



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A
ARTROPLASTIA DA ANCA: CONTRIBUTOS PARA
UMA TRANSIÇÃO SEGURA**

REALIZADO POR:

Ana Gouveia



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA: CONTRIBUTOS PARA UMA TRANSIÇÃO SEGURA

Ana Adelaide Medeiros Gouveia

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2025

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas no presente relatório”

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

“Age de maneira que se tome cada ser humano como um fim em si mesmo e nunca como um meio ou instrumento de outra vontade”

Kant, 1785

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

AGRADECIMENTOS

Começo por manifestar o meu profundo reconhecimento a todos que se cruzaram neste meu caminho e contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todo o pessoal docente da ESSATLA pela generosa partilha de conhecimento, discussões enriquecedoras e contínua reflexão teórico-prática, que alicerçaram de forma significativa o meu processo formativo. Efetivamente o conhecimento transcende as obras literárias e cresce quando é partilhado.

Ao Professor Doutor Luís Sousa, docente e orientador durante o estágio profissionalizante, o meu profundo reconhecimento, pelo conhecimento, profissionalismo, ética e dedicação que me impulsionam, também a mim, a buscar a excelência da profissão.

Às enfermeiras especialistas supervisoras, Catarina Redondo e Andreia Silva, pelo apoio incondicional, paciência e incentivo constantes. Por demonstrarem, na prática diária, a importância do cuidado humanizado.

Aos colegas e amigos do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, que me acolheram e protegeram em dias difíceis. Ao Guilherme, pela generosa disponibilidade na revisão deste trabalho. À Rafaela, à Patrícia e à Marta, pela força impulsionadora, amizade e bondade que me inspiram a ser melhor todos os dias.

À enfermeira Chefe Manuela Honório e à enfermeira responsável Margarida Oliveira, exemplos de integridade, dedicação e liderança, que me disponibilizaram todos os recursos para concretizar este mestrado com sucesso.

Aos meus pais, pela generosidade, por cada sacrifício. O meu exemplo de altruísmo e cuidado.

Ao Fábio, pelo apoio e presença incondicionais.

Finalmente, ao meu filho, a acalmia a que volto depois da tempestade. Que o meu exemplo te inspire, Mateus, a acreditar que os sonhos são a essência do que nos faz avançar, mesmo perante as adversidades.

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

RESUMO

Enquadramento: A construção do conhecimento deve ser contínua, acompanhar a complexidade das intervenções, refletir transformações e evidenciar novos caminhos que conduzam à excelência dos cuidados. Este relatório pretende enquadrar a aquisição de competências, com foco na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia da anca para uma transição segura, que conferem ao enfermeiro o grau especialista e mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Objetivos: Demonstrar a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, em estreita relação com o regulamento do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e as estratégias para aquisição das competências de Mestre, no decurso do estágio profissionalizante.

Metodologia: Recorremos à pesquisa bibliográfica para fundamentação da temática em estudo sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia da anca e os contributos para um processo de transição seguro, recorrendo posteriormente à metodologia de análise crítico-reflexiva para fundamentar a aquisição de competências comuns, específicas e de mestre.

Resultados: Aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre através da consolidação de conhecimentos teórico-práticos ao longo do estágio profissionalizante. Através de programas estruturados de Enfermagem de Reabilitação foram demonstrados ganhos na funcionalidade e capacitação da pessoa, garantindo uma transição segura e continuidade de cuidados no domicílio, especificamente com a pessoa submetida a artroplastia total da anca.

Conclusão: Através da análise crítico-reflexiva foi possível evidenciar a aquisição de competências desenvolvidas ao longo do processo contínuo de aprendizagem, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Descritores; Enfermagem em Reabilitação; Capacitação; Artroplastia da Anca; Cuidado Transicional.

ABSTRACT

Background: Knowledge construction must be continuous, follow the complexity of interventions, reflect transformations and highlight new pathways leading to excellence in care. This report aims to frame the acquisition of skills, focusing on training the person undergoing hip arthroplasty for a safe transition, which confers on the nurse the title of specialist and master in Rehabilitation Nursing.

Objectives: To demonstrate the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse in close alignment with the regulation of the Quality Standards of Specialized Care in Rehabilitation Nursing and the strategies for the acquisition of Master's skills, during the professional internship.

Methodology: A bibliographic review was conducted to support the study's theme on the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in training the person undergoing total hip arthroplasty and the contributions to a safe transition process. Subsequently, a critical-reflective analysis methodology was employed to support the acquisition of common, specific, and master's skills.

Results: Acquisition and development of specialist nurse and master's skills through the consolidation of theoretical and practical knowledge throughout the professional internship. Structured Rehabilitation Nursing programs demonstrated improvements in functionality and training of the person, ensuring a safe transition and continuity of care at home, specifically with the person undergoing total hip arthroplasty.

Conclusion: Through critical-reflective analysis, it was possible to demonstrate the acquisition of competencies developed throughout the continuous learning process, within the scope of the master's degree in Rehabilitation Nursing.

Descriptors: Rehabilitation Nursing; Training; Hip Arthroplasty; Transitional Care.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACF – Articulação Coxofemoral

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ - Artroplastia Total do Joelho

AVD – Atividades de Vida Diárias

BIP – *Blended Intensive Programme*

CDTR – Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPO – Pseudo-Obstrução Intestinal Crónica

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMER – Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

Erasmus+ – *European Region Action Scheme for the Mobility of University Students*

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

ICN – *International Council of Nurses*

IPO – Instituto Português de Oncologia

LMERT – Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

NTM – Micobactérias Não Tuberculosas

OA – Osteoartrose

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Programa Nacional de Saúde

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

EU – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

UNECE – *United Nations Economic Commission for Europe*

VIAJA – Via Integrada da Artroplastia do Joelho e Anca

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ANÁLISE DO CONTEXTO	17
1.1. <i>Blended Intensive Programme</i>	17
1.2. EEER no contexto Comunitário.....	20
1.3. EEER no internamento de Ortopedia.....	23
1.4. O EEER no internamento de Pneumologia e Hospital de Dia de Infecçciologia	27
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	30
2.1. A Osteoartrose	31
2.2. A Articulação Coxofemoral	33
2.3. A Artroplastia Total da Anca	34
2.3.1. Componentes e vias de abordagem na ATA	36
2.3.2. Complicações da ATA	38
2.4. Modelos Conceptuais da Enfermagem	41
2.4.1. Teoria do Défice de Autocuidado	42
2.4.2. Teoria das Transições.....	44
2.5. Literacia em Saúde, Capacitação e Empoderamento	48
2.6. Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a ATA.....	51
2.6.1. Intervenção do EEER no período pré-operatório.....	53
2.6.2. Intervenção do EEER no período pós-operatório	56
2.6.3. Intervenção do EEER para uma transição segura	59
3. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	64
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	65
3.2. Competências Específicas do EEER	79

3.3. Competências de Mestre	94
4. ANÁLISE SWOT	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICES E ANEXOS	
APÊNDICE I	II
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso	
APÊNDICE II	XXXVIII
Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Relato de Caso	
APÊNDICE III	LXXXV
Planificação da sessão de formação: Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde	
APÊNDICE IV	XCI
Apresentação da sessão de formação: Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde	
APÊNDICE V	XCVIII
Cartaz “Alongar para Cuidar”	
APÊNDICE VI	C
Questionário de avaliação da sessão de formação	
APÊNDICE VII	CII
Planificação da intervenção: Medição e marcação das distâncias no corredor para treino de marcha	
APÊNDICE VIII	CVI
Planificação de sessões de exercício para idosos	
APÊNDICE IX	CXVI
Cartaz “Movimento para uma Vida sem Idade”	
ANEXO I	CXVIII
Certificado de aceitação de publicação do artigo científico <i>“Rehabilitation Nursing Care to a person with Immobility Syndrome due to Intestinal Pseudo-Obstruction: Case Report”</i>	
ANEXO II	CXX
Certificado de aceitação de publicação do artigo científico <i>“Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility”</i>	

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio Profissionalizante, constante do plano de estudos do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Neste trabalho procedeu-se à descrição e posterior análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, nos contextos comunitário e hospitalar, na área metropolitana de Lisboa, assim como a descrição da participação no programa *Blended Intensive Programme*, realizado na Universidade de Ciências Aplicadas de Tárnow. Na comunidade, o estágio decorreu integrado em ECCL e a experiência hospitalar desenvolveu-se nos serviços de Ortopedia, internamento de Pneumologia e Hospital de Dia de Infeciologia Respiratória, em diferentes ULS da região de Lisboa.

A elaboração deste trabalho objetiva promover a reflexão sobre a prática de cuidados, destacando os pontos fortes e áreas de melhoria; identificar desafios e dificuldades, assim como estratégias utilizadas para os colmatar e realizar uma reflexão pessoal sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e as competências de mestre adquiridas neste contexto.

A formação, um dos fundamentos para o desenvolvimento de competências, é uma responsabilidade do enfermeiro para consigo próprio, para o desenvolvimento da profissão e fundamentalmente para daqueles que cuida (Fernandes & Sá, 2023). Deste modo, o processo de aprendizagem deve ser focado num *continuum* reflexivo sobre o planeamento, implementação e avaliação das intervenções, com o objetivo de promover uma ampla compreensão da prática profissional e a identificação de oportunidades de melhoria, assegurando cuidados de qualidade.

Essa excelência almejada dos cuidados do EEER é fundamental para que se obtenham ganhos em saúde, em todos os ambientes da prática, através da prevenção de incapacidades, recuperação de capacidades, dotando a pessoa de uma maior autonomia e independência (OE, 2018).

A enfermagem, enquanto disciplina sustentada no conhecimento, exige a utilização de uma teoria que a suporte, método e evidência científica, com a premissa das melhores práticas no cuidado com a pessoa em todas as suas dimensões (Cardoso & Brito, 2024). Através da aplicação do processo de enfermagem, que guia o raciocínio e as intervenções dos profissionais, são garantidos cuidados de qualidade, eficazes, individualizados e humanizados (Costa & Gonçalves, 2021).

Para sustentar a intervenção do EEER e a tomada de decisão baseei-me na aplicação de duas teorias que considerei fundamentais e complementares: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. A utilização destes dois modelos está explícita na orientação para a prática do EEER, sendo estruturantes na melhoria da qualidade dos cuidados especializados (OE, 2018). A utilização destas teorias, em concordância com o ambiente de prestação de cuidados, permite ao EEER promover a recuperação holística da pessoa, envolvendo a sua família e pessoas significativas, e a sua reintegração no ambiente social com maior autonomia, independência e qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

Este relatório está dividido em quatro partes que se complementam e sintetizam todo o percurso desenvolvido para aquisição de competências. Na primeira parte apresenta-se a descrição e análise dos diferentes contextos onde foi desenvolvido este estágio profissionalizante. A segunda parte é constituída por todo o enquadramento teórico, incluindo a abordagem da pertinência do tema, definição de conceitos centrais, modelos conceptuais que sustentaram a intervenção do EEER, desde o período pré-operatório até a transição para o domicílio, assegurando a continuidade de cuidados. Na terceira parte deste trabalho, é analisado o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como a sua relação com o regulamento dos PQCEER e as estratégias para aquisição das competências de mestre. A construção do presente relatório culmina com a análise SWOT, com reflexão dos pontos fortes, limitações e dificuldades percebidas e em como estes se transformaram em oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

O trabalho em análise foi redigido tendo por base o novo acordo ortográfico, o guia orientador da ESSATLA e as *Normas da American Psychological Association, APA, 7ª Edição*.

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

Pretende-se neste capítulo descrever e caracterizar os contextos da prática de cuidados onde decorreram os estágios profissionalizantes, assim como a integração num programa de mobilidade, inserido no programa Erasmus+, resultante da parceria internacional entre Instituições do Ensino Superior.

A formação de adultos, processo direcionado para a aprendizagem pela ação, experiência e interação num contexto profissional, deve ser considerada como facilitadora na transmissão de conhecimento, pela sua ação no desenvolvimento da pessoa como objeto, sujeito e agente de mudança ao longo do seu percurso (Sousa, 2024).

A prática clínica ao longo deste percurso enquanto EMER decorreu em 2024, inicialmente, em contexto comunitário, durante 9 semanas, integrada numa ECCL. Posteriormente, ao longo de 14 semanas, foi realizado o estágio profissionalizante em ambiente hospitalar, conforme as necessidades de formação identificadas: num serviço de internamento de Ortopedia, num serviço de internamento de Pneumologia e numa Unidade de Reabilitação Respiratória. Os locais de estágio e as experiências que estes proporcionam, assumiram um papel relevante na aquisição das competências fundamentais na especialidade de ER, permitindo a articulação entre o desenvolvimento pessoal e profissional, que culmina com a produção de conhecimento. Da sua consecução objetiva-se o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEER e das competências de mestre.

1.1 *Blended Intensive Programme*

O *Blended Intensive Programme*, também designado por programa intensivo misto ou de mobilidade mista, é uma iniciativa educacional e formativa promovida pela União Europeia no âmbito do programa Erasmus+. Estes programas são curtos e intensivos, caracterizados pela utilização de formas inovadoras de ensino e aprendizagem, através da cooperação entre instituições de ensino superior de países parceiros (*European Commission, 2025a*). Esta iniciativa pretende a construção de um Espaço Europeu de Educação, que inspire a cooperação

global, promovendo a partilha de conhecimentos e uma integração mais sólida entre a educação e a investigação científica (*European Commission, 2025b*).

Os programas de mobilidade mista são constituídos pela combinação da mobilidade física com uma componente virtual e apresentam como objetivos a exposição dos estudantes a diferentes contextos internacionais, com distintas perspetivas, experiências e práticas profissionais; o desenvolvimento de diferentes tipos de competências, entre as quais se destacam o pensamento crítico e reflexivo, competências linguísticas, digitais, interculturais e de investigação, que permitirão uma melhor resposta aos desafios futuros e, não menos importante, o desenvolvimento pessoal através da capacitação para adaptação a mudanças (*European Commission, 2025b*). Os BIP são, assim, uma forma moderna, inclusiva e flexível de aumentar a cooperação internacional, através da utilização de estratégias digitais e partilha de conhecimentos de diferentes disciplinas, abordando questões como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e outros desafios relacionados com as áreas específicas de intervenção.

O programa BIP, *Intercultural differences in perceiving the human body through reflection on body posture and body-mindfulness*, foi realizado na Universidade de Ciências Aplicadas de Tarnów, uma cidade localizada no sul da Polónia, pertencente à região de Malopolska, com grande riqueza histórica e cultural. O mesmo foi constituído por três sessões virtuais e cinco dias de mobilidade física com atividades presenciais. O grupo de participantes reuniu estudantes das licenciaturas e mestrado em enfermagem, fisioterapia e engenharia, assim como docentes dos respetivos cursos de diferentes países: Portugal, Polónia, Malta e Hungria, refletindo uma grande riqueza cultural e académica.

A formação dos profissionais de saúde relaciona-se com uma abordagem de continuidade, pela evolução do mundo, transcendência de fronteiras e globalização, expansão das tecnologias e mudanças nos estilos de vida que exigem flexibilidade, criatividade e postura crítica no exercício das funções e com uma abordagem de rutura com práticas pedagógicas que não capacitem o estudante a agir perante a complexidade e especificidade das situações quotidianas (*Backes et al., 2012*).

É essencial a promoção de ambientes de aprendizagem com partilha de experiências e conhecimento que permitam o desenvolvimento de habilidades autocríticas e de autoconhecimento, essenciais para a aquisição de competências, assentes numa práxis reflexiva e num processo de tomada de decisão consciente (Sousa, 2024).

Em Tarnów, foram ministrados por profissionais das áreas da fisioterapia e da enfermagem, vários *workshops* práticos sobre avaliação postural, técnicas de autoconsciência corporal e atividades interativas sobre avaliação e interpretação da postura em diferentes culturas, diferenças linguísticas e culturais, jogos de interpretação de papéis, com aplicação de linguagem culturalmente sensível em diferentes contextos. O programa enfatizou temas como a sensibilidade à diversidade cultural, a importância da comunicação efetiva, com realce na linguagem não-verbal, a expressão sobre si mesmo e os sentimentos em relação à postura corporal que diferem entre a pessoa, faixa etária, origem e crenças.

O objetivo fundamental anunciado deste intercâmbio foi demonstrar aos participantes a importância da postura corporal adequada para o bem-estar físico e psicológico, compreendendo-a igualmente como uma forma de comunicação não-verbal influenciada por fatores culturais. Esse propósito foi claramente suplantado, transformando-se em mais que uma troca de conhecimentos. O encontro e o pensar sobre outras culturas enfatizou que o cuidar com o outro começa na empatia e na compreensão pelas múltiplas formas de viver e compreender o mundo.

No contexto globalizado atual, caracterizado pelas crescentes interações interculturais e uma abrangente diversidade, é fundamental compreender a complexa interação entre as variações culturais, a imagem corporal e a saúde mental, que vão além do indivíduo, com claras repercussões ao nível social (Abdoli et al., 2024).

O programa BIP proporcionou uma experiência rica e transformadora, aliando conhecimentos teóricos e práticos à diversidade das múltiplas nacionalidades, permitindo aprimorar a sensibilidade cultural. As atividades realizadas incentivaram a reflexão sobre a relação entre corpo e mente, explorando como diferentes culturas percebem a postura corporal, o autocuidado e a interação humana baseada na empatia. Esta abordagem foi especialmente

importante para o contexto profissional que me envolve, ao cuidar com pessoas de diversas origens, com diferentes crenças e perceções sobre o corpo, saúde e bem-estar.

A aprendizagem, como processo inerente à condição humana, é essencialmente de natureza experiencial e social, sendo que as experiências vivenciadas ao longo do ciclo vital tornam-se parte integrante do indivíduo e atuam como força impulsionadora para que se adquiram novos conhecimentos e habilidades (Sousa, 2024).

As atividades realizadas promoveram a reflexão sobre posturas corporais e a importância da comunicação não verbal. Estar consciente sobre os vários aspetos e variações que influenciam a postura corporal e a comunicação não-verbal pode fazer toda a diferença na forma como a pessoa nos percebe e como nós percebemos o outro. Esta experiência, enquanto enfermeira e estudante da especialidade, capacitou-me para reconhecer e respeitar a individualidade e preparou-me para compreender a linguagem corporal como forma de comunicação, promovendo uma visão holística da pessoa, onde a humanização é o aspeto central para a qualidade dos cuidados.

Considero que este BIP foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pelas múltiplas aprendizagens que transbordaram o contexto académico. Compartilhar conhecimento sobre e com outras culturas, integrar uma postura de abertura ao mundo, superar limitações e dificuldades, re-significar hábitos, práticas e comportamentos, permitiram-me ampliar a visão sobre o mundo e fortalecer relações entre pares, fundamental na construção de conhecimento.

No processo de formação académica, não se trata apenas de formar um profissional técnica e cientificamente competente. Pretende-se uma postura dinâmica perante a profissão, o mundo e a vida, que favoreça a expressão das suas singularidades e potencialidades e a busca de alternativas perante as necessidades de saúde individuais e coletivas (Backes et al., 2012).

1.2 EEER no contexto Comunitário

As transformações demográficas provocadas pelo envelhecimento da população e as atuais mudanças dos padrões populacionais fazem emergir novas necessidades de cuidados,

necessitando, por isso, de uma mudança na natureza da sua abordagem (Santos, 2024). Num contexto onde prevalecem doenças crónicas e a multimorbilidade, com conseqüente aumento do grau de dependência, torna-se desafiante a sustentabilidade dos sistemas de saúde garantindo a qualidade dos cuidados. Da necessidade de reestruturação dos serviços de saúde considerando esta realidade, surgiu a RNCCI em Portugal (Ferreira et al., 2024). Atualmente exige-se uma centralidade dos cuidados na pessoa, sendo esta a responsável pela sua saúde, decisões e gestão da doença, tornando-se fundamental integrar a literacia em saúde e a capacitação como instrumentos essenciais na intervenção dos profissionais (Santos, 2024).

A RNCCI fundamenta-se pela prestação individualizada e humanizada de cuidados, em equipas interdisciplinares, assegurando cuidados promotores da autonomia e funcionalidade da pessoa dependente, garantindo a qualidade e continuidade de cuidados (Resolução da Assembleia da República nº 101/2006). As ECCL, um dos quatro tipos de resposta da RNCCI, são o garante de cuidados contínuos, preventivos, curativos, paliativos e de reabilitação, à pessoa dependente e família, num ambiente singular de prestação de cuidados: o domicílio (Araújo et al., 2021). Estas equipas garantem cuidados personalizados que englobam, também, a educação para a saúde, intervindo na capacitação da pessoa e família, assim como, o apoio no desempenho das AVD (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2024).

As UCC, unidades funcionais das ULS, em articulação com as autarquias e parceiros comunitários, garantem cuidados na comunidade numa parceria multissetorial, intervindo nos múltiplos determinantes da saúde, com o objetivo de superar o nível de fragilidade atual (Santos, 2024). O estágio da comunidade foi realizado numa UCC, que operacionaliza a ECCL, integrada numa ULS da área metropolitana de Lisboa, com uma área de abrangência extensa e constituída por várias Uniões de Freguesias, estando grande parte inseridas em contexto rural. De acordo com dados recentes fornecidos pelo Bilhete de Identidade de Cuidados de Saúde Primários, a população inscrita nesta UCC excede as 16500 pessoas, com cerca de 4000 com mais de 65 anos, sendo o índice de dependência de idosos de cerca de 40% (SNS, 2024a). A necessidade de cuidados de ER, pela alteração da pirâmide etária, encontra-se em clara expansão, o que se vislumbra como um desafio e oportunidade para a intervenção do EEER.

Dados atuais, que refletem a realidade portuguesa, indicam o aumento da esperança média de vida em 4,5 anos, mas evidenciam que o número de anos de vida saudável aos 65 anos da

população portuguesa é inferior à média da UE, com aumento expressivo nas doenças crónicas (DGS, 2022). Entre os 27 países da UE Portugal ocupa a 19ª posição no indicador "Envelhecimento Ativo Global" e a 20ª posição no indicador "Capacidade para o Envelhecimento" (UNECE, 2019). Para responder a este desafio e refletindo o compromisso com bem-estar da população idosa, alinhado com os desafios de uma sociedade em envelhecimento, foi implementada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, que advoga o desenvolvimento contínuo de políticas integradas e de estratégias de intervenção multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que favoreçam a autonomia, a integração social e a qualidade de vida da pessoa idosa (DGS, 2017).

Perante esta realidade é fundamental o estabelecimento de estratégias capazes de assegurar a qualidade de cuidados e a sua gestão eficiente. No PNS 2030 é dada ênfase à promoção da literacia em saúde, à implementação de ambientes promotores de saúde, assim como a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Durante o estágio na UCC foi possível verificar que os mesmos se encontram alinhados com a intervenção dos profissionais. De acordo com dados obtidos da carta de compromisso da UCC visada, a atividade da unidade detém uma abordagem centrada na saúde do idoso com a implementação dos programas “Idosos em Isolamento” e “Movimento Sénior”.

A equipa de EEER que constitui a ECCI exerce um trabalho fundamental na comunidade na prestação de cuidados de ER à pessoa com diferentes graus de dependência, na literacia e capacitação para gestão da doença crónica com a pessoa e família, assim como na sua inclusão na sociedade. É constituída por dois EEER, dois enfermeiros generalistas, uma assistente social e uma psicóloga clínica a tempo parcial.

Os enfermeiros, no exercício das suas funções na comunidade, prestam e gerem cuidados com a pessoa e família, com múltiplas necessidades de cuidados, ao longo do ciclo de vida, devendo a sua intervenção ser caracterizada pela flexibilidade e capacidade de adaptação, garantindo a inclusão da pessoa no domicílio, numa continuidade de cuidados (Santos, 2024).

A referenciação à ECCI processa-se através da plataforma da RNCCI e, posteriormente, a pessoa referenciada é admitida na rede e agendada a primeira visita domiciliária. Recorrendo a instrumentos de avaliação adequados e à colheita de dados, são identificados os diagnósticos

de ER, planeados e implementados programas estruturados de reeducação funcional motora, cardíaca, respiratória e de eliminação e, posteriormente, a respetiva avaliação das intervenções para monitorização dos ganhos que traduzam a qualidade dos cuidados prestados. Os registos são realizados em linguagem CIPE, em plataforma *SClinico*®.

O estágio da comunidade, integrada na ECCI, revelou-se uma experiência muito enriquecedora por me fornecer uma visão ampla e, até então, pouco desenvolvida, da intervenção do EEER neste contexto, que se estende muito além da reabilitação funcional. Esta experiência ofereceu-me muitas oportunidades de aprendizagem, direcionando-me sobre a perspetiva única da continuidade e da parceria de cuidados no ambiente da pessoa. O conjunto de competências do EEER na comunidade permitem-lhe intervir no acompanhamento da pessoa com limitação ou restrição da atividade, através da utilização de instrumentos de avaliação adequados; na gestão do ambiente com eliminação de barreiras arquitetónicas; na capacitação com a pessoa e família para a nova condição; na prevenção de complicações; na readaptação funcional e na orientação sobre recursos disponíveis na comunidade.

1.3 EEER no internamento de Ortopedia

A criação e recente expansão das ULS em Portugal surgiu pela necessidade de criar modelos organizacionais que promovessem a unificação dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares. As crescentes necessidades em saúde face ao aumento da esperança média de vida, envelhecimento populacional, mudança de paradigma de cuidados e tipologia de doença, exigiram esta reorganização do SNS que capacitasse os serviços para prestação de cuidados adequados, equitativos e eficientes, mantendo o foco na pessoa cuidada (Resolução da Assembleia da República n.º 102/2023). As ULS pretendem, assim, a unificação dos serviços de saúde, melhorar a coordenação entre serviços, aprimorar a gestão de recursos, garantir a continuidade de cuidados e evitar a fragmentação dos cuidados oferecidos à população, aumentando consequentemente a sua qualidade.

A ULS onde foi realizado o estágio profissionalizante sustenta esta premissa e afirma como missão assegurar cuidados diferenciados, com qualidade e eficiência, de acordo com as melhores práticas, em articulação com as demais unidades do SNS. A instituição visa a

excelência na prestação de cuidados, desenvolvendo o ensino, formação e investigação. Pretende atuar na prevenção e na continuidade de cuidados, pautando-se por uma elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica (SNS, 2024b).

A instituição onde ocorreu o estágio, apresenta-se como uma unidade polivalente com grande nível de diferenciação em diversas áreas. Destaca-se a área de ortopedia como referência a nível nacional, com profissionais e serviços altamente diferenciados em abordagem interdisciplinar, que garantem cuidados humanizados e com grande qualidade à população (SNS, 2024c).

O serviço no qual se desenvolveu o estágio profissionalizante refere-se à Ortopedia que, estruturalmente, tem capacidade para acolhimento de 34 pessoas para internamento em contexto de cirurgia programada por patologia ortotraumatológica e musculoesquelética, nomeadamente cirurgia ao ombro, cirurgia complexa da mão, joelho, anca, tornozelo e pé e cirurgia oncológica ortopédica.

Integram a equipa enfermeiros de cuidados gerais, EEER, médicos especialistas em ortopedia, internos de formação específica, médicos fisiatras, fisioterapeutas, nutricionista, assistente social, técnicos auxiliares de saúde e secretários de unidade.

A organização dos cuidados de enfermagem pode fundamentar-se em diferentes métodos de trabalho que refletem a convergência entre a teoria e a prática, incorporando não só as imposições políticas e socioeconómicas, mas também as mudanças dos paradigmas dos cuidados (Parreira et al., 2021). Esta organização é influenciada por fatores como a cultura da instituição, a gestão em enfermagem, a complexidade dos cuidados, a disponibilidade de recursos e as competências dos diversos elementos que constituem a equipa (Ventura-Silva et al., 2021).

Constituem a equipa de enfermagem a enfermeira gestora e 26 enfermeiros dos quais 8 são EEER, sendo o método de trabalho realizado por estes, individual. Este emergiu em 1980 como resposta às pressões socioeconómicas nos serviços de saúde em combinação com o aumento exponencial da complexidade dos cuidados de enfermagem que se exigiam individualizados, com o garante de qualidade e eficiência (Parreira et al., 2021). Os métodos de trabalho em enfermagem representam diferentes formas de organizar e prestar cuidados, sendo que, cada

um deles, origina diferentes implicações para a pessoa, profissionais e instituições (Ventura-Silva et al., 2021). No método individual, centrado na pessoa, um único enfermeiro é responsável pelos cuidados durante o turno, garantindo-se cuidados individualizados, personalizados e humanizados, promotores de uma relação de parceria, onde a confiança e a segurança são reforçadas (Parreira et al., 2021).

Os turnos são divididos em manhã, tarde e noite, estando garantida a presença de, pelo menos, um EEER no turno da manhã e, sempre que possível, no turno da tarde e fins-de-semana para prestação de cuidados especializados.

O internamento de Ortopedia abrange diversas áreas de trabalho, tais como a sala de enfermagem, a sala de terapêutica, a sala de tratamentos. Existem quartos com ocupação de 4 camas ou 2 camas sendo que a sua maioria possui casa de banho e zona de duche integradas. O corredor de acesso aos quartos do serviço é amplo o que permite a realização de treino de marcha de forma eficaz. No piso existe ainda a possibilidade de realização de treino de escadas nos degraus de acesso ao mesmo, com apoio de corrimão.

O serviço de Medicina Física e de Reabilitação tem também a sua intervenção, através da referenciação pelo médico assistente e, após avaliação pelo fisiatra, é implementado um plano de reabilitação pela equipa de fisioterapia, com aplicação no período da manhã em dias úteis.

Duas vezes por semana é realizada a visita interdisciplinar, à cabeceira da pessoa internada, onde é apresentada a situação clínica, progressos e dificuldades no processo de reabilitação, tendo a pessoa voz ativa para expressar as suas expectativas. O cuidado com a pessoa desenvolve-se com o objetivo de se alcançarem cuidados diferenciados e personalizados. Segue-se a reunião onde, através da partilha entre as disciplinas, são identificados desafios comuns e delineados planos de intervenção conjunta ajustados à especificidade de cada caso. Segundo Branco (2023), a prestação de cuidados baseada na cooperação interdisciplinar, com a definição clara de objetivos e procedimentos a serem adotados, promove resultados superiores à atuação individual. Esta prática envolve a equipa médica, a enfermeira gestora, o EEER, a assistente social, a nutricionista e a fisioterapeuta. Assim torna-se possível dirigir intervenções e potenciar os ganhos em saúde pela otimização do processo de reabilitação com a colaboração integrada das diferentes disciplinas.

No contexto específico da ortopedia, no cuidado com a pessoa com perturbação musculoesquelética, é possível confirmar a importância do EEER, no acompanhamento no período perioperatório, promovendo uma recuperação e readaptação eficazes assim como um regresso a casa com a garantia da continuidade de cuidados. A investigação em Portugal tem confirmado a importância destes profissionais neste contexto específico, complicado pela perda de capacidade para o autocuidado, através de ganhos na melhoria da funcionalidade, no desempenho das AVD e na qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2023). Assim, é possível confirmar que a intervenção do EEER “(...) dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (OE, 2018, p. 20).

O serviço de Ortopedia é parte integrante da aplicação de vários projetos institucionais como a prevenção de úlceras por pressão, controlo de infeção, identificação inequívoca do doente e prevenção de quedas tanto em contexto de internamento como na continuidade de cuidados no domicílio, que se configura como indicador da qualidade dos cuidados (DGS, 2019).

Embora atualmente com constrangimentos ao nível da disponibilidade de recursos humanos que impossibilitam o seu desenvolvimento pleno, a equipa de EEER integra o projeto “VIAJA”, específico desta unidade hospitalar, que pretende o acompanhamento da pessoa proposta para cirurgia (ATA ou ATJ) programada, com ênfase no período pré-operatório, mas que inclui todo o perioperatório, incluindo a continuidade de cuidados no domicílio. Este projeto tem como objetivos aumentar a literacia em saúde e capacitação da pessoa e família submetida a artroplastia da anca ou joelho, através de cuidados individualizados e personalizados, obter uma maior adesão ao programa de reabilitação e garantir a satisfação da pessoa com os cuidados prestados.

A atuação da equipa de ER neste contexto é realizada com o objetivo da promoção da autonomia e capacitação da pessoa com limitação funcional, através de intervenções apoiadas pela melhor evidência, evidenciando ganhos a nível da funcionalidade, capacidade para o desempenho das AVD e consequentemente melhoria na qualidade de vida e satisfação das pessoas com os cuidados prestados. As intervenções são direcionadas à melhoria da capacidade funcional, ao ensino e treino de AVD e à capacitação para uma transição segura para domicílio.

No registo das intervenções é utilizada linguagem CIPE em *SClinico*[®], onde é realizada avaliação das necessidades da pessoa, elaboração de diagnósticos de enfermagem, respetivas intervenções e reavaliações para reajuste do plano, se necessário.

1.4 EEER no internamento de Pneumologia e Hospital de Dia de Infeciologia

O período mais breve do estágio profissionalizante decorreu com a equipa de especialistas em ER Respiratória, numa unidade hospitalar pertencente a uma ULS de Lisboa, especificamente no Hospital de Dia de Infeciologia Respiratória e serviço de internamento de Pneumologia.

Historicamente, concebido como centro de tratamento da tuberculose começou, a partir da década de 1960, a tratar outras doenças respiratórias e a expandir as suas especialidades médicas. No hospital, onde desenvolvi um curto estágio no processo respiratório, não só teve um impacto significativo na luta contra a tuberculose em Portugal, como continua a ser um dos principais centros de referência no tratamento e gestão de doenças respiratórias e na formação de profissionais de saúde (ULS Santa Maria, 2024a).

O serviço de Pneumologia assenta a sua missão em pilares fundamentais como a prestação de cuidados diferenciados na área da patologia respiratória através das melhores práticas e da qualidade formativa dos diversos grupos profissionais, com grande aposta na investigação (ULS Santa Maria, 2024b).

As doenças do foro respiratório têm uma incidência e uma prevalência consideráveis na população portuguesa, tendo evolução em curva ascendente como consequência do envelhecimento da população, condições ambientais, consumo de tabaco, entre outros fatores que, previsivelmente, será mantida nos próximos anos (IPO Porto, 2024).

O serviço de internamento de Pneumologia, tem capacidade de internamento de 10 camas, com predomínio no diagnóstico, estabilização e/ou tratamento de doenças obstrutivas (DPOC, asma descompensadas), doenças do interstício pulmonar (fibroses, sarcoidose), infeções respiratórias, doenças oncológicas pulmonares e patologia da pleura (derrames pleurais, pneumotórax, empiema). Na prestação de cuidados existe um EEER para cuidados

especializados a todas as pessoas internadas, de acordo com a avaliação das necessidades, capacidades e objetivos delineados.

A intervenção do EEER neste contexto configura-se como fundamental para a reabilitação funcional respiratória e prevenção de complicações, através da implementação de um plano de cuidados individualizado. Na pessoa com patologia respiratória a independência para a realização das AVD está muitas vezes comprometida. Aqui a ER assume especial relevância no treino de AVD e no ensino de técnicas de conservação de energia, preparando a transição para o domicílio.

O serviço de Infeciologia Respiratória contempla um serviço de internamento com capacidade de 4 camas e o Hospital de Dia que se dedica ao diagnóstico, tratamento, investigação e acompanhamento de pessoas com infeção por micobactérias não tuberculosas. Aqui insere-se a Unidade de Reabilitação Respiratória, cuja equipa é constituída pela enfermeira gestora e mais dois elementos, todos EEER. Esta equipa recebe pessoas em programa de reabilitação e presta cuidados especializados aos quatro clientes internados.

Esta unidade surge como o único centro de referência na área de Lisboa especializado no tratamento desta doença sendo o seu objetivo a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade à pessoa com doença respiratória complexa e ainda desconhecida, promovendo, assim, a acessibilidade e equidade às pessoas que necessitam de reabilitação respiratória.

Do género *Mycobacterium* fazem parte não só os organismos responsáveis pela tuberculose, como também, um grande número de espécies presentes na água e solo que são designadas Micobactérias Não Tuberculosas (NTM), sendo que algumas delas são capazes de causar doença em humanos. As infeções por NTM estão fortemente associadas à preexistência de doenças pulmonares, tais como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e bronquiectasia (Larsson et al., 2019).

A NTM causa infeções pulmonares através da inalação de aerossóis que se agrupam em três formas clínicas: forma cavitária fibronodular, forma nodular bronquiectásica e pneumonia de hipersensibilidade (Antunes et al., 2012).

Todo o acompanhamento da pessoa portadora de infeção por NTM é realizado pela equipa de EEER no hospital de dia, sendo no diagnóstico (colheitas de expetoração) como no tratamento (antibioterapia e RFR). O diagnóstico da NTM requer o isolamento e identificação do microorganismo através das culturas positivas, associada aos sinais clínicos sendo que a pessoa é considerada curada quando apresenta mais de 12 meses de culturas negativas após a conversão micobacteriológica, com controlo mensal (Larsson et al., 2019).

A pessoa é integrada num programa multidisciplinar em que a intervenção do EEER é fundamental. Esta envolve a RFR associada ao treino de exercício. A RFR atua sobre os fenómenos mecânicos da ventilação sendo que a melhoria das trocas gasosas também é igualmente conseguida pelo exercício físico e pelo condicionamento ao esforço (Gomes & Ferreira, 2023). Por este motivo o programa de reabilitação implementado pelo EEER com a pessoa com infeção por NTM engloba as técnicas de RFR acompanhadas por exercícios de fortalecimento muscular localizado e global, bem como pela educação para a saúde sobre gestão terapêutica e gestão da doença crónica.

A equipa de EEER do serviço de Pneumologia desta unidade afirma-se na busca incessante pela qualidade através da participação em trabalhos de investigação, nomeadamente ensaios clínicos direcionados ao tratamento das NTM e concretização e publicação de diversos trabalhos que enfatizam a importância da RFR associada ao treino de exercício no controlo da sintomatologia, na qualidade de vida, na redução da perceção de dispneia, no aumento da tolerância à atividade e na diminuição da recorrência aos serviços de saúde (Teixeira et al., 2020).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Verifica-se atualmente uma tendência global para o envelhecimento populacional. Estima-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais, duplique até 2050, sendo que na Europa esta faixa etária representa 25% da população (Organização das Nações Unidas, 2024). Portugal mimetiza a tendência europeia registando, nas últimas décadas, intensas transformações demográficas caracterizadas pelo aumento da longevidade e da população idosa. Segundo dados do PORDATA referentes ao ano de 2023, Portugal é o 2º país da União Europeia com maior índice de envelhecimento (PORDATA, 2024).

É consensual que o envelhecimento é acompanhado por alterações fisiológicas que originam modificações na função de determinados órgãos, das quais decorrem alterações funcionais e estruturais, fundamentalmente no sistema musculoesquelético e articular, como a perda de densidade óssea, força muscular, flexibilidade, equilíbrio, desgaste articular e alterações posturais (Boros & Freemont, 2017).

De acordo com os dados do PNS 2030, relativamente aos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade, observa-se um aumento expressivo da doença de Alzheimer, doenças osteomusculares, infeções respiratórias e quedas, sobressaindo a importância crescente das doenças osteomusculares como principais causas de morbilidade e incapacidade (DGS, 2022). O aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas remete, assim, à necessidade de constante evolução técnico-científica na gestão destas patologias muito prevalentes na população acima dos 60 anos (Miranda et al., 2023).

A partir destes dados torna-se evidente que as doenças osteoarticulares, como a osteoartrose, ganham destaque no contexto atual devido ao aumento da longevidade da população. Sendo a osteoartrose considerada um problema de magnitude elevada, pelas limitações com impacto significativo que trazem para a pessoa, cresce a necessidade de intervenções que preservem ou restitua a independência e qualidade de vida (DGS, 2022).

