Scale modified* (mMRC) para avaliação da força muscular; Índice de *Tinetti* para avaliação do equilíbrio corporal; Escala de *Morse* e *Timed Up and Go Test*, no sentido de obter informação sobre risco de queda; Escala de *Borg* (modificada) para avaliar a perceção subjetiva

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ao esforço durante a realização dos exercícios de RFM; Escala de *Barthel* para avaliação do nível de independência na execução das AVD; Escala Numérica da Dor e *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) para avaliar a severidade da lesão cerebral previamente à intervenção de reabilitação. Os diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Reabilitação foram formulados de acordo com a linguagem CIPE, recorrendo ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação.

3. APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente estudo de caso corresponde a uma pessoa de 75 anos de idade, género masculino, caucasiano e de nacionalidade portuguesa. É casado e reside com a esposa e com a cunhada. Tem a 4ª classe e neste momento encontra-se reformado.

Como antecedentes pessoais apresenta hipertensão arterial essencial, ateromatose da artéria vertebral diagnosticada em 2016, dislipidemia, doença renal crónica e hábitos tabágicos (ex-fumador). Desconhece alergias medicamentosas.

No dia 01-04-2023 por paralisia facial central (PFC) e hemiparésia esquerda foi encaminhado ao serviço de urgência do Hospital Distrital de Santarém. À chegada, encontrava-se vigil, orientado e capaz de cumprir ordens, apresentando um score NIHSS de 3. Neste contexto, realizou Tomografia Computorizada Cranioencefálica (TC CE) que não identificava "(...) sinais patológicos inequivocamente agudos intra-cranianos, intra ou extra-axiais, especificamente sinais de trombos segmentares arteriais ou de isquémica hiperaguda." Realizou também AngioTC cervical aparentemente sem alterações.

Foi internado no serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de AVC isquémico (minor) da artéria cerebral média direita e repetiu TC CE às 24h, sobreponível à TC CE realizada no momento da admissão.

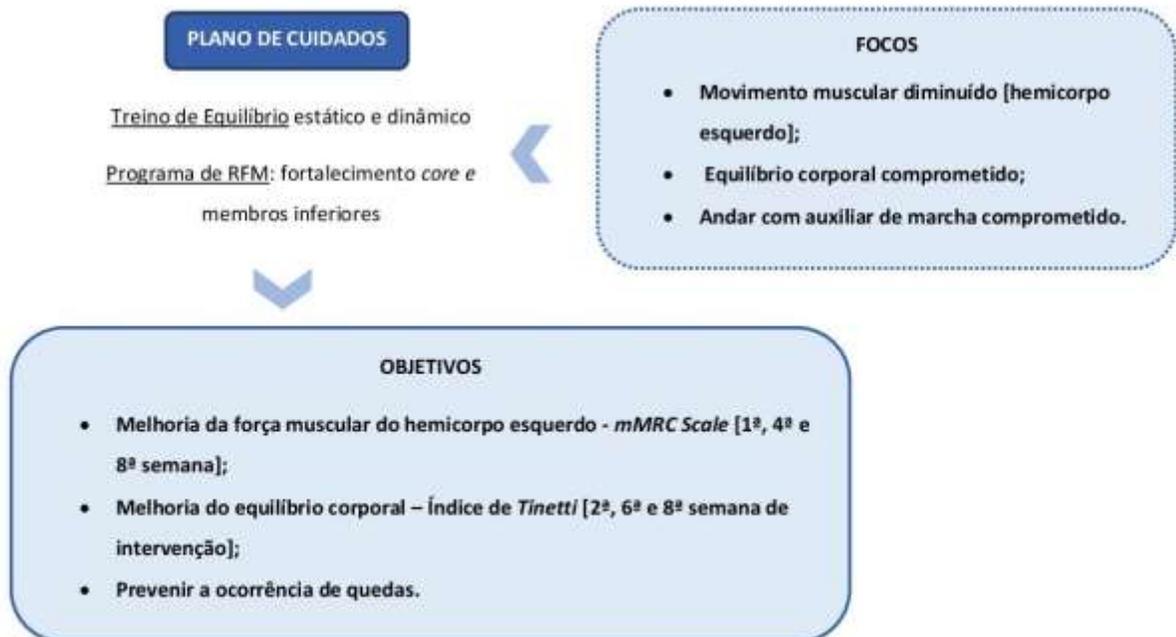
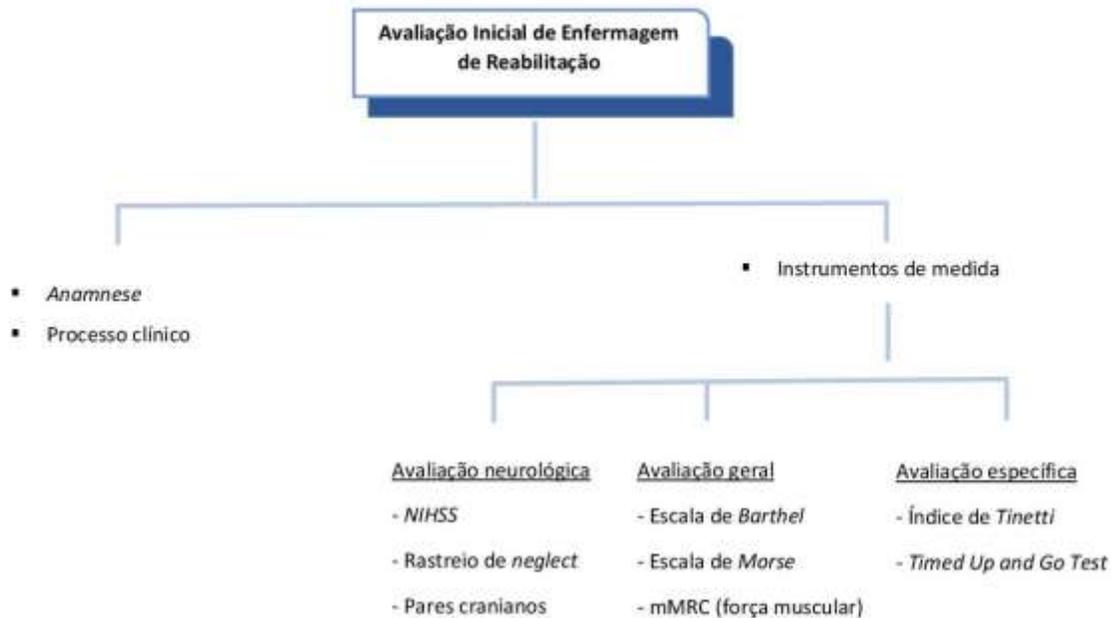
Ao 12º dia de internamento teve alta clínica e regressou ao domicílio a aguardar vaga em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR). Foi admitido em ECCI no dia 17-04-2023 e avaliado pelo EEER no dia 26-04-2023, verificando-se a manutenção dos *déficits* anteriormente referidos. À observação, o utente apresentava hemiparésia esquerda (de predomínio braquial distal) e PFC esquerda com apagamento do sulco nasogeniano. O utente referia ainda hipoestesia facial esquerda durante a alimentação e ingestão hídrica e saída ocasional de água através da comissura labial esquerda. Importa referir que o utente mencionou ter caído na semana anterior à realização da respetiva visita domiciliária, demonstrando não estar totalmente consciente das suas limitações.

Apresentava força muscular e sensibilidade preservada ao nível do membro superior (MS) e inferior direito (MI) (5/5) e diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo, como será descrito posteriormente.

Durante o acompanhamento em ECCI, o utente realizava adicionalmente sessões de fisioterapia, três vezes por semana.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



Mariana Pires Fialho – junho de 2023 - Atlântica

12

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Para se estabelecer um programa de reabilitação responsivo e adequado às necessidades da pessoa e da sua família revela-se necessário realizar uma avaliação prévia que contemple a informação obtida através da *anamnese*, do exame físico e dos resultados obtidos através da implementação de instrumentos de medida sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Foi utilizada a NIHSS, no sentido de perceber se o *score* identificado no momento da admissão hospitalar se mantinha igual ou se porventura já existiriam alterações. Verificou-se, que no momento de início da intervenção do ER, o *score* correspondia a 2, uma vez que o utente no item “5. Motor para braços” não conseguia manter o braço esquerdo a 90º, apesar de se observar a presença de movimento contra gravidade. Aparentemente o utente mantém preservada a fluência no discurso, assim como a capacidade de repetição, nomeação e compreensão.

Despiste de *neglect*

Para definir adequadamente as intervenções de Enfermagem de Reabilitação a implementar e o método de abordagem a ser estabelecido com o utente e a família, torna-se necessário realizar o despiste de negligência unilateral, uma vez se estima que “(...) cerca de 30% dos doentes terão negligência unilateral pós-AVC. (Ribeiro, 2021, p. 166).

Apesar deste fenómeno estar sobretudo associado ao diagnóstico de AVC no hemisfério direito, existem autores que sugerem a realização de rastreio em todas as pessoas vítimas de AVC.

Neste sentido, no dia 15 de maio, optou-se por realizar uma bateria de testes rápidos de aplicar e que visavam identificar a presença/ausência de *neglect*.

As imagens abaixo constituem fotografias dos 4 testes realizados pelo utente, sendo possível concluir que o utente não apresenta alterações sugestivas de presença de negligência unilateral à esquerda:

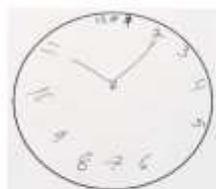


Figura 1: *Clock Drawing Test*



Figura 2: *Albert's Test*

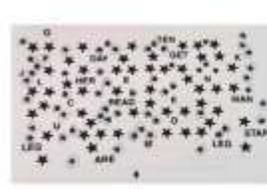


Figura 3: *Star Cancellation Test*

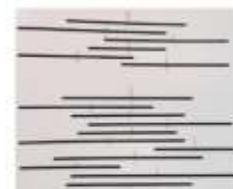


Figura 4: *Line Bisection Test*

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Tabela 1: Avaliação de Pares Cranianos

PARES CRANIANOS	FUNÇÃO	CONCLUSÕES DA AVALIAÇÃO DE ER
I - Olfativo	Olfato	Sem necessidade de testar. Utente não referia alterações no paladar/odor.
II - Ótico	Visão	Sem alterações ao nível do campo visual.
III – Motor ocular comum	Contração pupilar, elevação palpebral, supravversão, infraversão e adução do olho	Sem alterações ao nível do campo visual.
IV - Patético	Movimentos oblíquos do olho	Sem alterações ao nível do campo visual.
V - Trigémio	Mastigação e sensibilidade da face	Sem alterações/desvios durante a inspeção da cavidade oral.
VI – Motor ocular externo	Abdução do olho	Sem alterações ao nível do campo visual.
VII – Facial	Controlo da mímica facial; Paladar ⅔ anteriores da língua	Presença de <u>alterações</u> ao nível do <u>músculo risório</u> (Ex.: "sorrir sem mostrar os dentes").
VIII - Vestibulococlear	Audição e equilíbrio	Sem alterações vestibulo-cocleares.
IX - Glossofaríngeo	Paladar ⅓ posterior da língua	Sem alterações do véu palatino e no reflexo faríngeo.
X - Vago	Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sem alterações do véu palatino e no reflexo faríngeo.
XI - Acessório	Movimentos da cabeça e ombro; Inervação do esternocleidomastóide e trapézio	Ligeira <u>assimetria no relevo da massa muscular do ombro esquerdo</u> .
XII - Hipoglosso	Motricidade da língua	Sem alterações motoras.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Avaliação da sensibilidade

Considerando que “os movimentos são sensitivo-motores” (Ribeiro, 2021, p.167), procedeu-se à avaliação da sensibilidade superficial e profunda. A sensibilidade tátil foi explorada através da utilização de um algodão, enquanto que para avaliar a sensibilidade térmica e vibratória foi utilizado um diapasão.