O compromisso no sistema musculoesquelético traduz-se em eventos geradores de dependência no autocuidado, constituindo-se, por isso, uma área de intervenção fundamental para o EEER (Lourenço et al., 2021). Como configura no regulamento dos PQCEER, a atuação

do EEER com a pessoa com compromisso no sistema musculoesquelético visa o bem-estar, a capacitação para o autocuidado, a readaptação funcional e prevenção de complicações (OE, 2018).

2.1 A osteoartrose

Num mundo em constante metamorfose, onde o tempo transforma vidas e redefine necessidades, novos desafios emergem, também eles na área da saúde, exigindo preparação, adaptação e soluções inovadoras que permitam garantir cuidados adequados, efetivos e sustentáveis. O envelhecimento populacional, o aumento da obesidade, a crescente expectativa de vida, tornam as doenças crónicas como a osteoartrose um desafio crescente para os sistemas de saúde, exigindo abordagens avançadas, robustas e eficazes no seu tratamento (Silva et al., 2023). Além de provocar dor e comprometer o bem-estar, esta condição gera impactos significativos ao nível individual, social e económico (Violante & Cruz, 2016).

A OA que, segundo dados da OMS, é a perturbação musculoesquelética mais significativa para os anos vividos com incapacidade, é extremamente prevalente na população em geral, verificando-se que a sua frequência aumenta com a idade, sendo que cerca de 70% da população afetada tem mais de 55 anos (WHO, 2023). Habitualmente associada ao envelhecimento, a OA pode ser agravada por fatores como a obesidade, lesões articulares e predisposição genética. A sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, biomecânicos e ambientais (Pizzeta et al., 2024).

As articulações possuem características únicas que lhes permitem autorregeneração e adaptação à carga (Ramos et al., 2019). A OA define-se como uma doença degenerativa articular resultante da falência dos processos fisiológicos de reparação face a múltiplas agressões e lesões a que a articulação é sujeita, num processo que envolve toda a cartilagem articular, o osso subjacente e os tecidos moles (Cruz et al, 2021; Montenegro et al., 2024).

A OA da anca, também denominada por coxartrose, é uma das perturbações articulares mais comuns e uma das principais causas de incapacidade, responsável por afetar mais de 500

milhões de pessoas a nível mundial (Peixoto et al., 2024). Caracteriza-se pelo desgaste progressivo da cartilagem articular, causando dor crónica, limitação da amplitude dos movimentos, rigidez da articulação e crepitação, impactando significativamente a mobilidade e a qualidade de vida. As consequências da coxartrose podem variar em intensidade e impacto funcional (Pizzeta et al., 2024).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da OA podem ser descritos como não modificáveis ou modificáveis. De entre os primeiros destacam-se a idade, com relação clara entre o envelhecimento e o desenvolvimento da doença; o sexo, atingindo mais o sexo feminino; doenças metabólicas ou endócrinas a artropatias inflamatórias. Nos fatores de risco modificáveis, que devem ser alvo de intervenção precoce pela equipa de saúde, são incluídos a obesidade, a vida sedentária, os traumatismos articulares e a sobrecarga articular (Montenegro et al., 2024; Pizzeta et al., 2024). É consensual na literatura que o fator de risco mais significativo para o desenvolvimento de OA é a idade (Cai et al., 2024).

O diagnóstico é baseado na avaliação clínica detalhada e exames de imagem, sendo essencial para a definição de um plano de tratamento adequado (Pizzeta et al., 2024).

O tratamento da OA pretende o alívio da dor e rigidez articulares, a manutenção da função e melhoria da qualidade de vida da pessoa, com o mínimo risco iatrogénico (Cruz et al., 2021; Ramos et al., 2019). Preconiza-se que a abordagem terapêutica seja personalizada e adaptada às necessidades da pessoa com OA, para otimizar a gestão da doença e melhorar a função articular, assumindo a reabilitação um papel preponderante (Pizzeta et al., 2024; Violante & Cruz, 2016;).

Considerando os achados clínicos e os fatores intrínsecos da pessoa, existem vários tratamentos que visam reduzir a dor nas articulações e melhorar a função, mobilidade e qualidade de vida. A cirurgia de substituição articular é recomendada se os sintomas persistirem após tratamentos com abordagem conservadora, como as mudanças no estilo de vida, perda de peso, fisioterapia ou terapêutica medicamentosa (Ramos et al., 2019). Esta está particularmente indicada em casos de artropatia da anca com dor progressiva ou limitação na realização das AVD, nas situações em que o tratamento conservador se revelou infrutífero e, ainda, como tratamento de primeira opção nas fraturas do colo do fémur (DGS, 2013).

As doenças osteoarticulares, como a osteoartrose, ganham destaque no contexto atual, devido ao aumento da prevalência dessas condições e ao impacto significativo que as mesmas representam no bem-estar, qualidade de vida e na independência da pessoa. Face às limitações envolvidas compreende-se que a pessoa vê reduzida a destreza e mobilidade, resultando em consequências sociais negativas e, muitas vezes, o aumento da dependência de cuidadores (Montenegro et al., 2024).

2.2 A Articulação Coxofemoral

A articulação da anca ou coxofemoral é uma das articulações mais importantes do corpo humano, responsável por suportar o peso do tronco e possibilitar a locomoção. É uma articulação sinovial do tipo esferoide ou enartrose, triaxial, que permite os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução e rotação interna e externa (Pina, 2017).

Os componentes ósseos da ACF incluem a extremidade proximal do fémur (cabeça, colo, trocânteres) e o acetábulo, que é formado a partir de três centros de ossificação separados (o ílio, ísquio e ossos púbicos) (Varacallo et al., 2023).

Esta articulação encontra-se envolvida por uma cápsula articular com membrana sinovial, que confere estabilidade, nutrição e lubrificação. Os ligamentos e músculos conferem-lhe estabilidade e mobilidade, limitando movimentos excessivos. O ligamento iliofemoral prende o osso ilíaco ao fémur na face anterior e evita a hiperextensão da articulação. O ligamento pubo-femoral fixa o ísquio e o púbis ao fémur e limita a abdução e extensão e o ligamento isquiofemoral restringe a rotação interna e a extensão. O ligamento redondo conecta a cabeça do fémur ao acetábulo e contém vasos sanguíneos que a nutrem (Bowen, 2007).

A ACF está fortemente revestida por massa muscular e é considerada a articulação mais forte do corpo humano. Muitos músculos circundam a articulação da anca, garantindo tanto o movimento como controlo postural e são descritos segundo a sua localização. Dos músculos ântero-laterais fazem parte o tensor da fáscia lata, o sartório e o femoral; nos músculos mediais incluem-se o pectíneo, grácil e adutores longo, curto e magno. O bicípite femoral, semitendinoso e semimembranoso constituem os músculos posteriores. Outros músculos

acessórios utilizados no movimento da ACF incluem os glúteos máximo, médio e mínimo, obturadores externo e interno, gêmeos e piriforme (Pina, 2017).

A ACF é essencial para o andar devido à sua função de suporte do peso corporal, movimentos articulados para o ciclo da marcha, estabilização pélvica, absorção de forças de impacto e conexão funcional muscular, sendo fundamental para uma marcha eficiente e equilibrada.

2.3 A Artroplastia Total da Anca

Andar é definido na CIPE como o “movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo” e a “capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz (...)” (ICN, 2019). Muitas vezes é percebido como um ato simples do quotidiano, mas desempenha um papel fundamental em diversos aspetos da vida humana, sendo atualmente considerado como o 6º sinal vital funcional (Sousa et al., 2024a). Andar representa um conjunto complexo de movimentos que envolve diversas articulações, com destaque para a articulação da anca, que exerce uma função essencial. A coxartrose tem várias consequências para o andar devido ao impacto na articulação e na musculatura envolvida.

A ACF é determinante para a deambulação e postura e, quando se encontra grave e definitivamente deteriorada, acarreta um forte impacto negativo sobre a mobilidade, autonomia, independência e bem-estar da pessoa (Ramos et al., 2019). A destruição do componente articular compromete a biomecânica resultando em dor, rigidez articular, disfunção muscular, perturbação da marcha, podendo evoluir para limitação funcional e incapacidade (Peixoto et al., 2024).

A artroplastia da anca consiste em “colocar sob contacto, estático e dinâmico, uma esfera parcial da cabeça de uma prótese com a calote da componente acetabular, restituindo os movimentos, como manter-se de pé, sentar, caminhar ou correr, ou outras atividades físicas de uma anca sã”, sendo considerada uma das cirurgias de maior sucesso da medicina (Ramos et al., 2019, p. 24). Na ATA os componentes ósseos e cartilagem danificados são removidos e substituídos por componentes protéticos. A cabeça femoral deteriorada é substituída por uma bola metal ou cerâmica com uma haste de metal que é colocada no interior do canal femoral

(componente femoral). A superfície da cartilagem danificada do acetábulo é removida e substituída por um alvéolo de metal (componente acetabular) e é inserido um espaçador entre a nova esfera e o encaixe para permitir uma superfície lisa e sem atrito que permite deslizamento suave (*American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2024*).

A ATA é um dos procedimentos ortopédicos de excelência para tratar diversas condições crónicas que afetam a ACF, incluindo doenças degenerativas avançadas, necrose avascular do fémur e lesões resultantes de trauma (Peixoto et al., 2024). Com esta técnica cirúrgica há a substituição total da articulação afetada procurando-se alcançar uma neoarticulação indolor, sem deformidades ou dismetrias, pretendendo o restabelecimento da mobilidade e capacidade de carga de tecidos vivos com deformações, fraturas traumáticas ou danificados por terem excedido a capacidade de autorregeneração (Ramos et al., 2019).

Este procedimento pretende a recuperação célere da função articular, proporcionando à pessoa o alívio da dor, a melhoria na capacidade para realizar as AVD e na qualidade de vida (Ramos et al., 2019; Silva et al., 2023).

Estatísticas epidemiológicas indicam que a realização de artroplastias da anca tem crescido em escala global (Peixoto et al., 2024). Segundo dados da OCDE estima-se que em 2050 a realização desta cirurgia ascenda a 2,8 milhões por ano nos países-membros, sendo prioridade aumentar a qualidade dos cuidados (Pabinger, 2018).

O desenvolvimento da ATA representa uma história notável de avanços biomédicos e aperfeiçoamentos progressivos, que revolucionaram a cirurgia ortopédica e proporcionaram a milhões de pessoas a possibilidade de recuperar a mobilidade e melhorar qualidade de vida.

A substituição cirúrgica da ACF é um procedimento antigo na cirurgia ortopédica. Começou com excisão da cabeça femoral nos séculos XVIII e XIX, mas o sucesso da técnica só viria a ser alcançado no final do século XX, devido ao surgimento de biomateriais modernos e biocompatíveis, resistentes à erosão e com características biomecânicas avançadas (Markatos et al., 2020). O maior avanço nas artroplastias da anca foi protagonizado por Sir John Charnley, um cirurgião inglês considerado o pai da artroplastia moderna que, em 1962, descreveu a prótese da anca utilizando um caule femoral metálico e uma pequena cabeça femoral articulada com um componente acetabular de polietileno cimentado, revolucionando toda a

cirurgia artroplástica desenvolvida até à data. Esta técnica conduziu a extraordinários benefícios biomecânicos que se traduziram na diminuição significativa da incidência de complicações, como luxações, fraturas e desgaste articular, redução da dor pós-operatória e melhoria exponencial da qualidade de vida da pessoa submetida a ATA (Ramos et al., 2019).

2.3.1 Componentes e vias de abordagem na ATA

Os componentes utilizados na cirurgia são vários, especialmente desenvolvidos considerando a alta resistência, baixo desgaste e resistência à corrosão, podendo ser: metal-polietileno, cerâmica-polietileno, metal-metal, cerâmica-metal, cerâmica-cerâmica (Leite et al., 2018).

A seleção da prótese da anca e do tipo de abordagem é determinada por múltiplos fatores, incluindo as características da pessoa como a idade, sexo, peso corporal, patologia, nível de atividade, atrofia muscular e qualidade óssea, considerando o binómio risco/benefício (Ramos et al., 2019).

Pode proceder-se à fixação dos componentes de duas formas. Na ATA cimentada é utilizado cimento que garante a fixação do implante ao osso e a ATA não-cimentada baseia-se numa fixação primária da componente femoral ao canal femoral, sem cimento, através do sistema *press-fit* (fixação por pressão) até ocorrer a fixação secundária por crescimento ósseo através da superfície porosa do implante (DGS, 2013; Ramos et al., 2019).

O desenvolvimento de próteses da anca não cimentadas surgiu como evolução natural do conceito de artroplastia, permitindo o contacto direto de uma estrutura artificial (prótese) com um ambiente biológico ativo em constante remodelação, permitindo uma gestão e planeamento mais fácil das cirurgias de revisão pela maior preservação de tecido ósseo (Ramos et al., 2019).

Ambas técnicas de fixação apresentam vantagens e desvantagens. Na realidade portuguesa preconiza-se a utilização de prótese não cimentada em pessoas com idade inferior a 65 anos, com boa qualidade óssea, uma vez que é mais resistente ao desgaste mecânico. A utilização de prótese não cimentada deve ser considerada para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, má qualidade óssea ou curta expectativa de vida por permitir uma fixação imediata (DGS, 2013).

Diversas técnicas cirúrgicas são utilizadas na ATA, mas há poucas evidências sobre a que oferece maiores benefícios (Peixoto et al., 2024). Nos últimos anos têm surgido novas vias de abordagem cirúrgica, cada vez menos invasivas, com as quais se pretende a diminuição do tempo de internamento e uma recuperação funcional mais célere (Araújo et al., 2017). A abordagem cirúrgica define-se como sendo a forma ou posição em que a pessoa é colocada para ser submetida a ATA. A posição determina o espaço disponível para o cirurgião aceder ao canal femoral e define os limites da liberdade de movimentos (Ramos et al., 2019).

As abordagens mais utilizadas são: a via posterior, postero-lateral ou de Moore; a via lateral ou de Hardinge; a via antero-lateral ou de Watson-Jones e, mais recentemente, a via anterior direta (Ramos et al., 2019; Sousa et al., 2021).

A abordagem antero-lateral ou de Watson-Jones é realizada através da separação dos músculos da fáscia látea e os glúteos, sendo que a incisão é feita ao longo do eixo femoral, iniciando-se na parte superior do ilíaco (Ramos, et al., 2019). Esta intervenção é suscetível de provocar lesões musculares a nível do médio glúteo, principal abductor da anca, uma vez que é necessário retrai-lo (lateralmente) para visualizar a articulação. Com esta incisão garante-se uma maior exposição articular e menor taxa de luxação, no entanto pode conduzir ao compromisso do nervo femoral lateral (Araújo et al., 2017; Sousa et al., 2021).

Na via lateral direta ou de Hardinge é realizada a incisão na parte lateral centrada acima do grande trocânter (Ramos et al., 2019). Apresenta como desvantagem a possibilidade de dano no músculo glúteo superior, levando à marcha de *Trendelenburg*, caracterizada por movimentos compensatórios para equilibrar a fraqueza os abdutores da anca (Varacallo et al., 2023).

Na via posterior, postero-lateral ou de Moore a incisão é realizada de forma a dividir músculo tensor da fáscia lata, no aspeto posterior do fémur, desde o nível anterior superior do ilíaco até 10 cm abaixo do grande trocânter (Ramos et al., 2019). Apesar de a via posterior preservar os músculos abdutores (glúteo médio e mínimo), este método é considerado mais invasivo, pois envolve a desinserção ou lesão dos rotadores externos para uma melhor visualização da articulação (Sousa et al., 2021). Assim, a desvantagem prende-se com o risco aumentado de luxação da prótese no sentido posterior (Varacallo et al., 2023). Durante o procedimento

cirúrgico pode ocorrer lesão do nervo ciático (Araújo et al., 2017). Esta via de abordagem é a que fornece melhor exposição anatómica, pode ser utilizada nas cirurgias de revisão e está associada a melhores índices de recuperação funcional (Araújo et al., 2017).

A ATA pela via anterior direta é uma técnica cirúrgica moderna que se destaca por ser minimamente invasiva. Esta abordagem, feita através de planos naturais (interstício entre o tensor da fáscia lata e o sartório), evita a desinserção ou secção dos músculos abdutores e apresenta menor taxa de luxação (Sousa et al., 2021). Esta abordagem tem ganho popularidade por permitir uma recuperação mais rápida, menos dor e menor taxa de luxação (Peixoto et al., 2024). Como desvantagens apresentam-se o risco de lesão do nervo cutâneo femoral lateral e uma taxa potencialmente maior de fraturas intraoperatórias do fémur (Varacallo et al., 2023).

Os diferentes métodos apresentam, quando comparados, vantagens e desvantagens, dependendo do tipo de resultados e objetivos que se procuram. Em Portugal, de acordo com os últimos dados existentes, as próteses mais colocadas são as não cimentadas, sendo a via de abordagem mais utilizada a posterior ou de Moore (Ramos et al., 2019).

Considerando que o tipo de abordagem cirúrgica influencia significativamente a estabilidade e função da anca, é importante compreender que a força muscular diminui consideravelmente nas primeiras semanas após a cirurgia, sendo fundamental o início precoce de um programa estruturado de reabilitação, cujos objetivos contemplem o ganho de força muscular, a recuperação das amplitudes articulares, a estabilização da ACF, a recuperação da funcionalidade e uma mais rápida readaptação às AVD (Araújo et al., 2017).

2.3.2 Complicações da ATA

Embora este procedimento cirúrgico apresente taxas de sucesso elevadas, após ATA podem surgir algumas complicações que limitam a recuperação e a satisfação da pessoa após o procedimento. As complicações após ATA podem variar dependendo de fatores como a técnica cirúrgica, o estado geral da pessoa e a adequação do programa de reabilitação pós-operatório. De entre as complicações mais comuns fazem parte a infeção, luxação da prótese, osteólise e desgaste, descelagem assética, falência do implante, dismetrias dos membros inferiores,

fraturas periprotéticas traumáticas ou por fadiga, ossificação heterotópica, doença tromboembólica e anemia (DGS, 2013; Ramos et al., 2019).

Relativamente à ocorrência da fratura periprotética, esta é significativamente mais frequente ao nível do fémur, com aumento da incidência pelo elevado número de implantações anuais, diretamente relacionadas com o aumento da longevidade da população. Esta pode surgir por um traumatismo, como uma queda, ou inclusivamente por rotação forçada do membro inferior, particularmente no idoso (Ramos et al., 2019).

A dismetria na ATA é caracterizada pelo encurtamento estrutural acima dos níveis cientificamente aceitáveis. Desigualdades no comprimento dos membros inferiores até 1cm são comuns e, de forma geral, bem toleradas. No entanto, quando ultrapassa esses limites, a dismetria causa inclinação da bacia para o lado mais curto e um desvio frontal da coluna lombo-sagrada com a convexidade para o lado afetado (escoliose), podendo ser mal tolerada por se associar a coxalgia, lombalgia, fadiga, instabilidade protética, instabilidade na marcha e alterações neurológicas (Ramos et al., 2019).

Os fenómenos tromboembólicos representam uma das complicações mais graves após ATA. Há evidência de que, na ausência de profilaxia adequada, a trombose venosa possa ocorrer em cerca de 50% dos casos e a embolia pulmonar pode causar a morte em 2% dos casos. Apesar de não existir consenso sobre a escolha do melhor método na prevenção dos eventos tromboembólicos, a profilaxia farmacológica, não farmacológica ou combinação das duas, deve ser implementada como rotina (Pato, 2012).

A instabilidade compreende a luxação e a subluxação da prótese e são a causa mais frequente de insucesso. A luxação após ATA é motivo de dor e de grande insatisfação. Cerca de 70% das luxações da ATA ocorrem no primeiro mês após a cirurgia (Varacallo et al., 2023). Na realidade, a maioria destas complicações ocorre nos primeiros três meses após cirurgia, no período agudo. No entanto, podem ocorrer no período intermédio ou mesmo tardiamente, após 5 anos, sob a forma de episódios isolados ou recorrentes. (Ramos et al., 2019).

A luxação pode ocorrer em três direções: posterior, anterior e superior, sendo que a esmagadora maioria acontece no sentido posterior. Na teoria, qualquer cirurgia que perturbe

a estabilidade articular e capacidade de contenção posterior do material protésico, poderá originar um maior risco de luxações (Pato, 2012).

Diversos fatores são associados ao aumento do risco de luxação como história prévia de cirurgia a anca, o tipo de abordagem cirúrgica, a orientação incorreta dos componentes, o conflito entre componentes, a tensão inadequada dos tecidos moles, a fraqueza dos músculos abdutores e o comportamento/cuidados da pessoa submetida a ATA no período pós-operatório (Harkness & Crockarell, 2008). Em algumas situações basta um discreto movimento de rotação forçada para originar a perda de congruência articular em pessoas com antecedentes de instabilidade e fraqueza muscular (Ramos et al., 2019). A educação da pessoa para prevenção dos movimentos luxantes no pós-operatório é fundamental (Pato, 2012).

Os sinais e sintomas que evidenciam a presença de luxação dos componentes protésicos são a dor súbita e intensa, geralmente após um traumatismo ou movimento vigoroso, que origina a posição viciosa do membro e impotência funcional absoluta (Ramos et al., 2019).

A rigorosa avaliação física e clínica da pessoa, o estudo imagiológico correto, a seleção do implante mais adequado, a planificação pré-operatória, a execução da técnica, a experiência do cirurgião, complementados por um programa de reabilitação pós-operatório estruturado representam, no seu todo, fatores essenciais para alcançar os melhores resultados. A prevenção é a abordagem mais eficaz para tratar as complicações após ATA. A educação pré e pós-operatória sobre a importância de evitar posições de risco são essenciais (Pato, 2012).

Face ao exposto, a instituição de um programa de reabilitação personalizado com a pessoa submetida a ATA, independentemente da via de abordagem ou materiais utilizados, é fundamental para a reabilitação, prevenção e identificação precoce de complicações e melhoria funcional. A recuperação após a cirurgia vai depender de vários fatores, entre os quais a existência de uma equipa interdisciplinar que envolva a pessoa e família nos cuidados. A abordagem à pessoa em processo ou submetida a ATA requer coordenação de cuidados entre vários grupos de prestadores de cuidados de saúde (Varacallo et al., 2023)

Apesar dos desafios e riscos envolvidos, a ATA é uma opção de tratamento altamente eficaz para a pessoa com OA, com ganhos evidentes na melhoria da amplitude de movimento, dor, capacidade para realizar as AVD e qualidade de vida (Silva et al., 2023).

2.4 Modelos Conceptuais da Enfermagem

Os modelos conceptuais da enfermagem são estruturas teóricas que orientam a prática, a investigação e o ensino na enfermagem. Eles ajudam a organizar e estruturar o conhecimento da profissão, reforçando a sua identidade única e fornecendo uma base para orientar a atuação dos enfermeiros, para efeitos da fundamentação da tomada de decisão (Charepe, 2024).

Um paradigma representa um conjunto de teorias, regras e métodos universalmente aceites pela comunidade científica. Define-se como um sistema de crenças e valores que define a maneira como a disciplina percebe e compreende o mundo e traça uma orientação para atuação (Rocha & Martins, 2024).

Pode dizer-se que os modelos conceptuais e paradigmas estabelecem uma relação interdependente na medida em que os paradigmas oferecem a base filosófica e as teorias traduzem essa filosofia na prática, fornecendo diretrizes específicas de intervenção. Esta simbiose forma uma base sólida para o desenvolvimento da enfermagem como ciência e arte.

O desenvolvimento do conhecimento científico de enfermagem deve acompanhar os desafios e a crescente complexidade dos cuidados, de forma a garantir uma prática fundamentada e centrada no *core* da disciplina (Charepe, 2024).

Atualmente assistimos a cuidados de enfermagem que têm na sua base o conhecimento e a metodologia científica, tendo como foco a pessoa enquanto ser holístico, a família e comunidade. Depois de várias evoluções na forma de cuidar, passou-se de um paradigma centrado na doença para um cuidado com a pessoa, cada vez mais aberto ao mundo (Rocha & Martins, 2024). No paradigma da transformação, no qual se move o EEER, a ênfase é colocada na capacidade de a pessoa cuidada ser agente e parceira nos cuidados (Queirós, 2024a).

Os modelos teóricos não são aplicados de forma rígida, mas sim como guias flexíveis que podem ser adaptados às situações específicas de cuidado. Embora sejam vários os modelos e teorias com contributos para a ER serão abordados os referenciais teóricos com que se baseou a intervenção do EEER na realização do presente relatório: Teoria as Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Não se pretende, neste subcapítulo,

a explicação exaustiva de cada uma das teorias, mas o seu contributo para a construção do cuidado de ER com a pessoa submetida a ATA.

2.4.1 Teoria do Défice de Autocuidado

Desde a génese das teorias de enfermagem tem sido enfatizado que o principal objetivo do exercício profissional dos enfermeiros é a promoção da independência no autocuidado (Petronilho et al., 2021). Sendo o autocuidado um dos conceitos centrais da enfermagem e, particularmente, da ER, é indubitável o contributo relevante do referencial teórico de Dorothea Orem para construção da prática especializada.

Após a Segunda Guerra Mundial, emergiu uma mudança no pensamento sobre a organização dos cuidados de saúde, com visão na pessoa como um todo, que contrastava com o foco na doença, limitações e incapacidades, isolado do contexto, trazido pelo paradigma da categorização (Rocha & Martins, 2024).

Orem, integrando o paradigma da integração numa visão da pessoa como um ser holístico, formulou na década de 1950, a Teoria do Défice de Autocuidado que, em rigor, se trata de uma teoria geral composta por três interligadas. A Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Queirós, 2024a).

A Teoria do Autocuidado é um componente da Teoria do Défice de Autocuidado, enquanto a Teoria dos Sistemas em Enfermagem é a mais externa, envolvendo esta última (Ribeiro et al., 2021).

Orem definiu autocuidado como “uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes” (Orem, 2001, p. 45). É entendido como uma função humana reguladora de desempenho de atividades que se espera que as pessoas selecionem e aperfeiçoem com o intuito de manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar pessoal (Taylor, 2004). Definição semelhante surge na CIPE, em que o autocuidado é a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2019)

A Teoria do Autocuidado descreve a forma como a pessoa desenvolve atividades para cuidar de si. Orem refere que toda a pessoa tem potencial para se autocuidar por ser detentora de habilidades, conhecimento e experiência adquiridos ao longo da vida (Petronilho & Machado, 2023).

De acordo com Orem, os requisitos universais do autocuidado são: a manutenção da quantidade suficiente de ar, água e comida, a eliminação, o equilíbrio entre a atividade e o descanso, o equilíbrio entre a solidão e a interação social, a prevenção de riscos para a vida e o funcionamento e desenvolvimento da pessoa nos grupos sociais, de acordo com as suas potencialidades (Taylor, 2004).

Se a exigência do autocuidado exceder a capacidade de a pessoa o realizar de forma independente, irá ser necessário suporte, quer de pessoas com responsabilidades sociais, como a família, quer dos profissionais de saúde. Este conceito de défice de autocuidado é orientador uma vez que permite a adequação de métodos de auxílio e a compreensão do papel das pessoas para o seu restabelecimento ou compensação (Petronilho & Machado, 2023). Quando o próprio não consegue ser agente do seu próprio autocuidado, necessita que este lhe seja fornecido por cuidadores formais ou informais (Queirós, 2024a).

O enfermeiro, ao prestar cuidados, em função do grau de dependência, pode agir ou fazer pela pessoa, no sentido de colmatar os défices no autocuidado, pode guiar e orientar, fornecer apoio físico e psicológico, proporcionar um ambiente de suporte ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Taylor, 2004). Os cuidados de enfermagem são exigidos quando existe um défice de autocuidado entre o que a pessoa consegue executar – ação de autocuidado – e o que é necessário ser realizado para que se mantenha o estado desejado – necessidade de autocuidado (Petronilho & Machado, 2023). Quando a intervenção por outrem contribui para a superação do défice no autocuidado, através de ações dirigidas, profissionalizadas e intencionais, passa a ser designada por autocuidado terapêutico (Queirós, 2024a).

De acordo com Orem, na Teoria dos Sistemas em Enfermagem, a intervenção do EEER pode pautar-se por um sistema totalmente compensatório, um sistema parcialmente compensatório ou um sistema de apoio-educação. Em função das necessidades da pessoa e das suas capacidades remanescentes no desempenho das atividades de autocuidado, a intencionalidade dos cuidados do EEER terá como objetivo a capacitação da pessoa para a

concretização do máximo de atividades dos seus diferentes domínios (Petronilho & Machado, 2023). Assim, o processo de capacitação é planeado como um processo sistemático, sendo que as intervenções podem ser compensatórias, integralmente executadas pelos enfermeiros, parcialmente compensatórias, realizadas com a participação da pessoa ou educativas, de instrução, ensino e treino, que englobam a capacitação para o autocuidado (Reis & Bule, 2023).

Na sequência da sua formação avançada e especializada, os EEER estabelecem, de forma intencional, o planeamento dos cuidados nesta área de atenção, agindo com as premissas da promoção do autocuidado, a autonomia e o bem-estar (Ribeiro et al., 2021). A importância deste assume, portanto, centralidade disciplinar, pela sua capacidade de esclarecer alguns dos desígnios para a ER – promover ou restituir a capacidade para o autocuidado, a autonomia e a autodeterminação (Queirós, 2024a).

Como referem Ribeiro et al. (2021), a utilização deste referencial teórico justifica-se na medida em que o EEER presta cuidados com pessoas com grandes necessidades de autocuidado, mas com grande potencial de reconstrução de autonomia, sendo o seu objetivo a progressão para um sistema que garanta a capacitação efetiva da pessoa.

2.4.2 Teoria das Transições

O referencial teórico desenvolvido por Afaf Meleis evoluiu ao longo de quatro décadas e surgiu como produto da observação da forma como a pessoa enfrenta e lida com situações de mudança nos processos de vida. O desenvolvimento desta teoria, claramente influenciada pelo paradigma da transformação, explica as mudanças e transformações que a pessoa vivencia, especialmente em resposta a mudanças significativas e desafios de vida, colocando ênfase na pessoa (Rocha & Martins, 2024).

Assim, surgiu o conceito de transição que a própria define como um processo que compreende a passagem de um estado de estabilidade para outro igualmente estável, sendo o mesmo despoletado por uma mudança (Meleis, 2010). É um conceito múltiplo e abrangente que integra elementos de processo, tempo e perceção, sendo o período intermediário entre duas fases de estabilidade (Chick & Meleis, 2010).

Esta teoria afirma que o conceito de transição é essencialmente positivo. Quando o processo é concluído significa que a pessoa atingiu um estado de estabilidade necessariamente maior do que a experiência anterior, ainda que possa não se atingir o mesmo vivenciado no período que antecedeu a transição (Chick & Meleis, 2010).

Meleis classifica as transições em quatro tipos, cada uma com implicações diferentes para a prática de enfermagem. Estas podem ser classificadas em transições de saúde-doença (relacionadas a mudanças no estado de saúde); transições de desenvolvimento (mudanças associadas às diferentes etapas de vida); transições situacionais (relacionadas com eventos específicos) e transições organizacionais (que envolvem mudanças nos sistemas ou estruturas de cuidados) (Meleis, 2010). A pessoa pode, ainda, experienciar transições distintas em simultâneo sendo que as deve reconhecer para poder decidir, utilizando a sua autonomia plena (Sousa et al., 2020).

No internamento, a pessoa experimenta diversos processos de transição como são exemplo o momento da admissão hospitalar, a alta hospitalar e a própria transição para os cuidados de reabilitação. Os fenómenos de transição são múltiplos e diversificados e iniciam-se assim que o evento ou mudança é antecipado (Meleis, 2010).

O processo complexo de transição é detentor de propriedades específicas, interrelacionadas, sendo elas a consciencialização, o envolvimento, o tempo de transição, a mudança, os pontos críticos e eventos (Chick & Meleis, 2010; Ribeiro et al., 2021). Reconhecer as propriedades das transições permite ao enfermeiro compreender a natureza da transição e atuar como facilitador no período de mudança, planeando intervenções direcionadas para que a pessoa se sinta capacitada a lidar com os novos desafios.

Para que o processo de transição seja iniciado, a pessoa deve estar consciencializada das mudanças que ocorrem. Se isto ainda não foi alcançado, se está a ser negado totalmente ou em parte, consciente ou inconscientemente, assim como as suas implicações, significa que a pessoa não iniciou o processo. Apresenta-se numa fase pré-transição em que é necessário identificar e eliminar obstáculos para facilitar a transição (Chick & Meleis, 2010). A consciencialização é, por isso, uma característica que define o processo de transição, sem a qual a mesma não se inicia (Sousa et al., 2020).

Os significados atribuídos à transição variam entre pessoas, comunidades e podem assim influenciar o resultado. Esta característica sugere que as diferenças na perceção de eventos de transição geram diferentes respostas a tais acontecimentos tornando-os menos previsíveis (Chick & Meleis, 2010). Na formulação da sua teoria, Meleis identificou fatores facilitadores e inibidores das condições da transição, sendo estes as condições pessoais (significados, crenças, condição socioeconómica, conhecimento), comunitárias e sociais (Ribeiro et al., 2021). Com o desenvolvimento das diferentes assunções do cuidar, a intervenção da enfermagem deixou de ser focada apenas na doença, como fator desencadeante da transição, mas em todo o processo, englobando a perceção da situação pela pessoa, as suas crenças e atitudes, os fatores socioeconómicos e o conhecimento adquirido (Mendes, 2024).

O enfermeiro atua na transição sempre que esta afeta a saúde, o bem-estar e a capacidade para o autocuidado. Os enfermeiros são os profissionais de referência para auxiliar a pessoa no processo de transição pela posição privilegiada que assumem, ao longo do ciclo de vida, no acompanhamento da pessoa (Meleis, 2010).

Meleis caracteriza a enfermagem como a disciplina do cuidar, baseada num relacionamento de cuidado entre profissionais e pessoa cuidada, orientada para a saúde, perspetivando o bem-estar (Queirós, 2024b). O mesmo reconhecem Sousa et al. (2020), quando afirmam que a ciência da enfermagem está intrinsecamente conectada às experiências humanas de transição, sendo a saúde e bem-estar os resultados esperados dessa interação.

Cada pessoa é um ser único, com especificidades e, por isso, as transições não vão ser experienciadas de igual forma, mesmo que nas mesmas circunstâncias (Chick & Meleis, 2010). Estas diferenças na resposta à transição, os padrões de resposta, podem ser monitorizados através de indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo permitem avaliar e caracterizar a forma como a pessoa responde à transição e integram o sentir-se ligado, o interagir, estar situado, desenvolver confiança e o *coping* (Silva et al., 2019). Os indicadores de resultado correspondem a manifestações observáveis que refletem o sucesso do processo de transição e avaliam se a pessoa alcançou uma adaptação segura à nova condição. Estes medem a diferença entre o que é esperado e a situação real, permitindo avaliar a evolução do desenvolvimento de competências de acordo com os objetivos delineados (Ribeiro et al., 2021). A mestria e a integração fluída da identidade constituem indicadores de resultado

(Meleis et al., 2010). Estamos perante um processo de transição salutar quando a pessoa demonstra mestria na adaptação ao novo papel, nos comportamentos e sentimentos, revelando aquisição das competências adequadas que lhe permitem a adaptação à nova condição como se verifica, por exemplo, na capacidade de seleção e utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado (Silva et al., 2019). Quando o processo de transição está concluído significa que o potencial disruptivo e de desorganização associados às circunstâncias que precipitaram a transição foram contrariados (Chick & Meleis, 2010).

Como referem Meleis et al. (2010), o conhecimento capacita as pessoas que o desenvolvem, as pessoas que o utilizam e aqueles que dele beneficiam. As terapêuticas de enfermagem são as intervenções implementadas pelos enfermeiros, durante o processo de transição, que devem promover o conhecimento e a capacitação da pessoa de forma que se desencadeiem respostas adequadas à transição e que proporcionem segurança e bem-estar (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019). Entender as características e circunstâncias específicas do processo de transição permitirá criar intervenções de enfermagem alinhadas às experiências únicas da pessoa cuidada e da sua família, promovendo, assim, respostas humanas saudáveis à mesma (Meleis et al., 2010).

Todos os acontecimentos que signifiquem mudança na condição de vida, nomeadamente a passagem de uma situação de completa autonomia e independência para uma situação de dependência, interferem diretamente com a dinâmica familiar impondo uma readaptação e reestruturação dos papéis anteriormente desempenhados (Silva et al., 2019).

Como referem Reis e Bule (2023) a adaptação à transição será mais eficiente quanto mais clara, objetiva e compreensível a situação se mostrar para a pessoa. Qualquer medida que contribua para a sua capacitação, promovendo maior independência e funcionalidade, torna-se essencial.

O desafio do EEER implica reconhecer e entender o processo de transição em que a pessoa se encontra e desenvolver estratégias terapêuticas que a fortaleçam e capacitem nas mudanças trazidas à sua vida sendo imprescindível a sua intervenção com a pessoa que vivencia uma transição da completa autonomia e independência para uma situação de dependência (Silva et al., 2019; Sousa et al., 2020).

As cirurgias do foro ortotraumatológico desencadeiam por si só processos de transição saúde-doença. A ATA implica mudanças significativas na vida individual e familiar tornando-se essencial a aquisição de novos conhecimentos e competências de forma que a pessoa seja capaz de responder com segurança às transições associadas a esta nova condição. Da análise do referencial teórico de Afaf Meleis é possível concluir que o EEER atua como facilitador do processo de transição, ajudando a pessoa e família a lidar com as mudanças de vida, promovendo uma adaptação saudável e funcional.

O plano de cuidados desenvolvido pelo EEER com a pessoa e família, deverá ter em conta todas as características inerentes ao processo de transição como a sua natureza, as condições facilitadoras e inibidoras, assim como os padrões de resposta obtidos, com o objetivo da maximização do potencial da pessoa, do conhecimento e das capacidades (Silva et al., 2019).

A intervenção do EEER, alinhado com Teoria das Transições, é essencial para transformar períodos de vulnerabilidade em oportunidades de crescimento e adaptação, atuando como um agente de mudança positiva, na construção de uma nova normalidade que confira dignidade, autonomia e independência à pessoa cuidada. A aplicabilidade deste referencial teórico tem permitido um cuidado dirigido à pessoa, família e comunidade, de acordo com os seus projetos de saúde, de forma a vivenciar todo o processo de transição para obtenção dos melhores ganhos em saúde (Silva et al., 2019).

2.5 Literacia em Saúde, Capacitação e Empoderamento

É inerente ao ser humano, desde que nasce, o desenvolvimento de processos e estratégias que, a partir da total dependência, lhe permitam alcançar a capacidade para viver exercendo a sua autonomia, integrado e impulsionado pelo meio familiar e social. O objetivo do desenvolvimento humano é que este seja capaz de tomar conta de si e da sua saúde, utilizando o conhecimento para tomar decisões livres e esclarecidas, num processo que o poderá levar a assumir o papel de cuidador (Reis & Bule, 2023).

A literacia em saúde diz respeito a um conjunto de habilidades cognitivas e sociais e à capacidade de a pessoa compreender e poder utilizar em seu benefício a informação em saúde, que a levem a uma tomada de decisão fundamentada (Carvalho et al., 2024).

Em Portugal a literacia em Saúde tem sido alvo de preocupação, especialmente nos grupos mais vulneráveis como pessoas com mais de 65 anos, com doenças crónicas e baixos níveis de escolaridade. Assim, surgiu o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento que tem como objetivo melhorar os níveis de literacia da população, através da adesão a comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença e, conseqüentemente, a otimização da qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social, ao longo dos diferentes estádios do ciclo de vida (DGS, 2023). O nível de literacia em saúde afeta a habilidade de tomar decisões relacionadas com os cuidados, prevenção da doença e hábitos saudáveis, sendo que, quanto mais conhecimento a pessoa detiver, melhor será a utilização dos serviços de saúde (Carvalho et al., 2024). Este apresenta-se um conceito essencial para promover a autonomia e a qualidade de vida, pois influencia o modo como as pessoas interagem com o sistema de saúde, compreendem orientações e agem como participantes ativos na construção do seu projeto de saúde, estando enraizada a integração do paradigma da transformação nos cuidados. De acordo com a literatura, a literacia em saúde desempenha um papel facilitador na capacidade para o autocuidado (Teixeira et al., 2023).

O empoderamento associa-se ao conhecimento e à autonomia da pessoa na tomada de decisão (Sousa et al., 2020). O EEER assume-se como o promotor do caminho para a afirmação desta centralidade na decisão e autogestão das vontades da pessoa cuidada (Melo, 2024).

A capacitação pode ser considerada como etapa inicial do processo de empoderamento onde assume extrema importância a aquisição de conhecimentos e a aprendizagem de capacidades para que este se desenvolva com sucesso e concretiza-se com intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar (Melo, 2024).

Como afirmam Reis e Bule (2023) capacitar é um processo multidimensional que envolve os domínios físico, cognitivo e material e integra conhecimento, decisão e ação. O conhecimento, construído pela pessoa e fundamentado nos seus valores pessoais, está em constante evolução e é influenciado por fatores sociais, culturais e religiosos, podendo ser compreendido como um conceito, um processo ou um resultado esperado. Capacitação traduz-se na habilidade de concretizar atividades básicas, como comer, vestir-se, mover-se, e em atividades instrumentais, como gerir o dinheiro e ter controlo da sua saúde e permitem a integração plena na comunidade.

A aprendizagem de capacidades envolve a aplicação prática do conhecimento adquirido, do empoderamento e da autonomia na tomada de decisão, com o objetivo de tornar a pessoa mais independente nas AVD, obtendo-se uma transição saudável, que se objetiva pela percepção de mestria na consecução dessas atividades (Sousa et al., 2020).

O contexto de doença potencia, muitas vezes, a heteronomia em detrimento da autonomia da pessoa cuidada, fragilizando-a, criando barreiras ao processo de capacitação e empoderamento (Melo, 2024). Assim, este processo deve ser considerado como uma parceria, através da partilha dos objetivos da pessoa com o conhecimento sobre técnicas e habilidades, de forma a promover a readaptação funcional em função da restrição e/ou limitação da atividade imposta pela nova condição (Teixeira et al., 2023).

Os profissionais de saúde, particularmente o EEER pelas suas competências de intervenção, têm um papel fundamental como promotores da literacia em saúde nos diferentes contextos da prática. Cabe ao EEER a capacitação da pessoa e cuidadores, possibilitando a apropriação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências para o autocuidado, de forma que estes se adaptem às limitações e readquiram a autonomia pessoal, com vista à solução dos problemas identificados e conseqüente independência que conduza à satisfação das necessidades afetadas (Baixinho & Ferreira, 2020).

Como afirma Melo (2024), “os enfermeiros são promotores da autonomia e do empoderamento das pessoas, por excelência, sendo impossível separar esta sua qualidade da intencionalidade inerente ao processo de enfermagem” (p.315).

O objetivo da intervenção do EEER com a pessoa é a capacitação para lidar com a transição em que se encontra, utilizando dois focos de atenção: o conhecimento e a aprendizagem de capacidades. Com intervenções ao nível do conhecimento, o EEER estará a empoderar a pessoa para a tomada de decisão, maximizando, por isso, a sua autonomia. Ao intervir ao nível da aprendizagem de capacidades, tornará a pessoa mais independente no desempenho das AVD (Sousa et al., 2020). A educação ajuda, igualmente, a capacitar a pessoa a participar ativamente nos cuidados o que é fundamental para o sucesso a longo prazo (Silva et al., 2023).

2.6 Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a ATA

A pessoa afetada por uma condição musculoesquelética, além de sentir os seus efeitos fisicamente, objetiva as suas repercussões nos papéis a desempenhar, como sendo cônjuge, mãe/pai, filho, trabalhador. É de extrema importância a implementação de planos de cuidados personalizados, que se adequem ao momento que a pessoa vivencia, mas que considerem o futuro (Reis et al., 2021).

Enquanto EEER o enfermeiro, detentor de competências para uma intervenção diferenciada, assume-se como o profissional de excelência no cuidado com a pessoa submetida a ATA, direcionando a intencionalidade da sua atuação à capacitação da mesma, minimizando barreiras que coloquem em risco a sua integração na sociedade (Fernandes et al., 2020a).

No cuidado com a pessoa submetida a ATA, cabe ao EEER a aplicação do processo de enfermagem, fazendo uma correta avaliação das necessidades e das respostas humanas a situações de vulnerabilidade, identificar e diagnosticar alterações que a limitem, de acordo com a suas competências e, posteriormente, elaborar, implementar e avaliar os planos de cuidados de modo a atingir os objetivos inicialmente delineados (Fernandes et al., 2020a; Ferreira et al., 2019). Os mesmos autores assumem a importância da intervenção do EEER quer dirigida ao défice do autocuidado quer ao processo de transição após a alta hospitalar, enfatizando a importância destes profissionais no empoderamento e capacitação da pessoa, que se traduz no aumento da funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida da pessoa cuidada (Fernandes et al., 2020a). Do mesmo modo, Pina e Baixinho (2020), confirmam que tanto a capacitação como a continuidade de cuidados são aspetos primordiais a ter em consideração no desenvolvimento de programas de reabilitação dirigidos à pessoa após ATA.

A pessoa submetida a ATA experimenta transições distintas que contribuem para que, no momento do regresso a casa, apresente piores condições funcionais do que as que apresentava antes da intervenção (Cruz et al., 2021). Adicionando este facto ao tempo de internamento hospitalar ser cada vez mais curto, a atuação do EEER deve passar pela implementação de intervenções de ensino, instrução e treino para que, mesmo após a alta, a pessoa, como participante ativo, esteja envolvida no processo de reabilitação (Lourenço et al., 2021).

O processo de reabilitação é constituído por diferentes fases e deve começar antes da cirurgia com intervenções na educação sobre contra-indicações e precauções específicas relativas à técnica cirúrgica utilizada, e continuar até um processo de reabilitação satisfatório, que contemple as limitações prévias, os objetivos funcionais almejados e o projeto de saúde da pessoa cuidada (Martino et al., 2024). Neste sentido, o EEER intervém desde o pré-operatório da pessoa que vai ser submetida a ATA, incluindo na sua intervenção a colheita e avaliação dos dados, o planeamento e implementação dos cuidados de ER, o ensino pré e pós-operatório, monitorização e vigilância do pós-operatório imediato para prevenção de complicações e o planeamento da alta, de forma que seja garantida a continuidade de cuidados (Martins et al., 2022). Autores referem que a intervenção especializada não só potencializa os resultados do procedimento cirúrgico, como também promove uma recuperação mais rápida e eficaz, diminuindo os riscos de complicações, maximizando o ganho funcional no pós-operatório (Lourenço et al., 2021).

Tem-se verificado um aumento no número de estudos e projetos sobre a intervenção das equipas multidisciplinares com a pessoa submetida a ATA durante todo o período perioperatório. Programas como o ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), com grande aplicabilidade e consenso a nível internacional, focados na recuperação da pessoa submetida a ATA através de intervenções pré e pós-operatórias, têm demonstrado bons resultados na mobilidade precoce, melhoria da função muscular e articular, diminuição do tempo de internamento, melhoria na qualidade de vida, diminuição das complicações, readmissões e custos hospitalares (Zhou & Wei, 2024). As intervenções pré-operatórias incidem, maioritariamente na educação da pessoa, otimização nutricional e gestão de fatores de risco e as intervenções pós-operatórias englobam o controlo da algico, a mobilização precoce e o ensino e treino de AVD (Wainwright et al., 2019). Outros programas, com resultados semelhantes, têm sido desenvolvidos como o *Rapid Recovery* ou o *Fast-Track* dirigidos à recuperação e reabilitação após ATA, e têm como premissas a educação e preparação pré-operatória, o treino de exercício, tendo a pessoa um papel preponderante como participante ativa no processo de reabilitação (Götz et al., 2022).

Segundo uma revisão sobre a relevância da ER no perioperatório da ATA constatou-se que as intervenções realizadas por esses profissionais, através de programas estruturados iniciados

ainda antes da intervenção cirúrgica, afirmam a importância da integração de equipas de EEER, pelas evidências ao nível da reabilitação precoce, promoção da participação social, melhoria da qualidade de vida, bem-estar e satisfação com os cuidados, contribuindo diretamente para ganhos em saúde (Nabais et al., 2023).

A evidencia em Portugal confirma a tendência internacional. O projeto “Habilitar”, que tem como objetivo a intervenção do EEER no período perioperatório, no ensino, instrução e treino da pessoa submetida a ATA/ATJ, confirma que a sua implementação permite a capacitação precoce da pessoa, maximizando o seu potencial funcional, a independência, a reintegração social e a qualidade de vida (Saraiva et al., 2020). Com este projeto verificou-se um maior grau de satisfação da pessoa submetida a ATA/ATJ com o programa implementado (Monteiro et al., 2021). Este é um resultado importante uma vez que a atuação do EEER deve estar fundamentada por cuidados de qualidade tendo como premissa assegurar a satisfação da pessoa ao longo do processo de cuidados.

Como referem Lourenço et al. (2021), o processo de reabilitação da pessoa após ATA tem como foco a promoção da qualidade de vida, enfatizando a capacitação da pessoa e a maximização da sua independência. Em estudos desenvolvidos em Portugal dirigidos à pessoa à pessoa submetida a ATA obtiveram-se resultados na melhoria na funcionalidade, dor, equilíbrio e força muscular (Dias et al., 2021; Fernandes et al., 2020a), assim como ganhos sensíveis aos cuidados de ER relativamente à aquisição de conhecimento, levando a aumento da capacitação e empoderamento da pessoa e cuidadores (Nicolau et al., 2022a).

Assim sendo, a elaboração e implementação de um plano de ER com a pessoa, durante todo o período perioperatório, direcionado à prevenção do comprometimento funcional e restrição do autocuidado durante o processo de transição, é fundamental para a promover a reabilitação, educação e qualidade de vida da pessoa submetida a ATA (Cruz et al., 2021).

2.6.1 Intervenção do EEER no período pré-operatório

Desde logo, a transição do ambiente domiciliário para hospitalar pode ser geradora de ansiedade, angústia e receio do desconhecido sendo, por isso, fundamental o estabelecimento

de uma relação terapêutica entre a pessoa/família e o profissional, onde se fomentem a segurança e confiança (Violante & Cruz, em 2016).

A intervenção do EEER no período pré-operatório tem-se mostrado determinante na transição vivenciada pela pessoa através do seu envolvimento no processo de reabilitação (Lourenço et al., 2021).

Da ação do EEER espera-se que sustente e facilite a transição saudável, estimulando as potencialidades da pessoa, com o objetivo do maior envolvimento no autocuidado (Meleis, 2010). Neste período é fundamental a avaliação funcional da pessoa que irá ser submetida a ATA assim como a determinação do seu potencial de reabilitação (Sousa & Carvalho, 2023). Lourenço et al. (2021) acrescentam que neste período também deve ser avaliado o potencial para adquirir conhecimento e a necessidade/existência de cuidador para complementar ou, na pior das possibilidades, substituir a pessoa na concretização dos autocuidados.

Os programas de ER devem, assim, abordar a pessoa e família desde o período pré-operatório, esclarecendo-a sobre os objetivos, sinais e sintomas de complicações, esclarecer eventuais dúvidas e demonstrar os ganhos da adesão ao programa, facilitando a compreensão sobre o mesmo (Lourenço et al., 2021; Pina & Baixinho, 2020).

Sucintamente, dos temas a abordar na abordagem pré-cirúrgica com a pessoa/família submetida a ATA, além dos mencionados anteriormente, integram o ensino sobre a cirurgia, circuitos hospitalares, cuidados pré-operatórios, previsão da permanência hospitalar, período previsível de recuperação, processo de reabilitação e instruções para a alta (Sousa & Carvalho, 2023).

O EEER deverá informar a pessoa/cuidadores da importância do programa de reabilitação e da sua implementação precoce, das ajudas técnicas que irá necessitar no período pós-operatório e após a alta hospitalar (Sousa & Carvalho, 2023). A informação e prescrição de produtos de apoio disponíveis, que permitam compensar e/ou neutralizar as incapacidades e limitações resultantes da cirurgia, constituem um elemento facilitador na transição vivenciada pela pessoa submetida a ATA (Lourenço et al., 2021).

A educação fornecida pelo EEER, sob a forma de instrução, ensino e treino, no período pré-operatório fornece um contributo relevante na capacitação sobre os exercícios de reabilitação

(Saraiva et al., 2020). Além de ensino e treino de exercícios para RFM (exercícios isométricos e isotônicos, evidenciando as condicionantes ao movimento de acordo com a via de abordagem da ATA), o EEER deve avaliar a função respiratória e instruir e treinar exercícios de RFR: consciencialização da respiração abdomino-diafragmática, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, tosse assistida e dirigida (Sousa & Carvalho, 2023). O sucesso do programa de intervenção será tanto maior quanto mais capacitada a pessoa estiver para as mudanças após ATA.

Estudos destacam a importância da educação e reabilitação pré-operatória, focada na pessoa, no grau de independência e na capacidade de realizar as AVD, para uma recuperação funcional mais rápida e eficaz (Saraiva et al., 2020). A evidência sugere que as consultas pré-operatórias associadas a programas de reabilitação estruturados, focadas na pessoa, trazem vantagens como a gestão eficaz da dor e da ansiedade, aumentam o conhecimento sobre a cirurgia e sobre as repercussões no autocuidado, além de promoverem a adesão ao programa de reabilitação (Pina & Baixinho, 2020; Violante & Cruz, 2016). A preparação para a cirurgia, quando iniciada neste período, com intervenções ao nível do conhecimento sobre o procedimento e precauções na mobilização, treino de marcha e de AVD, assim como a educação da família, contribuem para uma preparação de transição segura, através da definição de estratégias que lhes permitam a readaptação funcional (Ferreira et al., 2019).

De acordo com a evidência, um programa iniciado no período pré-operatório que possibilite o reconhecimento das condições habitacionais da pessoa, assim como as barreiras arquitetónicas com as quais se irá deparar após a alta, permite a correta identificação da necessidade de estruturas de suporte, facilita a consciencialização das dificuldades e das capacidades ajustadas à realidade, sendo possível concretizar um treino de AVD o mais próximo possível do contexto habitual (Nicolau et al., 2022b).

A falta de programas com abordagem ao período pré-operatório acarreta dificuldades ao longo de todo o processo, desde a admissão até ao planeamento da alta deficitário que se poderá traduzir negativamente na independência e na capacidade da pessoa para o autocuidado no momento do regresso ao domicílio (Pina & Baixinho, 2020). Uma preparação pré-operatória inadequada origina, também, exercícios de reabilitação mal executados e uma

maior taxa de complicações, nomeadamente, luxação da prótese após alta (Zhang & Xiao, 2020).

Quanto maior for a consciencialização da pessoa das limitações impostas pela intervenção cirúrgica, de acordo com a via de abordagem, da importância e fases do processo de reabilitação, maior será a sua participação, o que se traduzirá em maiores ganhos em saúde (Lourenço et al., 2021).

2.6.2 Intervenção do EEER no período pós-operatório

O principal objetivo da reabilitação funcional da pessoa após ATA está relacionado com a recuperação da mobilidade e independência para conseguir realizar, de forma segura, as AVD (Pereira et al., 2021). Neste sentido, e dando continuidade ao programa iniciado ainda no período pré-operatório, o EEER deve ter em consideração fatores intrínsecos à pessoa e a condição de saúde anterior para um melhor planeamento de cuidados, de acordo com o potencial de reabilitação e necessidade ainda mais premente da integração da família, na figura de cuidadora, nos cuidados (Lourenço et al., 2021). Um plano de reabilitação individualizado é essencial para prevenir o declínio funcional (Pereira et al., 2021).

As intervenções de reabilitação devem ser iniciadas o mais precocemente possível, entre as 24-48 horas após a cirurgia, de forma minimizar o risco de complicações e otimizar o tempo de recuperação, de forma que se obtenham maiores ganhos ao nível da funcionalidade da pessoa (Sousa et al., 2021). Os objetivos específicos da intervenção do EEER são, assim, a prevenção de complicações articulares, tais como a luxação dos componentes protésicos e a rigidez articular, promover o aumento da força muscular e da amplitude do movimento e, não menos importante, promover a independência nos diferentes domínios do autocuidado (Lourenço et al., 2021). No período pós-operatório, é dada ênfase à reabilitação ativa, com o objetivo de melhorar a mobilidade e capacidades funcionais que permitam um regresso a casa o mais precocemente possível (Monteiro et al., 2021).

A dor, a fraqueza muscular e a diminuição da amplitude articular são manifestações muito frequentes após ATA, pelo que, a implementação de um programa de RFM se torna fundamental (Sousa et al., 2021). No pós-operatório é imprescindível o controlo adequado da

dor, a mobilização e levante precoces, atendendo às imposições da técnica cirúrgica, o treino de AVD e o treino de marcha em diferentes contextos.

Assim sendo, os focos de atenção do EEER com pessoa submetida a ATA no pós-operatório englobam a adesão programa de reabilitação, a adesão a precauções de segurança, o movimento corporal, o transferir-se, o equilíbrio corporal, o andar com auxiliar de marcha, usar o sanitário, vestir-se/despir-se e tomar banho. O EEER deve prestar especial atenção a estes focos devido à limitação da amplitude de movimentos articulares provocados pela dor, pela manipulação cirúrgica de grupos musculares e pelas limitações impostas pelo tipo de cirurgia, no sentido de se prevenirem complicações (Lourenço et al., 2021).

Preconiza-se o início precoce das mobilizações da articulação tibiotársica para favorecer o retorno venoso e diminuir o risco de fenómenos tromboembólicos, a realização de exercícios isométricos e isotónicos, as mobilizações passivas, ativas e assistidas, os exercícios de flexão, extensão, abdução e adução da articulação ACF, com restrições de acordo com as vias de abordagem (Sousa & Carvalho, 2023). Os exercícios isométricos, fundamentais para a marcha, devem ser ensinados ainda no período pré-operatório e realizados no pós-operatório imediato e ao longo de todo o processo de reabilitação, de modo a prevenir a atrofia muscular, promover o relaxamento muscular e melhorar a circulação sanguínea (Lourenço et al., 2021; Sousa & Carvalho, 2023). Os exercícios ativos do membro não operado e o treino dos membros superiores não deve ser descurado, sobretudo o fortalecimento dos tricípites braquiais, uma vez que serão recrutados na utilização dos auxiliares de marcha no período pós-operatório (Sousa & Carvalho, 2023).

Como enunciado anteriormente, o equilíbrio é um dos focos afetados e sobre o qual se deve intervir. Após realização da ATA a pessoa experimenta uma redução do equilíbrio, estático e/ou dinâmico, sendo indispensável o treino de equilíbrio, aquando do primeiro levante, para que se garanta a segurança no treino de transferências e no treino de marcha (Pereira et al., 2021).

A dor pós-operatória é uma preocupação significativa da pessoa submetida a ATA que, se bem controlada, permite a participação precoce no programa de reabilitação, um retorno mais célere às atividades diárias e à concretização dos autocuidados, o que aumenta a satisfação

com os cuidados prestados, permite uma alta mais precoce e favorece a diminuição das taxas de readmissão hospitalar (Peixoto et al., 2024).

O programa de ER com a pessoa submetida a ATA engloba uma grande vertente educacional, fundamental para a capacitação para uma transição segura para o domicílio. O EEER deve dirigir a intervenção educacional para o ensino e treino de AVD, de acordo com os objetivos, capacidades e realidade da pessoa. Devem fazer parte do programa de reabilitação o ensino e treino de posicionamentos, transferências para cama, cadeira e wc, técnica do levantar, técnica de transferência para a banheira ou base de duche, técnica de apanhar objetos do chão, técnicas de vestir e despir, calçar-se, utilização do wc, tendo em conta as ajudas técnicas existentes e medidas de segurança para prevenção da luxação dos componentes protésicos (Sousa & Carvalho, 2023). O ensino e treino de AVD é fundamental neste contexto, uma vez que permite identificar necessidades, treinar e readaptar as rotinas diárias através da utilização de estratégias adaptativas, maximizando a funcionalidade da pessoa preparando-a para a reintegração social.

As restrições aos movimentos, impostos pela via de abordagem, devem ser cuidadosamente abordados tanto na execução dos cuidados pelo EEER, no levantar, posicionamentos, transferências e mobilizações, como nas intervenções de ensino e treino, que se vão repercutir na realização das AVD. Os cuidados para prevenção da luxação da prótese são diferentes, dependendo da via de abordagem, sendo que, na abordagem posterior, se deve evitar a rotação interna da ACF, a flexão superior a 90º e a adução para além da linha média (Cruz et al., 2021).

A pessoa submetida a ATA deve ser advertida acerca da prevenção da luxação da anca, com o ensino dos movimentos a realizar, tentando transpor esse conhecimento para exemplos práticos. Quando deitada na cama em decúbito dorsal ou decúbito lateral para o lado são, deve utilizar triângulo abdutor ou uma almofada entre os membros inferiores, para evitar a adução para além da linha média e, quando sentada, deverá manter a abdução (Lourenço et al., 2021).

Como a luxação e subluxação da anca representam as complicações mais frequentes após ATA, deve instruir-se a pessoa para que seja capaz de reconhecer os sinais de alerta como: dor

intensa na anca, incapacidade de movimentar o membro operado, dismetria dos membros inferiores, habitualmente como membro operado mais curto (Lourenço et al., 2021).

Programas estruturados de reabilitação, dirigidos ao controlo da dor pós-operatória, à RFM com mobilização precoce, ensino e treino de exercícios musculares e articulares, treino de marcha e treino de AVD adequado às restrições impostas e realidade domiciliária, têm demonstrado ganhos enquadrados com os padrões de qualidade do EEER, que almejam a excelência dos cuidados, no que concerne à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado, à readaptação e reeducação funcional e à promoção da inclusão social (Pereira et al., 2021).

Os benefícios produzidos pela intervenção da equipa de ER corroboram a necessidade da sua integração nos serviços cirúrgicos, concretamente nos serviços de ortopedia, produzindo ganhos em saúde, que se refletem também na redução de custos dos serviços hospitalares (Nabais et al., 2023).

2.6.3 Intervenção do EEER para uma transição segura

Com a evolução das técnicas cirúrgicas e de reabilitação, o tempo de internamento após cirurgia do foro ortopédico tem-se tornado cada vez mais curto. No entanto, a transição vivenciada por cada pessoa é única e as suas repercussões assumem-se como um processo complexo, com grande impacto na vida quotidiana da pessoa e família que o experienciam (Lourenço et al., 2021).

O EEER, pelas suas competências acrescidas, planeia, concebe, implementa e avalia planos de ER diferenciados com a pessoa/família, adaptados às suas necessidades de cuidados, pelas limitações funcionais e pelas transições vivenciadas. O seu principal objetivo é restabelecer a funcionalidade, promover a capacidade para o autocuidado e maximizar o potencial de cada pessoa, visando sua reintegração na família e na comunidade, garantindo dignidade e qualidade à vida (Regulamento nº 392/2019).

A pessoa submetida a ATA pode vivenciar múltiplas transições, desde a admissão hospitalar, sendo um dos focos de atenção do EEER o regresso seguro a casa. É reconhecido que um

regresso a casa em que não se garanta a continuidade de cuidados de reabilitação aumenta o risco de perda de funcionalidade (Pina & Baixinho, 2020). Por poder apresentar uma pior condição funcional no momento da alta do que a que apresentada à admissão, a pessoa pode ver condicionada a sua autonomia, independência nas AVD e qualidade de vida, tendo como consequências a deterioração física e mental, levando, muitas vezes, ao isolamento social (Ferreira et al., 2019).

O planeamento da alta o mais precoce possível é um fator determinante na transição do internamento para o contexto domiciliário, funcionando como garantia da continuidade de cuidados (Mendes et al., 2017).

Neste contexto, a garantia de uma transição segura do hospital para o domicílio deve ser foco de atenção para o EEER, que deve assegurar que a pessoa cuidada e família recebem o suporte necessário, de acordo com as necessidades identificadas. As intervenções da equipa de saúde devem ser precocemente dirigidas ao apoio à transição, uma vez que este permite a promoção da capacidade funcional da pessoa submetida a ATA, permite a identificação, eliminação ou modificação a fatores de risco habitacionais, é essencial para a gestão do autocuidado e para a garantia do suporte social (Cruz et al., 2021).

Ferreira et al. (2019) enfatizam a importância de um plano de preparação para alta precoce, iniciado antes da ATA e apresentam-nos uma tríade de parceria de cuidados imprescindível para a garantia de uma transição segura para o contexto comunitário: o familiar cuidador, a pessoa cuidada e o enfermeiro. Acrescentam ainda que, para que isto ocorra, tem de ser garantido que a pessoa e família dispõem de todos os recursos necessários para satisfação das suas necessidades.

O apoio familiar e o seu envolvimento nas intervenções dirigidas ao conhecimento no período pré-operatório, tem demonstrado benefícios na recuperação da pessoa submetida a ATA. Pelas consequências após procedimento cirúrgico (dor, diminuição da força e amplitudes articulares e imposições impostas pela técnica cirúrgica) a família, no papel de cuidadora, assiste na realização das AVD, garante a adesão ao regime terapêutico, promove a participação no programa de reabilitação no domicílio e fornece apoio emocional (O'Neil et al., 2023). O mesmo é destacado por outros autores que referem que o planeamento adequado da alta e a

garantia da continuidade de cuidados com ênfase em intervenções ao nível da educação da pessoa e família, demonstram resultados significativos no processo de recuperação pós-cirúrgico (Pereira et al., 2016).

Muito embora a intervenção do EEER seja fundamental a nível do restabelecimento da funcionalidade, é considerável o seu contributo na capacitação da pessoa para integrar o processo de reabilitação na transição para o domicílio, no seu dia-a-dia (Lourenço et al., 2021).

O sucesso da continuidade do processo de reabilitação no domicílio implica necessariamente a capacitação da pessoa. A aquisição de conhecimento, o aperfeiçoamento de habilidades e capacidades para a realização de exercícios e a implementação de estratégias que favoreçam a independência nos autocuidados, são essenciais no processo de transição devendo ser prioridade na intervenção do EEER (Lourenço et al., 2021).

Um processo de capacitação adequado deve garantir que as necessidades da pessoa em processo de transição sejam satisfeitas, promovendo um aumento na sensação de segurança no regresso a casa, independentemente do nível de funcionalidade alcançado (Sousa & Carvalho, 2023; Barbosa & Frazão, 2020). A educação é fundamental no processo uma vez que quanto mais informada a pessoa estiver, maior será a motivação para participação nos cuidados (Ferreira et al., 2019).

A intervenção educacional pelo EEER deve incluir a instrução, ensino e treino de vestir e despir, transferências, utilização do wc, mobilizações ativas, prevenção de úlceras por pressão, gestão do regime terapêutico e estratégias para controlo da dor, com vista a melhorar a funcionalidade da pessoa e, simultaneamente, identificar precocemente necessidades para a alta que justifiquem a capacitação de um familiar cuidador (Ferreira et al., 2019). Além destas deve igualmente educar-se e capacitar-se a pessoa e família para prevenção de movimentos potencialmente luxantes, de acordo com a via de abordagem da ATA, o ensino e treino de marcha com andarilho e canadianas a três tempos, subir e descer escadas e as medidas a adotar para entrar e sair do carro garantido a restrição de movimentos imposta (Fowler et al., 2021; Sousa & Carvalho, 2023).

O ensino e treino das AVD deve ser realizado tendo em consideração a realidade domiciliária da pessoa, através da identificação de riscos e barreiras arquitetónicas e simulação de

contextos semelhantes, com recurso a ajudas técnicas adequadas (como elevador de sanita, assento de banheira, pinças e esponjas de cabo longo e bancos altos). Estudos evidenciam que um planeamento para a alta desajustado, que não considere as necessidades da pessoa e família, e uma preparação insuficiente para o autocuidado no domicílio originam o insucesso do processo de reabilitação e da continuidade dos cuidados (Colibazzi et al., 2020; Ferreira et al., 2019).

A intervenção do EEER é crucial na avaliação do risco e prevenção de acidentes domésticos e quedas, tornando-se especialmente importante na pessoa submetida a ATA pelo défice funcional que esta apresenta após a intervenção e no momento da alta. Assim sendo, os ensinamentos devem recair em medidas preventivas como: não utilizar camisas de noite ou roupões compridos, dispor os móveis da casa de forma a haver espaço livre para circular sem obstáculos, tirar tapetes do chão, não andar em pavimentos molhados, não deixar fios elétricos ou do telefone pelo chão, colocar barras de apoio no wc, na banheira/chuveiro e de apoio à sanita, colocar tapetes antiderrapantes na base de duche, ter as escadas bem iluminadas e, se possível, com corrimãos e evitar pavimentos acidentados (Sousa & Carvalho, 2023).

Estudos apontam para dificuldades na atividade sexual após ATA como resultado da dor pós-operatória, associadas às limitações impostas pela abordagem cirúrgica. A intervenção do EEER deve ser efetiva, dirigindo à pessoa informações sobre o regresso à atividade sexual segura, idealmente complementadas com informação na forma de folhetos (Lung et al., 2021).

A continuidade de cuidados de ER garante o acesso à informação, a manutenção da relação terapêutica enfermeiro-pessoa e a adesão ao programa de reabilitação. Estudos confirmam que o acompanhamento da pessoa após alta diminui a incidência de complicações após ATA (Sun et al., 2024). De acordo com as suas competências, cabe ao EEER assegurar essa continuidade de cuidados através da comunicação da informação à equipa de saúde da comunidade. Assim sendo, deve ser elaborada uma carta de Alta/Transferência que indique o programa de reabilitação delineado assim como as intervenções implementadas, incluindo a intervenção educacional, assim como as áreas que necessitam de maior investimento nesta transição para o domicílio (Sousa & Carvalho, 2023).

De acordo com a literatura, os fatores que influenciam a prontidão para a alta hospitalar após ATA incluem o início do processo de reabilitação no período pré-operatório e a sua continuidade após a cirurgia, existência de suporte social, analgesia/ausência de dor, as características da pessoa e a educação/capacitação/conhecimento adquirido (Fowler et al., 2021). De acordo com os mesmos autores, uma alta segura traduz-se em ganhos como um menor número de readmissões, uma maior satisfação com os cuidados prestados e a sensação de maior controlo do seu projeto de saúde.

Estudos atestam que os programas implementados por enfermeiros com ênfase na educação/conhecimento após ATA são essenciais para uma transição segura, promovendo a adesão terapêutica, a participação no programa de reabilitação, a capacidade para o autocuidado, reduzindo as taxas de reinternamento (Ferreira et al., 2019). Estes programas fundamentados na participação ativa da pessoa mostraram uma melhoria independência na realização das AVD, melhoria na mobilidade, aumento da qualidade de vida, melhoria da autoeficácia e diminuição da depressão (Pereira et al., 2021).

O EEER é fundamental no cuidado com a pessoa submetida a ATA no período pré-operatório, no pós-operatório e na transição segura para o domicílio, assegurando a continuidade do programa de reabilitação no regresso a casa (Sousa & Carvalho, 2023). Os resultados das intervenções terapêuticas delineadas e implementadas com a pessoa, que a ajudem a sentir-se empoderada e capacitada, traduzem-se no aumento da funcionalidade, da capacidade para o autocuidado e na reintegração social.

3. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo objetiva a descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio profissionalizante que permitiram alcançar as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências de EEER, em conformidade com o regulamento dos PQCEER, e as competências de mestre. A definição destes padrões é fundamental para a melhoria contínua dos cuidados, atuando como orientadores da práxis especializada (OE, 2018).

A complexidade inerente aos desafios de transformação dos cuidados de saúde, a mudança de paradigma do cuidar, assim como o contexto técnico-científico em permanente desenvolvimento, impõe à enfermagem e aos seus profissionais a procura constante de competências diferenciadas para que sejam capazes de dar resposta às necessidades de cuidados em saúde (Marques et al., 2024). No contexto sociodemográfico atual, com aumento das doenças crónicas e consequentemente aumento da dependência da pessoa, vem sendo demonstrada a necessidade da expansão dos cuidados especializados em ER, sendo um direito da pessoa e família o acesso pleno aos mesmos (Pestana, 2023a).

A qualidade dos cuidados com a pessoa como ser holístico em todas as suas dimensões, pressupõe competências técnicas e relacionais, capacidade de análise reflexiva e uma prática baseada em evidências científicas, que permitam uma melhor resposta a situações complexas (Marques et al., 2024), sendo o EEER o profissional que detém competências para prestação de cuidados gerais e, pela sua formação especializada e específica, intervém a um nível de complexidade mais elevado (Pestana, 2023a).

Como refere Pestana (2023a), a definição de competências de enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas e concretamente as competências específicas do EEER é fundamental por permitir a clarificação do seu conteúdo funcional, através da reflexão sobre os cuidados prestados, da responsabilidade no exercício profissional, da melhoria da qualidade dos cuidados, da flexibilidade intraprofissional e da identificação das necessidades formativas.

O cuidado do EEER pressupõe a produção de conhecimento com base na investigação e a crescente valorização de uma prática baseada ou informada pela evidência, que enfatize a pessoa e família como centro do processo dos cuidados, seja suportada por valores éticos e se

traduza em ganhos sensíveis a esses cuidados (Amendoeira, 2024). O conhecimento é um domínio que necessita de ser continuamente aprofundado, sendo este o percurso para a construção de uma identidade pessoal e profissional, assente na dimensão das competências (Fernandes & Sá, 2023).

O estágio profissionalizante oferece as ferramentas necessárias para o profissional/estudante consolidar a sua formação especializada, fundamentado para um cuidado competente e humanizado, com o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanas, sustentadas na reflexão e desenvolvimento contínuo. A prática reflexiva constitui um eixo central no processo ensino/aprendizagem do enfermeiro, que permite o desenvolvimento de competências para uma intervenção de qualidade (Marques et al., 2024).

Como se compreende, o estágio oferece uma oportunidade para o desenvolvimento de competências que excedem a intervenção ao nível funcional. Os EEER detêm um conjunto de competências que permitem satisfazer as necessidades da pessoa, em todas as suas dimensões, ao promoverem a recuperação, readaptação funcional, o autocuidado, a autoeficácia, capacitando a pessoa e família para a reinserção social, auxiliando nos processos de transição vivenciados (Pestana, 2023a). Reflito também sobre o processo de aquisição das competências de mestre, profundamente interligadas com a aquisição de competências do EEER. A formação como mestre oferece alicerces científicos e de investigação que permitem sustentar e melhorar a prática de cuidados. Esta relação entre as diferentes competências é essencial para o desenvolvimento de conhecimentos avançados e capacidades para atuar perante a complexidade do cuidar.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O perfil de competências do enfermeiro especialista está articulado com as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, sendo formulados quatro domínios comuns: as competências do domínio de responsabilidade profissional, ética e legal; as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; as competências do domínio da gestão de cuidados e as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019). De acordo com este regulamento, estas competências são partilhadas por todos

os enfermeiros especialistas e emergem da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados.

A **responsabilidade profissional, ética e legal** dos enfermeiros é fundamentada pelo Código Deontológico que estabelece os princípios, normas e valores que fundamentam a atuação do enfermeiro no seu exercício profissional. O enfermeiro especialista deve guiar-se por uma práxis assente nos princípios éticos e deontológicos da profissão, focada na humanização dos cuidados e na defesa dos direitos, liberdade e dignidade da pessoa cuidada (Resolução da Assembleia da República nº 8/2024). A enfermagem, centrada na pessoa e contexto social onde esta se insere, visa proteger e preservar a dignidade humana, assumindo a responsabilidade ética e moral pelo cuidado (Nunes, 2024a). É, por isso, determinante integrarmos na nossa prática diária o rigor ético e deontológico que as circunstâncias exigem, uma vez que lidamos constantemente com situações complexas de fragilidade e vulnerabilidade. O enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida ao cuidar e assegurar que os cuidados prestados pelos pares garantem uma prática profissional segura, humanizada e com respeito pelos princípios éticos.

Os princípios éticos exigem uma reflexão constante do enfermeiro acerca de si próprio e da forma como cuida do outro, procurando justificar a sua intervenção no respeito pela pessoa e simultaneamente pela sua dignidade profissional (Deodato, 2023).

Ao longo da minha experiência profissional, pessoal e, conseqüentemente durante este estágio profissionalizante, tentei que esta fosse delimitada por princípios e valores que nos caracterizam enquanto profissionais e, não menos importante, enquanto pessoas uma vez que são indissociáveis. Ao longo deste período fui levada a uma reflexão acerca das minhas ações, dos juízos de valor, do respeito pelas crenças, valores e autonomia da pessoa cuidada. Ao lidar com a incapacidade o EEER procura a promoção da capacidade funcional e a integração social de modo que se restitua igualdade na vida da pessoa face à restante comunidade, que, embora adaptada à sua condição, lhe proporcione qualidade e dignidade. Pode afirmar-se, portanto, que a dignidade humana fundamenta o agir ético do enfermeiro (Deodato, 2023).

Quando a pessoa se encontra em situação de fragilidade tentamos, muitas vezes, decidir o que consideramos ser benéfico para esta, muitas vezes sem a certeza de ser esse o seu desígnio.

Das maiores reflexões ao longo deste percurso comunitário e hospitalar e que se transpôs para a minha prática diária, foi o ajuste das minhas expectativas aos desejos da pessoa no desenvolvimento do seu processo de reabilitação. Esta gestão entre o que consideramos ser vantajoso para a pessoa e o que esta construiu no seu projeto de saúde, influenciado pelas suas crenças e ideologias, é um processo difícil. Os princípios, valores e deveres do EEER emergem da relação que se estabelece com a pessoa, em condições particulares, muitas vezes em processos de transição saúde-doença, e não são alterados independentemente da condição em que esta se encontra (Deodato, 2023). Este respeito pela singularidade deve ser a base de qualquer plano de cuidados, pelo que todas as intervenções foram construídas e readaptadas tendo em conta esta premissa.

Na realização do relato de caso clínico com a pessoa submetida a ATA no contexto hospitalar e do relato de caso com a pessoa com Síndrome da Imobilidade por CIPO na comunidade, foram respeitadas as diretrizes éticas da investigação em enfermagem no que concerne ao direito pela dignidade, liberdade e autonomia da pessoa cuidada. A mesma foi informada de forma oral e escrita de todas as fases do processo de reabilitação, dos seus objetivos e procedimentos, sendo dada a possibilidade de desistir do estudo em qualquer fase. As suas preocupações e sugestões foram igualmente consideradas. Toda a recolha e tratamento de dados foi efetuada com a salvaguarda de manter o seu anonimato.

Deodato (2022) reitera que a investigação em saúde deve ser conduzida na procura do equilíbrio entre a exigência de desenvolver uma ciência rigorosa e a obrigação ética de se respeitar e, acima de tudo, proteger a pessoa. Para cumprir esse objetivo e, como compete às comissões de ética envolvidas a verificação da adequação do estudo e o cumprimento dos procedimentos éticos, foi pedida autorização à comissão de ética da ESSATLA, para ambos os casos, tendo sido obtida aprovação, assim como o consentimento informado dos participantes (constantes dos Apêndices I e II). A obtenção do consentimento livre e esclarecido para os cuidados prestados pelo EEER demonstra respeito pela pessoa e pela sua vontade, o que se traduz no respeito pelo princípio da autonomia (Vasconcelos, 2021).