Para avaliar a sensibilidade discriminativa, colocou-se nas mãos do utente objetos familiares e com os olhos fechados pediu-se que procedesse à sua identificação, nomeadamente: chave, comando da televisão, pêra e esferográfica.

Concluiu-se que a sensibilidade superficial e profunda se encontrava preservada.

Tabela 2: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Movimento muscular diminuído [no hemicorpo esquerdo]	<ul style="list-style-type: none">- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido [do hemicorpo esquerdo, no sentido distal-proximal – MS: flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão; oposição do polegar; flexão/hiperextensão do punho; desvio radial e cubital; pronação/supinação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo; flexão/extensão, abdução/adução, depressão/elevação do ombro. MI: dorsiflexão/flexão plantar; inversão/eversão do pé; abdução/adução dos dedos do pé; flexão/extensão do joelho; flexão/hiperextensão e abdução/adução da anca. – 2 séries de 10-15 repetições- Atividades terapêuticas [rolamentos para o lado sã e para o lado afetado; exercícios de elevação antero-pélvica; exercícios de automobilização do MSE; estimulação de carga sensitiva no cotovelo esquerdo] – 2 séries de 10 repetições- Monitorizar força muscular através da mMRC;- Supervisionar o movimento muscular.
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular [automobilização do MSE: entrelaçar os dedos das mãos, garantindo o apoio do polegar sã por cima da mão afetada, extensão do cotovelo e flexão do ombro] – 1 série de 10-12 repetições;- Providenciar material educativo [imagens ilustrativas dos exercícios de flexão/extensão, abdução/adução dos MI];

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	- Ensinar sobre atividades terapêuticas [exercícios de elevação antero-pélvica: com os MI em adução, fletir os joelhos, colocar os MS ao longo do corpo; realizar elevação da bacia durante 5 segundos] – 2 séries de 10 repetições;
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular [no hemicorpo esquerdo]; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular ativos [automobilização do MSE: entrelaçar os dedos das mãos, garantindo o apoio do polegar são por cima da mão afetada, extensão do cotovelo, elevação dos braços com flexão do ombro] – 1 série de 10-12 repetições; - Instruir sobre atividades terapêuticas [exercícios de elevação antero-pélvica: com os MI em adução, fletir os joelhos, colocar os MS ao longo do corpo; realizar elevação da bacia durante 5 segundos] – 2 séries de 10 repetições;
Equilíbrio Corporal Comprometido	- Monitorizar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti [2ª, 6ª e 8ª semana de intervenção]; - Avaliar equilíbrio corporal [estático e dinâmico sentado; estático e dinâmico em pé]; - Estimular a manter o equilíbrio corporal [através de indicações verbais e do auxílio de espelho durante o treino de equilíbrio]; - Executar técnica de treino de equilíbrio [<u>sentado dinâmico</u> : técnica de automobilização do MS com inclinação de tronco para a frente; Técnica de automobilização do MS com rotação do tronco; Inclinações laterais do tronco com apoio dos MS; <u>Estático de pé</u> : aplicação de força externa ao nível do esterno] – 1 série de 3 repetições; <u>Dinâmico de pé</u> : apoio das mãos em cadeira/bancada da cozinha para realizar alternância de carga nos MI; flexão/extensão do joelho; flexão/hiperextensão da anca e abdução/adução dos MI. – 3 séries de 10-15 repetições;
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal [nomeadamente: importância de correção postural e de realizar carga ao nível do hemicorpo esquerdo durante os exercícios de alternância de carga]; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal; - Providenciar material educativo [imagens ilustrativas dos exercícios de flexão/extensão, abdução/adução dos MI];

Mariana Pires Fialho – junho de 2023 - Atlântica

16

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</p> <p>- Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural; <u>Sentado dinâmico</u>: técnica de automobilização do MS com inclinação de tronco para a frente; Técnica de automobilização do MS com rotação do tronco; Inclinações laterais do tronco com apoio dos MS; <u>Estático de pé</u>: aplicação de força externa ao nível do esterno] – 1 série de 3 repetições; <u>Dinâmico de pé</u>: apoio das mãos em cadeira/bancada da cozinha para realizar alternância de carga nos MI; flexão/extensão do joelho; flexão/hiperextensão da anca e abdução/adução dos MI.] – 3 séries de 10-15 repetições</p> <p>Treinar sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural; <u>Sentado dinâmico</u>: técnica de automobilização do MS com inclinação de tronco para a frente; Técnica de automobilização do MS com rotação do tronco; Inclinações laterais do tronco com apoio dos MS; <u>Estático de pé</u>: aplicação de força externa ao nível do esterno] – 1 série de 3 repetições; <u>Dinâmico de pé</u>: apoio das mãos em cadeira/bancada da cozinha para realizar alternância de carga nos MI; flexão/extensão do joelho; flexão/hiperextensão da anca e abdução/adução dos MI.] – 3 séries de 10-15 repetições;</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha</p>	<p>- Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha [canadiana];</p> <p>- Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha [<u>treino de marcha</u>: colocar canadiana do lado são, ao nível do grande trocânter, para fornecer um apoio adicional durante a mobilização do hemicorpo esquerdo; <u>subir escadas</u>: 1º MI são, 2º MI afetado e 3º canadiana; <u>descer escadas</u>: 1º canadiana, 2º MI afetado e 3º MI são];</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha</p>	<p>- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha [canadiana];</p> <p>- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha [abordagem pelo lado afetado - <u>treino de marcha</u>: colocar canadiana do lado são, ao nível do grande trocânter, para fornecer um apoio adicional durante a mobilização do hemicorpo esquerdo; <u>subir escadas</u>: 1º MI são, 2º membro MI afetado e 3º canadiana; <u>descer escadas</u>: 1º canadiana, 2º MI afetado e 3º MI são];</p> <p>- Treinar a andar com auxiliar de marcha [abordagem pelo lado afetado - <u>treino de marcha</u>: colocar canadiana do lado são, ao nível do grande trocânter, para fornecer um apoio adicional durante a mobilização do hemicorpo esquerdo; <u>subir escadas</u>: 1º MI são, 2º MI afetado e 3º canadiana; <u>descer escadas</u>: 1º canadiana, 2º MI afetado e 3º MI são];</p>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

As intervenções referidas na tabela 2 foram realizadas ao longo das 8 semanas de internamento em ECCI, cerca de 2 vezes por semana, tendo cada sessão de Reabilitação durado cerca de 20-30 minutos. Como mencionado acima, foram fornecidos materiais educativos que permitiram “autonomizar” o processo de ensino-aprendizagem e sobretudo responsabilizar a pessoa pelo seu processo de reabilitação, através da adoção de um esquema que permitiu registar a realização diária dos exercícios prescritos, como ilustrado nas imagens seguintes:



Figura 5: Programa de RFM: Exercícios de fortalecimento dos membros inferiores e

DIÁRIO REGISTO DIÁRIO DE REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS

Nome: _____

15s

A todo o momento
 Não a todo o momento

1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Figura 6: Registo diário de realização do programa de RFM

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

4. RESULTADOS

O Programa de RFM definido foi implementado nos meses de maio e junho, 2 vezes por semana, no domicílio da pessoa. O equilíbrio corporal constituiu o principal foco de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, uma vez que o seu comprometimento estava associado a alterações significativas no treino de marcha, a um elevado risco de queda e por conseguinte a incapacidade moderada no processo de autocuidado.

No momento da primeira avaliação (2ª semana) do equilíbrio corporal verificou-se que o utente apresentava dificuldade em manter o equilíbrio estático e dinâmico sentado, realizando por vezes mais do que uma tentativa para se levantar. Para manter a posição ortostática alargava a base de sustentação e necessitava de apoio de auxiliar de marcha. Durante a marcha verificou-se que não realizava flexão do joelho durante a fase de balanço e que realizava rotação interna da anca com inversão da tibio-társica, mantendo os dedos do pé esquerdo em contacto permanente com o solo.

Durante as semanas seguintes, além da implementação do programa de RFM e do treino de equilíbrio, trabalhámos as várias componentes da marcha para que a pessoa conseguisse realizar flexão/extensão do joelho e o toque do calcanhar, tornando a marcha mais funcional e à 6ª semana de intervenção verificaram-se melhorias no equilíbrio corporal estático e dinâmico, bem como na eficiência da marcha, constatando-se melhorias ao nível da largura, altura, simetria e continuidade dos passos. Na 8ª semana verificou-se a manutenção dos ganhos obtidos na avaliação “intermédia”, apenas com acréscimo de melhoria na capacidade em mudar de direção.

Tabela 3: Avaliação do equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti

Índice de Tinetti – Equilíbrio	2ª semana	6ª semana	8ª semana
1. Equilíbrio estático/dinâmico	7/16	13/16	14/16
2. Equilíbrio ortodinâmico: marcha	5/12	7/12	7/12

Já a avaliação da força muscular foi realizada na 1ª, 4ª e 8ª semana de intervenção, verificando-se um aumento gradual da força muscular em todos os segmentos corporais do membro superior e inferior esquerdo. Aquando a primeira avaliação, as principais dificuldades do utente consistiam sobretudo em realizar os movimentos finos da mão, uma vez que a parésia era sobretudo distal. Ao nível da cintura escapular, observava-se uma assimetria compensatória significativa, sendo que os movimentos

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

eram sobretudo realizados através da ativação da musculatura dorso-lombar, levando ao aparecimento subsequente de dor. Os exercícios de fortalecimento dos músculos abdominais prescritos visavam além de permitir o fortalecimento do tronco, aliviar as dorso-lombalgias referidas.

Na tabela abaixo, é possível verificar a evolução na melhoria da força muscular do membro superior esquerdo, menos expressiva ao nível do punho e dedos da mão:

Tabela 4: Avaliação da força muscular do membro superior esquerdo – mMRC

HEMICORPO ESQUERDO		1ª semana	4ª semana	8ª semana
MEMBRO SUPERIOR				
Escapulo-umeral	Flexão	3/5	3/5	4-/5
	Extensão	3/5	3/5	3+/5
	Abdução	3/5	3/5	3+/5
	Adução	3/5	3+/5	4/5
	Rotação externa	3/5	3/5	3/5
	Rotação interna	3/5	3/5	3/5
Cotovelo	Flexão	3/5	3+/5	4/5
	Extensão	3+/5	4-/5	4-/5
Antebraço	Pronação	3+/5	3+/5	3+/5
	Supinação	3/5	3/5	3/5
Punho	Flexão	2/5	3-/5	3/5
	Extensão	3-/5	3-/5	3/5
Dedos	Flexão	2/5	3-/5	3+/5
	Extensão	2/5	2/5	3-/5
	Abdução	2/5	2+/5	3-/5
	Adução	2/5	2+/5	3-/5

Ao nível da força muscular do membro inferior esquerdo, verificaram-se sobretudo melhorias no movimento de flexão do joelho e flexão/hiperextensão da coxo-femoral. Atualmente, o utente consegue realizar o movimento de flexão plantar contra resistência moderada, permanecendo em elevação mais de

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

5 segundos. Por outro lado, possui ainda dificuldade em realizar ativamente os movimentos de dorsiflexão, e eversão, como descrito na tabela seguinte:

Tabela 5: Avaliação da força muscular do membro inferior esquerdo - mMRC

HEMICORPO ESQUERDO		1ª semana	4ª semana	8ª semana
MEMBRO INFERIOR				
Coxo-femoral	Flexão	3/5	3+/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5	4/5
	Abdução	3/5	3+/5	3+/5
	Adução	3/5	3+/5	4/5
	Rotação externa	3/5	3+/5	3+/5
	Rotação interna	3/5	3+/5	3+/5
Tibiotársica	Flexão plantar	3/5	3+/5	4/5
	Dorsiflexão	2/5	3-/5	3-/5
	Inversão	2/5	3-/5	3-/5
	Eversão	2/5	3-/5	3-/5

A escala de *Morse* é amplamente utilizada pelos profissionais de saúde para estratificar o risco de queda, permitindo-nos adequar as medidas preventivas ao score de probabilidade de queda.