A intervenção do enfermeiro inclui promover o envolvimento e participação da pessoa e família na gestão da sua saúde, garantir que a sua vontade é cumprida e, ainda, agir de acordo com o melhor interesse se esta não tiver capacidade para decidir, sendo capaz de explicar a

decisão e ações subsequentes (Nunes, 2024a). Todas as intervenções foram explicadas à pessoa, assim como os seus objetivos, permitindo-lhe expressar a sua vontade, firmando-se aqui o respeito pela liberdade e autonomia acerca dos cuidados de enfermagem.

Na relação de parceria de cuidados, a pessoa é o elemento central na tomada de decisão sobre o seu projeto de saúde (Vasconcelos, 2021). Esta premissa fundamentou todo o estágio, uma vez que em todos os contactos da equipa de EEER com a pessoa cuidada, desde a admissão até a transição para o domicílio, esta foi chamada a participar em todas as decisões ao longo do processo de reabilitação. O plano de cuidados foi concebido de acordo com as expectativas, objetivos e realidade domiciliária, assim como incluída a presença da família, se a pessoa assim o decidisse. Porque “é na relação com o outro que a profissão de enfermagem se realiza, e é nesse contacto com o outro, no entendimento do seu sentido, que o cuidar se manifesta” (Vasconcelos, 2021, p. 37).

Promover a dignidade é mais do que um requisito ético. É, pois, uma maneira de humanizar os cuidados, garantindo que a pessoa de sinta respeitada, ouvida e valorizada. O respeito pela dignidade manifestou-se no respeito pela privacidade e intimidade, tanto de informação como ao evitar exposições corporais desnecessárias; na clareza da comunicação com a pessoa; na escuta ativa; no respeito pelas crenças, valores e participação ativa; na promoção do conforto, por exemplo nos posicionamentos, no ensino de técnicas de gestão da dor; no respeito pela individualidade, evitando julgamentos; garantindo a segurança da pessoa (por exemplo com as intervenções ao nível da prevenção do risco de queda); estimulando, mediante a sua vontade, a participação da família no programa de cuidados. Este modelo de cuidado é apoiado por evidência robusta, especificamente nas recomendações do guia de boas práticas “*Person-and-Family-Centred Care*”, que ressalva a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica baseada no respeito, comunicação eficaz e confiança, onde a pessoa e família sejam proativos na concretização do seu projeto de saúde e através de planos de cuidados individualizados e implementados respeitando a sua autonomia (*Registered Nurses’ Association of Ontario*, 2015).

Esta reflexão sobre a prática enquadra-se com o preconizado pelos PQCEER no que concerne à satisfação dos cuidados. Como referem Vilela et al. (2024), a satisfação da pessoa é o primeiro indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que esta foi alcançada

através da identificação das necessidades e expectativas com a pessoa e família, pelo respeito pelas suas crenças, valores e desejos e através do planeamento e implementação de planos de cuidados alicerçados na confiança e na pessoa como participante ativo do seu projeto de saúde e de vida.

O **domínio da melhoria contínua da qualidade** é intrínseco à excelência do exercício profissional configurando, por isso, nas competências comuns dos enfermeiros especialistas. A melhoria contínua pressupõe uma atualização científica e técnica constante, enquanto estratégia de serviço e institucional (Martins et al., 2024a).

De acordo com Donabedian (2003) citado por Martins et al. (2024a), a qualidade em saúde envolve a aquisição dos maiores benefícios com o menor risco para a pessoa, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais vigentes. O mesmo autor refere que a qualidade em saúde se obtém a partir da relação entre a ciência e tecnologia disponível para os cuidados e da aplicação desse conhecimento na prática. O objetivo final da melhoria da qualidade é que esta se traduza em resultados positivos para a pessoa, família ou comunidade.

Neste sentido, os processos de melhoria contínua da qualidade em enfermagem exigem planeamento, implementação e avaliação de ações que aumentem a segurança, eficiência e a excelência dos cuidados, num compromisso contínuo de investigação e adaptação às necessidades da pessoa e sistemas de saúde. Cada organização tem missões e planos estratégicos únicos que influenciam as decisões para o desenvolvimento da qualidade (Martins et al., 2024a).

Para desenvolver competências neste domínio, foi fundamental a consulta de protocolos, normas e projetos vigentes no serviço, assim como a consulta normas nacionais. O serviço de internamento encontra-se alinhado com os princípios emanados pela comissão de infeção hospitalar no que concerne ao controlo de infeção, lavagem das mãos, à norma nacional de prevenção do risco de queda no adulto em cuidados hospitalares, prevenção de úlceras por pressão, entre outras.

A implementação de estratégias para prevenção do risco de queda no adulto tem sido uma preocupação global. A prevenção de quedas deve ser uma responsabilidade partilhada entre os diferentes níveis de cuidados com o objetivo de diminuir a sua incidência, especialmente

nos grupos mais vulneráveis, diminuir a gravidade das lesões consequentes e, assim, melhorar a qualidade dos cuidados (*Registered Nurses' Association of Ontario, 2017*).

As estratégias de prevenção de quedas nos idosos devem ser baseadas numa avaliação multifatorial do risco, sendo a intervenção do EEER fundamental ao nível da educação para modificação de riscos ambientais e na maximização das capacidades, com o desenvolvimento de estratégias que permitam o aumento do equilíbrio e da força muscular, treino de marcha e treino de AVD (Fernandes et al., 2020b).

A avaliação do risco de queda é particularmente importante no contexto de internamento de ortopedia, pelo risco aumentado após intervenção cirúrgica, uma vez que estas são representativas de morbilidade, mortalidade e uma das principais causas de internamento hospitalar (DGS, 2019). Para avaliação do risco de queda, e para implementar as intervenções adequadas para diminuir esse risco, foram utilizados instrumentos de medida constantes da norma nacional supracitada, como a escala de Morse, o *Timed UP and Go Test* (Sousa et al., 2024b). Enquanto enfermeira e EMER avaliei e identifiquei fatores de risco, planeei e implementei intervenções para eliminar ou minimizar o risco de queda e avaliei a sua eficácia. Intervenções ao nível do conhecimento e aprendizagem de capacidades foram implementadas com a pessoa e família, englobando os fatores de risco para quedas, precauções básicas, medidas específicas atendendo ao contexto domiciliário, utilizando uma linguagem clara e compreensível, fornecendo também folhetos informativos existentes no serviço. A evidência confirma que muitas quedas são previsíveis e evitáveis, sendo necessária a implementação de medidas multifatoriais, tais como a avaliação do risco, a implementação de programas de exercício adaptados ao contexto da pessoa, intervenções ambientais e a educação para a saúde (*Registered Nurses' Association of Ontario, 2017; Sousa et al., 2024b*).

O risco de queda no domicílio é foco de atenção no cuidado do EEER, sendo a intervenção deste profissional fundamental para a sua prevenção. Em contexto comunitário são múltiplos os riscos que carecem de avaliação cuidadosa, nomeadamente, tapetes soltos, desníveis, degraus, mobiliário instável, camas altas, terrenos acidentados, entre outros, que exigem adaptação para minimizar os riscos e permitam obter um ambiente seguro. Ao longo do estágio na comunidade, além da intervenção ao nível da capacitação da pessoa e família para o desenvolvimento de estratégias de prevenção da queda, foram implementadas sessões de

treino de exercício com ênfase no fortalecimento muscular, equilíbrio e treino de marcha/escadas, tanto no interior como no exterior da habitação. A literatura comprova que a implementação de programas de intervenção do EEER com a pessoa, adaptados à realidade domiciliária, com ênfase no fortalecimento muscular e equilíbrio, traduzem-se em ganhos na capacidade para o autocuidado, diminuição do risco de queda, favorecem a reinserção social e aumentam a qualidade de vida (Gomes et al., 2019).

Em concordância com os projetos de melhoria contínua existe no serviço de Ortopedia o projeto “VIAJA” que, face aos constrangimentos na disponibilidade de recursos humanos, tem diminuído a sua atividade. Como referido na contextualização, este projeto de equipa interdisciplinar, tem como objetivo o cuidado à pessoa proposta para ATA e ATJ, no processo de transição como ênfase na capacitação para adaptação à nova realidade. A evidência confirma que programas estruturados de ER iniciados no pré-operatório, assentes na educação, traduzem-se não só em ganhos para a saúde como sociais e económicos (Pina & Baixinho, 2020). O sucesso da intervenção cirúrgica vai depender da assimilação do conhecimento e da sua capacidade para o integrar no desempenho das AVD. De acordo com Ferreira et al. (2019), as principais intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros que garantem uma transição segura para o domicílio são a educação para a saúde, a coordenação entre serviços para garantir a continuidade de cuidados e o seguimento/*follow-up* da pessoa após alta.

Muito embora a evidência nacional e internacional suporte a necessidade de programas estruturados para a reabilitação funcional e capacitação da pessoa e familiar cuidador para o regresso a casa após cirurgia, grande parte dos serviços de ortopedia continuam sem cumprir este requisito, traduzindo-se em perda de independência, capacidade para o autocuidado e potencial para a marcha (Cruz et al., 2020; Pina & Baixinho, 2020). O EEER terá aqui uma oportunidade de, na concretização das suas intervenções baseadas na evidência e orientadas para a pessoa e família, obter ganhos sensíveis aos cuidados de ER, fortalecendo o valor institucional, económico e social da ER.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvi uma sessão de educação para a saúde com foco na prevenção de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde (Apêndices III e IV). Considerei este um tema pertinente pela sua expressão no

contexto dos cuidados hospitalares e pela importância do EEER para assegurar a aplicação dos princípios da ergonomia. A evidencia alerta para a alta prevalência do desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética associada ao trabalho, sendo determinante a sua consciencialização desta problemática, assim como o desenvolvimento de estratégias de intervenção (Moura et al., 2019). Pelo papel que desempenha na equipa, é função do EEER identificar e contribuir para a resolução dos problemas que possam pôr em causa o bem-estar musculoesquelético dos profissionais de saúde, fomentar uma cultura isenta de risco, promovendo mudanças de comportamento com impacto positivo a longo prazo, tanto a nível individual como institucional. Desenvolvi ainda, um cartaz e panfletos (Apêndice V) com o objetivo de incentivar a prática de exercícios de alongamentos e relaxamento que ajudem a prevenir a rigidez e a sobrecarga muscular, com benefícios comprovados na melhoria da postura, perceção corporal e diminuição da tensão muscular (Magalhães et al., 2021).

A sessão, dirigida à equipa de enfermagem e de técnicos auxiliares de saúde do serviço de Ortopedia, via presencial e à distância através da plataforma *Zoom*[®], destacou-se pelo interesse demonstrado pelos participantes ao longo da apresentação sobre o tema e metodologias utilizadas. A avaliação da formação realizada no final com recurso a um questionário em escala de *Likert*, fornecida aos participantes em regime presencial, apresentou como resultados o seu contributo para aquisição de novos conhecimentos, a adequação aos objetivos, a clareza e a sua aplicação prática (Apêndice VI). No final, a adesão à sessão prática de exercícios de alongamentos constantes do cartaz, superou as expectativas, com a participação da equipa de forma interessada. Este momento prático consolidou os conhecimentos adquiridos e reforçou a importância de incorporar essas práticas na rotina profissional. A implementação de sessões de alongamento em situações específicas do dia, nomeadamente no início e final do turno, tem sido paulatinamente implementada. O cartaz está afixado na sala de enfermagem de forma a promover a adesão a esta prática de prevenção da sintomatologia musculoesquelética relacionada com o trabalho.

Não se pode falar em melhoria contínua da qualidade sem integrar os registos que permitam documentar os cuidados especializados em ER e objetivar o seu contributo nos ganhos em saúde. Os sistemas de informação em enfermagem são fundamentais na melhoria do acesso e qualidade dos serviços, sendo por si só um meio para aumentar a acessibilidade aos dados

da pessoa, que permitam o cuidado em segurança e confidencialidade, assim como partilhar e produzir conhecimento (Rocha et al., 2024). Durante o estágio profissionalizante efetuei registos em linguagem CIPE, integrados nos sistemas *Sclinico*® e *Oracle*® para elaborar diagnósticos e documentar intervenções específicas do EEER, fundamental para cuidados baseados na melhor evidência e que garantam a continuidade de cuidados.

A realização destas atividades permitiu a obtenção de ganhos que se enquadram com o emanado pelo regulamento dos PQCEER, apoiando a melhoria da organização dos cuidados de enfermagem que garante as melhores práticas, trazendo assim benefícios na prestação de cuidados relativamente à promoção da saúde, prevenção de complicações decorrentes do internamento e procedimento cirúrgico, obtendo-se como resultado o bem-estar e aumento da satisfação da pessoa e família com os cuidados prestados.

No **domínio da gestão de cuidados**, emerge a premissa do planeamento dos cuidados em ER com a pessoa, de acordo com o seu projeto de saúde, garantindo o cumprimento dos seus objetivos e expectativas, com respeito pela individualidade, crenças e valores e não a aplicação de protocolos de cuidados despersonalizados.

Enquanto EMER pude assistir e contribuir com o meu conhecimento profissional na visita interdisciplinar, realizada duas vezes por semana no serviço de internamento, onde há uma partilha entre a equipa e a pessoa internada no sentido de se valorizarem progressos, identificarem dificuldades e discutir estratégias que permitam satisfazer as necessidades encontradas. A interdisciplinaridade pressupõe o trabalho conjunto das diferentes disciplinas que pretendem a melhor resposta de saúde, em que se respeita a vulnerabilidade da pessoa cuidada, originando excelência de cuidados, pela comunicação eficaz, responsabilidade e intervenção terapêutica (Mendes, 2024).

Em contexto comunitário assisti a duas reuniões entre a equipa da UCC e os parceiros sociais onde, num esforço conjunto, se abordaram casos de pessoas e famílias vulneráveis ou com risco acrescido de dependência funcional, com necessidade de reavaliação de planos de atuação, de acordo com as suas especificidades.

Através desta sinergia entre equipas fortalecem-se as redes de apoio comunitário, direcionam-se e disponibilizam-se recursos, otimizando o processo de reabilitação. Fica claro que, como

afirma Deodato (2024), os conhecimentos dos diferentes profissionais cruzam-se e conjugam-se em busca dos melhores cuidados face às necessidades da pessoa, família e comunidade.

Como refere Lucília Nunes (2024b), na regulação da profissão de enfermagem, “autonomia é pressuposto e alicerce” (p. 89). Durante a prestação de cuidados deparamo-nos constantemente com situações inesperadas e exigentes que necessitam de uma tomada de decisão autónoma, centrada na relação interpessoal, assente num julgamento ético e clínico e com uma base científica, o chamado processo de enfermagem (Nunes, 2024b).

No contexto do internamento cirúrgico é reconhecida a importância do levante precoce, mas, algumas vezes, pela instabilidade hemodinâmica, por precaução de segurança ou mesmo por fatores intrínsecos à pessoa, o mesmo não é possível. A realização de exercícios musculares e articulares no pós-operatório precoce está fundamentado pelos ganhos na recuperação funcional após ATA e pela importância na prevenção de complicações. A pessoa cuidada nem sempre demonstra disponibilidade física ou psicológica para adesão aos exercícios, havendo necessidade de reajuste ou do tempo de realização ou do tipo de exercício. Muitas vezes, por fatores de gravidade, como por exemplo complicações cirúrgicas, o processo de reabilitação projetado tem de ser interrompido ou reformulado. Estes factos não representam uma falha na intervenção do EEER, mas sim uma readaptação do programa às características, vontades e necessidades da pessoa, no momento da intervenção. Reflito, assim, na necessidade de a tomada de decisão do EEER ser a mais adequada para cumprir o projeto de saúde da pessoa cuidada, em toda a sua complexidade.

Por tomada de decisão entende-se a fundamentação que suporta a ação, sendo esta a escolha entre a que se considera a melhor das várias alternativas possíveis, em torno da pessoa como participante principal da construção do programa de intervenção (Nunes, 2024b).

Muitas vezes, pela diminuição da força muscular e amplitude articular, presença de dor, ou pelas limitações prévias da pessoa, a funcionalidade e capacidade para o autocuidado ficam diminuídas, com recuperação aquém para o tempo decorrido do pós-operatório. A acrescentar a esta perda da capacidade funcional, associam-se muitas vezes barreiras arquitetónicas no domicílio intransponíveis e a falta de apoio familiar, gerando situações de angústia potenciadoras de uma transição insegura. Nessa situação é fundamental que o EEER, como

elemento central da equipa de saúde, reconheça estas limitações, reajuste planos de reabilitação, seja elo de ligação com a equipa interdisciplinar e garanta a continuidade de cuidados em articulação com outros profissionais, nomeadamente a assistente social e encaminhamento para a RNCCI. Com base nesta intervenção fica demonstrada a capacidade de tomada de decisão, da mobilização de outros profissionais no trabalho de equipa, adequando os recursos existentes às necessidades manifestadas. É competência do EEER informar e orientar a pessoa e família para os recursos existentes na comunidade, que garantam a continuidade de cuidados, uma vez que estes podem fazer a diferença entre viver integrado na sociedade ou limitado pela deficiência (Reis et al., 2021).

No serviço de internamento é reconhecido o trabalho do EEER pelos elementos da equipa interdisciplinar, existindo pelo menos um elemento a garantir cuidados de ER diariamente, durante a manhã. Os planos de trabalho das equipas devem tendencialmente dispor de EEER não só durante a manhã como também à tarde, noite e fim-de-semana para que seja garantida a continuidade de cuidados especializados (Pestana, 2023b).

Compreendendo as capacidades e especificidades do EEER no que concerne à conceção, gestão e supervisão de cuidados, emerge o seu papel de liderança na equipa, contribuindo para a implementação de políticas de saúde com ênfase na promoção da saúde e prevenção de complicações (Monteiro et al., 2022).

O programa de reabilitação da ortopedia é garantido pela equipa de EEER, fisiatra e fisioterapeutas em que todos se complementam e prestam cuidados à pessoa, alinhados em pressupostos que se potenciam: promover uma reabilitação precoce, reconhecendo a pessoa como um ser único, autónomo e participativo. Deve ser garantida a complementaridade entre os diferentes elementos da equipa de saúde, nomeadamente entre EEER, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou terapeutas da fala, com os limites impostos pela sua atuação profissional (Pestana, 2023b).

A integração na equipa foi fundamental para o desenvolvimento pleno das competências propostas e pelo contributo que desempenharam no meu próprio desenvolvimento pessoal, impossível de mensurar com qualquer instrumento de medida. Toda a equipa, detentora de grande profissionalismo, partilhou comigo conhecimento e experiências que em muito

facilitaram a minha jornada. As enfermeiras orientadoras, basilares neste processo, estimularam a minha curiosidade, o sentido crítico, o conhecimento e capacidade reflexiva, maximizando sempre as minhas oportunidades de aprendizagem e demonstrando, através do seu exemplo, a humanidade que vive em nós.

As atividades desenvolvidas que permitiram alcançar as competências inerentes à gestão de cuidados, nomeadamente a articulação com equipas interdisciplinares e a tomada de decisão assente no projeto de saúde da pessoa, no conhecimento científico e nos princípios éticos, permitiram contribuir para a melhoria na organização dos cuidados de saúde, para a prestação de melhores cuidados, promovendo a saúde, o bem-estar e capacidade para o autocuidado, a prevenção de complicações, a reeducação e readaptação funcional e, conseqüentemente, a satisfação do cliente, como se conceptualiza no regulamento dos PQCEER.

O **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** preconiza a aquisição de novas competências assentes em vários saberes. O desenvolvimento do conhecimento é um processo descontínuo que precisa de reflexão crítica para ser criado, ampliado ou corrigido, havendo sempre potencial para ser melhorado (Cardoso & Brito, 2024).

A necessidade de se identificar a melhor evidência científica em enfermagem que informe acerca do processo de tomada de decisão tem vindo a crescer. Define-se o conceito de prática baseada em evidência como sendo o processo complexo de tomada de decisão, viável, adequado e efetivo, informado na melhor evidência disponível, tendo em conta o contexto de prestação de cuidados, a individualidade da pessoa cuidada e a experiência do profissional (Jordan et al., 2019). A tomada de decisão na enfermagem, essencial no cuidado com a pessoa, integra não só o conhecimento científico como as preferências da pessoa e o contexto dos cuidados, num processo em constante mutação.

A prática informada ou baseada na evidência é fundamental para o exercício do enfermeiro especialista e foi com essa proposição que desenvolvi o meu percurso. Para aprofundar o conhecimento, tanto para a intervenção com a pessoa e família, como para intervenção junto dos pares, recorri a pesquisas em base de dados, tentando selecionar a melhor e mais recente evidência, assim como recorrer ao apoio por parte de peritos em EEER no contexto do internamento em ortopedia. Todas as intervenções em serviço integraram uma

contextualização teórica, nomeadamente a formação sobre sintomatologia das LMERT (Apêndice III), contacto telefónico após ATA (Apêndice II – Relato de Caso) e marcação de distâncias no corredor (Apêndice VII), o que permitiu fundamentar a prática, assim como suportar as atividades formativas realizadas. É ao refletirmos intencionalmente sobre a ação, necessariamente suportada pela evidência, que estamos a construir conhecimento em enfermagem. Cabe ao EEER garantir não só uma prática baseada em evidência, mas também que o mesmo seja ensinado e inculcido nas novas gerações de enfermeiros.

Fundamentar a prática de enfermagem em modelos conceptuais é essencial para a prestação de cuidados e está claramente definida nos instrumentos que orientam e regulam o exercício profissional dos enfermeiros especialistas (Ribeiro et al., 2021). Ao longo do estágio profissionalizante, o cuidado com a pessoa teve por base a aplicação do processo de enfermagem, guiado por referenciais teóricos e conhecimento científico atualizado, recorrendo, sempre que achei oportuno, a instrumentos de colheita de dados que permitissem diagnosticar necessidades de cuidados, implementar e reformular intervenções. Esta atuação, associada à parceria de cuidados, integrando o paradigma da pessoa como ser único e individual, responsável pelo seu projeto de saúde, permitiu alavancar o meu desenvolvimento profissional, enfatizando a necessidade da formação contínua para prestação de cuidados adequados e de qualidade.

O processo de enfermagem, que constitui uma forma específica de aplicação do método científico, é constituído por cinco fases – avaliação/colheita de dados, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados - que permitem a orientação na tomada de decisão para que se crie com a pessoa um plano de cuidados único e complexo para um cuidado individualizado (Alves et al., 2024).

A colheita de dados, fundamental na conceção dos cuidados, deve ser realizada de forma clara, precisa e rigorosa, numa preocupação crescente com a promoção de uma enfermagem centrada na pessoa, relevando os seus problemas reais e envolvendo-a no seu processo saúde-doença (Sampaio, 2024).

Os instrumentos de avaliação são essenciais para a prática porque garantem a recolha de informações completas e precisas que sustentam todo o processo de enfermagem. A utilização

de instrumentos de recolha de dados na intervenção do EEER permite ser suporte na tomada de decisão e refletir sobre a prática de cuidados, sendo a sua seleção e utilização adequada o garante para a melhoria contínua dos cuidados (OE, 2016).

A verificação da qualidade métrica dos instrumentos de avaliação na ER é fundamental porque assegura que as ferramentas utilizadas são válidas, responsivas e fiáveis, permitindo avaliar a efetividade das intervenções do EEER (Sousa et al., 2023). Por validade entende-se como o grau em que um instrumento mede especificamente o fenómeno que se pretende investigar (Dixe, 2022). A responsividade ou sensibilidade às alterações representa a capacidade do instrumento para detetar mudanças ao longo do tempo, especialmente as que se apresentam como clinicamente significativas (Dixe, 2022). Na intervenção do EEER, um instrumento é responsivo quando permite identificar efetivamente alterações e evoluções ao estado da pessoa quando estas ocorreram (Sousa et al., 2023). A fiabilidade ou reprodutividade de um instrumento de colheita de dados é representativa da sua precisão, referindo-se à consistência dos resultados obtidos quando este é aplicado em situações semelhantes (Dixe, 2022).

Como exemplo deste processo de desenvolvimento de competências relevo o cuidado com a pessoa submetida a ATA pela alta prevalência e impacto crescente nos sistemas de saúde, pela importância do cuidado do EEER na capacitação com a pessoa e intervenção no processo de transição e, fundamentalmente, pelos ganhos em funcionalidade, capacidade para cuidar de si e qualidade de vida. Para prestar os melhores cuidados e na procura do melhor conhecimento houve necessidade de pesquisa e do desenvolvimento de uma intervenção com a pessoa, desde o período pré-operatório, transição para o domicílio e posterior contacto após alta. O acompanhamento diário da pessoa, a utilização de instrumentos de colheita de dados adequados e o estabelecimento de uma relação terapêutica permitiram uma avaliação de necessidades, o planeamento, implementação e avaliação do programa em ER que culminou com a elaboração de um relato de caso clínico (Apêndice II) onde se evidenciam ganhos, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da ER.

Em contexto comunitário, ressalvo a necessidade de investigação sobre os cuidados de ER à pessoa portadora com síndrome da imobilidade por CIPO, que permitiram aperfeiçoar a minha intervenção com a pessoa cuidada e família, inseridos no seu contexto de vida. A escolha do tema deste relato de caso clínico (Apêndice I) foi impulsionada pela escassez de estudos, por

se tratar de uma doença rara, o que permitiu acrescentar conhecimento. Como salientam Gaspar et al. (2021), o EEER deve fundamentar as suas práticas numa busca incessante pela melhor evidência científica, acrescentando novos saberes e perspetivas, tornando a sua intervenção junto da pessoa mais eficaz e capaz de acrescentar qualidade à vida.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais permitiu alcançar os objetivos propostos pelo regulamento dos PQCEER, constatada através dos resultados dos relatos de caso, nomeadamente no que concerne à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, ganhos no bem-estar, readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social, no apoio à transição e na organização dos cuidados de enfermagem.

3.2 Competências Específicas do EEER

A descrição de competências do EEER surgiu pela necessidade de adaptação da sua resposta ao constante desenvolvimento científico, com necessidade de integração da evolução da investigação na sua prática de cuidados (Gaspar et al., 2021). É reconhecido que, a ER “detém um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento nº 392/2019, p. 13565). As competências específicas do EEER permitem-lhe uma intervenção em todos os contextos, no cuidar a pessoa com necessidades especiais, recorrendo ao desenvolvimento pleno das suas capacidades (Santos, 2023).

Analisando as áreas de intervenção e as competências do EEER compreende-se que a realização de uma atividade não responde exclusivamente a um domínio de competência uma vez que estas são transversais. Ao intervir com a pessoa e família, atendendo ao cuidar em todas as suas dimensões, estamos necessariamente a interferir nos diferentes domínios. Ao cuidar com a pessoa, podemos estar a maximizar a sua funcionalidade, a capacitá-la ou à sua família, o que se reflete na sua capacidade de participação social. Assim, são descritas de seguida algumas atividades implementadas durante o estágio profissionalizante que, embora divididas por domínio de competência, se complementam.

Competência J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (p. 13566)

O estágio profissionalizante em internamento envolveu a implementação de planos de cuidados individualizados, concebidos com a pessoa, alinhados com os seus objetivos e expectativas, com a intenção de promover a capacidade para o autocuidado, promover a independência funcional e capacitar a pessoa e família para um processo de transição o mais seguro possível. Este processo, com intencionalidade dos cuidados da EEER, tendo em vista a promoção do projeto de saúde que a pessoa vive e perspectiva, fundamenta-se numa base científica, no estabelecimento de uma relação terapêutica e na comunicação eficaz, oferecendo à pessoa cuidada ganhos no bem-estar e qualidade de vida.

A intervenção do EEER tem com o objetivo ajudar a pessoa a manter a capacidade para o autocuidado e a experienciar as transições de vida de modo salutar. O foco do agir é a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação funcional e a gestão de sintomas, capacitando a pessoa para a independência (Reis et al., 2021). Neste sentido, ao longo deste processo, fundamentei a minha intervenção nos modelos conceituais de Afaf Meleis e Dorothea Orem, já descritos, pela sua pertinência no contexto em que desenvolvi o meu processo de aprendizagem.

No internamento de ortopedia, no âmbito da cirurgia programada, é essencial a avaliação das repercussões na funcionalidade, tanto no período pré-operatório, como consequência da patologia de base, como no pós-operatório, de forma sistemática, para se reavaliarem os planos de cuidados e quantificar ganhos sensíveis aos cuidados de ER. A avaliação da funcionalidade não se deve circunscrever ao nível motor, mas também ao nível da eliminação, alimentação, função respiratória, sexualidade, permitindo avaliar a capacidade para o desempenho das AVD, integrando o contexto da pessoa, a sua vertente familiar, emocional e psicológica (Santos, 2023). Só assim se torna possível enumerar diagnósticos de ER de acordo com as necessidades específicas e, através da participação da pessoa cuidada, traçar objetivos e metas alcançáveis para se implementarem intervenções específicas, com vista ao preconizado nos diferentes domínios do regulamento dos PQCEER.

Neste contexto, durante o período pré-operatório, foi-me possível recolher os dados pessoais e de saúde através da entrevista e da consulta da informação em *SClinco*[®], perceber as condições inibidoras e facilitadoras em contexto domiciliário, assim como determinar o grau de conhecimento apresentado face à condição, procedimento e programa de reabilitação. Neste contacto foi-me também possível a integração do cuidador como parceiro de cuidados, fundamental para que o processo de reabilitação seja continuado na transição para o domicílio. Cada vez mais o cuidar com a pessoa, incluindo a família e/ou pessoas significativas, assume um papel fundamental pelo suporte que representam para a pessoa cuidada, mas também para serem por nós suportadas nas fases de transição que experimentam.

Recorrendo aos instrumentos de avaliação que considerei adequados e, na sua grande maioria, preconizados pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação guiei o planeamento, intervenção, avaliação e reestruturação dos programas implementados, sempre com foco na pessoa e família, na recuperação funcional, bem-estar e qualidade de vida. A escolha dos instrumentos recaiu na avaliação adequada da situação para suportar a tomada de decisão (OE, 2016). Estas avaliações vão de encontro ao descrito na literatura que refere que a intervenção do EEER deve pautar-se pelo rigor e objetividade, através da utilização de escalas para aferir capacidade de desempenho motor, cardiorrespiratório, afetivo e cognitivo para, deste modo, poder planear, implementar e avaliar planos de cuidados adequados (Reis & Bule, 2023).

No contexto hospitalar de ortopedia, as necessidades da pessoa são múltiplas, quer causadas pelo processo ou processos simultâneos de transição de saúde-doença que a pessoa vivencia naquele momento, quer pelas sequelas apresentadas por processos patológicos anteriores ao nível motor, sensorial, cognitivo, respiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade. Independentemente da causalidade da perturbação musculoesquelética, esta traduz-se em aumento da dependência no autocuidado constituindo-se, por isso, um domínio central da intervenção do EEER (Lourenço et al., 2021).

Refletindo a experiência neste contexto de ortopedia, a elaboração do plano de cuidados em ER, na avaliação da pessoa considerada a condição prévia à cirurgia e as limitações apresentadas por estas influenciarem o seu potencial de reabilitação. Neste sentido, e após identificação dos diagnósticos com as especificidades descritas, foram elaborados planos de

cuidados personalizados, com base em linguagem CIPE, no Padrão Documental dos Cuidados de ER e na Ontologia em Enfermagem, promovendo o autocuidado e a capacidade funcional, que permitam à pessoa/família concretizar o seu projeto de saúde. Foi-me possível cuidar da pessoa, em processo de transição saúde-doença, com foco na promoção do autocuidado intervindo na adesão ao regime de reabilitação, estabelecendo uma relação empática e facilitando a integração da família; no movimento corporal (implementação precoce de exercícios musculares e articulares); nas AVD (instruir, ensinar e treinar o transferir-se, o sentar-se, tomar banho, o vestir-se e despir-se, usar o sanitário, o andar com auxiliar de marcha).

Ao longo destas semanas foi possível cuidar com pessoas e famílias com perturbação da função respiratória ou intolerância à atividade, fundamentalmente durante o estágio complementar, com a implementação de intervenções, dependendo do diagnóstico em ER, nomeadamente com a pessoa com derrame pleural, DPOC descompensada, asma agudizada, pneumotórax, pneumonia, lesões ocupantes de espaço, empiema). De forma a sustentar os diagnósticos e intervenções a equipa de ER aplica instrumentos específicos para avaliação da pessoa que lhes permitem estruturar intervenções que se considerem mais adequadas. Neste contexto específico da pessoa com compromisso cardiorrespiratório foi-me permitido intervir e desenvolver habilidades na realização e treino de técnicas específicas nos focos ventilação, atendendo às especificidades da patologia restritiva e obstrutiva (CDTR, reeducação costal, reeducação diafragmática, espirómetro incentivo); dispneia em repouso (técnicas de descanso e relaxamento, técnicas de correção postural); movimento corporal (treino de RFR associado ao treino de exercício); intolerância à atividade (treino de RFR associado ao treino de exercício, especialmente treino de resistência de acordo com a frequência, intensidade, duração, tipo de exercício e progressão); limpeza da via aérea (drenagem postural modificada, manobras acessórias, tosse, *Huff*, ciclo ativo de técnicas respiratórias, expiração lenta com a glote aberta em decúbito infralateral – ELTGOL). Além disto, sendo fundamental na pessoa com doença crónica, foi possível intervir no foco conhecimento e aprendizagem de capacidades através da instrução, ensino e treino de algumas técnicas acima descritas, de acordo com a sua adequação, e das técnicas de conservação de energia, com toda a sua envolvimento.

Competência J2 “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (p. 13567)

A capacitação e o empoderamento são pilares fundamentais nos cuidados de ER, promovendo a autonomia da pessoa cuidada, fortalecendo as suas capacidades para que possa tomar decisões informadas sobre a sua saúde e bem-estar. A enfermagem, enquanto disciplina, através da parceria de cuidados, auxilia a pessoa até que esta se restabeleça, reabilite ou desenvolva estratégias adaptativas face à nova condição. O EEER reúne um conjunto de competências que excedem a intervenção na componente funcional, sendo capazes de auxiliar e capacitar a pessoa e família nos processos de transição vivenciados (Pestana, 2023a).

A intervenção do EEER dirigida aos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades promovem a autonomia e o desenvolvimento de habilidades adaptativas que a capacitam para os processos de transição (Sousa et al., 2020). Como referem Reis e Bule (2023), a capacitação manifesta-se na capacidade para realização das ABVD e AIVD, que são reflexo da autonomia e independência da pessoa e traduzem-se com a funcionalidade e qualidade de vida.

Ao longo do estágio implementei planos de ER com a pessoa de forma a prevenir, restabelecer e reeducar a capacidade funcional associada à perturbação musculoesquelética, com o objetivo de a capacitar para a reinserção do exercício da cidadania. De facto, não se pode pensar que o processo de reabilitação está concluído sem que a pessoa cuidada seja capaz de cuidar de si ou tenha recursos compensatórios que o permitam fazer (Reis & Bule, 2023).

Ao intervir precocemente, no contexto hospitalar, com a pessoa e família que vivenciam um processo de transição, o EEER está a garantir a continuidade de cuidados também em contexto domiciliário (Vigia et al., 2023). O treino de ABVD e AIVD é fundamental pelos benefícios que, segundo as mesmas autoras, promove o aumento da força muscular, aumenta a amplitude articular, melhora o equilíbrio e a capacidade para uma marcha independente, promovendo, assim, a independência no autocuidado. Durante o estágio no serviço de internamento de Ortopedia o cuidado com a pessoa do EEER considerou sempre o treino de AVD como intervenção primordial, uma vez que estas intervenções cirúrgicas interferem diretamente com a mobilidade, força, equilíbrio, com repercussões diretas na funcionalidade e independência. Assim, realizei intervenções de ensino, instrução e treino, com a pessoa e familiar cuidador, no âmbito da higiene pessoal, treino de vestir e despir, treino de locomoção

(treino de marcha com canadianas ou andarilho e treino subir e descer escadas), treino de transferências. Relativamente ao treino de AIVD destaco a instrução, ensino e treino e entrar e sair do carro, assim como apanhar objetos do chão, respeitando as limitações impostas pela intervenção cirúrgica, com ou sem pinça de cabo longo, arranjando estratégias adaptativas.

Com o objetivo de capacitar a pessoa para o autocuidado além de ter desenvolvido esta intervenção autónoma do EEER, selecionei, prescrevi, ensinei, treinei e supervisionei a utilização de produtos de apoio, nomeadamente escova de cabo longo para a higiene, alteador de sanita na pessoa submetida a ATA, calçadeira e pinça de cabo longo, banco de duche, barras de apoio, tábua de banheira, canadianas, andarilho, cadeira de rodas. Estes produtos devem ser utilizados pelo EEER para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, assim como a sua participação e integração na comunidade (OE, 2023). Estas intervenções foram implementadas considerando a realidade domiciliária da pessoa, no sentido de tentar identificar e colmatar dificuldades, eliminar eventuais barreiras arquitetónicas ou, na impossibilidade, encontrar estratégias adaptativas que favoreçam uma transição segura. O treino de AVD no contexto real domiciliário funciona como incentivo à participação da pessoa e cuidadores, promovendo a independência funcional, o autocuidado, a reinserção familiar e social (Vigia et al., 2023). Atualmente é reconhecido que um programa despersonalizado, que não considere as especificidades da pessoa, da família e do ambiente, um treino e capacidade deficiente para o autocuidado e uso inadequado dos recursos comunitários não são promotores da continuidade de cuidados nem favorecem o processo de transição (Ferreira et al., 2019).

No contexto da pessoa submetida a intervenção cirúrgica dos membros inferiores, a capacidade para a marcha é inevitavelmente comprometida o que acarreta diversas implicações, entre elas, a nível da funcionalidade, da capacidade para o autocuidado, na interação social, no bem-estar, autoestima e qualidade de vida. Estudos enfatizam a importância da intervenção do EEER na marcha como importante indicador de saúde, pelo que sugerem a avaliação sistemática da capacidade para andar em todas as pessoas internadas e a intervenção nos processos de capacitação para que seja garantida a mobilidade durante o internamento (Sousa et al., 2024a).

Pela importância que a locomoção representa, desenvolvi e implementei a intervenção de marcação das distâncias no corredor do serviço de internamento de ortopedia (Apêndice VII), que foi muito bem acolhida por todos os elementos do serviço. De entre os objetivos principais destaco a monitorização da progressão no treino de marcha, permitindo ajustar estratégias, promover a motivação e participação da pessoa nos cuidados de ER e melhorar a capacidade funcional. Este projeto enfatiza o que a literatura descreve uma vez que as metas estabelecidas para o treino do andar devem ser realistas, mas, ao mesmo tempo, desafiantes, englobando aspetos como a promoção da independência na locomoção e o desenvolvimento de estratégias de diminuição do risco de quedas (Marques-Vieira & Caldas, 2023). Durante o processo de reabilitação é fundamental o encorajamento da pessoa, o reforço positivo, a valorização de pequenas conquistas e a demonstração de total disponibilidade na parceria de cuidados. É basilar o incentivo e desafio à autossuperação da pessoa respeitando, simultaneamente, as limitações existentes (Marques-Vieira & Caldas, 2023). De facto, o treino de marcha com objetivos, definição de metas alcançáveis e que demonstrem os ganhos da intervenção do EEER favorecem a participação da pessoa no programa de reabilitação, sendo fundamental para o processo de capacitação que esta compreenda os ganhos que pode obter e seja conduzida à certeza de que é capaz de alcançar esses resultados (Reis & Bule, 2023).

A implementação deste projeto não foi possível em tempo útil para se traduzir em resultados mensuráveis, por reestruturação do serviço. No entanto contará com a equipa de EEER para que sirva como instrumento de apoio aos cuidados de ER.

No cuidado com a pessoa submetida a ATA, para avaliar o nível e conhecimento pré-operatório e adquirido após as intervenções delineadas no programa de ER utilizei como instrumento a Lista de Verificação da Aprendizagem na ATA, constante do relato de caso em apêndice (Apêndice II – Relato de Caso), que permite, segundo a autora, identificar os ganhos com a intervenção do EEER na vertente educacional (Nicolau et al, 2022a). Através da aplicação deste instrumento foi possível identificar os défices no conhecimento, identificar as necessidades específicas de intervenção, planear cuidados dirigidos a essas lacunas, reestruturar intervenções e identificar os ganhos sensíveis aos cuidados do EEER. No momento da transição para o domicílio, foi possível verificar que a intervenção dirigida ao conhecimento e aprendizagem de capacidades, baseada na instrução, ensino e treino, permitiram capacitar a pessoa o mais precocemente possível, favorecendo uma transição segura no regresso a casa.

Na presença de incapacidade transitória ou permanente para o autocuidado, o exercício profissional dos enfermeiros centra-se na capacitação dos cuidadores, para que estes sejam capazes de responder de forma efetiva às necessidades da pessoa de quem cuidam (Petronilho et al., 2021).

Fundamental no meu processo de aprendizagem e para o sucesso das intervenções foi a possibilidade de envolver a pessoa e família, em parceria de cuidados, durante toda a fase do processo de enfermagem. A educação com a família e cuidadores desde o período pré-operatório permite o desenvolvimento de estratégias adaptativas para a pessoa e família, fomentando uma transição segura (Ferreira et al., 2019). Este estágio possibilitou-me a intervenção em parceria de cuidados com a pessoa submetida a ATA e família no que concerne à capacitação dos cuidadores. Neste sentido foi ensinado e treinado cuidadores, filha e marido, todos os aspetos fundamentais após intervenção cirúrgica que lhes permitiram ser participativos, identificar possíveis fatores facilitadores e inibidores no domicílio, dar suporte e continuidade aos cuidados, tendo resultado na sua capacitação para uma transição segura. Foram abordados, ensinados e treinados temas relativos ao tipo de intervenção cirúrgica, identificação de sinais de complicações, restrição de movimentos impostos pela abordagem cirúrgica, importância da adesão ao programa de reabilitação, exercícios de fortalecimento muscular, treino de AVD com recurso a ajudas técnicas, ensinamentos para gestão do ambiente e prevenção de quedas. Todas as intervenções foram suportadas com recurso a informação escrita, na forma de folhetos existentes no serviço. Estas intervenções levaram a que, ao momento da alta, todo o ambiente domiciliário estivesse preparado para acolher a pessoa e fosse facilitador da sua independência funcional. Num estudo qualitativo realizado por Rocha et al. (2024), foram identificadas as principais necessidades no regresso a casa após fratura da anca, entre as quais de destacam, o treino de AVD, educação e capacitação da pessoa e família, estratégias de prevenção de quedas, ajudas técnicas e estratégias adaptativas, que permitem corroborar a importância da implementação destas intervenções.

Na transição para o papel de cuidador e de forma a prestar cuidados seguros, é imperativa a aquisição de conhecimentos e habilidades que lhe permitam dar resposta às necessidades, sendo que compete ao EEER a sua atuação junto deste como facilitadora da aceitação deste papel (Ferreira et al., 2020). A família, na pessoa do cuidador, figura central dos cuidados, também deve ser alvo da intervenção da equipa de saúde de forma a ser garantida uma

transição segura dos cuidados hospitalares para o domicílio, assim como a continuidade de cuidados (Baixinho & Ferreira, 2020).

A experiência em contexto comunitário permitiu-me reconhecer o que os autores advogam relativamente à importância do cuidador na continuidade de cuidados, assumindo-se também ele como elo fundamental no sucesso do processo de reabilitação. A capacitação do cuidador, foi fio condutor da minha experiência na comunidade, nomeadamente nas situações de maior vulnerabilidade e dependência funcional, em que a gestão dos cuidados é um desafio constante.

Na realidade portuguesa, com o aumento da população idosa e das doenças incapacitantes, verifica-se o aumento do grau de dependência na realização das AVD, crescendo a necessidade de respostas na comunidade, nomeadamente na figura do cuidador. Este papel, habitualmente representado pela família, na sua grande maioria mulheres com mais de 65 anos, com doenças crónicas e, muitas vezes em processo de transição de desenvolvimento, relembra a necessidade da preparação adequada do cuidador familiar para obtenção de melhores resultados em saúde (Ferreira et al., 2021).

Desta reflexão e da experiência nos diferentes contextos emerge também a necessidade do reconhecimento da família como pessoa, como ser único que também ela atravessa um processo de transição situacional, ao assumir um novo papel. O envolvimento dos cuidadores, a capacitação para cuidarem de si com mestria em relação às atividades promotoras de autocuidado, são processos-chave para a gestão dos processos de saúde-doença (Petronilho et al., 2021). Deste modo, torna-se fundamental capacitar o cuidador, mas fornecer-lhe simultaneamente as ferramentas necessárias para que mantenha o seu próprio autocuidado, um nível adequado de saúde e bem-estar que permita a continuidade de cuidados à pessoa dependente e uma transição segura para o domicílio (Ferreira et al., 2020).

O EEER é o profissional competente para garantir que os cuidados prestados são adequados e que a família cuidadora recebe o suporte necessário no desempenho pleno nesta fase de transição. Este deve agir como agente facilitador desta mudança ao identificar as necessidades em cuidados não só da pessoa cuidada como da família, gerindo expectativas face ao potencial de reabilitação, auxiliando na construção de um ambiente de cuidados salutar.

Na ECCL, contexto privilegiado de atuação do EEER, reconheci, não só a intervenção deste no cuidado com a pessoa, mas também no suporte do cuidador na transição para o novo papel e no desenvolvimento de estratégias promotoras do seu próprio autocuidado, orientando para os recursos na comunidade: estruturas residenciais para idosos, centros de dia, equipas de apoio domiciliário e descanso do cuidador do âmbito da RNCCI.

O contexto comunitário fornece-os um conhecimento prático das dificuldades sentidas no exercício de reinserção social da pessoa com incapacidade ou deficiência pelos poucos apoios monetários e sociais e demasiadas barreiras arquitetónicas. Com a equipa da ECCL experienciei as dificuldades no processo de reeducação e readaptação funcional, onde os recursos materiais são escassos e as habitações contam com inúmeras barreiras – escadas, desníveis, dimensões reduzidas, portas estreitas, acessos difíceis, iluminação inadequada, entre outros – o que exige ao EEER que se reinvente em busca de soluções alternativas para proporcionar o melhor cuidado. A identificação destas barreiras e o desenvolvimento de estratégias compensatórias foram desenvolvidas neste contexto. Assim, foi possível identificar e eliminar obstáculos, reduzir o risco de queda e acidentes, adaptando a intervenção ao contexto real.

É urgente que se mudem práticas, que se encontrem estratégias que respondam a este desafio atual de garantir uma transição segura para o domicílio. Ferreira et al. (2024) enfatizam a importância do EEER na coordenação entre equipas hospitalares e comunitárias, na promoção da capacidade funcional da pessoa e na capacitação do cuidador como garantia da continuidade de cuidados, que se traduz na diminuição de complicações e reinternamentos, contribuindo para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Importa refletir no desafio que é pensar o cuidar para além das portas das instituições hospitalares, no cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, direcionando recursos que promovam a qualidade, equidade e sustentabilidade dos serviços de saúde.

Competência J3 “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (p. 13567)

Durante este estágio, e para desenvolver esta competência, planeei e implementei intervenções específicas com a pessoa que lhe permitiram a maximização das capacidades para um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório. No estágio complementar, no

serviço de internamento de Pneumologia e Hospital de Dia foi possível aliar a RFR ao treino de exercício. A reabilitação respiratória não compreende apenas a melhoria da função pulmonar, mas também a gestão de sinais e sintomas, objetivando a capacitação da pessoa para gestão da doença, a melhoria da capacidade para o exercício e a redução da dispneia (Novo et al., 2021). Com vista à maximização do desempenho motor e cardiorrespiratório, aliado às técnicas de RFR já descritas anteriormente, cada pessoa integrada no programa de ER, beneficia de treino de exercício através de planos personalizados. Os ganhos sensíveis aos cuidados de ER têm sido evidentes e publicados, produzindo evidência. A equipa de ER participa neste momento num ensaio clínico internacional em que se alia a interdisciplinaridade para obtenção de ganhos em saúde para a pessoa com patologia respiratória. Isto é coerente com o preconizado uma vez que intervenção do EEER deve incluir o desenvolvimento de programas de RFM, baseados em e para criar evidência científica (Dias et al., 2021).

No serviço de internamento de Ortopedia implementei um programa de ER com a pessoa submetida a ATA, que pretendia avaliar os ganhos da implementação do mesmo na capacitação com a pessoa e o seu contributo para uma transição segura. Esse programa foi iniciado no período pré-operatório e manteve-se após a alta hospitalar. Foram utilizados instrumentos de colheita de dados tanto na admissão como em todas as sessões de reabilitação e foi feita a colheita de dados relevantes, nomeadamente fatores facilitadores e inibidores à implementação do plano, como identificação de barreiras arquitetónicas, rede de apoio, entre outros. Foi formulado e implementado o plano personalizado de acordo com a tolerância da pessoa e incidiu em intervenções ao nível do conhecimento, no ensino, instrução e treino de AVD com recurso a produtos de apoio, RFR, RFM. Como foi evidenciado no relato de caso, obtiveram-se ganhos sensíveis aos cuidados de ER, no que concerne ao conhecimento e aprendizagem de capacidades, com conseqüente capacitação para o autocuidado. Verificaram-se ganhos na capacidade funcional, traduzida pela melhoria no desempenho das ABVD, AIVD, aumento da força muscular e amplitude articular, diminuição da dor e do risco de queda, melhoria do equilíbrio e da capacidade para a marcha.

A obtenção de conhecimento pela pessoa submetida a ATA e o desenvolvimento de capacidades e competências para a concretização plena dos autocuidados, prevenção e

identificação de complicações, influenciam o processo de transição, devendo, por isso, ser foco de atenção do EEER (Lourenço et al., 2021).

A recente evidência fomenta o apoio no processo às transições com a pessoa e família, para que esta se processe com segurança e eficácia, em todas as fases dos cuidados. As intervenções enquanto EMER são concordantes com as recomendações do guia de boas práticas *“Transitions in Care and Services”* nomeadamente ao assegurar a capacitação da pessoa e família/rede de apoio durante todo o processo de transição, ao colaborar com a pessoa e família, antes, durante e após a alta para domicílio de forma a assegurar a segurança e continuidade dos cuidados (*Registered Nurses' Association of Ontario, 2023*).

Assim, de forma a monitorizar o processo de transição para o domicílio, foi realizado um contacto telefónico uma semana após intervenção e, para fundamentar a prática, foi elaborado um guia de seguimento pós-operatório que se integra o relato de caso constante do apêndice II. Este documento foi elaborado com o objetivo de servir de orientador das temáticas mais importantes a serem abordadas em chamada telefónica com a pessoa submetida a ATA. Esta intervenção surgiu como tentativa de assegurar a continuidade de cuidados, acompanhar o progresso da recuperação, reforçar o plano de reabilitação e identificar precocemente complicações. Desse contacto emerge a motivação e adesão da pessoa ao processo de reabilitação, satisfação com os cuidados de ER implementados e confiança no processo de transição. Estes resultados permitiram concluir que EEER é o profissional com as competências necessárias para a implementação de programas de intervenção que permitem capacitar a pessoa, com contributos para uma transição segura.

Os resultados obtidos com a implementação do programa de ER com a pessoa submetida a ATA, que culminou na elaboração do relato de caso, são concordantes com a evidência nacional e internacional. Todas estas intervenções permitem-nos concluir que o EEER é um elemento facilitador do processo adaptativo de quem cuida e de quem é por este cuidado, garantindo a continuidade de cuidados e não se limita apenas à fase hospitalar, mas também ao meio ao qual a pessoa pertence (Vigia et al., 2021).

Em ECCI, concebi e implementei um programa de treino motor e cardiorrespiratório com a pessoa portadora de CIPO evidenciando, como consta do relato de caso clínico, ganhos na

força muscular, na tolerância à atividade, no equilíbrio, na capacidade funcional, na capacidade para o autocuidado e na satisfação da pessoa e família com os cuidados de ER.

Ainda durante o estágio na comunidade, no projeto “Movimento Sénior” alinhado com os objetivos do PNS 2030 para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e com as características da população da área de intervenção, estruturei e implementei duas sessões de treino de exercício dirigidas aos idosos frequentadores do centro de convívio da área de abrangência da ECCI. O guia de planeamento das sessões foi elaborado de acordo com evidência recente e servirá de guia orientador da UCC para continuidade do projeto (Apêndice VIII). Para cada sessão foram delineados objetivos, identificadas estratégias e medidas de segurança necessárias à sua implementação segura. Estruturalmente foram divididas em exercícios de aquecimento, parte fundamental (treino aeróbio, força, flexibilidade, coordenação e, ainda uma componente específica de reabilitação do pavimento pélvico) e exercícios de alongamento, seguindo as orientações da *American College of Sports Medicine* (2018) e da OMS (2020) para atividade física e comportamento sedentário. O grupo demonstrou grande receptividade às atividades, tendo obtido a participação de todos os presentes com entusiasmo. Os exercícios, embora estruturados, foram adaptados à capacidade, especificidade e vontade da pessoa. Considero que estas dinâmicas foram muito relevantes para a promoção do bem-estar e da interação social entre participantes, com aumento do conhecimento sobre importância da atividade física, controlo do padrão respiratório e técnicas de exercício muscular e articular.

A evidência corrobora a importância da implementação de programas de treino de exercício estruturados e adaptados às especificidades do idoso, beneficiam o envelhecimento ativo e o processo de reabilitação, com ganhos ao nível do bem-estar, da funcionalidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida (Ferreira et al., 2023).

Para complementar este projeto elaborei um cartaz intitulado “Movimento para uma vida sem idade”, constante no apêndice IX, cuja intencionalidade é o aumento da literacia em saúde sobre a importância da atividade física, o combate ao sedentarismo e a promoção da interação social incentivando a prática das atividades em grupo. A implementação destas intervenções na comunidade têm como objetivo a maximização da capacidade dos idosos, contribuindo de

forma direta para aumentar os anos de vida mas principalmente para garantir que esses anos sejam vividos com maior qualidade (Garcia et al., 2021).

O desenvolvimento destas atividades para atingir os objetivos específicos permitiram-me alcançar o que se encontra descrito no regulamento dos PQCEER, com a premissa da implementação de cuidados de ER personalizados e diferenciados, com foco no autocuidado, capacitação e transições vivenciadas.

Relativamente à **satisfação do cliente**, ela emergiu na operacionalização dos cuidados com a pessoa e família, no estabelecimento de uma relação terapêutica e de um ambiente facilitador dos cuidados. Desenvolveu-se através do compromisso com a pessoa, do respeito pelas suas crenças e valores. Pela empatia e pela tomada de decisão que favoreceu a sua autonomia no processo de reabilitação e na concretização do seu projeto de saúde.

A **promoção da saúde** foi alcançada através da implementação cuidados de ER que permitiram potencializar a capacidade funcional da pessoa com as limitações impostas pela condição. Foram identificadas e eliminadas barreiras arquitetónicas através do cuidado em parceria, e desenvolvidas estratégias adaptativas, promovendo ambientes seguros. A capacitação com a pessoa cuidada e família foi o fio condutor deste processo de aprendizagem, essencial neste contexto, para a autonomia na tomada de decisão, para o processo de reabilitação e prevenção de fatores de risco, ajudando a pessoa a atingir o nível mais elevado de bem-estar físico, mental e social.

Na concretização dos planos de reabilitação, a **prevenção de complicações** foi contemplada em todas as intervenções com a pessoa e numa base interdisciplinar. O cuidado com pessoa com doença aguda ou com condições crónicas, das quais resultaram limitações funcionais permanentes ou temporárias, foi realizado com o objetivo prevenir problemas secundários ou agravamentos no estado de saúde. Com a aplicação do processo de enfermagem, baseado na evidência, julgamento ético e profissional, foram garantidos cuidados de qualidade.

Inerente à atuação de EEER está a promoção do **bem-estar e o autocuidado**. A sua concretização constituiu-se como aspeto central nos cuidados, considerando a pessoa como ser autónomo, com necessidades físicas, emocionais e sociais. O desenvolvimento deste percurso enfatiza o papel do enfermeiro enquanto promotor e facilitador do autocuidado,

assim como a sua intervenção na transição segura, sendo que a sua concretização se traduz inevitavelmente em bem-estar. Foi conseguida a promoção do bem-estar e autocuidado através da inclusão da pessoa e família no processo de cuidados, da identificação das necessidades no autocuidado e na realização das AVD, concebendo planos e programas específicos, dirigidos ao conhecimento e aprendizagem de capacidades, através da instrução, ensino e treino da pessoa e família. Todas estas intervenções foram dirigidas à promoção da autonomia e independência, com vista à capacitação, maximização do bem-estar e funcionalidade. Foram obtidos ganhos sensíveis aos cuidados de ER no conhecimento, capacitação da pessoa e família, com reflexo no bem-estar e qualidade de vida.

Através da utilização de instrumentos válidos, fiáveis e responsivos que, entre outros, avaliaram a funcionalidade e capacidade para o autocuidado, foram desenvolvidos com a pessoa e família planos de intervenção para maximizar a sua capacidade com vista à **readaptação funcional**. Contemplou-se o planeamento precoce da alta, considerando o contexto domiciliário, identificando barreiras e otimizando recursos existentes para uma transição segura dos cuidados hospitalares. Foram planeadas com a pessoa e família e implementadas intervenções dirigidas à **reeducação funcional**, nomeadamente ensino, instrução e treino de AVD, RFR, planos de treino de exercício, para promover a sua independência, qualidade de vida e **inclusão social**. Foi promovida a continuidade de cuidados, através do envolvimento da equipa interdisciplinar e da capacitação do cuidador, também este com necessidade de cuidados.

A **organização dos cuidados de Enfermagem** pressupõe a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade para o exercício profissional dos EEER cujas atividades que me permitiram dar resposta a este enunciado foram descritas anteriormente. Enquanto EMER, efetuei registos com base em linguagem CIPE, com a avaliação das necessidades de cuidados com a pessoa, elaboração de diagnósticos em ER e respetivas intervenções específicas do EEER. O sistema de registos é fundamental para o cuidar com segurança, garantir a qualidade e a continuidade de cuidados. Em contexto comunitário, a elaboração do plano estruturado de sessões de exercício no âmbito do projeto “Movimento Sénior” que servirá de guia orientador para continuidade do mesmo em ECCI, permitiu-me igualmente alcançar este enunciado.

3.3 Competências de Mestre

Em concordância com o 15º art.º do Regulamento nº 65/2018, o grau de mestre é atribuído ao estudante que detenha conhecimentos aprofundados numa determinada área de estudo, capacidades de investigação e competências profissionais avançadas. O mestrando deve aliar o pensamento crítico e reflexivo à capacidade de intervenção em situações de elevada complexidade, propondo soluções inovadoras, em contexto multidisciplinar, contribuindo para a excelência da prática profissional.

Alicerçadas às competências de investigação, essenciais para o desenvolvimento do estado da arte, pretende-se que o grau de mestre seja atribuído a quem seja capaz de comunicar o conhecimento de forma clara, sem ambiguidades e desenvolver o seu processo formativo de forma autónoma, ao longo da vida (Regulamento nº 65/2018).

Da investigação entende-se como sendo o pilar de qualquer disciplina científica e, na enfermagem, pretende-se que esta estimule a reflexão sobre as práticas, ajude no desenvolvimento da disciplina, promova uma prática baseada na evidência proporcionando, desta forma, ganhos em saúde para a pessoa e comunidade (Sequeira & Néné, 2022).

Nos últimos anos, consequência das alterações das políticas de saúde face aos crescentes desafios impostos, transcende o reconhecimento da investigação para o desenvolvimento do conhecimento na ER (Padilha et al., 2021). Sendo a investigação um processo sistemático de produção de evidência, cada EEER deve agir como agente potenciador do mesmo através da partilha do conhecimento e publicação dos resultados da investigação que realiza (Fernandes et al., 2019).

A enfermagem é caracterizada por intervenções autónomas em contextos abrangentes e de elevada complexidade, numa dinâmica de complementaridade funcional com outras disciplinas, dotada de elevado nível de dignidade e autonomia profissional e ainda pelo facto de criar e dinamizar resultados de investigação (Barata, 2023). É fundamental, face à natureza científica da enfermagem, um planeamento adequado do desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional do EEER que permitam responder com segurança às exigências crescentes da prática.

O EEER assume responsabilidade acrescida uma vez que, através da sua intervenção na prática e investigação em áreas relevantes, podem influenciar as políticas de saúde (Sousa et al., 2022). Considerando-se a investigação como motor propulsor do conhecimento, torna-se necessário orientar e construir trabalho, baseado na melhor evidência científica, que apoie o desenvolvimento da ER, valorizando as áreas de investigação prioritárias propostas pelo colégio da especialidade (Aviso n.º 3915/2021).

Ao longo deste processo enquanto EMER, em contexto comunitário e hospitalar, adquiri competências, através de um processo complementar de formação teórica, prática e de investigação, que me permitirão promover a excelência dos cuidados. Pretendo, ao longo do meu percurso profissional, contribuir para o avanço do conhecimento na área da ER, participando em projetos de investigação, disseminando resultados de forma a integrar a evidência científica na prática de cuidados.

Foi fundamental a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a formação teórica da unidade curricular de Investigação que me capacitou para a pesquisa, seleção e análise crítica de artigos científicos. Ser detentora destas bases foi crucial no desenvolvimento dos dois relatos de caso em que se obtiveram ganhos sensíveis aos cuidados do EEER. Como reconhecimento da qualidade do trabalho desenvolvido e da aquisição de competências de investigação, em que se objetiva a ampliação e disseminação do conhecimento, destaco a aceitação para publicação dos artigos científicos *“Rehabilitation Nursing Care to a person with Immobility Syndrome due to Intestinal Pseudo-Obstruction: Case Report”*, pela revista *Interdisciplinary Rehabilitation* (Anexo I) e *“Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility” (Short Communication)*, na revista *Seminars in Medical Writing and Education* (Anexo II), elaborado em parceria com os restantes colegas do BIP. Saliento, ainda, a submissão e aceitação para revisão dos artigos *“Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Relato de Caso”* na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação e *“A teoria das transições como referencial teórico de suporte à Enfermagem de Reabilitação em contexto ortotraumatológico” (short communication)* na revista *Interdisciplinary Rehabilitation*.

Durante o estágio em UCC elaborei, baseando-me na melhor evidência disponível, um guia de planeamento de sessões de treino de exercício na comunidade que servirá de documento

orientador da ECCI para continuidade do projeto. O desenvolvimento destas atividades permitiu acrescentar conhecimento em áreas de investigação definidas como emergentes e prioritárias pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025, nomeadamente, nas intervenções autónomas do EEER nas funções motora e cardíaca, dependência no autocuidado em contexto domiciliário, na promoção do envelhecimento ativo e na capacitação da pessoa e/ou família (OE, 2014).

As competências de EEER e as competências de mestre, estabelecem entre si uma relação de simbiose que, em conjunto, ampliam as fronteiras do conhecimento, com resultados significativos na qualidade dos cuidados prestados, na implementação de políticas de saúde baseadas em evidências e no avanço da enfermagem como ciência e profissão, promovendo impactos positivos na saúde e bem-estar da população. As competências de mestre sustentam a prática do EEER e este, por conseguinte, identifica necessidades e orienta a investigação.

Associar as competências conferidas pelo grau de mestre às competências específicas do EEER é fundamental para criar uma sinergia que promova a produção de conhecimento; a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, através da resposta adequada às novas exigências em cuidados; o desenvolvimento da autonomia profissional e a valorização e reconhecimento social da enfermagem. É preponderante valorizar a formação do enfermeiro para evidenciar a importância da ER na equipa interdisciplinar a nível nacional e internacional (Fernandes et al., 2019).

Importa refletir sobre o reconhecimento da enfermagem como disciplina e, nesta fase do meu percurso, sobre o impacto do trabalho do EEER ser, em alguns contextos, subestimado. Investir na investigação, na busca constante por conhecimento sustentado, melhorando práticas é essencial para a valorização profissional. Como referem Vieira e Magalhães (2022):

Acresce, não raras vezes, que o reconhecimento demora. Outras, nunca chega. Mas essa força construtora de conhecimento, essa vontade de saber mais para fazer melhor, esse imperativo em edificar um Homem novo baseado em saber sustentado é, e continuará a ser, o poderoso propulsor da ciência. Dar-lhe visibilidade é, assim, edificar uma sociedade mais esclarecida. Na verdade, mais livre. (p. 223)

4. ANÁLISE SWOT

Neste capítulo utiliza-se metodologia da análise SWOT para conduzir uma reflexão acerca dos pontos fortes, limitações e dificuldades percebidas durante a realização do estágio profissionalizante.

Pontos fortes (*Strengths*)

Na reflexão acerca dos pontos fortes durante a concretização desta etapa emerge imediatamente forma como fui recebida e integrada pela equipa interdisciplinar, em todos os contextos dos estágios, e da valorização demonstrada por todos os elementos aos cuidados do EEER. A equipa de enfermeiros especialistas, com quem tive a oportunidade de aprender, demonstra conhecimento avançado nas áreas de intervenção, com elevado valor científico, numa busca constante pelas melhores práticas. Não menos importante, e provavelmente uma das forças motivadoras deste estágio, foi integrar-me num meio de humanização de cuidados, do respeito pela pessoa como ser único e participativo no processo de reabilitação, obtendo-se assim, a excelência dos cuidados. A integração num ambiente de respeito profundo pela essência da enfermagem, onde emerge o espírito de respeito e entreajuda entre pares, facilitador da aprendizagem, aliado ao alto grau de exigência profissional, alavancou-me na conclusão deste processo.

Considero, como ponto forte, a realização da formação em serviço sobre a prevenção de sintomatologia relacionada com LMERT dirigida aos profissionais de saúde. Considero que a iniciativa teve grande adesão e contribuiu para a reflexão e promoção de uma cultura de prevenção do risco. A comunicação clara e prática, aliada a exemplos concretos e aplicáveis ao contexto profissional, contribuíram para o envolvimento ativo dos participantes.

A minha capacidade de adaptação aos diferentes contextos e a relação terapêutica desenvolvida com a pessoa cuidada e família é outro dos pontos fortes, que me permitiram alcançar o desenvolvimento pleno dos objetivos a que me propus para aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Destaco, por fim, a aceitação dos artigos científicos para publicação, que representa o reconhecimento de todo o esforço e dedicação ao longo deste processo.

Pontos fracos (*Weaknesses*)

Dos pontos fracos sobressai o contexto de internamento, completamente diferente da minha realidade profissional, o cuidado à pessoa em ambulatório e urgência, fundamentalmente nas especialidades de urologia e otorrinolaringologia, que, embora colmatado com preparação teórica, adivinhava falta de experiência prática. Os sistemas de registos/informação em enfermagem foram díspares do utilizado no meu contexto profissional, sendo necessário um maior investimento para compreensão e utilização dos mesmos de forma adequada.

A não implementação plena, da forma que eu havia idealizado, do projeto de marcação das distâncias para o treino de marcha no serviço de ortopedia, apesar do compromisso para o mesmo se desenvolver após reestruturação do serviço, constitui-se para mim uma fraqueza.

Na reflexão sobre os pontos fracos não posso deixar de mencionar a importância da minha enfermeira orientadora para os colmatar, que em muito facilitou o meu processo de aprendizagem e me permitiu ver em si um exemplo de como nas fraquezas vemos oportunidades.

Ameaças (*Threats*)

A grande ameaça sentida ao longo deste estágio e transversal durante todo o período de formação especializada, prende-se com a capacidade de gestão do tempo, conjugando o contexto profissional e académico com a vida familiar e com o meu próprio cuidado enquanto pessoa. Tem sido um percurso exigente que, embora com grandes benefícios a nível académico e pessoal, acarreta necessariamente fazer escolhas em prejuízo de outras.

A importância do acompanhamento da pessoa, desde o período pré-operatório e após a transição para o domicílio é apoiada pela evidência e constatada pela experiência em contexto de internamento da pessoa submetida a cirurgia ortopédica. Como ameaça aos cuidados e à implementação plena de programas de ER, enfatizo o acolhimento da pessoa no serviço no próprio dia da cirurgia, poucas horas antes da sua concretização. Com um tempo limitado, os cuidados pré-operatórios necessários e a própria ansiedade da pessoa face à aproximação da intervenção levam a cuidados de ER insuficientes e, muitas vezes, despersonalizados.

Há mais de uma década que a OMS tem alertado para a necessidade da reorganização dos cuidados de saúde, de se abandonar a visão focada na doença para uma perspetiva dos cuidados centrados na pessoa, com foco na capacitação, equitativos, coordenados e contínuos, numa abordagem holística, alinhada ao seu projeto de saúde (WHO, 2015). Este mesmo compromisso é enunciado pela ULS que, neste contexto específico, o contradiz na prática, ao priorizar a redução do número de dias de internamento desconsiderando outros aspetos fundamentais com resultados nefastos a longo prazo. Esta dissonância entre o discurso e a prática, baseada no aumento da eficiência e diminuição de custos, descarta as necessidades e expectativas da pessoa. A admissão no próprio dia da cirurgia não respeita o paradigma da transformação em toda a sua abrangência dos cuidados centrados na pessoa. Esta prática prioriza os indicadores de estrutura e processo, direcionados para a eficiência operacional, em detrimento do cuidado personalizado, holístico e humanizado com impacto em todo o processo de reabilitação.

De acordo com Donabedian (2005), a avaliação integrada dos indicadores de estrutura, processo e resultado, asseguram um sistema de saúde de qualidade através da identificação de áreas de melhoria em todas as etapas do cuidado. Medindo apenas o processo não há certeza da produção de resultados esperados. Os indicadores são ferramentas essenciais que permitem avaliar a eficácia das intervenções na produção de cuidados de qualidade e nas mudanças nos resultados em saúde, tendo como objetivo a tomada de decisão e a definição de metas para melhorar a saúde da população (Martins et al., 2024b). Cada tipo de indicador complementa os outros e, juntos, formam uma base para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, sempre com o objetivo de promover saúde e bem-estar de maneira holística e individualizada. Compete ao enfermeiro, particularmente ao profissional com competências acrescidas, a garantia do cumprimento dos pressupostos enunciados pelos PQCEER mas também às instituições de saúde a garantia das condições para um exercício profissional de qualidade, numa parceria dinâmica (Vilela et al., 2024).

Oportunidades (Opportunities)

A minha motivação profissional quando ingressei no curso de mestrado detinha-se numa área muito específica da ER, o cuidar com a pessoa com perturbação nefro-uro-ginecológica. Ao longo do desenvolvimento deste processo a minha força motivadora não se coadunou com a

realidade dos locais de estágio, fazendo-me repensar muitas vezes nas minhas escolhas e necessidades de aprendizagem. De facto, o que inicialmente me desmotivou, rapidamente se transformou em novas oportunidades de aprendizagem, em diferentes contextos da prática. O deparar-me com novas realidades, que me tiraram da zona de conforto, impulsionou a minha capacidade de adaptação e a busca por conhecimento, que me capacitaram para intervenção em diferentes áreas.

Inicialmente percebida como dificuldade, mas com a necessidade premente de ser transformada em oportunidade, aliou-se a elaboração de trabalhos com a melhor evidência científica, muito exigentes em termos de complexidade metodológica, bases de conhecimento necessárias, em qualidade e quantidade, e capacidade de escrita e reflexão. De facto, esta necessidade de produção científica, fundamental no desenvolvimento de papéis que se aproximam, resultou como incentivo para a aquisição de novas competências.

De referir todas as oportunidades de aprendizagem fomentadas e proporcionadas tanto pelo corpo docente como pelas equipas de EEER, que permitiram a maximização das minhas aprendizagens, proporcionando o ambiente, experiências e conhecimento para o desenvolvimento pleno do meu percurso enquanto EMER. Ressalvo ainda a relação empática e honesta da equipa, especialmente da EEER orientadora, detetando falhas que levaram a maior investimento em determinada área, mas, que acima de tudo, me incentivou enfatizando as minhas qualidades indissociáveis como profissional e como pessoa.

Durante este percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, os desafios transformaram-se em oportunidades de aprendizagem que me permitiram reavaliar perspetivas, redescobrir potencialidades, reconstruir estratégias, re-significar experiências e reinventar-me na adversidade, num processo contínuo e transformador.

Termino esta reflexão com a premissa que tendo me fez pensar e conduziu este meu percurso em que o enfermeiro, ao cuidar, deve ver sempre a pessoa na sua singularidade, no cuidado complexo de domínio científico específico, mas sem nunca se desviar do foco fundamental que é a pessoa (Costa & Gonçalves, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este processo de aprendizagem concretizado pelo regresso à academia, pela experiência do BIP e pelos estágios em contexto comunitário e hospitalar, tão diversificados e díspares da minha experiência profissional, foram fundamentais para a aquisição das competências especializadas e de mestre. Com a reflexão do percurso realizado considero ter desenvolvido os objetivos por mim delineados, enfatizando que o enriquecimento pessoal e profissional adquirido transcende as páginas escritas neste relatório.

A enfermagem enquanto disciplina e profissão autónoma, com um corpo de conhecimento próprio e fundamentada em princípios éticos tem vindo a ganhar robustez, com necessidade de produção e desenvolvimento de evidência científica. O conhecimento na enfermagem não é estanque e necessita de constante reflexão, investigação e crítica para que seja ampliado ou retificado, garantindo assim, a evolução e aprimoramento dos cuidados, alinhados com as respostas humanas às transições, com centralidade na pessoa, família e comunidade.

A constante evolução técnico-científica, a mudança da tipologia de cuidados e o aumento da sua complexidade exige aos sistemas de saúde uma readaptação que permita a implementação de práticas eficazes e eficientes em resposta às necessidades da população. O EEER é fundamental nesta mudança da filosofia dos cuidados por intervir nas diferentes transições ao longo do ciclo de vida e pela sua intervenção ocorrer muito para além da recuperação funcional. O caminho da ER exige-se com compromisso profissional, assente numa práxis orientada para a humanização dos cuidados, guiada pelo profundo respeito pela pessoa e no cuidado com o outro como ser integral. Assim sendo, atribuir cada vez mais qualidade às intervenções deve ser uma meta que, enquanto profissionais, não podemos descurar.

O meu caminho enquanto EMER desenvolveu-se com a premissa do cuidado com a pessoa e família, no desenvolvimento de planos e programas específicos com a sua participação, com vista a perseguir o seu projeto de saúde e de vida, dando-lhe ferramentas que a capacitassem para a participação em sociedade, maximizando a sua autonomia e funcionalidade, aumentando o bem-estar e qualidade de vida. Capacitar com a pessoa e família permite-lhe que se torne protagonista nos cuidados.

A intervenção do EEER em todos os contextos, guiada pela aplicação de modelos conceptuais, pelo processo de tomada de decisão e pelo processo de enfermagem, garantem uma prática baseada na evidência que vai muito além da reabilitação funcional da pessoa. O conjunto de competências que detém, alinhados com a excelência dos cuidados prestados, permitem-lhe o diagnóstico, apoiado na utilização de instrumentos de avaliação, e intervenção precoce; a prevenção de incapacidades e maximização das capacidades remanescentes; a adaptação da pessoa e família à nova condição, capacitando-a para maior autonomia e independência; a gestão de um ambiente seguro, na identificação de barreiras arquitetónicas em contexto domiciliário e desenvolvimento de estratégias que facilitem uma transição segura; a capacitação com a família cuidadora, no desenvolvimento de estratégias adaptativas que permitam a continuidade de cuidados e a reintegração social. Assim, fica clara a relevância do EEER como agente transformador no processo de reabilitação, assegurando cuidados de excelência com centralidade na pessoa.

Ficou explícita neste relatório a importância dos cuidados do EEER com a pessoa submetida a ATA, em todas as transições que a pessoa e família experienciam desde o período pré-operatório até ao acompanhamento pós-operatório, com a garantia da continuidade de cuidados na transição para o domicílio. As evidências nacionais e internacionais reiteram a necessidade de programas iniciados precocemente, individualizados e estruturados, cujo foco se centre na capacitação e na preparação para o regresso a casa, com ganhos evidentes na capacidade para o autocuidado, na melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida.

Este percurso formativo permitiu-me compreender a relevância do EEER na implementação de programas alicerçados em referenciais teóricos e na melhor evidência, que promovem a capacitação, a literacia em saúde, assumindo-se assim como agente facilitador dos processos de transição. Em alinhamento com o estágio na comunidade, o contexto em internamento permitiu-me uma perspetiva única sobre a importância da parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa cuidada/família com planos personalizados, centrados na pessoa, adaptados ao contexto onde esta se move, para a capacitação para uma vida independente.

O impacto que temos na vida das pessoas, ao longo de todos os processos de transição saúde/doença/vida é a força impulsionadora que nos deve conduzir à busca pela excelência de cuidados. É fundamental que se dediquem esforços na concretização de programas e

projetos de ER, quantificando ganhos e evidenciando a importância da nossa intervenção naqueles de quem cuidamos. A construção do conhecimento em ER deve ser contínua, acompanhar a complexidade das intervenções, refletir transformações e evidenciar novos caminhos. Só assim conseguiremos afirmar o nosso lugar, num ambiente interdisciplinar, ampliando o saber em enfermagem.

Todo este processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal permitiu-me reforçar o compromisso para com a profissão assim como de adquirir competências de gestão, liderança e investigação que me sustentam no meu contexto profissional.

Muito importante para o desenvolvimento pleno das competências neste período de grande exigência foi a equipa que me acolheu, integrou e incentivou que, mesmo face aos constrangimentos e adversidades originados pela falta de recursos, readaptaram-se constantemente para proporcionar cuidados especializados de qualidade, seguros e humanizados. Este estágio termina com a consciência do desenvolvimento pessoal e profissional adquiridos, aliando o conhecimento teórico à experiência de quem cuida como EEER.

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abdoli, M., Scotto Rosato, M., Desousa, A., & Cotrufo, P. (2024). Cultural Differences in Body Image: A Systematic Review. *Social Sciences*, 13(6), 305. <https://doi.org/10.3390/socsci13060305>

Alves, P. V., Pinheiro, M. J. F., & Marques, F. M. (2024). A metodologia científica do processo de enfermagem. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada*. (pp. 293-298). Lisboa: Lidel.

Amendoeira, J. (2024). O desenvolvimento da enfermagem, como disciplina científica. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada*. (pp. 22-26). Lisboa: Lidel.

American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2024). *Total Hip Replacement*. Orthoinfo. Disponível em: <https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/total-hip-replacement/>

Antunes, A., Viveiros, F., Carvalho, A., & Duarte, R. (2012). Micobacterioses Não-Tuberculosas - Das Manifestações Clínicas ao Tratamento. *Arquivos de Medicina*, 26(1), 25–30.

Araújo, P., Machado, L., Cadavez, D., Mónico, L., Januário, F., Luís, L., & Bártolo, M. (2017). Avaliação da Função e Qualidade de Vida após Artroplastia Total da Anca por Diferentes Vias de Abordagem. *Acta Medica Portuguesa*, 30(9). <https://doi.org/10.20344/amp.7834>

Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M., Vilela, C., Fernandes, C. S., Brito, A., & Campos, J. (2021). O papel dos cuidados continuados na reconstrução da autonomia. *Autocuidado: Um Foco Central Da Enfermagem*, 71–84. <https://doi.org/10.48684/3r90-q678>

Aviso n.º 3915/2021, de 3 de março. Diário da República n.º 43/2021, Série II de 2021-03-03.