Neste caso, uma vez que o score obtido foi > 51, podemos afirmar que este utente apresenta um alto risco de queda, diagnóstico de enfermagem que se mantém à 8ª semana de intervenção (tabela 6), apesar de também aqui se verificarem melhorias na pontuação obtida.

Tabela 6: Avaliação do risco de queda – Escala de *Morse*

Escala de <i>Morse</i>	1ª semana	8ª semana
Pontuação Total	80	65

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Foi também aplicado o *Timed Up and Go Test* (TUG), um instrumento de medida muito utilizado em geriatria, que além de ter a capacidade de prever o risco de queda, permite ainda objetivar os ganhos obtidos ao longo das várias semanas de intervenção, como se verifica através da consulta da tabela 7:

Tabela 7: Avaliação de risco de queda - *Timed up and Go Test* (em segundos)

<i>Timed up and Go Test</i>	3ª semana	8ª semana
Tempo (em segundos)	36.75	20

Através da análise da tabela 8, é possível compreender que as melhorias alcançadas ao nível do equilíbrio corporal e ao nível da força muscular se repercutem naquilo que são as capacidades da pessoa para realizar as suas AVD de forma independente. Em 2 meses, o *score* obtido através da Escala de *Barthel* aumentou 20 pontos, sobretudo no que diz respeito à capacidade de "utilização do WC", "mobilidade" e "subir e descer escadas".

Tabela 8: Avaliação do nível de Independência nas AVD – Escala de *Barthel*

Escala de <i>Barthel</i>	1ª semana	8ª semana
Pontuação Total	60/100	80/100

5. DISCUSSÃO

A manutenção do equilíbrio corporal depende da preservação das funções visuais/espaciais, vestibulares, somatossensoriais e da atividade reflexa. A perceção da posição do tronco, por sua vez, parece ser particularmente relevante para a obtenção de informação propriocetiva sobre o alinhamento do corpo em relação à gravidade, tornando-se imprescindível para a concretização dos diferentes autocuidados. (Valdés et al, 2021, p.1)

“As dificuldades na marcha, equilíbrio prejudicado, idade \geq 65 anos, declínio das atividades básicas de vida diária, mobilidade reduzida, lesões do hemisfério direito, alterações cognitivas e redução da força em extremidades inferiores” constituem os principais fatores de risco de queda nesta população. (Valdés et al, 2021, p.1). O utente alvo deste estudo de caso possui 6 dos 7 fatores supracitados, um *score* na escala de *Morse* sugestível de alto risco de queda, assim como um tempo no TUG superior ao desejável.

De acordo com Salvado et al (2018), pessoas com má *performance* no TUG e com lesão do hemisfério direito (HD) têm maior probabilidade de cair. Se uma pessoa com lesão do HD demorar mais de 13 segundos a completar o teste podemos afirmar que existe risco de queda acrescido. (p.66)

Na primeira avaliação, o utente demorou 36,75 segundos a levantar-se, percorrer os 3 metros pré-definidos, a realizar uma volta de 360º e a percorrer o mesmo percurso de forma a sentar-se novamente na cadeira. No momento de reavaliação (8ª semana) demorou 20 segundos a realizar o mesmo percurso.

Sabemos que os músculos reto abdominal, transverso do abdómen, oblíquos externos e multifidos são primariamente recrutados antes da realização de qualquer movimento corporal, sendo responsáveis pela estabilização da cintura escapular, da coluna vertebral e da cintura pélvica. (Bacho, Khin & Daud, 2023, p.11).

A literatura sugere que o desenvolvimento do controlo muscular e da estabilidade postural ocorre do centro para a periferia, ou seja, do *core* para as extremidades. Esta teoria assenta no pressuposto de que a melhoria da mobilidade das extremidades distais depende do reforço prévio da musculatura proximal (abdominal e lombo-pélvica), o que justifica a necessidade de prescrever exercícios isométricos como: extensão do joelho com contração de quadríceps contra resistência, adução com resistência de bola para promover a contração dos músculos adutores da coxa e ponte terapêutica estática (5 segundos) para promover a ativação do *core*, glúteos, iliopsoas e quadríceps.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Para iniciar o processo de restabelecimento da função motora é necessário que nos centremos em primeira instância na reeducação do controlo postural. Vários autores referem que a "reprogramação corporal" pós AVC deve seguir as diretrizes do desenvolvimento motor básico, que consistem em: rolar sobre si mesmo, apoiar-se no antebraço, sentar-se e levantar-se. (Basteris et al., 2014 citado por Esteves, 2018, p. 37). Este tipo de exercícios, quando repetidos, permitem autonomizar o processo de levantar e transferência.

As recomendações da *Canadian Stroke Best Practices* (2019) corroboram as intervenções de Enfermagem de Reabilitação implementadas, sugerindo que para melhorar o equilíbrio após AVC é necessário fortalecer os músculos do tronco e iniciar o treino de equilíbrio sentado [Nível de Evidência A].

Nas primeiras avaliações verificou-se que o utente apresentava dificuldade em manter o equilíbrio sentado dinâmico, realizando inclinação posterior do tronco como mecanismo compensatório. Introduziram-se exercícios de inclinação lateral e anterior do tronco, bem como exercícios de alcance e de facilitação cruzada, utilizando a técnica de automobilização. Verificou-se uma melhoria significativa no equilíbrio sentado dinâmico, com aumento progressivo do número de repetições, com perceção subjetiva ao esforço entre 3-4 (Escala de *Borg*).

Numa fase posterior e para trabalhar o equilíbrio estático em pé, provocou-se desequilíbrio corporal através da aplicação de força a nível do esterno, solicitando em simultâneo ao utente que ativasse a musculatura abdominal para contrariar a força externa.

O programa de RFM ao melhorar a força muscular do membro inferior esquerdo permitiu ainda melhorar o treino de marcha, tornando-o mais eficiente.

Ostrowska (2022) refere que a adoção de um padrão de marcha assimétrico pode resultar em perda de densidade óssea no membro inferior afetado, aparecimento de lesões músculo-esqueléticas degenerativas e presença de dor ao nível do membro inferior não afetado, devido à sobrecarga na distribuição do peso corporal. (p.2)

Em estudos recentes constatou-se que, durante o ciclo de marcha, o membro inferior afetado (hemiparético) despende cerca de 33% mais energia na fase de balanço em comparação com uma marcha não patológica, pelo que investir no treino de equilíbrio e em medidas de correção postural além de permitir obter ganhos importantes ao nível do desempenho das AVD, permite ainda otimizar o processo de conservação de energia e com isso melhorar a intolerância à atividade. (Mahmood et al, 2022, p.2).

O estudo deste caso em específico constituiu um verdadeiro desafio para mim enquanto estudante da especialidade de ER, uma vez que me "obrigou" a aprofundar os meus conhecimentos na área da neurologia, por forma a conseguir fazer face às necessidades de informação manifestadas pela

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

pessoa e pela sua família. O AVC, como qualquer outra doença, acarreta uma mudança no estado de saúde que habitualmente condiciona a alteração dos papéis sociais e familiares até aí definidos. Este período de “transição” requer aquisição de novos conhecimentos, consciencialização da nova condição física/emocional/social e redefinição de papéis, algo que nem sempre é vivido e aceite de forma pacífica.

Acredito (porque o senti), que um dos grandes desafios para o ER assenta em “estar com” a pessoa a percorrer esse caminho, a ressignificar as experiências, a aceitar e compreender de que forma pode contribuir para ultrapassar as dificuldades sentidas e (re)ganhar a sua autonomia.

O próprio contexto comunitário constitui só por si um enorme desafio e requer a adaptação e criatividade do ER de forma a conseguir estabelecer uma relação de parceria de cuidados com a pessoa e família sem ser percecionado como um elemento externo/desconecto do ambiente. Uma das maiores dificuldades que enfrentei esteve sobretudo relacionada com a adequação de um plano de cuidados que permitisse responder aos principais problemas identificados e que ao mesmo tempo fosse prático, simples e rápido de implementar.

A gestão do tempo nem sempre foi eficiente e a verdade é que nem sempre foi possível realizar todas as intervenções planeadas antecipadamente, ou por necessidade de priorizar umas em detrimento de outras ou simplesmente por não ser o momento adequado para intervir. Comecei gradualmente por estabelecer menos objetivos para cada visita domiciliária, definindo as intervenções prioritárias de forma a atingir os ganhos expectáveis. Para isso desenvolvi três documentos com imagens ilustrativas, que considerei úteis para facilitar a continuidade do processo de reabilitação, duas para aplicação prática e uma para registar a execução dos diferentes exercícios.

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os exercícios de estabilização e fortalecimento do *core* e membros inferiores são especialmente relevantes durante o processo de reabilitação da pessoa com AVC, uma vez que o sucesso do treino de equilíbrio estático e dinâmico e consequentemente do treino de marcha depende da ativação específica desta musculatura.

Através da implementação de um programa de RFM focado na melhoria da força muscular abdominal, lombo-pélvica e dos membros inferiores é possível melhorar o equilíbrio corporal e a marcha.

As principais limitações deste estudo de caso assentam no facto de o plano de cuidados mencionado ter sido apenas aplicado numa pessoa com AVC, não sendo por isso possível generalizar os resultados obtidos. Também o facto de estar a receber acompanhamento adicional num centro de reabilitação privado pode ter interferido nos resultados auferidos durante a concretização do estudo de caso.

Todavia, a pesquisa realizada pode e deve constituir um estímulo importante para a continuidade de produção científica nesta área específica, através da realização de estudos comparativos sobre os potenciais benefícios da utilização complementar de outro tipo de terapias (ex.: electroestimulação) no fortalecimento da musculatura abdomino-pélvica com vista à melhoria do equilíbrio corporal e do desempenho das AVD em pessoas vítimas de AVC.

7. BIBLIOGRAFIA

Bacho, Z., Khin, N. Y., Daud, D. M. A. (2023) Effect of Core Exercises on Motor Function Recovery in Stroke Survivors with Very Severe Motor Impairment. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*. 10 (2), pp. 1-15. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcdd10020050>

Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Consultado em 02-06-2023. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySztzVUy81MsTU1MDAFAHzFEIkPAAAA>

Figueiredo, A. R. G., Pereira, A. & Mateus, S. (2020). ACIDENTE VASCULAR ISQUÊMICO VS HEMORRÁGICO: TAXA DE SOBREVIVÊNCIA. *HIGEIA - REVISTA CIENTÍFICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO*. 3 (1), pp. 35-45. Consultado em 05-06-2023: https://revistahigeia.lpcb.pt/artigos_n3/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf

Figueiredo, M. C (2018). O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 6(2), pp. 102-107. Consultado em 03-06-2023: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

Miranda, J. M. A., Borges, M. V., Bazan, R., Luvizuto, G. J. & Shinosaki, J. S. M. (2021). Early mobilization in acute stroke phase: a Systematic review. *Journal of Topics in Stroke Rehabilitation*. 30 (2). pp. 157-168. DOI: <https://doi.org/10.1080/10749357.2021.2008595>

Mahmood, W., Burq, H. S. I. A., Ehsan, S., Sagheer, B. & Mahmood, T. (2022). Effect of core stabilization exercises in addition to conventional therapy in improving trunk mobility, function, ambulation and quality of life in stroke patients: a randomized controlled trial. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*. 14 (62), pp. 2-9. DOI: [10.1186/s13102-022-00452-y](https://doi.org/10.1186/s13102-022-00452-y)

Ostrowska, P. M., Studnicki, R., Rykaczewski, M., Spychala, D. & Hansdorfer-Korzon, R. (2022). Evaluation of the Effect of SPIDER System Therapy on Weight Shifting Symmetry in Chronic Stroke Patients – A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19 (23), pp. 1-17. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192316214>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Roth et al (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *JACC Journals*. 76 (25), pp. 2982-3021.

Valdés, R. C., Sala, L. B., Pellicer, M. G., Bernal, J. A. G., Gómez, F. M. C. & Urrútia, G (2021). The Effectiveness of Additional Core Stability Exercises in Improving Dynamic Sitting Balance, Gait and Functional Rehabilitation for Subacute Stroke Patients (CORE-Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18 (12), pp. 1-17. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126615>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

Mariana Pires Fialho – junho de 2023 - Atlântica
29

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO I – INSTRUMENTOS DE MEDIDA (ESCALAS)

Mariana Pires Fialho – junho de 2023 - Atlântica

30

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESCALA DE BARTHEL

- Independência nas AVD -

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

Mariana Pires Fialho – junho de 2023 - Atlântica

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESCALA DE MORSE

- Risco de Queda –

<i>Morse Fall Scale - Versão original*</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parade	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESCALA mMRC

- Força Muscular -

0	Sem contração.
1	Contração sem movimento.
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular.
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence a resistência.
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da amplitude articular, que vence a gravidade.
5	Força normal

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE DE TINETTI

- Complementar ao Risco de Queda -

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY 1 – BALANCE)
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO
TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

EQUILÍBRIO:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

- 0 – inclina-se ou desliza na cadeira
- 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
- 2 – estável, seguro

2. LEVANTAR-SE

- 0 – incape sem ajuda ou perde o equilíbrio
- 1 – capta, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
- 2 – capta na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

- 0 – instável (combustão, move os pés, marcafas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
- 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
- 2 – estável sem qualquer tipo de ajuda

4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

- 0 – instável
- 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcabinhas afastadas > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
- 2 – pés próximos e sem ajuda

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador espanta-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)

- 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
- 1 – sem hesitação

11. LARGURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – não ultrapassa a frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. ALTURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
- 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – não ultrapassa a frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé direito em apoio

14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
- 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

15. SIMETRIA DO PASSO

- 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
- 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

16. CONTINUIDADE DO PASSO

- 0 – para ou dá passos descontinuos
- 1 – passos contínuos

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

- 0 – instável
- 1 – estável

7. VOLTA DE 360º (2 vezes)

- 0 – instável (agarrar-se, vacila)
- 1 – estável, mas dá passos descontinuos
- 2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

- 0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
- 1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

- 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
- 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
- 2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: ___ / 16

17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)

- 0 – desvia-se da linha marcada
- 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
- 2 – sem desvios e sem ajuda

18. ESTABILIDADE DO TRONCO

- 0 – alta oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
- 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou cabeça ou abafa os braços do tronco enquanto caminha
- 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, sem auxiliares de marcha

19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

- 0 – calcabinhas muito afastadas
- 1 – calcabinhas próximas, quase se tocam

Pontuação: ___ / 12

Pontuação total: ___ / 28

Indicadores de risco de quedas:

- ≤18 Alto
- 19-23 Moderado
- ≥24 Baixo

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY, adaptado com permissão.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE VIII - Relato de Caso Clínico “Associação do Treino Cognitivo ao Programa de Reabilitação Motora da Pessoa com Parkinson e Fratura do fêmur”



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM – RAMO REABILITAÇÃO

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante

RELATO DE CASO CLÍNICO

Regente da Unidade Curricular: Prof.ª Doutor Luís Sousa

Professor Orientador: Prof.ª Doutor Luís Sousa

Local de Estágio: [REDACTED]

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Supervisor: [REDACTED]

Elaborado por: Mariana Fialho nº 202230035

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório

LISTA DE SIGLAS

AVD's – Atividades de Vida Diária

DC – Declínio Cognitivo

DNP – Doenças Neurodegenerativas Progressivas

DP – Doença de Parkinson

ER – Enfermeiro de Reabilitação

FEPF – Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur

FOG – *Freezing of Gait*

IPMDS - *International Parkinson and Movement Disorder Society*

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

OMS - Organização Mundial da Saúde

RFM – Reeducação Funcional Motora

SNC – Sistema Nervoso Central

SNM – Sintomas Não Motores

SNP - Sociedade Portuguesa de Neurologia

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

TÍTULO: ASSOCIAÇÃO DO TREINO COGNITIVO AO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA DA PESSOA COM PARKINSON E FRATURA DO FÊMUR

RESUMO

Introdução: As fraturas da extremidade proximal do fêmur (FEPF) são mais comuns na população geriátrica e ocorrem habitualmente na sequência de traumatismos de baixa energia. A presença de deterioração cognitiva associada à evolução da doença de Parkinson (DP) pode influenciar negativamente a capacidade funcional da pessoa no período pós-operatório.

Objetivo: Identificar os ganhos sensíveis à intervenção do ER, através da implementação de um programa de reabilitação que vise a utilização do treino cognitivo previamente à reeducação funcional motora (RFM).

Método: Estudo descritivo, relato de caso clínico. É abordado o caso de uma pessoa com DP admitida no serviço de internamento por fratura subcapital do fêmur após queda da própria altura.

Resultados: Verificaram-se ganhos ao nível da cadência e simetria da passada durante o treino de marcha após a implementação concomitante dos exercícios de treino cognitivo e do programa de reeducação funcional motora (RFM).

Conclusão: O treino cognitivo na pessoa com DP submetida a artroplastia da anca parece contribuir para reduzir os episódios de *freezing* durante a marcha. No entanto, salienta-se a importância de aprofundar esta temática em estudos futuros, no sentido de procurar corroborar os resultados obtidos no relato de caso clínico.

DESCRITORES: Fratura do Fêmur, Parkinson, Treino de Marcha, Treino Cognitivo e Enfermagem de Reabilitação.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. MATERIAIS E MÉTODOS	12
2. APRESENTAÇÃO DO CASO	14
2.1 Avaliação de enfermagem de reabilitação.....	15
3. DISCUSSÃO	26
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS	33
ANEXOS I – Medical Research Council modified.....	34
ANEXOS II – Índice de <i>Barthel</i>	36
ANEXOS III – Índice de <i>Tinetti</i>	41
ANEXO IV – Escala de <i>Borg</i> modificada.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Jogo de memória visual	20
Figura 2 - Jogo de memória auditiva.....	20
Figura 3 - Exercício de dupla tarefa.....	20
Figura 4 - Jogo de memória numérica	20
Figura 5 - Jogo de pensamento estratégico	20
Figura 6 - Exercício de dupla tarefa.....	20

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	19
Tabela 2 - Avaliação da funcionalidade (Escala de Barthel).....	22
Tabela 3 - Avaliação da força muscular do MIE (mMRC)	23
Tabela 4 - Avaliação do equilíbrio corporal (Índice de Tinetti)	24

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relato de caso clínico surgiu no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante, inserida no ciclo de estudos do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica.

As doenças neurológicas, incluindo as doenças neurodegenerativas progressivas (DNP), encontram-se entre as principais causas de morte a nível mundial, estimando-se que vitimizem, por ano, cerca de 9 milhões de pessoas. (Organização Mundial da Saúde, 2023)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2023), a elevada prevalência de DNP (incluindo a demência de Alzheimer e a doença de Parkinson) tornam imperativa a criação de estratégias baseadas em abordagens holísticas que considerem não só a componente clínica, mas concomitantemente os fatores sociais, individuais e ambientais que influenciam a gestão e progressão da doença.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN), estima-se que existam cerca de 18 a 20 mil pessoas em Portugal diagnosticadas com esta patologia, sendo que destes, 1% (acima dos 65 anos) apresentam sinais clínicos evidentes da doença, com maior prevalência no sexo masculino (3:2) (Massano, 2011), à semelhança daquilo que se verifica a nível internacional. (Tolosa *et al.*, 2021)

O diagnóstico precoce e preciso da DP continua a ser um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, uma vez que até à data não foi ainda possível identificar e isolar os biomarcadores responsáveis pelas diferentes fases concetuais associadas ao período “pré-diagnóstico”. (Tolosa *et al.*, 2021)

A avaliação neurológica e a *anamnese* são fundamentais para direcionar o diagnóstico, uma vez que a doença é frequentemente confundida com outras DNP. Por esse motivo, a *International Parkinson and Movement Disorder Society* (IPMDS), propôs a adoção de um conjunto de critérios com o intuito de facilitar o diagnóstico da DP. Além de contemplar os sinais cardinais da doença (que permitem confirmar a presença de parkinsonismo), a IPMDS alerta ainda para um conjunto de manifestações não exclusivas da DP e que poderão levantar a suspeição de diagnósticos alternativos (“*red flags*”). (Tolosa *et al.*, 2021)

A DP é definida como uma doença neurológica que se caracteriza pela destruição progressiva das células nervosas da substância *nigra pars compacta*, responsáveis pela produção de dopamina. (Simon *et al.*, 2020)

De acordo com Simon *et al.*, (2020) a etiologia da DP não é totalmente conhecida, acreditando-se que resulta da complexa interação entre envelhecimento, fatores genéticos, fatores ambientais (como a exposição ocupacional a substâncias tóxicas ou a ocorrência de lesões cerebrais traumáticas) e estilos de vida.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Englobada no grupo das sinucleinopatias, a DP caracteriza-se pela acumulação intracelular de uma proteína, a alfa-sinucleína, cuja agregação anómala no tecido neuronal induz a formação de corpos de Lewy. A deposição de corpos de Lewy ocorre de forma gradual e afeta várias estruturas do sistema nervoso, entre elas, a substância *nigra pars compacta*, resultando na perda progressiva de neurónios dopaminérgicos. (Cabreira & Massano, 2019)

Os níveis anormalmente baixos de dopamina provocam alterações no sistema nervoso central (SNC) com prejuízo das redes neurais (gânglios da base e áreas motoras suplementares), cruciais para iniciar os movimentos voluntários, interromper os involuntários e para garantir uma resposta motora coordenada.

Alterações neste processo, originam os sintomas motores clássicos da DP como: tremor em repouso, acinesia/bradicinesia, *freezing*, rigidez articular e instabilidade postural que, com a progressão da doença, condicionarão o equilíbrio corporal e, por conseguinte, a capacidade de realizar marcha de forma independente. Até há pouco tempo, considerava-se que as manifestações motoras da DP surgiam após a deterioração de cerca de 50-70% dos neurónios dopaminérgicos, no entanto estudos recentes sugerem que a perda de terminais dopaminérgicos nos gânglios basais (em oposição à perda de neurónios na substância *nigra*) pode ser determinante para o início da sintomatologia motora. (Simon *et al.*, 2020)

Além da componente motora, podem surgir também sintomas não motores (SNM) associados a alterações comportamentais, deterioração cognitiva, alterações na comunicação, disautonomia com repercussões na pressão arterial, presença de hipersudorese e sialorreia, fadiga, alterações na função vesical e intestinal, alterações na sensibilidade dolorosa, alterações do ciclo sono-vigília (insónia, sonolência excessiva diurna e distúrbio de comportamento do sono com movimento rápido dos olhos) e alterações psíquicas (apatia, depressão, ansiedade e psicose), entre outros. (Seppi *et al.*, 2019)

De acordo com Marotta (2022), pessoas diagnosticadas com DP possuem um risco 6 vezes superior de desenvolver défices cognitivos do que pessoas da mesma idade sem a doença. Na verdade, estima-se que 30-40% das pessoas com DP apresentem, concomitantemente, demência e que cerca de 80% das pessoas com DP (em alguma fase da doença) venham a sofrer de demência. (Hong & Lee., 2023)

Anteriormente, acreditava-se que a deterioração da função cognitiva estaria apenas associada a estadios mais avançados da doença, no entanto vários autores têm constatado que as manifestações deste tipo de alterações podem estar presentes em fases iniciais da doença (Jiménez *et al.*, 2021; Orgeta *et al.*, 2020), inclusivamente antes do aparecimento dos sintomas motores.