Backes, D. S., Grando, M. K., Gracioli, M. da S. A., Pereira, A. D., Colomé, J. S., & Gehlen, M. H. (2012). Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 16(3), 597–602. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000300024>

Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2020). Do hospital para a comunidade – a transição (in)segura. 33. *Revista Baiana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>

Barata, L. F. (2023). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 123-135). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Barbosa, L. G., & Frazão, C. S. (2020). Impact of demonstration in a realistic simulation environment as a postoperative education in patients' experience. *Einstein (São Paulo)*, 18, eAO4831. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4831

Boros, K., & Freemont, T. (2017). Physiology of ageing of the musculoskeletal system. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 31(2), 203–217. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.09.003>

Bowen, B. (2007). Cirurgia Ortopédica. In J. Rothrock. *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Ed. (pp. 704-798). Loures: Lusodidacta.

Branco, P., (2023). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 25-34). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Cai, Y., Han, Z., Cheng, H., Li, H., Wang, K., Chen, J., Liu, Z.-X., Xie, Y., Lin, Y., Zhou, S., Wang, S., Zhou, X., & Jin, S. (2024). The impact of ageing mechanisms on musculoskeletal system diseases in the elderly. *Frontiers in Immunology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1405621>

Cardoso, A., & Brito, A. (2024). Epistemologia em enfermagem. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 27-35). Lisboa: Lidel.

Carvalho, M. L., Carvalho, M. I., Carvalho, M., Valido, S., Tomás, J., Severino, S., & Sousa, L. (2024). Health Literacy: Professional Competence for 21 st Century Healthcare. *Salud, Ciencia Y Tecnología*, 4, 910. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=9563928&orden=0>

Charepe, Z. (2024). Modelos e teorias de enfermagem do século XXI. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada*. (pp. 69-78). Lisboa: Lidel.

Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a nursing concern. In A. I. Meleis (Eds.), *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp. 24-37). New York: Springer Publishing Company.

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

Costa, M., & Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*. 2(2), pp. 62–64. <https://doi.org/10.48687/lj.v2i2.58>

Cruz, A., Sá, M., Conceição, V., Baixinho, C. L., Castro, J., & Sousa, L. (2021). A pessoa com Doença Músculo Esquelética. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Orgs.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (pp.761-786). Lusodidacta: Sintra.

Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp.97-106). Lisboa: Lidel Enfermagem.

Deodato, S. (2023). Ética nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Deodato, S. (2024). Pressupostos Jurídicos do Exercício da Enfermagem em Portugal. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 109-116). Lisboa: Lidel.

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

Direção-Geral da Saúde. (2013). Artroplastia Total da Anca. Norma nº 014/2013 de 23/09/2013

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025* Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares Quedas, prevenção, intervenção, hospital, adulto*. Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/12/09/queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 – Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2023). *Plano Nacional de Literatura em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano Estratégico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dixe, M. A. (2022). Validação e Adaptação de Instrumentos de Medida. In M. Néné, & C. Sequeira (Eds). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp.51-69). Lisboa: Lidel Enfermagem.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

European Commission. (2025a). *Blended Intensive Programmes*. Disponível em: <https://wikis.ec.europa.eu/display/NAITDOC/Blended+Intensive+Programmes>

European Commission. (2025b). *Erasmus+ Programme Guide 2025*. Disponível em: https://erasmus-plus.ec.europa.eu/document/erasmus-programme-guide-2025-version-1?pk_source=website&pk_medium=link&pk_campaign=pg&pk_content=pg-landing-download

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. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103378>

Fernandes I., Vigia C., & Sousa L. (2020a). Capacitation of the person undergoing total hip arthroplasty: a case study, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3), 194 – 209. [10.36957/jai.2182-696X.v9i3-11](https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i3-11)

Fernandes, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020b). 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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>

Fernandes, J. B., & Sá, M. C. (2023). *Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Papa-Letras.

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

Ferreira, B. A. da S., Gomes, T. J. B., Baixinho, C. R. S. L., & Ferreira, Ó. M. R. (2020). Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>

Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C. L., & Ferreira, O. (2021). Transição Segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Orgs.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (pp.963-975). Lusodidacta: Sintra.

Ferreira, R., Fernandes, N., Bico, C., Bonito, A., Moura, C., Sousa, L., Baixinho, C. L., & Fonseca, C. (2023). The Perspective of Rehabilitation Nurses on Physical Exercise in the Rehabilitation of Older People in the Community: A Qualitative Study. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 8(4). <https://doi.org/10.3390/jfmk8040163>

Ferreira, R., Pedrosa, A., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B., & Baixinho, C. L. (2024). Transitional care for older people with need of geriatric rehabilitation nursing interventions. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>

Fowler, S., Markham, C., Reising, E. S., & Smith, J. L. (2021). Orthopedic Education and Readiness for Hospital Discharge. *Medsurg Nursing*, 30(6): 389-395.

Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In. M. Nené & Sequeira, C. (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 494-508). Lisboa: Lidel.

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In. M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lisboa: Lidel.

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), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>

Gomes, B., N., & Ferreira, D. (2023). Reeducação da Função Respiratória. In. C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Götz, J. S., Leiss, F., Maderbacher, G., Meyer, M., Reinhard, J., Zeman, F., Grifka, J., & Greimel, F. (2021). Implementing fast-track in total hip arthroplasty: rapid mobilization with low need for pain medication and low pain values. *Zeitschrift Für Rheumatologie*, 81(3), 253–262. <https://doi.org/10.1007/s00393-021-00978-5>

Harkness, J.W., & Crockarell Jr. (2008). Arthroplasty of the Hip, In: T. Canale (Ed.), *Campbell's operative orthopaedics* (p. 312-481). Mosby/Elsevier: Philadelphia.

ICN (2019). *ICPN Browser*. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

IPO Porto (2024). Serviço de Pneumologia. Disponível em: <https://ipoporto.pt/eu-doente/servicos/servico-de-pneumologia/>

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The Updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1), 1. <https://doi.org/10.1097/xeb.000000000000155>

Larsson, L., Bennet, R., Eriksson, M., Jonsson, B., & Ridel, M. (2019). Nontuberculous Mycobacterial Diseases in Humans. *ScienceDirect* (pp. 101–119). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814692-7.00005-X>

Leite, W. B., Silveira, E. M. V., & Kinoshita, A. M. O. (2018). Biomateriais utilizados em artroplastia de quadril. *Salusvita*, 37(4), 953-962. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n4_2018/salusvita_v37_n4_2018_art_12.pdf

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 M. Nené, & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: Lidel.

Lung, T., Selvam, R., Sadacharam, d., Grant H., & Wood, G. (2021). Educating Patients on Returning to Sexual Activity Following Total Hip Arthroplasty. *Sexuality and Disability*, 39(4), 671–682. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09702-2>

Magalhães, A., Chamusca D., Leitão, I., Capelo J., Gonçalves e Silva M., & Pereira V. (2021). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas em profissionais de saúde: "Reabilitar quem Cuida". In M. Nené, & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 474-482). Lisboa: Lidel.

Markatos, K., Savvidou, O. D., Foteinou, A., Kosmadaki, S., Trikoupi, I., Goumenos, S. D., & Papagelopoulos, P. J. (2020). Hallmarks in the History and Development of Total Hip Arthroplasty. *Surgical Innovation*, 27(6), 691–694. <https://doi.org/10.1177/1553350620947209>

Marques, R., Pontífice-Sousa P., & Néné, M. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 94-98). Lisboa: Lidel.

Marques-Vieira, C., & Caldas, A. (2023). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de*

Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 547- 557). Reimpressão 1ª Edição. Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Martino, A. D., Keating, C., Butsick, M. J., Platano, D., Berti, L., Hunter, L. N., & Faldini, C. (2024). Enhancing recovery: surgical techniques and rehabilitation strategies after direct anterior hip arthroplasty. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s10195-024-00786-y>

Martins, A. F. M., Batista, F. I. O., Silva, C., Pino, H. N., & Nunes, I. (2022). Self-care Promotion in the Person Undergoing Hip Arthroplasty: Gains Sensitive to Rehabilitation Nursing Care. *Lecture Notes in Bioengineering*, 171–181. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_16

Martins, M. M., Lima, A., & Vilela, C., (2024a). Projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 165-173). Lisboa: Lidel.

Martins, M. M., Sameiro, M., & Cunha, S. (2024b). Indicadores de resultados. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 175-177). Lisboa: Lidel.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer L. M., Im, E-O., Messias, D. K. H., & Schumacher K. (2010). Chapter 2: Transition Theory. In A. I. Meleis. (Ed.), *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.

Melo, P. (2024). A intencionalidade na ação: do cuidado à promoção da autonomia e ao empoderamento. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 310-315). Lisboa: Lidel.

Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. do C., Serra, I. da C., & Casas-Novas, M. V. (2017). Continuity of care from the perspective of users. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(3), 841–853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>

Mendes, A. (2024). A Enfermagem enquanto profissão: intervenções autónomas e interdependentes. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 80-86). Lisboa: Lidel.

Miranda, H., Feijó, I., & Feitosa, R. (2023). *Neuropsicogeriatría: Uma Abordagem Integrada*. Curitiba: Editora CRV

Monteiro, G., Anunciação, S., Saraiva, P. Neves, I., Pontinha, C., & Batista, A. (2021). Satisfação dos doentes submetidos a reabilitação motora pós artroplastia da anca e artroplastia do joelho. *Millenium*, 2(ed espec nº9), 139-147. <https://doi.org/10.29352/mill029e.24180>

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2022). Trabalho de equipa no cuidado a pessoas idosas: especificidades do especialista em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.241>

Montenegro, R. M., Paiva, G., Lêda, A., Oliveira, M., Alves, K. L., & Rangel, F. (2024). Modifiable risk factors related to osteoarthritis among older people. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 16, 1–7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13394>

Moura M. I., Martins M. M., & Ribeiro O. M. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência IV* (23):121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV19035>

Nabais, A., Cardoso, T., Santos, A., Marques, V., & Maria. (2023). Perioperatório da pessoa submetida a artroplastia da anca – rapid review sobre os benefícios da enfermagem de reabilitação. *New Trends in Qualitative Research*, 18, e861–e861. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e861>

Nicolau, C., Ciríaco, M., Ferreira, B., Ferreira, R., Baixinho, C., & Sousa L. (2022a). Preparing the Return Home of a Person After a Hip Arthroplasty - Capacitation for a Safe Transition. *Lecture Notes in Bioengineering*, 108–120. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_11

Nicolau, C., Mendes, L., Ciríaco, M., Ferreira, B., Baixinho, C. L., Fonseca, C., Ferreira, R., & Sousa, L. (2022b). Educational Intervention in Rehabilitation to Improve Functional Capacity

after Hip Arthroplasty: A Scoping Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 656. <https://doi.org/10.3390/jpm12050656>

Novo, A., Delgado, B., Gaspar, L., Loureiro, M., Cunha, M., Garcia, S., & Vaz, S. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa com doença crónica: especificidades do exercício físico. In. M. Nené, & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 375-392). Lisboa: Lidel.

Nunes, L. (2024a). Tomada de decisão ética. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 99-108). Lisboa: Lidel.

Nunes, L. (2024b). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 86-93). Lisboa: Lidel.

O'Neil, E., Ngan, J., Miller, W. C., & Mohammadi, S. (2023). Family Caregivers' Experiences and Education When Caring for Individuals after Joint Arthroplasty. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/02703181.2023.2172125>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Áreas prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: [docinstrurecolhadadosenfreatilitacao_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/docinstrurecolhadadosenfreatilitacao_vf.pdf) (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed). St. Louis: Mosby.

Organização das Nações Unidas. (2024). *Envelhecimento*. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Pabinger, C., Lothaller, H., Portner, N., & Geissler, A. (2018). Projections of hip arthroplasty in OECD countries up to 2050. *HIP International*, 28(5), 498–506. <https://doi.org/10.1177/1120700018757940>

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. <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), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Pato, D. (2012). *Luxação de próteses totais da anca: causas e tratamento* (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório Científico da Universidade de Coimbra em: <https://hdl.handle.net/10316/43320>

Peixoto, G. M., Silveira, C. O., Ribeiro, V., Carvalho, I. P., & Alves, D. O. (2024). Principais complicações da artroplastia total de quadril: Uma revisão sistemática. *LUMEN et VIRTUS*, 15(39), 3093–3105. <https://doi.org/10.56238/levv15n39-115>

Pereira, S. K., Santana, R. F., Morais, V. S. C., Soares, T. S., & Silva, D. M. (2016). Planejamento da alta hospitalar no pós-operatório de idosos: estudo de casos múltiplos Discharge planning in post-operative of elderly: multiple cases study. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(4), 4949–4955. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4949-4955>

Pereira, I., Ferreira, R., Goes, M. M., Mestre, T., Oliveira, H., & Vieira, J. (2021). Gains from Nursing Care in Mobilizing the Elderly Person After Hip Arthroplasty. *Lecture Notes in Bioengineering*, 262–276. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_25

Pestana, H. (2023a). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Pestana, H. (2023b). 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. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In M, Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lisboa: Lidel.

Petronilho, F., & Machado, M. (2023). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

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

Pina, B. M., & Baixinho, C. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–47. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>

Pizetta, L. T., Silveira, G. A., Nava, J. S., Araújo, B. B. D., Monges, A. E. A., Ferrari, T. B., Araújo, M. M. S., Gomes, A. L., Rubert, A. L., Mata, J. F. M., Volpatto, L., Franco, S. K., Barros, A. C.R., Lemos, I. C. C., Morais, G. A. M., Pinheiro, N. F., Bezerra, B. W. W., Júnior, G., Coelho., V.S., . . . Cavalcanti, W. B. B. (2024). *Avanços na compreensão e tratamento da osteoartrose: uma revisão abrangente*. 1(3), 711–721. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.152>

PORDATA (2024). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Queirós, J. P. Q. (2024a). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da integração. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 44-57). Lisboa: Lidel.

Queirós, J. P. Q. (2024b). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da transformação. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 58-68). Lisboa: Lidel.

Ramos, A., Judas, F., Fonseca, F., & Simões, J. (2019). *Artroplastia Total da Anca. Aspectos biomecânicos, biológicos e clínicos*. In: B4T - Blue for technology (Eds.), Aveiro. Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and Family-Centred Care*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4th ed.). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2023). *Transitions in Care and Services*. (2nd ed.). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Reis, G., Bule M. J., Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. In. M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 154-163). Lisboa: Lidel.

Reis, G., & Bule, M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Regulamento n.º 65/2018 de 16 agosto. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/18, I série (pp. 4147-4182).

Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/19 – II Série (pp. 4744 – 4750).

Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/19 - II Série (pp. 13565-13568).

Resolução da Assembleia da República n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República, Série I (109) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Resolução da Assembleia da República n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República, Série I (215) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Resolução da Assembleia da República n.º 8/2024, 19 de janeiro. Diário da República, Série I (14) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

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

Rocha, M. C. J., & Martins, M. R. J. (2024). A evolução do conhecimento científico em enfermagem: metaparadigma, paradigma, filosofia, modelos e teorias de enfermagem. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 36-43). Lisboa: Lidel.

Rocha, P., Baixinho, C. L., & Henriques, M. A. (2024). A qualitative study of older adults: The difficulties and needs of returning home after hip fractures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2024.101141>

Sampaio, F. (2024). Recolha de Dados. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 299-300). Lisboa: Lidel.

Santos, L. L. (2023). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15- 23). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Santos, S. (2024). Os cuidados na comunidade: uma leitura sobre o seu papel, modos e organização. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 244-252). Lisboa: Lidel.

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

Saraiva, P. C., Anunciação, S. M., Pontinha, C. M., Neves, I. M., Batista, A R., & Monteiro, G. I. (2020). Ganhos em independência funcional como promotor da qualidade de vida. *Millenium*, 2(ed espec nº5), 225-231. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.24.00297>

Sequeira, C., & Néné, M. (Coord.) (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel Enfermagem.

Serviço Nacional de Saúde. (2024a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde. (2024b). *Unidade Local de Saúde São José. Missão, valores e objetivos*. Disponível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

Serviço Nacional de Saúde. (2024c). *Unidade Local de Saúde São José. Hospital Curry Cabral*. Disponível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

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 a enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*. (pp.35-44).

Silva, B. F., Francisco, M. A., Oliveira, B. I., Nascimento, C. R., & Rocha, I. T. (2023). Abordagens Modernas para o Tratamento da Osteoartrite: Exploração das opções de tratamento não cirúrgico e cirúrgico para pacientes com osteoartrite. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(4), 2607–2619. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2607-2619>

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa M.S., Casaca-Carreira J., & Sérgio J., S. (2021). Relação entre o plano de reabilitação na prótese total da anca (PTA) e a abordagem cirúrgica: aplicação do Método de Delphi. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol. 13. <https://www.researchgate.net/publication/351229859> Relacao entre o plano de reabilita

cao na protese total da anca PTA e a abordagem cirurgica aplicacao do Metodo de Delphi

Sousa, L. M. M.; José, H. M. G., & Novo, A. F. M. P (2022). Investigação em Enfermagem: Das Prioridades aos Reptos. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp.1-13). Lisboa: Lidel Enfermagem.

Sousa L., & Carvalho, M., (2023). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de Internamento em Ortopedia. In. C. Marques-Vieira & L. Sousa, (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In. C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Sousa, M. B. B. (2024). Os serviços de saúde: contextos de formação e aprendizagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 178-184). Lisboa: Lidel.

Sousa, S. S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2024a). Intervenção de enfermagem e o autocuidado andar no adulto em contexto hospitalar: um estudo descritivo e correlacional. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2024.366>

Sousa, L., Tomás, J., Severino, S., Valido, S., Santos, M. J., & José, H. (2024b). Preventing falls in the aged: a challenge in patient safety. *Salud Ciencia Y Tecnología*, 4, 1000–1000. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241000>

Sun, J., Xu, Y., Zhu, J., Zhu, B., & Gao, W. (2024). Efficacy and safety of continuous nursing in improving functional recovery after total hip or knee arthroplasty in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.013>

Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 211-235). 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Teixeira, P., Pinto, M., Alves, L., & Henriques, A. F. (2020). Rehabilitation Nursing Care for the Person in the Context of Non-Invasive Ventilation. In C. Fonseca, M. J. Lopes, D. Mendes, J. Garcia-Alonso & F. Mendes (Eds.), *Noninvasive Ventilation Technologies and Healthcare for Geriatric Patients* (pp.10-30). USA: IGI Global.

Teixeira, F., Sofia, D., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., & Mesquita, A. C. (2023). Indicadores preditivos do autocuidado – Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e324–e324. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>

ULS Santa Maria. (2024a). *49 anos do Hospital Pulido Valente, pilar da ULSSM e do SNS*. Disponível em: <https://www.ulssm.min-saude.pt/2024/05/26/49-anos-do-hospital-pulido-valente-pilar-da-ulssm-e-do-sns/>

ULS Santa Maria. (2024b). *História do Serviço de Pneumologia*. Disponível em: <https://www.ulssm.min-saude.pt/torax/pneumologia/>

Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2024). *Guia prático rede nacional de cuidados continuados integrados instituto da segurança social, I.P.* Lisboa: Instituto da Segurança Social.

United Nations Economic Commission for Europe & European Commission. (UNECE). (2019). *Active ageing index home – Analytical Report*. Geneva: United Nations.

Varacallo, M., Luo, T. D., & Johanson, N. A. (2023). *Total Hip Arthroplasty (THA) Techniques*. PubMed; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507864/>

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In. M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 34-37). Lisboa: Lidel.

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. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Vieira, F., & Magalhães, O. E. (2022). Visibilidade da Produção Científica. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp.209-225). Lisboa: Lidel Enfermagem.

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). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Vilela, C., Lima, A., & Martins, M. M. (2024). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 157-164). Lisboa: Lidel.

Violante, P., & Cruz, A. (2016). Efetividade de ensino pré-operatório em doentes submetidos a artroplastia total da anca. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (Eds.), *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Enfermagem de Reabilitação: Resultados de Investigação*. (pp. 43-63). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Yates, P., & Ljungqvist, O. (2019). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: recommendations. *Acta Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. Acta Orthopaedica*, 91(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=45FA5D5D6758F4C8453627E3D2287981?sequence=1

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Osteoarthritis*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis/#:~:text=Key%20facts%201%20In%202019%2C%20about%20528%20million,the%20hip%20and%20the%20hand%20%282%29.%20Mais%20itens>

Zhang, C., & Xiao, J. (2020). Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty. *Journal of International Medical Research*, 48(1). <https://doi.org/10.1177/0300060519889718>

Zhou, X., & Wei, T. (2024). Application of multi-disciplinary team nursing model enhances recovery after surgery for total hip arthroplasty and total knee arthroplasty. *American Journal of Translational Research*, 16(8), 3938–3949. <https://doi.org/10.62347/bhgs1734>

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano

2º Semestre

Trabalho realizado no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Docente:

Prof. Doutor Luis Sousa

Enfermeiro Supervisor:

EEER Ana Catarina Redondo

Discente:

Ana Gouveia - 2023043

Barcarena

Julho de 2024

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Escola Superior de Saúde Atlântica

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano

2º Semestre

Trabalho realizado no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Docente:

Prof. Doutor Luís Sousa

Enfermeiro Supervisor:

EEER Ana Catarina Redondo

Discente:

Ana Gouveia - 2023043

Barcarena

Julho de 2024

SIGLAS

ACSM: *American College of Sports Medicine*

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD: Atividades de Vida Diárias

CARE: *Case Report*

CDTR: Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios

CIPO: Pseudo-Obstrução Intestinal Crónica

CVC: Cateter Venoso Central

DGS: Direção-Geral da Saúde

ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER: Enfermagem de Reabilitação

MIF: Medida de Independência Funcional

mMRC: *Medical Research Council Muscle Scale* modificada

NP: Nutrição Parentérica

OE: Ordem dos Enfermeiros

RGE: Refluxo Gastroesofágico

TUGT: *Timed Up and Go Test*

RESUMO

Introdução: A pseudo-obstrução intestinal é uma patologia crónica que, quando associada à síndrome da imobilidade, pode traduzir-se na perda de independência, diminuição da capacidade funcional e decréscimo da qualidade de vida. A gestão da doença, das consequências e das expectativas da pessoa cuidada constituem um desafio permanente na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Objetivo: Identificar os ganhos da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com síndrome da imobilidade por pseudo-obstrução intestinal cónica, em contexto domiciliário.

Método: Estudo descritivo, tipo relato de caso. Após identificação dos diagnósticos de Enfermagem foi elaborado um plano de cuidados com base na Ontologia em Enfermagem e implementado um programa individualizado de reabilitação motora.

Resultados: Com a implementação do programa verificaram-se ganhos no aumento força muscular, melhoria do equilíbrio, aumento da tolerância à atividade e na independência nas atividades de vida diárias.

Conclusões: Os ganhos da implementação desde programa de reabilitação permitem corroborar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve incluir nos seus planos de intervenção exercícios focados na reeducação ao esforço e fortalecimento muscular para mitigar as complicações decorrentes da imobilidade prolongada e da doença subjacente, motivando e envolvendo a pessoa nos cuidados.

Descritores: Enfermagem em Reabilitação, Exercício físico, Pseudo-Obstrução Intestinal, Relato de Caso.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

ABSTRACT

Introduction: Intestinal pseudo-obstruction is a chronic condition that, when associated with immobility syndrome, can translate into loss of independence, decreased functional capacity and reduced quality of life. The management of the disease, the consequences and the expectations of the person being cared for are a permanent challenge for Rehabilitation Nursing.

Objective: To identify the gains of implementing a Rehabilitation Nursing program for people with immobility syndrome due to chronic intestinal pseudo-obstruction, in a home setting.

Method: Descriptive study, case report type. After identifying the nursing diagnoses, a care plan was developed based on Nursing Ontology, and an individualized rehabilitation program was implemented.

Results: With the implementation of the program, there were gains in increased muscle strength, improved balance, increased tolerance to activity and independence in activities of daily living.

Conclusion: The improvements of the implementation of this rehabilitation program corroborate that the Rehabilitation Nurse should include in their intervention plans exercises focused on re-education to exertion and muscle strengthening to mitigate the complications resulting from prolonged immobility and the underlying disease, motivating and involving the person in care.

Descriptors: Rehabilitation Nursing, Exercise, Intestinal Pseudo-Obstruction, Case Report

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. MATERIAL E MÉTODOS	10
2. APRESENTAÇÃO DO CASO	
2.1. Anamnese	12
2.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	12
2.3. Diagnósticos e Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	15
2.4. Plano de Exercícios	19
3. RESULTADOS	21
4. DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
APÊNDICES E ANEXOS	
APÊNDICE I: Declaração de consentimento informado	34
ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA	35
ÍNDICE DE QUADROS	
Quadro 1: Score de avaliação da Escala MRC modificada de diferentes segmentos dos membros superior e inferior	14
Quadro 2: Plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação com base na Ontologia em Enfermagem	15
Quadro 3: Plano/Cronograma de exercícios implementados por sessão	21
Quadro 4: Resultados obtidos após intervenção do EEER	22

INTRODUÇÃO

A pseudo-obstrução intestinal crónica (CIPO) é uma condição que se caracteriza pela atividade propulsora do trato gastrointestinal defeituosa. Os sinais e sintomas mimetizam uma obstrução intestinal mecânica embora a mesma não se verifique (Pironi et al., 2023) Esta representa a forma mais grave dos distúrbios de dismotilidade entérica (Pironi & Sasdelli, 2019).

A CIPO pode ser classificada de acordo com a causa em idiopática/primária ou secundária a doenças sistémicas como esclerodermia ou distrofia muscular. A maior causa da CIPO é primária em que existe uma motilidade anormal gastrointestinal de natureza miopática (afeta o músculo liso do intestino, levando à fraqueza ou disfunção muscular) ou neuropática (Lacy & Loew, 2009). Como se trata de uma doença de prevalência rara e com sintomatologia inespecífica conduz a diagnósticos demorados e muitas vezes errados (Araújo et al., 2019). Cerca de 1/3 dos doentes com CIPO desenvolve falência intestinal crónica, necessitando de nutrição parentérica total (Pironi & Sasdelli, 2019).

São característicos da patologia vômitos, náuseas, dor e distensão abdominal, anorexia e perda de peso. Quando há envolvimento do esófago os doentes têm queixas de RGE e disfagia. (Dewit et al., 2008; Lacy & Loew, 2009). A gestão da dor abdominal crónica que, pensa-se ocorrer pela motilidade anormal, apresenta um grande desafio (Silk, 2004).

A grande maioria das pessoas com perturbações que resultam em falência intestinal crónica apresentam cansaço, fadiga, intolerância ao esforço e, por isso, diminuição da atividade física (Silk, 2004; Grainger et al., 2018). Na CIPO, todos estes fatores aliados à alta morbilidade e internamentos recorrentes, contribuem para perda de força e massa muscular que se vai repercutir na perda de independência, diminuição da capacidade funcional e decréscimo da qualidade de vida (Hyman & Thapar, 2013; Graungaard et al., 2022).

A síndrome da imobilidade ou do desuso caracteriza-se pela diminuição ou incapacidade de a pessoa mover um segmento ou a totalidade corporal em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento. A imobilidade pode ter consequências ao nível respiratório, gastrointestinal, urinárias, metabólicas, cutâneas e músculo-esqueléticas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Segundo a literatura a imobilidade e outras formas de desuso muscular são responsáveis pela diminuição da massa muscular esquelética de aproximadamente 0,5% por dia, com perdas de 0,3% a 4,2% na força muscular (Wall & Loon, 2013).

A síndrome da imobilidade, resultado da situação física ou clínica de determinadas patologias, tem implicações em todos os aspetos da vida da pessoa. As alterações músculo-esqueléticas são as mais frequentemente relacionadas com esta síndrome e traduzem-se por diminuição da força, massa e tônus muscular, atrofia, contraturas, osteoporose e diminuição da capacidade e tolerância ao exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Ardila-Suárez et al., 2025).

Na pessoa com CIPO a síndrome da imobilidade assume assim diversas causas: os efeitos da doença, a necessidade de nutrição parentérica permanente e os internamentos prolongados por complicações o que constitui um desafio constante.

As consequências negativas da imobilidade têm sido reconhecidas nas últimas décadas e tem surgido o reconhecimento dos efeitos benéficos do exercício na recuperação da capacidade funcional da pessoa com perturbação músculo-esquelética decorrente.

A prática regular de exercício físico e movimento é fundamental para o desenvolvimento contínuo do sistema músculo-esquelético ao longo da vida. Essas atividades ajudam a preservar a força muscular, a densidade óssea, a flexibilidade, melhoram a capacidade cardiovascular, a coordenação motora e têm efeitos no aumento da tolerância à dor e bem-estar (Waddell, 2004).

A implementação de programas de exercício têm adquirido ênfase como tratamento e gestão na perda de força e massa muscular pelos efeitos positivos nas adaptações fisiológicas e funcionais (Law et al., 2016). Vários estudos recomendam exercícios aeróbios e treino resistido para prevenir complicações associadas ao desuso muscular (Skallerup et al., 2018).

O papel do EEER é fundamental na avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da pessoa com alterações da mobilidade, desenvolvendo estratégias que potenciem a capacidade funcional, promovam o autocuidado e estimulem a reintegração familiar e social. Os cuidados de enfermagem devem ter como foco intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, reabilitação motora e reeducação funcional com o objetivo final da independência e melhoria da qualidade de vida.

O EEER contém as competências necessárias à conceção, implementação e avaliação de programas de reabilitação diferenciados na pessoa com perturbação do sistema músculo-

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

O EEER contém as competências necessárias à conceção, implementação e avaliação de programas de reabilitação diferenciados na pessoa com perturbação do sistema músculo-esquelético que visem a maximização das suas capacidades (Regulamento nº392/2019).

Neste contexto, o presente estudo centrou-se no desenvolvimento e aplicação de um programa de reabilitação motora e reeducação funcional à pessoa com descondicionamento muscular como resultado da patologia crónica e da síndrome da imobilidade, após internamento prolongado. Foi definido como objetivo geral: identificar os ganhos da implementação de um programa de Enfermagem de reabilitação à pessoa com síndrome da imobilidade por pseudo-obstrução intestinal cónica, em contexto domiciliário. Como objetivos específicos pretende-se: identificar os principais diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com descondicionamento muscular; implementar um plano reabilitação personalizado, respeitando as limitações e objetivos da pessoa; avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação após a aplicação do programa.

1. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um trabalho descritivo do tipo relato de caso de caráter narrativo dos cuidados de Enfermagem apoiados na práxis. Este tipo de estudo permite a descrição detalhada de determinadas condições de saúde vivenciadas por uma pessoa ou grupo de pessoas para produção de evidência científica (Gagnier et al., 2013). Para maior precisão e clareza, o presente relato de caso foi elaborado de acordo com as guidelines CARE (Riley et al., 2017).

O relato descreve o caso de uma senhora com 45 anos referenciada à Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com diagnóstico de pseudo-obstrução intestinal crónica em relação com provável miopatia entérica em estudo desde 2022, síndrome de imobilidade e baixa tolerância à atividade.

Foi realizada a colheita de dados através da consulta do processo clínico em *Sclinico*® e *Soarian*® e anamnese, identificados os diagnósticos de Enfermagem relevantes e elaborado um plano de intervenção de reabilitação estruturado que foi aplicado durante 4 semanas. Foi realizada a avaliação inicial prévia à implementação do programa e uma avaliação. Foram aplicadas 2 sessões de exercício por semana com duração média de 45 minutos, de acordo com a tolerância da pessoa, em contexto domiciliário. Importa referir que o plano de cuidados continuará a ser desenvolvido durante o tempo de internamento da cliente em ECCI.

A avaliação pela equipa de ER foi realizada em visita informal em contexto domiciliário e através da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: Medida de Independência Funcional para avaliar o grau de capacidade funcional; Escala de Lawton & Brody para avaliar o nível de independência na realização das atividades instrumentais de vida diária; Índice de Barthel para avaliar o grau de independência nas atividades básicas de vida diárias; Escala de Quedas de Morse para avaliar o risco de queda; *Timed Up and Go Test* para avaliar a mobilidade, equilíbrio e marcha; Escala simples de avaliação do equilíbrio para avaliar o equilíbrio funcional estático e dinâmico, *Medical Research Council Muscle Scale modificada* para avaliação da força muscular; Escala de Borg modificada para avaliação da perceção subjetiva de esforço; Escala numérica da dor e o Mini-Cog para avaliar a função cognitiva. A escolha destes instrumentos foi baseada na sua especificidade e aplicabilidade ao contexto concreto e, na sua maioria, no documento emanado pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação com vista a permitir uma avaliação adequada situação e suportar a decisão clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

O presente relato de caso foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, durante o estágio académico de Enfermagem na Comunidade. A pessoa visada foi informada do tipo de estudo em causa, dos seus objetivos e procedimentos e foi obtido o seu consentimento livre e esclarecido. Foram respeitadas as diretrizes éticas da investigação em Enfermagem, nomeadamente o princípio da pertinência do estudo, o respeito pela confidencialidade, dignidade e liberdade do participante (Deodato, 2022).

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1 Anamnese

Este relato aborda o caso de uma pessoa do género feminino, com 45 anos de idade, caucasiana e de nacionalidade portuguesa. Reside no domicílio com o marido, a principal pessoa de referência, e dois filhos adolescentes, estudantes. Conta com o apoio da mãe e da sogra.

Tem como antecedentes pessoais conhecidos: pseudo-obstrução intestinal crónica (CIPO) presumivelmente por miopatia entérica em estudo, com doença do refluxo gastroesofágico e vômitos recorrentes; duas laparotomias exploradoras em 2021 por suspeita de oclusão intestinal, sem confirmação de diagnóstico; internamento a 12 de Março de 2024 em Unidade de Cuidados intensivos por colecistite aguda submetida a drenagem percutânea complicada de insuficiência respiratória e necessidade de suporte ventilatório. A 4 de abril foi transferida para o serviço de cirurgia tendo alta semanas depois, referenciada para ECCI dada a fraqueza muscular e intolerância à atividade decorrentes do internamento e da patologia subjacente, que condicionam a independência nas AVD.

É seguida semanalmente em consulta de gastroenterologia, a fazer nutrição parentérica total, desde 2022, através de cateter de *Hickman* na veia subclávia esquerda.

Foi admitida na ECCI e incluída no programa de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para fortalecimento muscular, estimulação da mobilidade e promoção da independência funcional.

2.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A aplicação de instrumentos de avaliação desempenha um papel fundamental na prática para uma correta avaliação das necessidades da pessoa cuidada, prestação de cuidados individualizados, assim como para a avaliação da efetividade das intervenções do EEER devendo, por isso, ser detentores de determinadas características, validade, responsividade e fiabilidade, que justifiquem a confiabilidade dos dados que produzem (Sousa et al., 2023).

Na avaliação inicial, a pessoa está consciente e orientada em todas as vertentes, com discurso fluído e coerente. Apresenta-se emagrecida e com palidez cutânea. Tem cansaço fácil a pequenos esforços. Mantém CVC onde cumpre NP total. Pela patologia apresenta regurgitação frequente com desconforto gástrico e dor abdominal crónica e aguarda colocação de válvula de

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

descompressão entérica para otimização sintomática. Deambula com apoio de tripé dentro de casa sendo que sai apenas para as consultas semanais. Casa adaptada às condições físicas atuais da pessoa. Demonstra motivação para adesão ao regime terapêutico.

Para avaliação do nível de independência no desempenho das AVD foram utilizados o Índice de Barthel e a MIF. O índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa para a realização de 10 AVD. A pontuação varia entre 0, que corresponde à máxima dependência e 100, que significa independência total em todas as atividades avaliadas (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Após aplicação deste instrumento na avaliação inicial foi obtida a pontuação de 65 pontos, correspondente a dependência moderada. A MIF é um instrumento de avaliação composto por 18 itens que se dividem em permitem a avaliação de dois domínios: motor e cognitivo. A pontuação máxima obtida é de 126 pontos e indica independência total e o mínimo é de 18 pontos e designa dependência total (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A pontuação obtida pela cliente foi de 90 pontos, preditor de dependência modificada, sendo a locomoção e os autocuidados as áreas mais afetadas.

Para avaliação da capacidade para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade – atividades instrumentais de vida diárias – foi utilizada a escala de escala de Lawton & Brody com variação entre 0 e 16 pontos. O resultado obtido foi 4 que revela dependência total.

A escala de Borg modificada foi aplicada para se obter a descrição da pessoa que corresponde à sensação de esforço percebido num determinado momento ou tarefa (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Esta escala assim como a Escala numérica da dor foram aplicadas em todas as sessões de exercício implementadas.

O risco de queda foi avaliado através da escala de Morse. Considera-se alto risco de queda se a pontuação obtida foi igual ou superior a 45 pontos. Quanto maior for a pontuação, maior é o risco. (DGS, 2019). Na avaliação inicial classificou-se como alto risco de queda.

Foi aplicado o TUGT com o objetivo de avaliar a mobilidade, equilíbrio, marcha e estabilidade na deambulação. O resultado obtido foi 21,67 segundos que é preditor de desempenho anormal e risco de queda. Um tempo mais curto indica melhor desempenho funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Para complementar o TUGT aplicou-se a Escala de Avaliação Simples do Equilíbrio sendo a avaliação inicial compatível com equilíbrio dinâmico em pé ineficaz.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

O Mini-Cog foi o instrumento de avaliação implementado para avaliar as funções cognitivas. Este instrumento de avaliação rápida consiste no desenho de um relógio e na evocação de três palavras não relacionadas, apresentadas previamente. A cliente obteve resultado negativo para défice cognitivo.

Para avaliação da força muscular foi utilizada a MRC modificada para maior responsividade. A cliente apresentou diminuição da força nos movimentos dos membros superiores e inferiores conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1: Score de avaliação da Escala MRC modificada de diferentes segmentos dos membros superior e inferior. Adaptado de: Chang et al, 2017.

Modified MRC grade	Degree of Strength		
5	Normal power		
5-	Equivocal, barely detectable weakness		
4+	Definite but slight weakness		
4	Able to move the joint against combination of gravity and some resistance		
4-	Capable of minimal resistance		
3+	Capable of transient resistance but collapses abruptly		
3	Active movement against gravity		
3-	Able to move against gravity but not through full range		
2	Able to move with gravity eliminated		
1	Trace contraction		
0	No contraction		
Membro Superior Direito		Membro Superior Esquerdo	
Flexão cotovelo: 4	Abdução ombro: -4	Flexão cotovelo: 4	Abdução ombro: -4
Flexão ombro: -4	Adução ombro: 4	Flexão do ombro: -4	Adução ombro: 4
Membro Inferior Direito		Membro Inferior Esquerdo	
Extensão joelho: -4	Abdução coxa: -4	Extensão joelho: +3	Abdução coxa: -4
	Adução coxa: 4		Adução coxa: 4

2.3 Diagnósticos e Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Com base nos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados foram identificados os diagnósticos de enfermagem que permitem sustentar a implementação de um programa personalizado de reabilitação motora e reeducação funcional com vista a promover o autocuidado. O plano de cuidados apresenta-se em detalhe no quadro 2 e foi elaborado com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação de 2015 e na Ontologia em Enfermagem, aprovada pela OE em 2019, que permite a utilização de uma linguagem classificada representativa dos “modelos conceituais que orientam a prática e o pensar em Enfermagem” (Bastos et al., 2022, p. 84). A ontologia permite a criação de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, alinhados com padrões internacionais, demonstrando o impacto dos cuidados na saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, sd).