Os sintomas de DC caracterizam-se essencialmente por “lentidão dos processos mentais, falta de iniciativa para executar tarefas, apatia, diminuição da atenção e ocasionalmente depressão.” (Jiménez *et al.*, 2021).

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

9

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Alguns estudos têm sugerido que o início precoce da manifestação destes sintomas pode aumentar exponencialmente o risco de desenvolver demência, resultando em perda de autonomia e independência prematuras, em maior incapacidade funcional e conseqüentemente em maior sobrecarga do cuidador informal. (Jiménez *et al.*, 2021).

De acordo com Jiménez *et al* (2021), a implementação de programas de reabilitação que visem a utilização de terapia cognitiva em estadios primários da doença (em conjunto com as medidas farmacológicas) podem constituir medidas efetivas para retardar o declínio da função cognitiva e motora, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de todos os intervenientes.

Embora estejamos conscientes desta informação, verifica-se que o tratamento e reabilitação da pessoa com DP tem incidido sobretudo nos sintomas motores da própria doença e menos nos sintomas não motores, que são igualmente incapacitantes. Este facto pode contribuir para limitar a atuação dos profissionais de saúde e por conseguinte a produção de conhecimento nesta área.

Apesar de não existirem dados concretos que sustentem uma relação direta entre a DP e o aumento da mortalidade, importa referir que as complicações que advêm da progressão normal da doença como a disfagia, as alterações posturais e a demência contribuem para o desenvolvimento de infeções respiratórias, infeções urinárias e para a ocorrência de eventos traumáticos (ex.: quedas da própria altura) que em última instância poderão resultar na morte prematura da pessoa com Parkinson. (Gago, 2014).

Em pessoas com DP o aumento do risco de queda está diretamente relacionado com o estadio da doença, com a severidade da sintomatologia motora (incluindo episódios de *freezing*) e com a existência de disfunção cognitiva. (Kwon *et al.*, 2021)

De acordo com Teixeira *et al.* (2021), as quedas constituem uma das principais causas de internamento em pessoas com idade \geq a 70 anos, resultando frequentemente em lesões importantes para a pessoa idosa. Entre as lesões mais frequentes, salientam-se as FEPF pelo seu elevado impacto no nível de funcionalidade, independência e qualidade de vida da população idosa que vive com DP.

Por esse motivo, e, porque se prevê que cada vez mais pessoas sofrerão com o impacto negativo desta doença (doentes e familiares), com estimativas de duplicação do número de casos diagnosticados até 2050, importa refletir sobre a importância da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (ER) na identificação precoce e na implementação de estratégias coadjuvantes da terapêutica medicamentosa que possam limitar o impacto dos sintomas, atrasar a progressão da doença e permitir melhorar a qualidade de vida destas pessoas, preservando a sua autonomia e independência.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Desta reflexão, emerge a questão norteadora deste estudo de caso: “Qual a efetividade da implementação de um programa de reabilitação, com recurso ao treino cognitivo, junto da pessoa com Parkinson na melhoria da sua capacidade funcional após fratura subcapital do fémur?”

Neste sentido, o principal objetivo do presente estudo de caso consiste em:

- Identificar os ganhos sensíveis à intervenção do ER, através da implementação de um programa de reabilitação que vise a utilização do treino cognitivo previamente à reeducação funcional motora (RFM).

1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, mais concretamente de um relato de caso clínico. A partilha deste tipo de trabalhos mantém a sua utilidade visto ser uma forma eficiente e relativamente rápida de comunicar entre pares (Heart Views, 2017), podendo estimular a produção de conhecimento capaz de traduzir níveis mais elevados de evidência científica.

Os referenciais teóricos mobilizados ao longo da concretização deste estudo foram a Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A primeira teoria mencionada tem sido uma das mais citadas a nível internacional e mantém-se atual pela problemática crescente da dependência na concretização dos autocuidados e pela importância que a Enfermagem exerce nesse domínio. Já na sua altura, Orem abordava conceitos como “desvio de saúde” para descrever as mudanças no estado de saúde capazes de condicionar a capacidade para o autocuidado. Afaf Meleis, por outro lado, procurou integrar na sua teoria os elementos que podem constituir o “trigger” de uma nova transição e a forma como as intervenções terapêuticas de Enfermagem podem contribuir para facilitar e promover processos de transição saudáveis (neste caso em específico do tipo saúde/doença).

O estudo descreve o caso de uma pessoa com uma fratura subcapital do fémur à esquerda após queda da própria altura em relação com o diagnóstico prévio de DP. A colheita de dados baseou-se na *anamnese* e sobretudo na informação obtida através da consulta do processo clínico do utente.

Os dados obtidos permitiram formular os seguintes diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação: Comunicação Comprometida; Equilíbrio Corporal Comprometido; Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé; Movimento muscular diminuído [no membro inferior esquerdo]; Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; Potencial para melhor conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha [andarilho]; Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha [andarilho] e Intolerância à atividade.

O programa de RFM iniciou-se no dia 17-10-2023, ao passo que os exercícios de treino cognitivo foram apenas implementados no dia 07-11-2023. O programa de RFM decorreu durante 1 mês, totalizando 11 oportunidades de intervenção com a pessoa e o programa de treino cognitivo decorreu ao longo de 10 dias, pelo que apenas foi possível intervir em 4 sessões distintas. A pessoa envolvida no estudo será designada como “pessoa” no sentido de preservar a sua identidade e garantir a confidencialidade da informação recolhida.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: *Medical Research Council modified* (Ordem dos Enfermeiros, 2016), Índice de *Barthel* (Direção-Geral da Saúde, 2011), Índice de *Tinetti* (Apóstolo, 2012)

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

e a Escala de *Borg* modificada (Borg, 1982). Os instrumentos de medida foram selecionados com base na sua facilidade de aplicação e responsividade.

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

O estudo de caso descreve a situação de uma pessoa com 67 anos de idade, do género masculino, caucasiano e de nacionalidade portuguesa. É casado e tem 2 filhas. Residia com a esposa e frequentava o centro de dia até ao episódio traumático que motivou o último internamento.

Como antecedentes pessoais apresenta uma Perturbação Afetiva Bipolar e doença de Parkinson (diagnosticada há cerca de 4 anos, segundo o utente). Apresenta alergia medicamentosa à penicilina.

Recorreu ao serviço de urgência geral da área de residência no dia 29-09-2023 acompanhado pelos bombeiros por queda da própria altura com trauma da anca esquerda há cerca de 2 semanas. À observação, apresentava dor na região inguinal e joelho, limitação funcional, encurtamento e rotação externa do membro inferior esquerdo (MIE).

A telerradiografia da anca revelou uma fratura subcapital do fémur à esquerda, com indicação para tratamento cirúrgico. O procedimento cirúrgico foi realizado no dia 05-10-2023, tendo-se procedido à colocação de uma prótese parcial da anca à esquerda não cimentada (técnica de *press-fit*) com via de abordagem posterolateral.

O primeiro contacto com o utente ocorreu ao 8º dia de pós-operatório, encontrando-se o utente sentado no cadeirão, com imobilização mecânica na região do tronco e membros superiores por várias tentativas de levantar sem assistência.

À avaliação, encontrava-se vígil (porém sonolento) e orientado autopsiquicamente, necessitando de ajuda para identificar o espaço e o período temporal.

Apresentava um discurso monotónico, hipofonia acentuada e hipomímia facial, o que por vezes dificultava o processo de comunicação verbal e não verbal. Além destes fatores, a presença de sialorreia excessiva contribuía ainda para a perceção de “voz molhada” e disfónica, com repercussões ao nível do processo de deglutição por disfagia (líquidos).

De acordo com a Escala de Hoehn e Yahr (Goetz *et al.*, 2004), que avalia a progressão da DP, o utente estaria no último estadió da doença (estadió 5), considerando que os sintomas motores e não motores o impossibilitavam de permanecer em equilíbrio ortostático e ortodinâmico de forma independente. Nesta fase, as pessoas tendem a permanecer sobretudo no leito ou sentadas, necessitando de apoio para a concretização da generalidade dos autocuidados.

Os sintomas motores clássicos como: tremor em atividade, rigidez articular (com flexão permanente dos joelhos), acinesia/bradicinesia e instabilidade postural estavam presentes, condicionando as

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

transferências e a capacidade para andar com auxiliar de marcha. O *freezing* da marcha e a tendência para a festinação provocavam maior desequilíbrio corporal e aumento da propensão para o risco de queda.

Às alterações motoras pré-existentes, acrescia agora a diminuição da força muscular ao nível do MIE (força muscular grau 3/5 na mMRC) e a presença de dor durante a mobilização do MIE (com variações na sua intensidade entre 3 e 5 na escala numérica da dor).

Verificavam-se também alterações no tempo de processamento de informação (lentificação do pensamento), da atenção, da retenção de informação, da memória de trabalho e das funções executivas, com repercussões evidentes no nível de funcionalidade da pessoa.

Como referido, o utente residia anteriormente com a esposa, no entanto dado o agravamento progressivo da sua situação de dependência e numa tentativa de procurar maximizar o seu potencial de reabilitação, optou-se por referenciar a situação à Equipa de Gestão de Altas intra-hospitalar que propôs o seu ingresso em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

Ao realizar este estudo de caso, procurava essencialmente perceber se a intervenção do ER na componente cognitiva, poderia traduzir ganhos na funcionalidade e independência da pessoa com DP submetida a hemiartroplastia da anca.

2.1 Avaliação de enfermagem de reabilitação

Avaliação do Estado Mental

No momento da primeira avaliação a pessoa apresentava-se vígil, orientada em relação à pessoa e desorientada no tempo e espaço. Durante a implementação do programa de reabilitação constatou-se uma melhoria em relação à perceção do espaço, conseguindo identificar o local onde se encontrava internado.

Manteve desorientação ligeira em relação ao período temporal, que era colmatada com recurso a um calendário e à televisão de forma a que conseguisse identificar a hora do dia.

O programa de reabilitação tinha de ser fragmentado, uma vez que o utente apresentava alterações nos 4 tipos de atenção básicos: seletiva, sustentada, dividida e alternada.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Avaliação da Funcionalidade

Para avaliar o nível de independência nas AVD's, recorreu-se à utilização do Índice de *Barthel*. A primeira avaliação foi realizada no dia 13-10-2023, apresentando o utente um *score* de 30/100 o que nos remete para uma dependência grave na concretização dos diferentes autocuidados.

Avaliação da Força Muscular

O utente manteve preservada a força muscular ao nível do hemicorpo direito e membro superior esquerdo (força grau 5/5), tendo-se verificado um aumento da força muscular do MIE. À data da última avaliação apresentava força muscular grau 5/5 na realização dos movimentos de dorsiflexão/flexão plantar e inversão/eversão do pé. O mesmo se verificava durante a realização dos movimentos de flexão/extensão do joelho e flexão/extensão da anca com aplicação de resistência manual. Ao nível da abdução/adução da articulação coxo-femoral e da hiperextensão da anca verificavam-se ainda algumas limitações na amplitude articular, relacionadas sobretudo com a dor. A força muscular durante a execução destes movimentos era de grau 4/5, uma vez que o utente realiza movimento contra gravidade e resistência externa moderada.

Avaliação do Equilíbrio Corporal

O equilíbrio corporal foi avaliado recorrendo-se ao Índice de *Tinetti* por ser de fácil aplicabilidade e por permitir avaliar o equilíbrio estático sentado e ortodinâmico, bem como as mudanças na simetria, comprimento, altura e largura dos passos durante a marcha.

No momento da primeira avaliação, a pessoa apresentava um *score* de 1/16 em relação ao equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé) e um *score* de 3/12 em relação ao equilíbrio durante a marcha. A flexão permanente do pescoço, tronco e dos joelhos, devido à presença de rigidez articular, provocava uma alteração significativa no centro de gravidade (que se deslocava anteriormente), pelo que na tentativa de alcançar o "equilíbrio", a pessoa procurava andar com passos curtos e rápidos. Os pés permaneciam em contacto permanente com o solo e a base de sustentação era bastante reduzida, com os calcanhares a uma distância de cerca de 3 cm entre si e com os pés tendencialmente evertidos.

Estas alterações associadas à necessidade atual de deambular com recurso a um auxiliar de marcha (andarrilho) dificultavam a coordenação motora durante o treino de marcha, sobretudo pela necessidade de dissociar os membros superiores e inferiores durante esta atividade.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Comunicação Comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para comunicar; - Incentivar a pessoa a comunicar [abordando os interesses da pessoa e os familiares de referência]; - Providenciar sistema auxiliar [sistema de comunicação por imagens: recurso a fotografias de jogadores de futebol]; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar de comunicação [sistema de comunicação por imagens].
<p>Equilíbrio Corporal Comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar equilíbrio corporal através de Índice de Tinetti [1ª semana, 3ª semana e 6ª semana]; - Avaliar equilíbrio corporal [estático e dinâmico sentado e em pé]; - Estimular a manter equilíbrio corporal [através de indicações verbais e táteis]; - Executar técnica de treino de equilíbrio corporal [<u>sentado estático</u>: aplicação de força externa manual ao nível do esterno; - 1 série de 3 repetições; <u>sentado dinâmico</u>: flexão lateral do tronco para a esquerda e para a direita com apoio dos membros superiores, progredindo para flexão lateral do tronco com braços cruzados ao peito; facilitação cruzada dos membros superiores com recurso a bola de pilates de 24 cm com o intuito de alcançar a mão do ER; <u>dinâmico de pé</u>: levantar/sentar garantindo a extensão do MIE, apoiando as mãos nas barras laterais do cadeirão – 1 série de 3 repetições; exercícios realizados ao fundo da cama com apoio unipodal do membro inferior direito: flexão/extensão do joelho esquerdo, flexão (até 90º)/hiperextensão e abdução/adução (até à linha média) da articulação coxo-femoral à esquerda – 1 série de 5-10 repetições, consoante a tolerância; - Orientar na técnica de treino de equilíbrio corporal.
<p>Potencial para melhorar capacidade para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Instruir sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé [<u>cadeirão/cadeira higiénica</u>: flexão do tronco com MIE em extensão; apoio nos braços laterais do cadeirão para se colocar de pé; apoio nos braços laterais do andarilho; <u>cadeira</u> (sem apoio de

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>usar técnica de adaptação para pôr-se de pé</p>	<p>braços): flexão do tronco com MIE em extensão; mão direita na base da cadeira e mão esquerda no braço lateral do andarilho].</p> <p>- Treinar técnica de adaptação para pôr-se de pé [cadeirão/cadeira higiênica: flexão do tronco com MIE em extensão; apoio nos braços laterais do cadeirão para se colocar de pé; apoio nos braços laterais do andarilho; cadeira (sem apoio de braços): flexão do tronco com MIE em extensão; mão direita na base da cadeira e mão esquerda no braço lateral do andarilho] – Em todas as intervenções.</p>
<p>Movimento muscular diminuído [no membro inferior esquerdo]</p>	<p>- Avaliar força muscular [em todas as sessões];</p> <p>- Executar técnica de movimento muscular e articular ativo-assistido no membro inferior esquerdo [dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão do pé, flexão/extensão do joelho, flexão/extensão da anca, abdução/adução da anca] – 2 séries de 8 repetições;</p> <p>- Atividades terapêuticas [no leito: elevação antero-pélvica com MIE em extensão e, posteriormente, em ligeira flexão] – 1 série de 5/6 repetições com suspensão estática de 5 segundos;</p> <p>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos [em todas as sessões];</p> <p>- Monitorizar força muscular através da escala mMRC [1ª semana, 3ª semana e 6ª semana].</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [mobilizações ativas resistidas dos membros superiores e membro inferior direito; mobilizações ativas assistidas do membro inferior esquerdo];</p> <p>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular [mobilizações ativas resistidas dos membros superiores e membro inferior direito; mobilizações ativas assistidas do membro inferior esquerdo];</p>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Potencial para melhor conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha [andarilho]	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;- Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha [treino de marcha com aplicação de carga parcial no membro inferior esquerdo: 1º - avança o andarilho, 2º - avança a perna operada (MIE), 3º - avança a perna não operada (MID)] – Em todas as sessões;
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha [andarilho]	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar capacidade para usar auxiliar de marcha para andar;- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha;- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha [treino de marcha com aplicação de carga parcial no membro inferior esquerdo: 1º - avança o andarilho, 2º - avança a perna operada (MIE), 3º - avança a perna não operada (MID)] – Em todas as sessões;- Treinar a andar com auxiliar de marcha – Em todas as sessões.
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar intolerância à atividade;- Gerir atividade física [implementação do programa de reabilitação no período da tarde para permitir à pessoa repousar após os cuidados de higiene e conforto];- Negociar atividade física [com a pessoa];- Planear o repouso [estabelecendo locais de repouso (cadeira) durante o percurso do treino de marcha];- Supervisionar resposta ao exercício [Escala de Borg] – Em todas as sessões.

Tabela 1 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

As intervenções acima descritas foram realizadas durante 6 semanas, ao longo de 11 sessões (bi/trissemanais), cada uma com duração aproximada de 45 a 60 minutos. No entanto, apenas nas duas últimas semanas de intervenção se procedeu à implementação concomitante de exercícios de treino cognitivo antes da realização do treino motor, no sentido de compreender se o desenvolvimento da componente cognitiva poderia influenciar positivamente os resultados obtidos ao nível do desempenho motor e da funcionalidade da pessoa.

Cada exercício (apresentado como jogo) possuía um objetivo diferente, nomeadamente: estimular a linguagem escrita e oral, a memória visual e auditiva, o pensamento estratégico, a atenção sustentada e

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

promover a realização de exercícios de dupla tarefa. No total foram desenvolvidos 6 jogos perspetivando-se a execução de 3 a 4 jogos por sessão com duração de 20-30 minutos, de acordo com a tolerância da pessoa.

As figuras em baixo correspondem aos jogos realizados com a pessoa:



Figura 1 - Jogo de memória visual

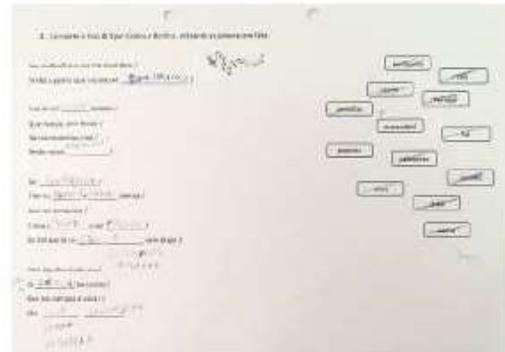


Figura 2 - Jogo de memória auditiva

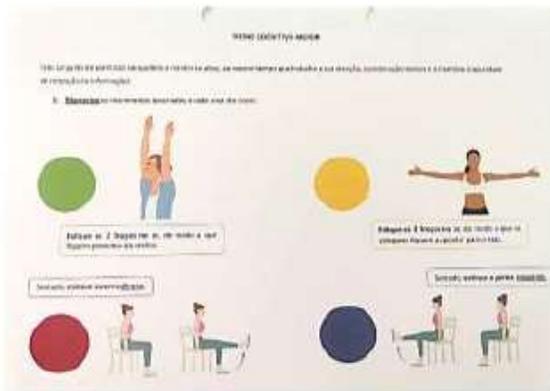


Figura 3 - Exercício de dupla tarefa

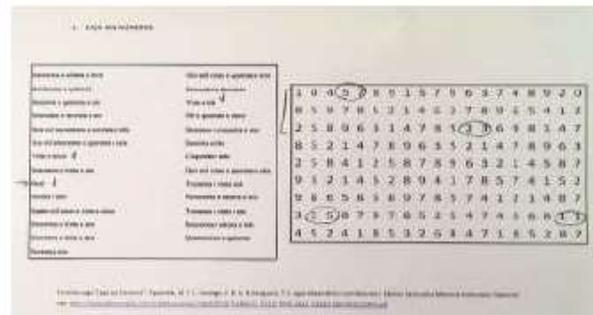


Figura 4- Jogo de memória numérica

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

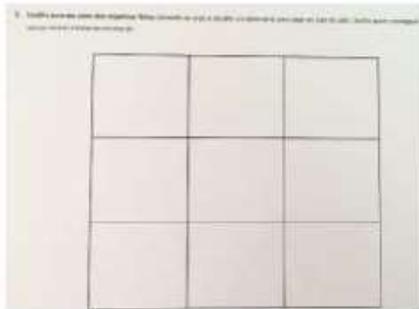


Figura 5 - Jogo de pensamento estratégico

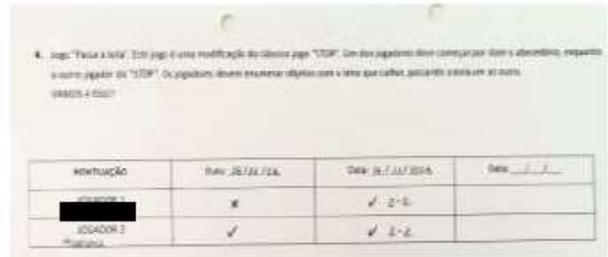


Figura 5 - Exercício de dupla tarefa

RESULTADOS

O programa de Reeducação Funcional Motora (RFM) foi implementado durante os meses de outubro e novembro em contexto de internamento hospitalar, pelo menos duas vezes por semana. Na 5ª semana de intervenção apenas foi possível intervir uma vez, devido a uma complicação no estado clínico da pessoa que impossibilitou a sua participação no programa (infecção respiratória).

Na 1ª semana de intervenção, verificou-se que o utente apresentava um *score* de 30/100 no Índice de *Barthel*, na 3ª e 6ª semana de intervenção o *score* não sofreu alterações significativas, no entanto verificou-se uma melhoria no item “Utilização do WC”, tendo a pessoa passado da classificação “Dependente” para “Precisa de alguma ajuda”, como se observa na tabela seguinte:

Índice de Barthel (itens)	1ª avaliação (13-10-2023)	2ª avaliação (24-10-2023)	3ª avaliação (17-11-2023)
Alimentação	5	5	5
Transferências	5	5	10
Toalete	5	5	5
Utilização do WC	0	5	5
Banho	0	0	0
Mobilidade	10	10	10
Subir e descer escadas	0	0	0
Vestir	5	5	5
Controlo intestinal	0	0	0
Controlo urinário	0	0	0
Total (score)	30	35	40

Tabela 2 - Avaliação da funcionalidade (Escala de Barthel)

Verificaram-se ainda ganhos da 1ª avaliação para a 3ª avaliação no que diz respeito às “Transferências”, uma vez que a pessoa conseguia realizar transferência cama/cadeirão e cadeirão/cama com menos intervenção por parte do ER, carecendo, contudo, de reforço do ensino sobre andar com auxiliar de marcha.