Quadro 2: Plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação com base na Ontologia em Enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: EQUILÍBRIO DINÂMICO COMPROMETIDO	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Determinar evolução do equilíbrio dinâmico	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico através de escalas: escala simples de avaliação do equilíbrio, TUGT.
Melhorar equilíbrio dinâmico	<ul style="list-style-type: none">• Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico:<ul style="list-style-type: none">- Correção postural em ortostatismo;- Exercícios descritos no plano e executados conforme tolerância;• Assistir no treino do equilíbrio.
Prevenir queda	<ul style="list-style-type: none">• Gerir o ambiente físico para prevenir queda.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: POTENCIAL PARA MELHORAR AUTOEFICÁCIA PARA TREINAR O EQUILÍBRIO	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio; • Treinar equilíbrio dinâmico: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios descritos no plano e executados conforme tolerância; • Analisar com o cliente os resultados alcançados; • Elogiar o desempenho da cliente.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: MOVIMENTO MUSCULAR DIMINUÍDO DOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Determinar evolução da força muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da força de diferentes segmentos corporais - contração muscular através da escala MRC modificada: na avaliação inicial e com a periodicidade definida no plano de exercícios individual (4/4 semanas). <p>(Diminuição da força muscular por síndrome da imobilidade e como consequência da doença de base).</p>
Melhorar a força muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido conforme plano de exercícios estabelecido para cada sessão. • Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido conforme plano de exercícios estabelecido para cada sessão.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS MÚSCULO-ARTICULARES	
POTENCIAL PARA MELHORAR AUTOEFICÁCIA PARA EXECUTAR OS EXERCÍCIOS MÚSCULO-ARTICULARES	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares; • Instruir exercícios músculo-articulares (de mobilidade e de treino de força descritos no plano elaborado); • Treinar exercícios músculo-articulares (de mobilidade e de treino de força descritos no plano elaborado); • Instruir e treinar exercícios isométricos (descritos no plano elaborado); • Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares; • Analisar com a cliente os resultados alcançados; • Elogiar o desempenho da cliente.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Determinar evolução da intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da tolerância à atividade com aplicação da escala de Borg modificada, em todas as sessões de exercício implementadas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE CONSERVAÇÃO DA ENERGIA	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Promover autogestão: atividade/repouso	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia;• Ensinar sobre conservação de energia;• Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso;• Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AUTOGESTÃO DO REGIME DE EXERCÍCIO	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Promover autogestão: regime de exercício	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício;• Ensinar sobre autogestão do regime de exercício;• Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico;• Ensinar sobre exercício físico;• Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico;• Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EXERCÍCIO FÍSICO E TOLERÂNCIA À ATIVIDADE	

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Promover autogestão: regime de exercício	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade;• Analisar com a cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	
Objetivos	Intervenções em Enfermagem
Melhorar ventilação Promover adesão: regime de exercícios respiratórios	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios respiratórios;• Instruir exercícios respiratórios (CDTR, reeducação costal com bastão);• Instruir exercícios respiratórios pela atividade física;• Treinar exercícios respiratórios;• Treinar exercícios respiratórios pela atividade física.

2.4 Plano de exercícios

O plano de reabilitação motora e reeducação funcional para o domicílio foi fundamentado nas *Guidelines for Exercise Testing and Prescription* de 2018 da ACSM e nas recomendações para o exercício físico na pessoa com doença crónica emanado em 2020 pela OMS tendo em conta a intensidade, frequência, tempo, tipo, volume e progressão (FITT-VP). O aumento do número de séries, repetições ou novos exercícios foi implementada de acordo com a tolerância da pessoa (escala de Borg e dor) e não havia restrição para o tempo de descanso entre os exercícios.

Em cada sessão de exercício foram incluídos exercícios aeróbios para melhorar a capacidade cardiorrespiratória e tolerância ao exercício, treino de força com vista a aumentar a força

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

muscular dos membros superiores e inferiores, treino de equilíbrio para otimizar o equilíbrio dinâmico e diminuir o risco de queda e treino respiratório para promover a mobilidade torácica e a ventilação. O objetivo final da implementação deste programa é a promoção do autocuidado, bem-estar e melhoria da funcionalidade.

Foram avaliadas em todas as sessões as escalas Numérica da Dor, a escala de Borg modificada, a frequência cardíaca e as oximetrias periféricas. Foi feito ensino e treino para a cliente realizar de forma independente, com frequência diária e com 10 repetições com 3 séries, se tolerância: exercícios respiratórios (CDTR, reeducação costal global com e sem recurso a bastão) e mobilizações ativas das articulações (rotação do pescoço; elevação, circundução, flexão, extensão, abdução e adução gleno-umeral; flexão e extensão do cotovelo, punho e dedos, rotação do tronco, flexão e extensão do joelho, dorsiflexão e flexão plantar).

Durante as 7 semanas de aplicação do plano foram realizados os seguintes exercícios: CDTR, reeducação costal com bastão (treino respiratório), pedaleira (treino aeróbio), flexão e extensão do cotovelo com peso de 1kg, abdução da articulação coxofemoral com elástico na posição de sentada, elevação do gêmeos/calcanhars em pé, adução e abdução da articulação coxofemoral em pé e exercícios isométricos (treino de força - exercícios músculo-articulares ativo-resistidos), oscilação pélvica e treino de levantar e sentar na cadeira (treino de equilíbrio).

3. RESULTADOS

Quadro 3: Plano/Cronograma de exercícios implementados por sessão

Sessões			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	Avaliação Final
Exercícios	Treino Respiratório	CDTR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
		RC c/ bastão	10R 2S	10R 3S	10R 3S	10R 3S	10R 3S	10R 3S	10R 3S	
	Treino Aeróbio	Tempo Pedaleira	5'	8'	10'	10' +5'	13'	10'	X	
	Treino de Força	F + E cotovelo peso 1kg	10R 1S	10R 2S	10R 3S	10R 4S	10R 3S	10R 3S	10R 3S	
		AB Coxofemoral c/elástico	X	10R 1S	10R 2S	10R 3S	X	10R 3S	X	
		A coxofemoral c/ bola (isometria)	X	X	X	X	10R 3S	X	X	
		Elevação dos gêmeos em pé	X	X	X	X	10R 1S	X	10R 2S	
		A + AB coxofemoral em pé	X	X	X	X	X	X	10R 2S	
	Treino de equilíbrio	Levanta e Senta	X	X	10R 1S	10R 1S	X	X	10R 2S	
		Oscilação pélvica	X	X	X	X	X	X	10R 2S	
mBorg* (Avaliação no final da sessão)			8	8	7	7	7	8**	7	

Legenda: R: Repetições; S: Séries; CDTR: Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios; RC: Reeducação Costal; F: Flexão; E: Extensão A: Adução; AB: Abdução; abd: abdominal.

*mBorg: Escala subjetiva de esforço de Borg Modificada; **Dor abdominal

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Desde a implementação do programa, verificou-se um aumento progressivo da tolerância ao exercício que se traduziu por: aumento da duração das sessões, aumento do volume de treino aeróbio (5' para 12'), aumento do volume do treino de força muscular (aumento do número de repetições) e progressão para inclusão de novos exercícios. Nas últimas sessões foi possível passar a realizar exercícios de fortalecimento em pé como se verifica no quadro 3.

De acordo com a avaliação subjetiva da cliente, a execução do plano de reabilitação motora apresentou como resultados positivos um menor tempo de pausa entre exercícios e uma melhor recuperação do cansaço da última sessão quando comparada com a primeira.

A escala de Borg modificada de percepção subjetiva de esforço foi aplicada imediatamente no final de cada sessão. É possível observar a diminuição *score* após as primeiras das sessões e posterior estabilização mesmo com o aumento do volume de treino, o que revela uma maior tolerância à atividade.

Na 6ª sessão a cliente apresentou aumento da percepção de esforço com uma menor tolerância à sessão de exercício, classificando-a no final como 8 (esforço intenso) concomitantemente a dor e desconforto epigástrico que mensurou como grau 7 (escala numérica da dor). A terapêutica de resgate instituída não obteve efeito e houve necessidade de articulação com a equipa médica para otimização terapêutica.

Na última sessão a cliente conseguiu executar o exercício de levantar e sentar na cadeira sem apoio das mãos.

Quadro 4: Resultados obtidos após intervenção do EEER

AVALIAÇÃO	INSTRUMENTO	Avaliação Inicial	Avaliação Final (4 semanas)
Funcionalidade	<u>MIF</u>	90/126	120/126
	<u>Índice de Barthel</u>	65/100	90/100
Equilíbrio	<u>Escala Simples de Avaliação do equilíbrio</u>	Equilíbrio dinâmico em pé ineficaz	Equilíbrio dinâmico e estático em pé eficaz
	<u>TUGT</u>	21,67 segundos	10,8 segundos
Risco de queda	<u>Escala de Morse</u>	55	30

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

AVALIAÇÃO	INSTRUMENTO	Avaliação Inicial		Avaliação Final (4 semanas)	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Força Muscular Membro superior	<u>mMRC</u>				
	Flexão cotovelo	4	4	5	5
	Flexão do ombro	-4	-4	+4	+4
	Abdução do ombro	-4	-4	+4	+4
	Adução do ombro	4	4	5	5
Força Muscular Membro inferior	<u>mMRC</u>				
	Extensão do joelho	-4	+3	+4	+4
	Abdução da coxa	-4	-4	+4	+4
	Adução da coxa	4	4	+4	+4

Através da análise dos dados do quadro 4 verifica-se que a implementação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e o cumprimento do programa de exercícios traduziram-se em ganhos no equilíbrio dinâmico e consequente diminuição risco de queda. Na avaliação do resultado do TUGT verifica-se que a avaliação se aproxima do valor de corte inferior a 10 segundos para mobilidade normal e baixo risco de queda. A cliente demonstrou estabilidade na mudança de direção, transferência da posição de sentado para de pé e executou todo o teste sem o apoio do tripé.

Relativamente à avaliação da força muscular através da mMRC verificou-se um aumento da força em todos os segmentos avaliados.

Na avaliação final a cliente alcançou uma melhoria no desempenho das AVD e na capacidade funcional como se verifica através da interpretação do índice de Barthel e da MIF. Nesta última a evolução foi especialmente evidente na capacidade para o autocuidado, passando de “dependência modificada” para “independência modificada”.

Após a 7ª sessão a cliente conseguiu, pela primeira vez desde o internamento, ter força muscular, mobilidade e confiança suficientes para sair de casa para o jardim constituindo este um passo essencial para a sua reinserção familiar e reintegração social.

4. DISCUSSÃO

Ao ser afetada por uma doença crónica e incapacitante, a pessoa vê a sua vida condicionada, quer pelo impacto do diagnóstico, quer pelas alterações da capacidade funcional que ocorrem com a evolução da doença e que limitam a sua autonomia e independência nas AVD (Pontes, 2023). A CIPO é uma patologia crónica, grave e muito limitadora. A gestão da doença e das expectativas da pessoa cuidada constituem um desafio permanente para o EEER.

O presente plano de cuidados foi elaborado numa tentativa de englobar as necessidades e objetivos da pessoa, estimulando as suas capacidades e dotando-a de competências para gestão da doença crónica (Petronilho, 2021). Numa abordagem individual e holística, a intervenção do EEER visou minimizar o impacto das incapacidades presentes, a recuperação da força muscular, o aumento da tolerância à atividade com objetivo final da promoção do autocuidado.

De acordo com a evidência, programas de reabilitação personalizados e iniciados precocemente, com continuidade após a alta hospitalar, promovem a independência na pessoa com síndrome da imobilidade, independentemente da causa subjacente (Cardoso et al., 2022). O EEER deve incluir nos seus planos de intervenção exercícios focados na reeducação ao esforço e fortalecimento muscular com o objetivo de mitigar as complicações decorrentes da imobilidade prolongada e da doença subjacente, motivando e envolvendo a pessoa nos cuidados.

Para elaboração do programa de reabilitação foram incluídos exercícios de treino aeróbio, treino de força, treino respiratório e treino de equilíbrio tendo por base os diagnósticos de Enfermagem identificados. A combinação de diversas tipologias promove a maximização dos benefícios do exercício físico (Delgado et al, 2020).

Com os resultados obtidos verifica-se que, com o decorrer das sessões, a cliente demonstrou progressivamente uma maior capacidade para realização dos exercícios aumentando o tempo no exercício aeróbio, o volume de treino e a progressão para exercícios em pé. A pontuação atribuída à escala de Borg modificada sofreu um decréscimo e estabilização com o decorrer das sessões o que revela maior tolerância à atividade. O nível de esforço durante a sessão deve situar-se entre 4 e 7 na escala de Borg modificada (Novo et al., 2021).

De acordo com o conhecimento atual, o treino aeróbio de exercício em pedaleira, bicicleta ou marcha, melhora a capacidade cardiorrespiratória, permite a mobilização de grandes grupos

musculares e permite dessensibilizar a fadiga muscular e a intolerância à atividade. Este tipo de exercício pode ser aplicado a pessoas descondicionadas desde que a intensidade seja adaptada à condição e tolerância da pessoa (Novo et al., 2021).

De acordo com estudos recentes que investigaram o efeito de programas de exercício no domicílio em pessoas com falência entérica, o treino de força demonstrou resultados positivos relativamente ao aumento da força, massa muscular e diminuição do tempo de realização do TUGT (Graungaard et al., 2021). A literatura tem demonstrado uma correlação positiva entre os exercícios com resistência, o aumento da força e função musculares (Edwards, et al. 2023). Para colmatar as consequências da imobilidade e desuso muscular devem iniciar-se exercícios aeróbios e treino de força em pessoas com insuficiência ou falência entérica (Skallerup et al., 2018).

Segundo a literatura, o treino de força dos membros inferiores deve ser privilegiado pelo seu papel no desempenho das AVD como andar, subir e descer escadas e levantar-se. O treino dos membros superiores assume relevância para a realização das AIVD e o autocuidado. Incorporar nos exercícios movimentos de força funcional, como por exemplo, levantar e sentar, deve igualmente ser incluído no programa (Hurst, 2022).

Após interpretação dos resultados da aplicação da MIF, conclui-se que 7 sessões após a implementação do programa de reabilitação motora há ganhos na funcionalidade por melhoria na realização das AVD, com menor intolerância à atividade.

É possível observar que na 6ª sessão a cliente apresentou menor tolerância que se traduziu na realização de menos exercícios e maior classificação na Escala de Borg Modificada, em relação com uma exacerbação da dor crónica característica da patologia. Foi feita articulação com a equipa de saúde familiar para otimização da terapêutica. Uma abordagem das diversas especialidades é fundamental no acompanhamento dos doentes com CIPO uma vez que são necessários cuidados para gestão da nutrição, dor, cansaço, sintomas músculo-esqueléticos e, muitas vezes, apoio psicológico (Pironi & Sasdelli, 2019). Cuidados assentes numa base interdisciplinar em que os elementos se potenciam mutuamente é uma estratégia eficaz na gestão da dor crónica (Gatchel et al., 2014 citado por Branco, 2023).

O EEER desempenha um papel fundamental na comunidade com todos os desafios inerentes de adaptação das intervenções aos recursos existentes. Os programas de exercício físico no domicílio, implementados pelos EEER em pessoas com doença crónica, têm demonstrado

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

ganhos ao nível da força muscular, capacidade funcional, perceção de melhoria da condição física e da satisfação com os cuidados prestados (Junqué-Jiménez et al., 2019, 2023, *in press*).

Conviver com doença crónica é um desafio que conduz o portador a uma condição de vida diferente e que deve ser gerida com a pessoa e de forma transdisciplinar, sendo o EEER fundamental ao promover a saúde, garantir a continuidade de cuidados e impulsionar um processo de reabilitação global (Pontes, 2023).

A grande limitação deste estudo é, também a sua maior força. A CIPO é uma doença com prevalência muito baixa o que provoca restrição na disponibilidade de dados pré-existentes relativos à patologia e cuidados inerentes. A investigação é muito escassa no que diz respeito à síndrome da imobilidade em adultos. Não foram encontrados estudos da implementação de programas estruturados de reabilitação motora à pessoa com CIPO. A exposição do caso poderá enriquecer o conhecimento, demonstrar e fortalecer a prática do EEER.

Outra das limitações sentidas foi a curta duração de 4 semanas do programa de reabilitação implementado. Pela análise dos estudos encontrados relativos a programas de exercício com objetivos semelhantes verifica-se a duração de, pelo menos, 12 semanas para resultados mais consistentes. O programa terá continuidade o que permitirá a comparação de resultados obtidos após as semanas recomendadas.

Os ganhos da implementação desde programa de reabilitação permitem corroborar que o EEER é detentor competências e conhecimento científico que lhe permitem a prescrição e treino de exercício em populações vulneráveis contribuindo para a melhoria dos seus resultados em saúde (Sousa, 2019; Novo, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso permitiu destacar a importância de um programa de reabilitação, implementado pelo EEER, na pessoa com síndrome da imobilidade em consequência da CIPO. Os resultados espelham o objetivo do estudo e revelam ganhos em saúde na implementação do programa de Enfermagem de Reabilitação ao nível do aumento da tolerância à atividade, na força muscular, no equilíbrio e na independência nas AVD.

É fundamental a elaboração de um plano de cuidados que inclua estratégias para prevenir ou minimizar a síndrome da imobilidade na pessoa com CIPO destinado a melhorar e/ou manter a função muscular através da prescrição e treino de exercícios terapêuticos. O objetivo do EEER na reeducação funcional motora é promover o autocuidado, manter ou recuperar a independência nas AVD apesar das restrições causadas pelo descondicionamento muscular, minimizando o impacto das incapacidades instaladas. Ao longo da implementação do mesmo foram necessários vários ajustes em virtude da tolerância da pessoa aos exercícios programados, o que enfatiza a necessidade de personalizarmos os cuidados, visando alcançar os objetivos da pessoa e não as nossas próprias expectativas.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram fundamentais para a identificação dos diagnósticos de Enfermagem o que permitiu a elaboração de um plano de cuidados e de um programa de reabilitação individualizado, ajustado aos objetivos da pessoa cuidada.

Perspetiva da pessoa cuidada e da família: Quando questionada sobre as diferenças que percebe desde a implementação do plano de reabilitação a cliente relata uma redução no nível de cansaço, aumento gradual da força muscular, o que se traduz numa maior motivação para o cumprimento do programa.

A integração da família desempenha um papel fundamental na implementação do plano de cuidados na comunidade e é essencial para um programa de reabilitação eficaz. O trabalho alicerçado na parceria de cuidados, o cuidar com a pessoa e família, permite criar um ambiente de suporte em todas as fases da doença. Questionado acerca dos benefícios desde o início da intervenção, o marido destacou o aumento da motivação, energia e da participação nas atividades quotidianas.

Declaração de consentimento informado: O consentimento informado por escrito para apresentar este trabalho foi obtido da participante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Sports Medicine. (2018). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (10th ed.). Philadelphia. Wolters Kluwer.

Araújo, P., Wefford, V., & Simão, D. (2019). Pseudo-pediatric Chronic Intestinal Obstruction – a literature review. *Residência Pediátrica*, 9(2), 138–147. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2019.v9n2-10>

Ardila-Suárez, E. F., Sánchez-Martínez, V., & Escalada-Hernández, P. (2025). Content validation of the nursing diagnosis “Adult Disuse Syndrome”: A quantitative study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12507>

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Branco, P., (2023). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Chang, G. T., Kim, T. H., Lee, S. H., & Lee, S. M. (2017). Effectiveness of Combined Korean Medicine on Traumatic Spinal Cord Injury: A Case Report. *J Korean Med*. 8(4), 110-117. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13048/jkm.17044>

Cardoso, R., Parola, V., Neves, H., Bernardes, R. A., Duque, F. M., Mendes, C. A., Pimentel, M., Caetano, P., Petronilho, F., Albuquerque, C., Sousa, L. B., Malça, C., Durães, R., Xavier, W., Parreira, P., Apóstolo, J., & Cruz, A. (2022). Physical Rehabilitation Programs for Bedridden Patients with Prolonged Immobility: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6420. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116420>

Delgado, B., Gomes, B., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2020). Atividade Física e Exercício Físico. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto & M. Loureiro (Eds.), *Reabilitação Cardíaca: Evidência e Fundamentos para a Prática* (pp. 82-89). Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp.97-106). 1ªEd. Lisboa: Lidel Enfermagem.

Dewit, S., de Hertogh, G., Geboes, K., & Tack, J. (2008). Chronic intestinal pseudo-obstruction caused by an intestinal inflammatory myopathy: case report and review of the literature. *Neurogastroenterology and Motility*, 20(4), 343–348. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2007.01033.x>

DGS (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma n° 008/2019. Lisboa. Direção-geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Edwards, R., Jones, H., Moseley, J., Marshall, T., El-Khamisy, S., Aung, N., & Farrow, M. (2023). Exercise Interventions for the Management of Sarcopenia: Possibilities and Challenges. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/02703181.2023.2220738>

Equator Network. (2024). Flow Diagram - Case Reports following the CARE guidelines. Equator. <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>.

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *J Med Case Reports* 7, 223. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-7-223>

Grainger, J. T., Maeda, Y., Donnelly, S. C., & Vaizey, C. J. (2018). Assessment and management of patients with intestinal failure: a multidisciplinary approach. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, Volume 11, 233–241. <https://doi.org/10.2147/ceg.s122868>

Graungaard, S., Geisler, L., Andersen, J. R., Rasmussen, H. H., Vinter-Jensen, L., Holst, M. (2021). Personalized exercise intervention in HPN patients - A feasibility study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 45, 420–425. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.07.008>

Graungaard, S., Geisler, L., Andersen, J. R., Rasmussen, H. H., Vinter-Jensen, L., Köhler, M., & Holst, M. (2022). Prevalence of sarcopenia in patients with chronic intestinal failure—how are SARC-F and the EWGSOP algorithm associated before and after a physical exercise

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

intervention. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 47(2), 246–252. <https://doi.org/10.1002/jpen.2449>

Hurst, C., Robinson, S. M., Witham, M. D., Dodds, R. M., Granic, A., Buckland, C., Buckland, C., Biase, S., Finnegan, S., Rochester, L., Skelton, D. A., & Sayer, A. A. (2022). Resistance exercise as a treatment for sarcopenia: prescription and delivery. *Age and Ageing*, 51(2). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac003>

Hyman, P.E., & Thapar, N. (2013). Chronic Intestinal Pseudo-Obstruction. In: Faure, C., Di Lorenzo, C., Thapar, N. (eds) *Pediatric Neurogastroenterology*. Clinical Gastroenterology. Humana Press, Totowa, NJ. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-709-9_22

Junqué-Jimenez, A., Molina Y., Fernández Y., Andreu L., & Segura E. (2019). Opinión de los pacientes tras un programa de ejercicio físico domiciliario. *Enferm Nefrol.*;22(4):406-414. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000400007>

Junqué-Jiménez, A., Esteve-Simó, V., Andreu-Periz, L., & Segura-Orti, E. (2023). A nurse-led home-based exercise program for patients with chronic kidney disease. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. <https://doi.org/10.1111/wvn.12613>

Lacy, B., & Loew, B. (2009). Diagnosis, Treatment and Nutritional Management of Chronic Intestinal Pseudo-Obstruction. *Practical Gastroenterology*. <https://med.virginia.edu/ginutrition/wp-content/uploads/sites/199/2014/06/LacyArticle-Aug09.pdf>

Law, T. D., Clark, L. A., & Clark, B. C. (2016). Resistance Exercise to Prevent and Manage Sarcopenia and Dynapenia. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 36(1), 205–228. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.36.205>

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto L., Loureiro, M., & Delgado B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 76-81). Lisboa: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
[docinstrurecolhadadosenfreabilitacao_vf.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/docinstrurecolhadadosenfreabilitacao_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (s.d.). Ontologia de Enfermagem. Disponível em:
<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Petronilho, F., Margato, C., Mendes L., Areias S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O Autocuidado como dimensão relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lisboa: Lidel.

Pironi, L., & Sasdelli, A. S. (2019). Management of the Patient with Chronic Intestinal Pseudo-Obstruction and Intestinal Failure. *Gastroenterology Clinics of North America*, 48(4), 513–524.
<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2019.08.005>

Pironi, L., C. Cuerda, Jeppesen, P., Joly, F., C. Jonkers, Krznarić, Z., et al. (2023). ESPEN guideline on chronic intestinal failure in adults – Update 2023. *Clinical Nutrition*, 42(10), 1940–2021. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.019>

Pontes, M. M. (2023). Doença Crónica. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 487-500). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/19 - II Série (pp. 13565-13568).

Riley D. S., Barber M. S., Kienle G. S., Aronson J. K., Schoen-Angerer T., Tugwell P., et al. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 89: 218-235.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

Silk, D. B. A. (2004). Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction: the need for a multidisciplinary approach to management. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(3), 473–480. <https://doi.org/10.1079/pns2004375>

Skallerup, A., Nygaard, L., Olesen, S. S., Køhler, M., Vinter-Jensen, L., & Rasmussen, H. H. (2018). The prevalence of sarcopenia is markedly increased in patients with intestinal failure and associates with several risk factors. *Clinical Nutrition*, 37(6), 2029–2035. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.010>

Sousa L. (2019). Atividade física e exercício físico: fundamentos e aplicações em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*; 2(1):4-5. Disponível em: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/RPERv2n1.pdf>

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). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Waddell G. (2004). *The Back Pain Revolution* (2ª ed). Churchill Livingstone.

Wall, B. T., & van Loon, L. J. (2013). Nutritional strategies to attenuate muscle disuse atrophy. *Nutrition Reviews*, 71(4), 195–208. <https://doi.org/10.1111/nure.12019>

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. Geneva: World Health Organization.

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Síndrome da Imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal: Relato de Caso

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I - Declaração de consentimento informado

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: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com síndrome da imobilidade por Pseudo-Obstrução Intestinal. Relato de caso

Enquadramento: ... O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade [redacted], no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do(a) Professor(a) Doutor Luís Sousa e do(a) Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação [redacted]

Aplicação do estudo: Solicita-se a participação no Relato 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 serão utilizados instrumentos/testes de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no estudo de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre implementação de um programa de reabilitação adequado às necessidades identificadas, contribuindo à sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. 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. Do mesmo modo, serve o presente consentimento para fornecer a sua autorização para a captura de imagens para utilização em reuniões científicas, ensino ou formação profissional, sendo garantido o anonimato.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra. 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.

Obrigada pela colaboração

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Ana Adelaide Medeiros Gouveia

Contactos: 969425187/ anaguouveia24@gmail.com

Assinatura/s 

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assinou 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 (tracar 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: [redacted]
Assinatura: [redacted]

Data: [redacted]

<https://www.comissao-nacional-eticas.com.pt/pt/2017/02/declaracao-consentimento.pdf>

<https://www.comissao-nacional-eticas.com.pt/pt/2017/02/declaracao-consentimento.pdf>

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

Assunto: Projeto de Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Relato de Caso Clínico: "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com síndrome da imobilidade por Pseudo Obstrução Intestinal"

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 12 de julho de 2024.

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**
Número de Identificação: 09542446
Data: 2024.07.12 08:38:28+0100

Professora Adjunta Maria João Santos

APÊNDICE II

Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Relato de Caso



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2º Ano

1º Semestre

Trabalho realizado no âmbito do Estágio Profissionalizante

Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca:

Relato de Caso

Docente:

Prof. Doutor Luis Sousa

Enfermeiro Supervisor:

EEER Andreia Silva

Discente:

Ana Gouveia - 2023043

Barcarena

Novembro de 2024

Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Relato de Caso

Escola Superior de Saúde Atlântica

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2º Ano

1º Semestre

Trabalho realizado no âmbito do Estágio Profissionalizante

**Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca:
Relato de Caso**

Docente:

Prof. Doutor Luís Sousa

Enfermeiro Supervisor:

EEER Andreia Silva

Discente:

Ana Gouveia - 2023043

Barcarena

Novembro de 2024

SIGLAS

ABVD: Atividades de Vida Diárias

ACF: Articulação Coxofemoral

ASA: *American Society of Anesthesiology*

ATA: Artroplastia Total da Anca

ATJ: Artroplastia Total do Joelho

ATT: Articulação Tibiotársica

AVD: Atividades de Vida Diárias

CARE: *CAsE REport*

CDTR: Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios

EEER: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER: Enfermagem de Reabilitação

MIF: Medida de Independência Funcional

mMRC: *Medical Research Council Muscle Scale modificada*

MMSE: *Mini-Mental State Examination*

OA: Osteoartrose

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE: Ordem dos Enfermeiros

TUGT: *Timed Up and Go Test*

RESUMO

Introdução: A artroplastia total da anca é uma cirurgia ortopédica com grande impacto na funcionalidade e que limita a capacidade para o autocuidado. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação é essencial no ensino, treino e capacitação com pessoa para um processo de transição seguro.

Objetivo: Avaliar os ganhos da implementação de um plano de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total da anca.

Método: Estudo descritivo, tipo relato de caso, relativo a uma pessoa submetida a artroplastia total da anca. Após identificação dos diagnósticos de Enfermagem foi elaborado e implementado um plano de cuidados de reabilitação individualizado, com base na Ontologia em Enfermagem e foram avaliados os respetivos resultados.

Resultados: Verificou-se melhoria na capacitação da pessoa submetida a artroplastia da anca. Obtiveram-se ganhos na diminuição da dor, aumento da força muscular e amplitude articular, diminuição do risco de queda, melhoria no conhecimento, na funcionalidade e na independência no desempenho das atividades de vida diárias.

Conclusões: Os ganhos da implementação do programa permitem corroborar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é o profissional com as competências necessárias para a implementação de estratégias de intervenção que permitem capacitar a pessoa para a aquisição de conhecimento e estratégias de adaptação à nova condição de saúde.

Descritores: Enfermagem em Reabilitação, Capacitação, Artroplastia da anca, Relato de Caso.

ABSTRACT

Introduction: Total hip arthroplasty is an orthopedic surgery that significantly impacts functionality and limits the ability for self-care. The intervention of the Rehabilitation Nurses is essential in providing education, training, and empowerment with the person, ensuring a safe transition process.

Objective: Evaluate the benefits of implementing a Rehabilitation Nursing plan in the training with the person undergoing total hip arthroplasty.

Method: Descriptive study, case report type, regarding a person who underwent total hip arthroplasty. After identifying nursing diagnoses, an individualized rehabilitation care plan was developed and implemented based on Nursing Ontology, and the respective outcomes were evaluated.

Results: There was an improvement in the training of the person undergoing hip arthroplasty. Gains were achieved in pain reduction, increased muscle strength and joint range of motion, reduced fall risk, and improvements in knowledge, functionality and independence in the performing daily living activities.

Conclusion: The gains from the implementation of the program corroborate that the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is the professional with the necessary skills to implement intervention strategies that enable the person to acquire knowledge and adaptation strategies to the new health condition.

Descriptors: Rehabilitation Nursing, Training, Hip Arthroplasty, Case Report

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. MATERIAL E MÉTODOS	10
2. APRESENTAÇÃO DO CASO	
2.1. Avaliação Inicial e História Clínica.....	11
2.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	12
2.3. Diagnósticos e Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação.....	13
3. RESULTADOS	21
4. DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I: Lista para Verificação da Aprendizagem na artroplastia total da anca.....	36
APÊNDICE II: Guia de seguimento pós-operatório da pessoa submetida a ATA: contacto telefónico após alta.....	40
APÊNDICE III: Declaração de consentimento informado	44
APÊNDICE IV: Autorização para utilização da Lista de Verificação da Aprendizagem Após Artroplastia Total da Anca.....	45
ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA	46

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com base na Ontologia, para a pessoa submetida a ATA	14
Quadro 2: Resultados obtidos na admissão e após intervenção do EEER	21

INTRODUÇÃO

Com a tendência global para o envelhecimento populacional, associado à maior expectativa de vida e o aumento da obesidade, a osteoartrose (OA) tornou-se um desafio crescente nos sistemas de saúde que requer abordagens modernas, estruturadas e eficazes no seu tratamento (Silva et al., 2023). Além da dor e repercussões no bem-estar, acarreta consequências individuais, sociais e económicas importantes (Violante & Cruz, 2016).

A OA da anca ou coxartrose é uma das doenças articulares mais comuns e uma das principais causas de incapacidade no mundo, afetando mais de 500 milhões de pessoas (Peixoto et al., 2024). É caracterizada pelo desgaste progressivo da cartilagem articular, resultando em dor crónica, rigidez, limitação da amplitude dos movimentos e crepitação, com consequências significativas na mobilidade e qualidade de vida (Pizzeta et al., 2024).

A abordagem terapêutica da pessoa com OA deve ser personalizada e adaptada às necessidades individuais para otimizar a gestão da doença e melhorar a função articular, sendo que a reabilitação assume um papel fundamental (Pizzeta et al., 2024; Violante & Cruz, 2016). A ATA afirma-se como tratamento padrão de excelência para a pessoa com OA (Peixoto et al., 2024). Esta técnica cirúrgica consiste na substituição total da articulação afetada procurando-se alcançar uma neoarticulação indolor, restabelecer a função articular comprometida, melhorar a capacidade para realizar as AVD e a qualidade de vida (Ramos et al., 2019; Silva et al., 2023).

Estatísticas epidemiológicas indicam que a realização de artroplastias da anca tem crescido em escala global (Peixoto et al., 2024). Segundo dados da OCDE estima-se que em 2050 a realização desta cirurgia ascenda a 2,8 milhões por ano nos países-membros, sendo prioridade aumentar a qualidade dos cuidados (Pabinger, 2018).

As limitações temporárias ou definitivas que permanecem após o tratamento cirúrgico tornam este foco de atenção para a prática de ER e para a continuidade de cuidados num desafio complexo (Cruz et al., 2021). O tipo de cirurgia, a dor perioperatória, os défices funcionais progressos e as restrições da mobilidade no pós-operatório, traduzem-se em incapacidade que, associada a tempos de internamento cada vez mais curtos, implicam uma atuação da equipa de saúde com enfoque na capacitação para a promoção do autocuidado (Ferreira et al., 2019).

O EEER é dotado das competências necessárias à conceção, implementação e avaliação de programas de reabilitação diferenciados na pessoa com perturbação do sistema músculo-esquelético que visem a maximização das suas capacidades (Regulamento nº 392/2019).

Estudos evidenciam a importância da implementação de programas multidisciplinares, com ênfase na pessoa, que envolvam de forma ativa os EEER, assumindo-se estes como os elos da equipa pela posição privilegiada de atuação ao longo do ciclo vital da pessoa e dos seus processos de transição (Violante & Cruz, 2016).

O processo de reabilitação é constituído por diferentes fases e deverá ser iniciado antes da cirurgia com a educação da pessoa sobre precauções e contraindicações específicas ao procedimento cirúrgico e continuar até uma recuperação satisfatória da capacidade funcional. Os programas de reabilitação devem ser individualizados, baseados nas necessidades específicas, nas condições pré-operatórias, nas eventuais complicações pós-operatórias e nos objetivos funcionais (Martino et al., 2024). É fundamental salientar a importância da educação no processo de tratamento da OA, mais especificamente após ATA. Capacitar a pessoa com informações sobre a cirurgia, estratégias de autocuidado, gerindo as expectativas, é essencial para que se garanta sucesso a longo prazo (Silva et al., 2023).

Capacitar é um processo que agrega múltiplas dimensões e integra o conhecimento, a tomada decisão e a ação. Traduz-se nas atividades básicas como comer e beber e em atividades instrumentais mais complexas, nas quais se almeja a integração na comunidade, nomeadamente fazer compras ou ter controlo da própria saúde. As atividades básicas de vida e as instrumentais refletem a autonomia e independência da pessoa e estão diretamente relacionadas com a capacidade funcional e a qualidade de vida (Reis & Bule, 2023).

A garantia da continuidade do processo de reabilitação no domicílio é intrínseca à capacitação da pessoa. A aquisição de conhecimento, o desenvolvimento de habilidades para a execução dos exercícios e a implementação de estratégias que possibilitem a realização dos autocuidados influenciam o processo de transição devendo, por isso, ser foco de atenção do EEER (Lourenço et al., 2021).

Assim sendo, muito embora a intervenção do EEER seja notória a nível do restabelecimento da função, este assume um papel fundamental no cuidado com a pessoa, na sua capacitação para o autocuidado e na prevenção da desfragmentação de cuidados no processo de transição para o domicílio (Pina & Baixinho, 2020). A implementação de um plano de ER com foco na prevenção do declínio da funcionalidade e restrição do autocuidado na transição, torna-se um importante fator para a reabilitação, educação e qualidade de vida da pessoa submetida a ATA (Cruz et al., 2021).

As transições, fenómenos complexos e singulares, podem ser resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis, 2011). A pessoa submetida a ATA pode vivenciar múltiplas transições em simultâneo originadas pela própria cirurgia, a nova condição de saúde e o regresso ao domicílio. O objetivo da intervenção do EEER com a pessoa é a capacitação para lidar com a transição em que se encontra, utilizando o conhecimento para a empoderar para a tomada de decisão, maximizando a autonomia, e utilizar a aprendizagem de capacidades para a tornar mais independente no desempenho das AVD (Sousa et al., 2020).

A personalização dos cuidados à singularidade e especificidade da pessoa e a continuidade de cuidados na transição do hospital para a comunidade, continuam a ser desafiantes para a organização e prestação dos cuidados de enfermagem (Cruz et al., 2021). Cabe ao EEER a implementação de planos de cuidados com a pessoa, que a capacitem, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências para a satisfação das necessidades afetadas com vista à promoção do autocuidado, da independência e da autonomia (Baixinho & Ferreira, 2020).

Assim, foi definido como objetivo geral avaliar os ganhos da implementação de um plano de ER na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total da anca que permitam uma transição segura no regresso a casa. Como objetivos específicos pretendem-se identificar os principais diagnósticos de ER utilizando instrumentos adequados, implementar um plano de reabilitação com a pessoa e avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER após a aplicação do plano de intervenção.

1. MATERIAL E MÉTODOS

Para dar resposta aos objetivos estabelecidos foi desenvolvido um trabalho descritivo do tipo relato de caso de caráter narrativo dos cuidados de enfermagem fundamentados na práxis. Para garantir maior precisão e clareza, o presente relato de caso foi elaborado em conformidade com as diretrizes CARE (Riley et al., 2017).

Este relato descreve o caso de uma pessoa do sexo feminino, com 64 anos de idade, proposta para ATA programada e internamento no serviço de Ortopedia de uma Unidade Local de Saúde da área de Lisboa.

A colheita de dados foi realizada através da entrevista informal à pessoa e cuidador e da consulta do processo em Sclínico®. Foi realizada a avaliação inicial prévia à cirurgia e avaliações diárias subsequentes até a alta.

Os dados colhidos foram analisados quantitativamente e foram selecionados os seguintes instrumentos de avaliação, validados para a população portuguesa: *Mini Mental State Examination*; MIF; Índice de Barthel; escala de Morse; *Timed Up and Go Test*; escala simples de avaliação do equilíbrio; *Medical Research Council Muscle Scale modificada* e escala numérica da dor. A amplitude articular foi medida através do recurso à goniometria. Os diagnósticos foram baseados na Ontologia em Enfermagem. O plano de ER foi implementado desde a admissão até à transição para o domicílio. Na admissão, que ocorreu no dia da intervenção, além da avaliação funcional foram feitos ensinamentos sobre RFR e motora. As intervenções do EEER foram adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos da pessoa cuidada. O conhecimento foi avaliado em todas as sessões com recurso à lista de verificação da aprendizagem na pessoa submetida a ATA (Nicolau et al., 2022a). Foi efetuado um contacto telefónico uma semana após a alta para o domicílio de forma a monitorizar a transição segura dos cuidados hospitalares para o domicílio.

Este estudo foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, durante o estágio Profissionalizante e autorizado pela Comissão de Ética da Instituição de Ensino Superior correspondente. Foram respeitadas as diretrizes éticas da investigação em enfermagem, no que diz respeito ao princípio da pertinência do estudo, respeito pela confidencialidade, dignidade, autonomia e liberdade do participante (Deodato, 2022).

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1 Avaliação Inicial e História Clínica

Este relato aborda o caso de uma senhora com 64 anos de idade, caucasiana, natural do Brasil, a residir em Portugal há 17 anos. Mora no domicílio com o companheiro, a principal pessoa de referência que irá prestar apoio aquando da alta. Trabalhava num restaurante mas encontra-se de baixa médica por incapacidade. No domicílio, embora independente no desempenho das ABVD, realizava-as com dificuldade pela dor e dificuldade na deambulação. Vive num apartamento, 1º andar com elevador e três degraus dentro de casa. No WC tem banheira com barra de apoio na parede.