Apesar de não se verificarem propriamente ganhos substanciais no Índice de Barthel durante a transição da 1ª avaliação para a 3ª avaliação, foi notória a melhoria da postura durante as transferências e a

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

melhoria do equilíbrio estático sentado que permitiu à pessoa corrigir os desvios posturais durante os momentos de refeição apenas com supervisão e recurso a indicações verbais.

Inicialmente, verificou-se que o utente apresentava sobretudo *déficits* ao nível da força muscular do MIE devido à situação traumática e posteriormente ao tratamento cirúrgico a que foi submetido. Apesar disso, com a implementação do programa de RFM verificou-se ao longo das semanas uma melhoria significativa da força muscular do MIE, sobretudo durante os movimentos de flexão/extensão do joelho, flexão/extensão e abdução/adução da ACF. Na tabela seguinte, podemos observar a evolução na melhoria da força muscular dos segmentos corporais envolvidos:

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO		1ª semana	3ª semana	6ª semana
Coxo-femoral	Flexão	3~/5	4~/5	5/5
	Extensão	3~/5	4~/5	5/5
	Abdução	3/5	3~/5	4~/5
	Adução	3~/5	4~/5	4~/5
	Rotação externa	3/5	4~/5	4~/5
	Rotação interna	3~/5	4~/5	4~/5
Tibiotársica	Flexão plantar	4~/5	5/5	5/5
	Dorsiflexão	4~/5	5/5	5/5
	Inversão	4/5	4~/5	5/5
	Eversão	4/5	4~/5	5/5

Tabela 3 - Avaliação da força muscular do MIE (mMRC)

Em relação ao equilíbrio corporal, verificava-se que o utente não possuía equilíbrio estático ou dinâmico sentado, pelo que se revelou necessário intervir primeiramente neste aspeto.

Era necessário enfatizar em todas as sessões a necessidade de manter os pés apoiados no chão (sobretudo os calcanhares) quando a pessoa se encontrava sentada na cama, uma vez que a sua tendência era manter os pés em flexão plantar o que limitava a sua base de apoio. Uma vez alcançado este objetivo,

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

progrediu-se para exercícios de flexão lateral do tronco com apoio das mãos no colchão e posteriormente para exercícios de facilitação cruzada dos membros superiores com e sem bola de pilates.

Na 5ª semana introduziu-se o jogo “Passa a bola” (figura 6) por permitir trabalhar a questão do equilíbrio dinâmico sentado e do desempenho cognitivo através da evocação de uma palavra começada pela letra definida no início do jogo seguida da passagem da bola ao adversário (neste caso, o ER).

Em ortostatismo e sobretudo durante o treino de marcha, a pessoa apresentava cerca de 2 a 3 episódios de “freezing” da marcha sobretudo numa fase inicial e durante as mudanças de direção. Os episódios manifestavam-se por impossibilidade de andar, tremores das extremidades dos membros superiores com oscilação lateral do andarilho e flexão acentuada dos joelhos e tronco.

Para corrigir a postura corporal e melhorar o equilíbrio ortostático procedeu-se à realização de exercícios ao fundo da cama com apoio das mãos na barra de suporte. O apoio unipodal permitiu reforçar a musculatura do tronco, dos glúteos, do quadrícipite do MID e melhorar a força muscular dos flexores e extensores da anca do MIE, cruciais para a manutenção do equilíbrio durante o treino de marcha.

Índice de Tinetti – Equilíbrio	1ª semana	3ª semana	6ª semana
1. Equilíbrio estático/dinâmico	1/16	3/16	7/16
2. Equilíbrio ortodinâmico: marcha	3/12	3/12	6/12

Tabela 4 - Avaliação do equilíbrio corporal (Índice de Tinetti)

Entre a 3ª e a 6ª semana de intervenção verificou-se uma melhoria do equilíbrio estático e dinâmico e do treino de marcha, constatando-se uma redução no número de episódios de *freezing* da marcha, menor tendência para a festinação, melhoria do ritmo e comprimento da passada. No último dia de intervenção (17-11-2023) a pessoa percorreu cerca de 35 metros com apoio de andarilho (mais 10 metros do que anteriormente), tendo realizado uma paragem de 5 minutos a meio do percurso para descansar.

Verificou-se que durante o último treino de marcha supervisionado por ER, a pessoa apresentou apenas 1 episódio de *freezing* com duração aproximada de 10 segundos e que reverteu com utilização de pista verbal numérica (mais especificamente, com contagem até 3 para retomar a marcha). Outra das estratégias implementadas que parecia ser útil durante os momentos de *freezing* consistia em redirecionar a sua atenção para uma das sinaléticas presentes no serviço e solicitar a sua leitura (ex.: “Emergency Exit”), retomando a marcha posteriormente.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Também a Escala de Borg modificada foi utilizada durante o treino de marcha, uma vez que era nesta altura que a pessoa manifestava maior sensação de cansaço. Na 1ª e 2ª semana de intervenção, a pessoa apenas percorria cerca de 10 metros com apoio unilateral permanente do ER e com necessidade de suspender a atividade imediatamente após a saída do quarto. Nesta fase a sua perceção subjetiva ao esforço era “forte/muito forte” correspondendo a uma intensidade entre 6 e 7 respetivamente. Nas semanas seguintes e com a implementação de exercícios de treino de força foi possível aumentar progressivamente a distância percorrida, mantendo uma perceção subjetiva ao esforço “forte”. No último dia de intervenção a pessoa percorreu a maior distância até ao momento (≈ 35 metros) percecionando o seu esforço como “forte/muito forte”. Durante os períodos de pausa (descanso em cadeira) o utente era incentivado a consciencializar a respiração e a realizar dissociação de tempos respiratórios com lábios semicerrados.

3. DISCUSSÃO

O treino cognitivo (induzido pela experiência ou por estimulação ambiental), pode contribuir para fortalecer as redes neurais envolvidas nos processos de atenção e controlo, através da ativação do mecanismo de neuroplasticidade. Anteriormente, acreditava-se que a capacidade do cérebro para se adaptar à mudança estava restrita a determinadas fases cruciais do desenvolvimento, no entanto, estudos mais recentes demonstraram que esta propriedade cerebral é transversal a todas as fases do ciclo de vida. (Kumar *et al.*, 2023)

Kumar *et al.* (2023) referem que mesmo na presença de uma doença neurodegenerativa, é possível recorrer a métodos e/ou estratégias baseadas no mecanismo de neuroplasticidade para promover a recuperação da pessoa com DP e maximizar o seu potencial de reabilitação.

Contudo, as conclusões dos estudos realizados até ao momento parecem ser contraditórias no que diz respeito ao impacto direto da função cognitiva sobre a capacidade funcional/motora da pessoa com DP.

Autores como Marotta *et al* (2022) defendem que as alterações cognitivas nesta população são responsáveis por alterações na marcha, durante a passada (com evidência de menor número de passos e lentificação motora) bem como alterações no controlo postural.

Ainda se desconhece ao certo quais são os sintomas (motores/não motores) que se manifestam em primeiro lugar nestes doentes, uma vez que os sintomas não motores podem passar facilmente despercebidos numa fase inicial da doença. Alguns autores estabeleceram uma correlação negativa entre a velocidade de marcha e o aparecimento de sintomas associados a comprometimento cognitivo ou demência, ao passo que outros autores constataram que as alterações cognitivas na DP precediam as disfunções na marcha. (Sousa *et al.*, 2021)

Sousa *et al.* (2021) referem que a afeção das funções executivas nas pessoas com DP (nomeadamente do controlo inibitório e da flexibilidade mental) compromete a sua capacidade de andar, conduzindo a episódios cada vez mais frequentes de *freezing of gait* (FOG).

No entanto, um outro estudo desenvolvido por Morris *et al* (2020) não encontrou diferenças estatisticamente significativas quando comparou o desempenho cognitivo de pessoas com DP com e sem FOG, assumindo que o declínio destas funções e a identificação concomitante de FOG pode simplesmente dever-se à progressão natural da doença e não a uma relação direta causal. De acordo com os autores este achado pode ser particularmente relevante para os profissionais de saúde e cuidadores, por permitir a gestão de programas complexos de reabilitação cognitiva, independentemente do estadio da doença.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Orgeta *et al* (2020) reforça ainda que o treino cognitivo parece não melhorar o desempenho da pessoa na concretização das AVD's, aspeto que se constatou durante a realização do relato de caso clínico, uma vez que o *score* da Escala de Barthel se manteve praticamente inalterado da 3ª semana para a 6ª semana, mesmo após a implementação do programa de treino cognitivo.

Uma vez que o comprometimento das funções executivas nesta população em específico, se manifesta habitualmente por dificuldade em elaborar conceitos, solucionar problemas, desenvolver estratégias e alterar padrões de comportamento pré-estabelecidos face a situações novas e desconhecidas (Pillon *et al.*, 2021), não deixa de ser crucial trabalhar os processos cognitivos que podem influenciar (direta/indiretamente) a capacidade funcional da pessoa.

Um destes exemplos reside no treino de equilíbrio provocando instabilidade durante o movimento, com o objetivo de desenvolver mecanismos antecipatórios e protetores da ocorrência de eventos traumáticos, como as quedas. Outro exemplo disto, diz respeito ao treino de marcha com recurso a obstáculos que, ao introduzir elementos “disruptivos” no ciclo linear de marcha leva a pessoa a reconhecer os obstáculos e desenvolver estratégias para “resolver o problema”, contornando-os.

Apesar de muitas destas atividades não poderem ser desenvolvidas devido à instabilidade postural apresentada pela pessoa e ao risco acrescido de queda, foram desenvolvidas atividades com a pessoa sentada que permitiram melhorar a sua velocidade e qualidade de raciocínio através da nomeação de objetos e pessoas, a sua velocidade de reação com o jogo “Passa a bola” e melhorar o pensamento estratégico através da utilização de jogos tradicionais adaptados como o Jogo do Galo (com peças azuis e amarelas para fornecer pistas visuais adicionais) que permitiram também despertar a competitividade da pessoa, envolvendo-a ainda mais no processo de reabilitação.

Em relação a este último jogo, na 1ª sessão o utente apresentou alguma dificuldade em compreender o conceito de tentar colocar as 3 peças da cor escolhida seguidas (quer fosse na horizontal, vertical ou diagonal) verificando-se que colocava as suas peças de forma aleatória no quadriculado. Nas sessões seguintes, incentivado a pensar na melhor estratégia para ganhar, começou a compreender o jogo e a executá-lo com maior rapidez e disponibilizando maior atenção sustentada.

Na última sessão e como referido anteriormente, constatou-se uma melhoria na passada durante o treino de marcha, apresentando melhoria na simetria e ritmo. Além de ter percorrido uma distância superior, os episódios de FOG foram quase inexistentes.

O desenvolvimento deste relato de caso clínico foi particularmente relevante para mim, enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que me permitiu aprofundar conhecimentos teórico-práticos relacionados com os vários processos de cuidados, nomeadamente:

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

27

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

neuroológico (degenerativo), cardiorrespiratório e orto-traumatológico com o intuito de maximizar “(...) a funcionalidade devolvendo as capacidades da pessoa.” (Regulamento nº 392/2019)

O enfoque do presente estudo de caso na cognição e do seu impacto na funcionalidade da pessoa com DP adveio de um processo complexo de tentativa/erro, de procurar perceber aquilo que fazia sentido para o contexto e para a pessoa, gerindo frustrações e expectativas.

Os momentos de intervenção foram dinamizados no sentido de favorecer “(...) os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e/ou incapacidade)” (Regulamento nº 392/2019) e o plano de cuidados desenvolvido no sentido de procurar minimizar o impacto negativo da situação de doença atual sobre a condição futura da pessoa.

Durante este processo, uma das maiores dificuldades foi sem dúvida a comunicação. Não só pela dificuldade evidente da pessoa em comunicar verbalmente, mas também pela (quase) inexistente expressão facial.

A ausência de consenso entre os vários autores dos estudos consultados e a escassez de estudos correlativos que abordassem esta temática e que definissem medidas/estratégias de intervenção assentes em níveis e graus de recomendação elevados constituiu também um dos principais desafios durante a construção e implementação do plano de cuidados, exigindo alguma criatividade.

Houve vários momentos em que me questionei se o plano de cuidados estava adequado às necessidades e capacidades da pessoa e se eu própria teria capacidade de identificar e potencializar essas mesmas capacidades. A primeira tentativa de implementar exercícios de treino cognitivo começou por exercícios simples de memória (identificação de imagens iguais) e pela utilização do jogo “4 em linha”.

Percebi que esta não foi a melhor estratégia, uma vez que a pessoa me referiu que se tratavam de jogos infantis e por isso, talvez não estivessem enquadrados com as suas expectativas.

(Re)descobrimos a sua paixão pelo futebol quando, convicto, cantou o “Hino do Sport Lisboa e Benfica” depois de lhe perguntar se gostava de música. Percebi que esta seria a estratégia a utilizar quando no fim da sessão lhe perguntei se tinha gostado. Disse-me que sim e que podia trazer jogos do Braga, clube de que também gostava.

Ao refletir sobre este episódio, percebi que tinha de abordar a questão da evolução da DP com a pessoa e que era essencial que encontrasse algo que fosse significativo para si para que o programa de reabilitação pudesse ser frutífero e ao mesmo tempo motivador. Não foi possível discutir o plano de cuidados com o familiar de referência (algo que teria sido igualmente benéfico) pelo que futuramente procurarei adotar estratégias mais eficazes no sentido de envolver e capacitar a pessoa/família para o processo de tomada de decisão em relação ao seu plano de cuidados.

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

28

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é possível afirmar, apenas com base no relato de caso clínico, a influência da componente cognitiva sobre a componente motora, no entanto também não é possível negar que se verificaram alterações positivas no treino de marcha imediatamente após a realização dos exercícios de treino cognitivo, nomeadamente no que diz respeito à cadência e simetria da passada.

Considero que a principal limitação do relato de caso clínico está sobretudo relacionada com a ausência de aplicação de instrumentos de medida que pudessem traduzir alterações cognitivas antes e após a introdução dos exercícios de treino cognitivo-motor, como o *Mini Mental State Examination* (MMSE) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), uma vez que me permitiriam compreender e mensurar a capacidade cognitiva prévia da pessoa. Outra limitação diz respeito ao número reduzido de sessões de treino cognitivo realizadas com a pessoa, por não permitir compreender se houve efetivamente influência da componente cognitiva sobre a motora ou se a melhoria do treino de marcha se deveu sobretudo à implementação prévia do programa de RFM.

Uma vez que a maioria dos estudos realizados nesta área recrutam pessoas em estadios relativamente avançados da DP, seria relevante desenvolver estudos (de preferência longitudinais) que englobassem pessoas com diagnóstico precoce da doença. Desta forma seria possível compreender se a implementação de um programa de RFM *per si* (num grupo de controlo) traduziria diferenças estatisticamente relevantes no âmbito da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa com DP face à implementação simultânea de um programa de RFM e de um programa de reabilitação cognitiva (num grupo experimental).

BIBLIOGRAFIA

Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14 (5), 377-381.

Cabreira & Massano (2019). Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização. *Acta Médica Portuguesa*, 32 (10), 661-670. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.11978>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>

Gago, M. (2014). Manual para Pessoas com Parkinson. Disponível em: https://parkinson.pt/apdpk/wp-content/uploads/2023/03/parkinson-manual_pt.pdf

Goetz, C. G., Poewe, W., Rascol, O., Sampaio, C., Stebbins, G. T., Counsell, C., Giladi, N., Holloway, R. G., Moore, C. G., Wenning, G. K., Yahr, M. D., Seidl, L., & Movement Disorder Society Task Force on Rating Scales for Parkinson's Disease (2004). Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 19(9), 1020–1028. DOI: <https://doi.org/10.1002/mds.20213Parte>

Guidelines To Writing A Clinical Case Report. (2017). *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 18 (3), 104-105. DOI: <https://doi.org/10.4103/1995-705X.217857>

Hong, J. Y. & Lee, P. H. (2023). Subjective Cognitive Complaints in Cognitively Normal Patients with Parkinson's disease: A Systematic Review. *Journal of Movements Disorders*.16 (1), pp. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.14802/jmd.22059>

Jiménez, A. C. S., Ramírez, M. E.M. & Romero, S. M. M (2021). Terapia de rehabilitación cognitiva, calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson y cuidadores. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud* 4 (3), pp. 143-150. DOI: [10.5377/alerta.v4i3.10291](https://doi.org/10.5377/alerta.v4i3.10291)

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Kwon, K. Y., Park, S., Lee, E. J., Lee, M., & Ju, H. (2021). Association of fall risk factors and non-motor symptoms in patients with early Parkinson's disease. *Scientific reports*, 11(1), 1-6. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84720-w>

Marotta, N., Calafiore, D., Curci, C., Lippi, L., Ammendolia, V., Ferraro, F., Invernizzi, M. & Sire, A. (2022). Integrating virtual reality and exergaming in cognitive rehabilitation of patients with Parkinson disease: a systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 58 (6), pp. 818-826. DOI: [10.23736/S1973-9087.22.07643-2](https://doi.org/10.23736/S1973-9087.22.07643-2)

Massano, J. (2011). Doença de Parkinson. Atualização Clínica. (2011). *Acta Médica Portuguesa*. 24 (S4), pp. 827-834. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=581132

Morris, R., Smulders, K., Peterson, D. S., Mancini, M., Carlson, P. K., Nutt, J. G., John G. & Horak, F. B. (2020). Cognitive function in people with and without freezing of gait in Parkinson's disease. *Nature Partner Journals*. 6 (9), pp. 1-6. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41531-020-0111-7>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Intersectoral global action plan on epilepsy and other neurological disorders 2022-2031*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054561>

Orgeta, V., McDonald, K. R., Poliakoff, E., Hindle, J. V., Clare, L. & Leroi, I. (2020). Cognitive training interventions for dementia and mild cognitive impairment in Parkinson's disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020. 2 (CD011961). DOI: [10.1002/14651858.CD011961.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011961.pub2)

Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, Série I, nº 85, (pp. 13565-13568). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Seppi, K., Ray Chaudhuri, K., Coelho, M., Fox, S. H., Katzenschlager, R., Perez Lloret, S., Weintraub, D., Sampaio, C., & the collaborators of the Parkinson's Disease Update on Non-Motor Symptoms Study Group on behalf of the Movement Disorders Society Evidence-Based Medicine Committee (2019). Update on treatments for nonmotor symptoms of Parkinson's disease-an evidence-based medicine review. *Movement*

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

31

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

disorders: official journal of the Movement Disorder Society, 34(2), 180–198. DOI: <https://doi.org/10.1002/mds.27602>

Sousa, N. M. F., Macedo, R. C. & Brucki, S. M. D (2021). Cross-sectional associations between cognition and mobility in Parkinson's disease. *Dementia & Neuropsychologia*. 15 (1). DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-010011>

Teixeira, M., Palma, M., Vieira, J. V. & Bule, M. J. (2021). A Pessoa Submetida a Prótese Parcial da Anca: Relato de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4 (1), 47-55. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>

Tolosa, E., Garrido, A., Scholz, S. W., & Poewe, W. (2021). Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 20 (5), 385-397. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(21\)00030-2](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(21)00030-2)

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

33

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS I – Medical Research Council modified

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

34

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

0	Sem contração.
1	Contração sem movimento.
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular.
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence a resistência.
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da amplitude articular, que vence a gravidade.
5	Força normal

Fonte: a própria Adaptado de Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system. [Online] 1943. <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS II – Índice de *Barthel*

Mariana Pires Fialho – março de 2024 - Atlântica

36

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como "continente".

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clísteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contidente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contidente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS III – Índice de *Tinetti*

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO
TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

0 – instável

1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: ___ / 16

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)

- 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
- 1 – sem hesitação

11. LARGURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. ALTURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
- 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé direito em apoio

14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
- 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

15. SIMETRIA DO PASSO

- 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
- 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

16. CONTINUIDADE DO PASSO

- 0 – pára ou dá passos descontínuos
- 1 – passos contínuos

17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)

- 0 – desvia-se da linha marcada
- 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
- 2 – sem desvios e sem ajudas

18. ESTABILIDADE DO TRONCO

- 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
- 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
- 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

- 0 – calcanhares muito afastados
- 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: ___/ 12

Pontuação total: ___/ 28

Fonte: Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO IV – Escala de *Borg* modificada

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico – 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DE 0 A 10, QUÃO DIFÍCIL FOI FAZER OS EXERCÍCIOS?

0	NADA CANSADO
1	MUITO FÁCIL
2	FÁCIL
3	MODERADO
4	MODERADAMENTE DIFÍCIL
5	DIFÍCIL
6	DIFÍCIL
7	MUITO DIFÍCIL
8	MUITO DIFÍCIL
9	MUITO MUITO DIFÍCIL
10	MÁXIMO, NÃO AGUENTO MAIS

Fonte: a própria Adaptado de Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14 (5), 377-381.

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO I – Certificado de presença na formação “Terapêutica por Nebulização”

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

O Serviço de Pneumologia Centro de Referência Fibrose Quística

certifica que

Mariana Pires Fialho

frequentou a acção de formação

Terapêutica por nebulização

com duração de 1 hora

que decorreu no dia 07 de dezembro de 2023.

Lisboa, 07 de dezembro de 2023

Rapuz 11251

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Diretora: Prof. Doutora Cristina Bárbara

IMP074.02

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt

1 / 2



Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO II – Certificação de Presença na Conferência – “Investigação em Enfermagem”

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com défice cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE. EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que, **Mariana Fialho**, participou no dia 15 de Dezembro de 2023
com a duração total de 2 horas na Conferência

Investigação em Enfermagem

Lisboa, em 09 de janeiro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHULN

Mod.087/007/CF-CHULN

CENTRO DE FORMAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 108 – Fax: 217 805 603

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 003

www.chln.pt

Ser com a pessoa submetida a artroplastia da anca com déficit cognitivo: desafios e oportunidades em Enfermagem de Reabilitação

ANEXO III – Certificado de Participação no II Congresso de Enfermagem de Reabilitação



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

MARIANA PIRES FIALHO

membro nº 95908 participou no II Congresso de Enfermagem de Reabilitação, sob o tema: “A Enfermagem de Reabilitação e o Cidadão, Indicadores de Saúde na Visibilidade dos Cuidados”, realizado no Politécnico do Porto – Escola Superior de Media Artes e Design – Campus 2, nos dias 19 e 20 de Setembro de 2023, enquanto Coautora do Póster:

PESSOA COM DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL - A EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA, NO DOMICÍLIO - ESTUDO DE CASO

Coautores(as):

EMANUEL ANTÓNIO ZAMBUJO BOIEIRO | 45984 – Autor | Apresentador

Vila do Conde, 20 de Setembro de 2023.

P^lA Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 196/2015, de 16 de Setembro.

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