À admissão encontrava-se consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Não apresentava alterações na comunicação ou compreensão. Desconhece alergias. São descritos como antecedentes pessoais hipertensão arterial, ansiedade, enxerto de pele em 2022 por queimadura nos membros inferiores. Medicada habitualmente com omeprazol 20mg em jejum, indapamida 1,5mg de manhã, lercanidipina 10mg ao jantar e mexazolam 1mg à noite.

Apresentava claudicação na marcha, dor na região trocantérica e inguinal esquerda constante, com irradiação ao joelho, que aumentava com a carga e ao fim do dia, classificando-a como 6 na escala numérica da dor. Relativamente à realização das ABVD, deambulava com o apoio de uma canadiana, manifestava dificuldade em vestir calças, calçar os sapatos e meias. Quando questionada acerca das expectativas sobre o resultado da intervenção cirúrgica referiu pretender alcançar um estado livre de dor, onde seja possível viver com conforto e qualidade de vida.

Foi internada no serviço de Ortopedia com o diagnóstico clínico de coxartrose primária à esquerda para cirurgia programada de ATA. Relativamente aos exames pré-operatórios, foram realizadas análises sanguíneas, eletrocardiograma e telerradiografia do tórax, sem alterações e telerradiografia da bacia. Realizou previamente consulta de anestesia obtendo risco cirúrgico ASA II, indicativo de doença sistémica leve.

A pessoa foi submetida a ATA, não cimentada, pela via posterior ou de Moore sob raquianestesia, com controlo radiográfico pós-operatório imediato a confirmar a posição e estabilidade da prótese implantada. Durante o internamento sem intercorrências pós-operatórias, a cumprir analgesia endovenosa prescrita, sem necessidade terapêutica de resgate, passando ao terceiro dia para administração por via oral. Teve alta para domicílio ao 4º dia com indicação para continuidade dos cuidados.

2.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

O plano de ER foi iniciado no momento da admissão no serviço de internamento de ortopedia. Foi feito o acolhimento com a pessoa e cuidador, feita anamnese, colheita de dados e aplicação dos instrumentos de avaliação que se mostraram adequados para elaboração de um programa de reabilitação personalizado, adequado aos objetivos e expectativas da pessoa.

A utilização de instrumentos de avaliação adequados é fundamental nos cuidados do EEER para uma correta avaliação das necessidades da pessoa cuidada, para a prestação de cuidados individualizados, assim como para a avaliação da efetividade das intervenções. Estes devem, por isso, possuir características fundamentais, tais como, validade, responsividade e fiabilidade, que justifiquem a confiabilidade dos dados que produzem (Sousa et al., 2023).

Para avaliação da função cognitiva no momento da admissão foi utilizado o MMSE, com os valores normativos testados na população portuguesa segundo o nível educacional (Morgado et al., 2009). O teste permite obter uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos.

Para avaliação dos ganhos a nível da funcionalidade e no desempenho das ABVD foram utilizados o Índice de Barthel e a MIF. O índice de Barthel avalia o grau de independência da pessoa para a realização de 10 ABVD. A pontuação varia entre 0 e 100 sendo que quanto maior a avaliação, menor dependência nas atividades. A MIF é constituída por 18 itens que, divididos, permitem a avaliação funcional em dois domínios: motor e cognitivo. A pontuação total varia entre 18 e 126 pontos e, quanto menor for o valor, maior o grau de dependência (OE, 2016).

O controlo da dor é fundamental para a reabilitação precoce e participação no plano de cuidados. A escala numérica da dor, quantificada de 0 a 10 (máxima dor) foi aplicada em todas as sessões implementadas, assim como a avaliação dos restantes sinais vitais (DGS, 2003).

O TUGT foi utilizado com o objetivo de avaliar o desempenho físico: a mobilidade, equilíbrio, marcha e estabilidade na deambulação (OE, 2016). Foi avaliado diariamente, exceto no primeiro dia de pós-operatório. Um tempo cronometrado igual ou inferior a 10' indica um desempenho normal para um adulto saudável e baixo risco de queda; um tempo até 20' representa um desempenho normal para a pessoa com incapacidade/idoso frágil, mas independente nas ABDV; um tempo até 29' é representativo de um risco de queda moderado e requer a implementação de planos para a sua prevenção e manutenção de um ambiente seguro.

O resultado superior a 30' indica um elevado risco de queda. Para complementar o TUGT foi aplicada a Escala de Avaliação Simples do Equilíbrio.

O risco de queda foi avaliado através da escala de Morse na qual se considera alto risco de queda se a pontuação obtida foi igual ou superior a 45 pontos. Quanto maior for a pontuação, maior é o risco (DGS, 2019).

A manutenção da força muscular e amplitude articular é fundamental para o autocuidado e desempenho das AVD. Para avaliação da força muscular foi utilizada a MRC modificada com o objetivo de se obter maior responsividade. Esta escala é quantifica a força muscular entre 0 e 5, com escalas intermédias, sendo que o valor máximo corresponde a força normal. (Chang et al, 2017). Recorreu-se à goniometria para avaliação da amplitude articular nos movimentos de flexão e extensão dos segmentos (Sousa & Carvalho, 2023). O procedimento foi realizado por dois avaliadores, com duas repetições.

Para avaliar o conhecimento pré-operatório e desenvolvido com as intervenções do ER, foi aplicada a Lista de Verificação da Aprendizagem na ATA, que se encontra preenchida no apêndice I. Esta engloba uma lista de intervenção educacional composta por 16 itens onde são avaliadas as aquisições no conhecimento sobre reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora (posicionamentos, exercícios no leito, levante, transferências, levantar/sentar da cadeira, uso de chuveiro/banheira/sanitário, treino de marcha com andarilho/canadianas, treino de subir/descer escadas, entrar/sair do carro e medidas para prevenção da luxação da prótese (Nicolau et al., 2022a).

Uma semana após alta foi efetuado um contacto telefónico de forma a monitorizar a transição segura dos cuidados hospitalares para o domicílio. O guia de seguimento pós-operatório da pessoa submetida a ATA: contacto telefónico após alta encontra-se no apêndice II. Este contacto surge como tentativa de assegurar a continuidade de cuidados, para acompanhar o progresso da recuperação, reforçar o plano de reabilitação e identificar precocemente sinais de complicações.

2.3 Diagnósticos e Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Através da anamnese e da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foram identificados os diagnósticos de ER. Estes permitem sustentar a implementação de um programa

personalizado de reabilitação motora e reeducação funcional que objetiva a promoção do autocuidado e a capacitação da pessoa após ATA. O plano de cuidados encontra-se descrito no quadro 1 e foi elaborado com recurso ao *browser* da Ontologia em enfermagem, aprovada em 2019 pela OE. Esta possibilita a utilização de uma linguagem classificada representativa dos “modelos conceituais que orientam a prática e o pensar em enfermagem”, permitindo a criação de indicadores sensíveis aos cuidados (Bastos et al., 2022, p. 84).

Quadro 1: Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação baseado na Ontologia, com a pessoa submetida a ATA

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios respiratórios Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios	
Objetivos	Intervenções
<u>Promover adesão: regime de exercícios respiratórios;</u> <u>Melhorar a ventilação</u>	- Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios respiratórios - Instruir e treinar exercícios respiratórios: CDTR, reeducação costal global com bastão, respiração abdomino-diafragmática; tosse assistida e dirigida. - Analisar com a pessoa os resultados alcançados. - Elogiar o desempenho.
Diagnóstico: Autocuidado – Virar-se comprometido	
Objetivos	Intervenções
<u>Prevenir complicações na articulação da anca</u>	- Posicionar para prevenir complicações na articulação da anca (atenção aos movimentos luxantes). - Assistir no virar-se usando dispositivo: Trapézio, almofada entre os joelhos. - Posicionar usando dispositivo: Triângulo abdutor.
Diagnóstico: Autocuidado - Potencial para melhorar a capacidade para virar-se; Potencial para melhorar autoeficácia para virar-se.	
Objetivos	Intervenções
<u>Promover autonomia para virar-se</u>	- Avaliar evolução da capacidade para virar-se/posicionar-se através da aplicação da MIF e índice de Barthel. - Instruir e treinar o virar-se: Evitar movimentos luxantes: flexão anca >90°, adução além da linha média, rotação interna.

	<p>Cuidados com posicionamentos: decúbito lateral para lado não intervencionado, decúbito semi-dorsal para o lado intervencionado, decúbito dorsal com pernas afastadas/triângulo abdutor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com o cliente os resultados alcançados. - Elogiar o desempenho do cliente.
<p>Diagnóstico: Autocuidado - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado</p>	
Objetivos	Intervenções
<p><u>Promover</u> <u>autogestão:</u> <u>prevenção de</u> <u>complicações na</u> <u>articulação da</u> <u>anca</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado. - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado: luxação da prótese. - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca. - Fornecer material educativo: panfleto sobre cuidados após ATA.
<p>Diagnóstico: Autocuidado – Cuidar da higiene pessoal comprometido</p>	
Objetivos	Intervenções
<p><u>Assegurar</u> <u>atividades de</u> <u>higiene pessoal</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal através da aplicação da MIF e índice de Barthel. - Assistir no tomar banho: no leito no 1º dia de pós-operatório, estimulando a independência neste autocuidado. - Assistir no tomar banho: no chuveiro, no 2º dia de pós-operatório, em cadeira de duche. - Assistir no arranjar-se. - Assistir no uso do sanitário – utilizando ajudas técnicas para prevenção da luxação da prótese.
<p>Diagnóstico: Autocuidado - Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se, tomar banho e usar o sanitário; Potencial para melhorar autoeficácia para arranjar-se, tomar banho e usar o sanitário</p>	
Objetivos	Intervenções
<p><u>Promover</u> <u>autonomia para</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se, tomar banho e usar o sanitário através da aplicação da MIF e índice de Barthel.

<p><u>cuidar da</u> <u>higiene pessoal</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar a arranjar-se. - Instruir e treinar a tomar banho: Se possível usar chuveiro em vez de banheira no domicílio; usar barras de apoio; tomar banho sentado em banco adequado ou tábua de banheira; entrar no chuveiro/banheira 1º com membro não intervencionado e depois com o intervencionado em extensão; sair 1º com o membro intervencionado em extensão e posteriormente com o não intervencionado. - Instruir e treinar a usar o sanitário: usar alteador de sanita e barras de apoio; membro operado em extensão; apoiar membros superiores nas barras e baixar-se lentamente até se sentar. Proceder de forma inversa para se levantar. - Analisar com o cliente os resultados alcançados. - Elogiar o desempenho do cliente.
<p>Diagnóstico: Autocuidado - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se, tomar banho e usar o sanitário</p>	
<p>Objetivos</p>	<p>Intervenções</p>
<p><u>Promover</u> <u>autonomia para</u> <u>cuidar da</u> <u>higiene pessoal</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo (barras de apoio, esponja de cabo longo, alteador de sanita, tábua de banheira) e a autonomia para tomar banho, arranjar-se, usar o sanitário. - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho, arranjar-se, usar o sanitário.
<p>Diagnóstico: Autocuidado – Vestir-se ou despir-se comprometido</p>	
<p>Objetivos</p>	<p>Intervenções</p>
<p><u>Promover</u> <u>autonomia para</u> <u>vestir-se ou</u> <u>despir-se</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se através da aplicação da MIF e índice de Barthel. - Assistir no vestir-se ou despir-se: não realizar movimentos luxantes (flexão >90°, rotação externa, adução além da linha média). - Assistir no vestir-se ou despir-se usando dispositivo: calçadeira de cabo longo, pinça para vestir meias e calças.

Diagnóstico: Autocuidado – Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se	
Objetivos	Intervenções
<u>Promover autonomia para vestir-se ou despir-se</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se. - Instruir e treinar a vestir-se ou despir-se: Vestir primeiro o membro inferior intervencionado com recurso a pinça e despir o mesmo em último. Calçar sapatos fechados, antiderrapantes e sem cordões, com recurso a calçadeira de cabo longo. - Analisar com o cliente os resultados alcançados. - Elogiar o desempenho do cliente.
Diagnóstico: Rigidez articular	
Objetivos	Intervenções
<u>Determinar evolução da amplitude articular;</u> <u>Evitar agravamento da rigidez articular</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da amplitude articular com recurso a goniometria. - Executar técnica de exercício músculo-articular passivo e ativo-assistido do membro intervencionado: mobilização da articulação do joelho, ACF e ATT até ao limite da dor e de acordo com os limites da via de abordagem posterior; mobilizações ativas de todos os segmentos do membro não intervencionado.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares	
Objetivos	Intervenções
<u>Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução da força através da escala mMRC nos diferentes segmentos corporais: Joelho, ACF, ATT. -Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares. - Instruir e treinar exercícios músculo-articulares (com atenção aos limites impostos pela via de abordagem): flexão/extensão até 90° da ACF com flexão e extensão do joelho; abdução/adução da ACF até à linha média;

	<p>dorsiflexão/flexão plantar; extensão lombo-pélvica com membro intervencionado em extensão (meia ponte); flexão e extensão dos dedos dos pés; mobilizações ativas do membro não intervencionado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar exercícios isométricos: glúteos, abdominais, quadricípites, isquiotibiais. - Analisar com o cliente os resultados alcançados. - Elogiar o desempenho do cliente. - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares.
<p>Diagnóstico: Autocuidado – Transferir-se comprometido Potencial para melhorar capacidade para transferir-se</p>	
Objetivos	Intervenções
<p><u>Assegurar o transferir-se;</u> <u>Promover a autonomia para transferir-se</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir no transferir-se no 1º dia de levante; - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se através da aplicação da MIF e índice de Barthel; - Instruir e treinar a transferir-se.
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se</p>	
Objetivos	Intervenções
<p><u>Promover autogestão:</u> <u>prevenção de complicações na articulação da anca</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se; - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se (atendendo ao contexto domiciliário): Levantar da cama – sair pelo lado operado. Sentar-se na cama com o apoio dos antebraços, evitando fletir o tronco a mais de 90º e mantendo o membro intervencionado em extensão. Fletir o membro contralateral e rodar até tocar no chão. Deitar na cama – entrar pelo lado não intervencionado. Encostar-se à cama, apoiar os braços e sentar-se com o membro intervencionado em extensão. Inclinar o tronco para trás, rodar a bacia e as pernas para o centro da cama. Não juntar as pernas. Se necessário utilizar uma almofada.

	- Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca: através do contacto telefónico após alta.
Diagnóstico: Autocuidado – Sentar-se comprometido	
Objetivos	Intervenções
<u>Prevenir complicações na articulação da anca</u>	- Assistir no sentar-se para prevenir complicações na articulação da anca; - Providenciar dispositivos de prevenção de complicações na articulação da anca: cadeira alta, com apoio de braços.
Diagnóstico: Autocuidado – Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se	
Objetivos	Intervenções
<u>Promover autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca</u>	- Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se. - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: Membro intervencionado em extensão, de costas para a cadeira e com a região poplíteia a tocar na mesma. Apoiar os membros superiores nos braços da cadeira e, evitando a flexão do tronco, sentar-se lentamente. No levante, proceder de forma inversa. Se a cadeira não tiver apoio de braços, sentar-se de lado utilizando as costas e o assento da cadeira. - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se. - Ensinar cuidados a entrar sair do carro.
Diagnóstico: Autocuidado – Andar comprometido	
Objetivos	Intervenções
<u>Prevenir a queda</u>	- Avaliar evolução do andar através da aplicação do TUGT, avaliação do equilíbrio estático e dinâmico; - Monitorizar risco de queda através da escala de Morse; - Adequar o vestuário para prevenir queda.

	- Gerir o ambiente físico para prevenir queda: área bem iluminada, atenção piso escorregadio, retirar tapetes, corredores livres, verificar estado das borrachas dos auxiliares de marcha.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha Potencial para melhorar autoeficácia para andar	
Objetivos	Intervenções
<u>Promover autonomia para andar</u>	- Instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha: levante no 1º dia de pós-operatório, com apoio de andariço. - Treinar o andar com auxiliar de marcha: canadianas no 2º dia de pós-operatório. Primeiro avançam as canadianas, de seguida o membro intervencionado até ao nível das canadianas e por fim o membro não intervencionado. Para mudar de direção virar para o lado são. Subir escadas: Subir membro são seguido do intervencionado e por fim o auxiliar de marcha. Descer escadas: Descer com o auxiliar de marcha, membro intervencionado e membro são. - Analisar com o cliente os resultados alcançados; - Elogiar o desempenho do cliente.
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda	
Objetivos	Intervenções
<u>Promover autogestão: prevenção de quedas</u>	- Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda. - Ensinar sobre prevenção de quedas no domicílio. - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas. - Fornecer folheto informativo sobre prevenção de quedas no domicílio.

3. RESULTADOS

Quadro 2: Resultados obtidos na admissão e após intervenção do EEER

Avaliação	Instrumento	Admissã o	1º Dia pós- cirúrgico	2º Dia pós- cirúrgico	3º Dia pós- cirúrgico
Cognição	<u>MMSE</u>	27	-	-	-
Funcionalidade	<u>MIF</u>	122/126	80/126	94/126	113/126
	<u>Índice de Barthel</u>	90/100	45/100	65/100	90/100
Equilíbrio (Ortostatismo)	<u>Escala Simples de Avaliação</u>	E: Man D: Man	E: Man D: Dim	E: Man D: Man	E: Man D: Man
	<u>TUGT</u>	25s	-	49,02s	35,01s
Risco de queda	<u>Escala de Morse</u>	30	35	60	30
Dor	<u>Escala numérica</u>	6	5	2	0
Força Muscular (Membro inferior esquerdo)	<u>mMRC</u>				
	Flexão ACF	4+ (dor)	3	4	5
	Extensão Joelho	5	4-	4+	5
	Dorsiflexão ATT	5	5	5	5
Amplitude Articular (Membro inferior esquerdo)	<u>Goniometria</u>				
	Flexão ACF	60°	30°	42°	62°
	Extensão ACF	10°	-	5°	10°
	Flexão Joelho	120°	90°	110°	120°
Extensão Joelho	0°	0°	0°	0°	
Distância percorrida		25m	2m A	25m C	50m C
Lista de VA		0/16	9/16	12/16	16/16

Legenda: E – estático; D – dinâmico; Dim – diminuído; Man – mantido; s – segundos; m – metros; C – canadianas; A – andarilho; VA – verificação da aprendizagem.

Através da análise global dos dados do quadro 2 verifica-se que o cumprimento do programa de ER planeado e implementado com a pessoa submetida a ATA permitiu alcançar uma melhoria em todos os parâmetros avaliados, traduzindo-se em ganhos significativos.

É possível verificar a melhoria na independência funcional, no desempenho das AVD através dos resultados obtidos com a aplicação do Índice de Barthel e da MIF. Ao momento da admissão a pessoa apresentava, de acordo com o Índice de Barthel, dependência leve. Durante o internamento verificou-se aumento da dependência na realização das ABVD, passando para dependência moderada, sendo que no momento da alta, recuperou o desempenho inicial. No dia da alta é possível confirmar que caminhava mais de 50 metros, com dois auxiliares de marcha (canadianas), de forma independente, superando a distância percorrida aquando da admissão. Através da aplicação da MIF observa-se um decréscimo acentuado da pontuação no pós-operatório imediato, subindo para próximo dos valores iniciais no momento da transição para o domicílio, mas mantendo-se, ainda assim, mais baixos. A evolução foi especialmente evidente no *score* motor e na capacidade para o autocuidado

Para avaliação do risco de queda foi aplicada a escala de Morse. O tipo de intervenção cirúrgica, a permanência no leito e as limitações pós-operatórias condicionam a segurança tornando, por isso, fundamental a aplicação deste instrumento para uma implementação de um plano de cuidados seguro. Verificou-se aumento do risco de queda no segundo dia de pós-operatório, (alto risco de queda), regressando para valores da admissão na última avaliação (baixo risco).

O equilíbrio desempenha um papel fundamental na capacidade funcional para realizar atividades. É possível verificar que a pessoa manteve sempre o equilíbrio estático. No primeiro dia de pós-operatório, coincidente com o primeiro levante após ATA, a pessoa demonstrou equilíbrio dinâmico na posição ortostática diminuído.

Na avaliação do TUGT verificam-se valores mais baixos na avaliação pré-operatória, ainda assim indicativos de moderado risco de queda. No momento da alta, o teste sugere alto risco, mas com melhoria significativa relativamente à avaliação anterior. A pessoa apresentou melhor desempenho, estabilidade na mudança de direção e segurança na transferência da posição de sentado para de pé.

A força muscular, avaliada com recurso à mMRC, teve um aumento significativo desde o pós-operatório imediato, apresentando na última avaliação força normal em todos os segmentos avaliados. Verifica-se que, na avaliação força muscular para flexão da ACF, a pontuação final

superou a inicial passando de fraqueza muscular ligeira, muito associada à dor, para movimento ativo contra a gravidade, incapaz de vencer qualquer resistência após a intervenção para, ao momento da alta, apresentar força normal. Resultados foram semelhantes relativamente à amplitude articular medida com recurso ao goniómetro. A avaliação foi executada com recurso à mobilização articular ativa. É possível observar um decréscimo da amplitude do movimento na flexão das articulações do joelho e ACF no primeiro e segundo dia após ATA, sendo que na última avaliação houve recuperação relevante para valores da admissão, com ligeiro aumento de 2° na ACF.

Analisando os dados respeitantes à avaliação da dor, é possível aferir que, no momento da admissão, a pessoa apresentava dor crónica, agravada com o movimento, que classificou com pontuação 6 – dor intensa. A intensidade da dor foi diminuindo em todas as avaliações tendo alta para o domicílio com dor 0.

Com a aplicação da Lista de Verificação de Aprendizagem no período pré-operatório, observa-se que a pessoa tinha pouco conhecimento sobre cuidados após ATA. No momento da alta a pessoa demonstrou ter adquirido todos os conhecimentos constantes da lista, fundamentais para uma transição segura do meio hospitalar para o domicílio.

No contacto telefónico efetuado uma semana após a alta hospitalar, foi possível identificar dúvidas e preocupações da pessoa após transição para o domicílio, reforçar a confiança e a adesão ao plano de reabilitação. Não se verificaram sinais de complicações pós-operatórias e foram reforçados ensinamentos sobre medidas de segurança e de adaptação ao domicílio após ATA. A pessoa demonstra adesão ao processo de reabilitação individualizado, satisfação com os cuidados de ER implementados e confiança no processo de transição.

4. DISCUSSÃO

A intervenção do EEER contemplou uma abordagem com a pessoa, de acordo com as necessidades de cuidados identificadas, desde o período pré-operatório, com vista à recuperação funcional e capacitação para a prevenção de complicações e retorno às atividades diárias em segurança. O programa incluiu intervenções de instrução, ensino e treino sobre RFR, cuidados após ATA, treino de AVD ajustadas ao contexto domiciliário da pessoa, treino de exercício e treino de marcha.

O programa de ER incluiu mobilização e levante precoces, no primeiro dia após a intervenção cirúrgica. Este princípio é suportado pela evidência que aponta a mobilização precoce como o padrão-ouro para a recuperação da capacidade funcional, pelos seus benefícios na melhoria da força, equilíbrio, desempenho nas AVD e prevenção de eventos adversos como as quedas e fenómenos tromboembólicos (Nicolau, 2022b). A mobilização precoce resulta em benefícios na independência e na qualidade de vida sem agravamento da dor ou efeitos adversos na função da ACF (Götz et al., 2022).

O ensino e treino de exercícios foi iniciado ainda no leito, de acordo com a capacidade da pessoa e limitações impostas pela intervenção cirúrgica. No pós-operatório imediato verificou-se diminuição da força e amplitude articular da ACF e joelho, com recuperação completa no dia da alta. O treino de exercício traz benefícios na força muscular e melhora o equilíbrio, sendo fundamental para um bom desempenho funcional (Nicolau, 2022b). Estudos apontam que a implementação de um plano estruturado de exercícios de ER, apoiados na evidência, promovem a recuperação funcional, melhoram a qualidade de vida, reduzem o número de dias de internamento e diminuem a ocorrência de complicações pós-operatórias (Dong & Chen, 2020).

A literatura evidencia que o aumento da satisfação, a adesão ao programa de reabilitação e a independência para o autocuidado são influenciados pelo controlo da dor pós-operatória (Peixoto, et al., 2024). A intervenção precoce do EEER após cirurgia demonstra uma melhoria na gestão da dor e acelera o progresso de reabilitação através da maior participação da pessoa nos cuidados (Zhao et al., 2022). O principal resultado almejado pela pessoa era a viver sem dor pelo que foi um foco importante no planeamento das intervenções de ER.

Na implementação dos cuidados de ER observou-se melhoria significativa na capacidade para a marcha, através da melhoria do *score* do TUGT e da distância percorrida, que superou a distância à admissão e diminuição do risco de queda. Os ganhos na capacidade para uma marcha

eficiente representam um marco funcional relevante para a pessoa. Uma marcha segura é sinónima de maior independência e reduz o risco de queda, assumindo especial importância pelos tempos de internamento cada vez mais curtos (Colibazzi et al., 2020).

A pessoa submetida a ATA vive diferentes tipos de transições com propriedades específicas que contribuem para que, no momento do regresso a casa, esteja, muitas vezes, em piores condições funcionais do que as que apresentava antes da hospitalização (Cruz et al., 2021). Os resultados obtidos demonstram que houve uma clara recuperação da independência funcional traduzida, essencialmente, pela evolução favorável das pontuações do Índice de Barthel e da MIF (dimensão motora) mas representativos de alguma perda de capacidade funcional.

Estas melhorias substanciais entre o primeiro dia de pós-operatório e o momento da alta traduzem de forma inequívoca a efetividade das intervenções realizadas pelo ER. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, que utilizaram o índice de Barthel para documentar os seus benefícios. O projeto “Habilitar”, que tem como objetivo a intervenção do EEER no ensino, instrução e treino da pessoa submetida a ATA/ATJ, obteve resultados semelhantes e confirma que a sua implementação permite a capacitação precoce da pessoa, maximizando o seu potencial funcional, a independência, a reintegração social e a qualidade de vida (Saraiva et al., 2020).

Numa revisão sistemática da literatura cujo objetivo foi identificar ganhos sensíveis aos cuidados de ER na promoção do autocuidado da pessoa submetida a artroplastia da anca, demonstrou-se que intervenção do EEER é essencial para promover intervenções ao nível do conhecimento, dirigidas à capacitação para o autocuidado, atuando assim na manutenção ou aumento da funcionalidade (Martins et al., 2022).

De acordo com a literatura, as intervenções após ATA devem ser dirigidas ao ensino e treino de AVD, de acordo com as precauções impostas pela abordagem cirúrgica. As ajudas técnicas devem ser prescritas, assim como identificação de barreiras arquitetónicas e respetivas modificações ambientais (Colibazzi et al., 2020). O ensino e treino foi realizado tendo em conta a realidade domiciliária da pessoa, tentando identificar riscos e simular cenários semelhantes, com recurso a ajudas técnicas, tais como, elevador de sanita, banco sanitário, esponjas e pinças de cabo longo. Um planeamento de alta inadequado, que não considere as necessidades reais da pessoa e uma preparação insuficiente para o autocuidado em casa são preditores do insucesso do processo de reabilitação e da continuidade dos cuidados (Ferreira et al., 2019).

Como recurso complementar, nas intervenções de ensino e treino de ER foram fornecidos folhetos informativos existentes no serviço com texto e imagens sobre cuidados após ATA e prevenção de quedas no domicílio. A educação em saúde deve combinar recursos verbais, escritos e imagens e devem ser exemplificados sempre que possível (Nicolau, 2022a). A literatura enfatiza a implementação de programas de reabilitação implementados desde a admissão, com ênfase na educação para preparação para a alta, cujos programas deverão incluir materiais escritos e recursos visuais. Uma preparação para a alta eficaz, baseada na necessidade de informação da pessoa, permitirá um melhor desempenho nas AVD e menor incidência de complicações (Gurcayir & Karabulut, 2017).

Relativamente à lista de Verificação de Aprendizagem, no momento da admissão a pessoa não detinha qualquer conhecimento sobre cuidados e limitações após ATA. A aplicação deste instrumento permite identificar os ganhos com a intervenção do EEER na vertente educacional (Nicolau et al., 2022a) assim como identificar necessidades e planear com a pessoa as intervenções que lhe permitam concretizar o seu projeto de saúde. É possível verificar que intervenção do EEER originou momentos de aprendizagem adaptativa que permitiram capacitar a pessoa, o mais precocemente possível, atendendo à maximização do seu potencial funcional.

A pessoa submetida a ATA pode vivenciar múltiplas transições sendo um dos focos de atenção do EEER o regresso seguro a casa. Os resultados das intervenções terapêuticas delineadas e implementadas com a pessoa, que a ajudem a sentir-se empoderada e capacitada, traduzem-se no aumento da funcionalidade, da capacidade para o autocuidado e na reintegração social. A pessoa pode ser ajudada a adaptar-se gradualmente ao seu ambiente, através da implementação de intervenções com base no conhecimento, que abranjam a educação nas fases pré-operatória, pós-operatória e na transição para o domicílio (Wang et al., 2023).

Os resultados de um estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar os ganhos da implementação de um programa de ER na capacitação da pessoa submetida a ATA para a transição para o domicílio revelam melhorias no momento da alta, relativamente ao 1º dia de pós-operatório, na funcionalidade, marcha, controlo da dor, melhoria da força muscular, amplitude articular e no conhecimento, como garantia da capacitação para continuidade de cuidados (Nicolau, 2022a). Estes resultados são concordantes com os obtidos no presente relato de caso e permitem afirmar que um programa personalizado de ER de ensino e treino permite a capacitação com a pessoa, que se traduz numa maior autonomia, independência no autocuidado, conduzindo a uma transição segura no regresso a casa.

Atualmente existem programas específicos como o *Rapid Recovery* ou o *Fast-Track* dirigidos à recuperação e reabilitação após ATA, com grande consenso a nível internacional, pelos resultados a nível do desempenho e independência funcional. Vários estudos têm mostrado que a implementação do programa ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) promove a mobilidade precoce, restaura a função articular, reduz o tempo de internamento, melhora a qualidade de vida, diminui as complicações, as readmissões e os custos hospitalares (Zhou & Wei, 2024). Este programa engloba uma abordagem multidisciplinar focada na recuperação da pessoa após ATA através de intervenções pré-operatórias (educação da pessoa, otimização nutricional, redução de fatores de risco), intraoperatórias (controlo da dor e hemorragia) e pós-operatórias (controlo da dor, mobilização precoce, ensino e treino de AVD). Os requisitos para alta incluem vestir-se e despir-se de forma independente, transferir-se, sentar-se e levantar-se, cuidar da higiene pessoal e mobilizar-se com um auxiliar de marcha (Wainwright et al., 2019).

A evidência em Portugal confirma resultados semelhantes aos apresentados neste relato e que corroboram a realidade internacional. Cuidados de ER dirigidos à pessoa submetida a ATA resultaram na melhoria na funcionalidade, dor, equilíbrio e força muscular (Dias et al., 2021; Fernandes et al., 2020). Além destes foram demonstrados ganhos sensíveis aos cuidados de ER relativamente à aquisição de conhecimento, levando a aumento da capacitação e empoderamento da pessoa e cuidadores (Nicolau et al., 2022a).

A ação do EEER na capacitação para o regresso a casa deve ser uma preocupação central no planeamento de cuidados durante a hospitalização para garantir uma transição segura, sendo a educação em saúde, o auxílio na reabilitação social e o acompanhamento após alta focos essenciais (Pina & Baixinho, 2020). De forma a garantir a continuidade de cuidados foi realizado o contacto telefónico com a pessoa que contribuiu para a transição segura para o domicílio. O seguimento após a alta assume especial importância no aconselhamento, esclarecimento de dúvidas, identificação de complicações e diminuição de readmissões (Nicolau, 2022b).

Apesar de ao momento da alta a pessoa ter alcançado uma recuperação eficaz e estar capacitada para uma transição para o domicílio em segurança, apresenta-se como limitação a este estudo a impossibilidade do envolvimento ativo do cuidador nos cuidados. Para uma transição segura deve ser garantida toda a ajuda necessária face às dificuldades sentidas pela pessoa e cuidadores, minimizando os seus efeitos colaterais e promovendo a capacitação para adaptação a esta nova realidade (Ferreira et al., 2019).

Outra limitação encontrada foi a admissão da pessoa no dia da intervenção cirúrgica. Com um tempo tão curto, a preparação pré-operatória necessária e a própria ansiedade da pessoa face à aproximação da intervenção levam a cuidados de ER insuficientes e, muitas vezes, despersonalizados. Estudos enfatizam a relevância da educação e reabilitação pré-operatória, baseada no grau de independência e capacidade para realização das AVD, para uma recuperação funcional mais rápida e eficiente (Saraiva et al., 2020). A evidência aponta que as consultas pré-operatórias associadas a programas de reabilitação estruturados trazem vantagens como a gestão eficaz da dor e da ansiedade, aumentam o conhecimento sobre a cirurgia e as sobre as repercussões no autocuidado e promovem a adesão ao programa sendo que, a sua inexistência pode conduzir à falta de planeamento para a alta, com impacto negativo no autocuidado e na transição para o domicílio (Pina & Baixinho, 2020). Uma preparação pré-operatória deficiente origina, ainda, exercícios de reabilitação mal realizados e uma maior taxa de luxação da prótese após alta (Zhang & Xiao, 2020). Face ao exposto, a intervenção neste período incidiu no ensino e treino de reeducação funcional respiratória, intervenções ao nível do conhecimento sobre medidas de segurança, nomeadamente prevenção da luxação da prótese, e importância da mobilização precoce para prevenção de complicações.

Segundo uma revisão relativa à importância da ER no perioperatório conclui-se que os benefícios produzidos pela intervenção destes profissionais através de programas estruturados iniciados no período pré-operatório, corroboram a necessidade da integração de equipas de ER, pelos resultados ao nível da reabilitação precoce, promoção da integração social, qualidade de vida, bem-estar e satisfação com os cuidados produzindo, assim, ganhos em saúde (Nabais et al., 2023). A atuação do EEER deve ser pautada por cuidados de qualidade tendo como premissa a satisfação da pessoa com o processo conjunto de cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso permitiu destacar a importância de um programa de ER, com a pessoa submetida a ATA, iniciado na intervenção pré-operatória até à transição segura para o domicílio, garantindo a continuidade de cuidados.

Os resultados espelham o objetivo do estudo e revelam ganhos sensíveis aos cuidados de ER nomeadamente ao nível do conhecimento e consequente capacitação para o autocuidado e melhoria na capacidade funcional, que se traduzem pela melhoria no desempenho das AVD, aumento da força muscular e amplitude articular, diminuição da dor e do risco de queda, melhoria do equilíbrio e da capacidade para a marcha. Assim, é possível afirmar que o EEER é o profissional com as competências necessárias para a implementação de estratégias de intervenção que permitem capacitar a pessoa para a aquisição de conhecimento e estratégias de adaptação à nova condição de saúde.

O aumento da dependência da pessoa submetida a ATA começa com as limitações impostas pela doença crónica, neste caso a OA. A capacidade funcional interfere com a capacidade para a realização das AVD, sendo foco do EEER identificar a necessidade de cuidados e implementar estratégias com a pessoa que a capacitem para o autocuidado de forma independente.

O objetivo do EEER na reeducação funcional motora, com ensino e treino de AVD é promover o autocuidado, estimular a autonomia e restituir a independência nas AVD, apesar embora as restrições causadas pela cirurgia. Ao longo da implementação do mesmo foram necessários vários ajustes em função da aquisição de conhecimento pela pessoa e pela adaptação ao contexto domiciliário para facilitar uma transição segura. Assim, é enfatizada a premissa do “cuidar com”, da necessidade da personalização dos cuidados e do estabelecimento de uma relação de confiança para elaboração de um programa de reabilitação dirigido às reais necessidades da pessoa.

Perspetiva da pessoa cuidada: Demonstrou satisfação com os cuidados prestados referindo que sentiu apoiada e confiante para enfrentar os desafios impostos pela nova condição de saúde.

Declaração de consentimento informado: O consentimento informado por escrito para apresentar este trabalho foi obtido da participante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2020). Do hospital para a comunidade – A transição (in)segura. 33. *Revista Baiana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Chang, G. T., Kim, T. H., Lee, S. H., & Lee, S. M. (2017). Effectiveness of Combined Korean Medicine on Traumatic Spinal Cord Injury: A Case Report. *J Korean Med*. 8(4), 110-117. <http://dx.doi.org/10.13048/jkm.17044>
- Colibazzi, V., Coladonato, A., Zanazzo, M., & Romanini, E. (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *HIP International*, 30(2), 20–29. <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>
- Cruz, A., Sá, M., Conceição, V., Baixinho, C. L., Castro, J., & Sousa, L. (2021). A pessoa com Doença Músculo Esquelética. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Orgs.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (pp.761-786). Lusodidacta: Sintra
- Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp.97-106). Lisboa: Lidel Enfermagem,
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º Sinal Vital – Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares* *Quedas, prevenção, intervenção, hospital, adulto*. Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/12/09/queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>
- Dias, P., Ferrinho Ferreira, R., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Dong, R., & Chen, H. (2020). Application of Functional Exercise Nursing Plan Based on Evidence-based Nursing After Hip Replacement. *Journal of Clinical and Nursing Research*, 4(3). <https://doi.org/10.26689/jcnr.v4i3.1210>

Fernandes I., Vigia C., & Sousa L. (2020) Capacitation of the person undergoing total hip arthroplasty: a case study. *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3): 194 – 209.

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

Götz, J. S., Leiss, F., Maderbacher, G., Meyer, M., Reinhard, J., Zeman, F., Grifka, J., & Greimel, F. (2021). Implementing fast-track in total hip arthroplasty: rapid mobilization with low need for pain medication and low pain values. *Zeitschrift Für Rheumatologie*, 81(3), 253–262. <https://doi.org/10.1007/s00393-021-00978-5>

Gurcayir, D. & Karabulut, N. (2017). The Effects of the Training Provided to Patients who are scheduled for Hip Prosthesis Surgery on the Level of Postoperative Comfort and Daily. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1),403–412.

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 M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: Lidel.

Martino, A. D., Keating, C., Butsick, M. J., Platano, D., Berti, L., Hunter, L. N., & Cesare Faldini. (2024). Enhancing recovery: surgical techniques and rehabilitation strategies after direct anterior hip arthroplasty. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s10195-024-00786-y>

Martins, A., Batista, F., Silva, C., Pino, H. N., & Nunes, I. (2022). Self-care Promotion in the Person Undergoing Hip Arthroplasty: Gains Sensitive to Rehabilitation Nursing Care. *Lecture Notes in Bioengineering*, 171–181. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_16

Meleis A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16. <https://ciencia.ucp.pt/en/publications/novos-valores-normativos-do-mini-mental-state-examination>

Nabais, A., Cardoso, T., Santos, A., Marques, V., & Maria. (2023). Perioperatório da pessoa submetida a artroplastia da anca – rapid review sobre os benefícios da enfermagem de reabilitação. *New Trends in Qualitative Research*, 18, e861–e861. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e861>

Nicolau, C., Ciriaco, M., Ferreira, B., Ferreira, R., Baixinho, C., & Sousa L. (2022a). Preparing the Return Home of a Person After a Hip Arthroplasty - Capacitation for a Safe Transition. *Lecture Notes in Bioengineering*, 108–120. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_11

Nicolau, C., Mendes, L., Ciriaco, M., Ferreira, B., Baixinho, C. L., Fonseca, C., Ferreira, R., & Sousa, L. (2022b). Educational Intervention in Rehabilitation to Improve Functional Capacity after Hip Arthroplasty: A Scoping Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 656. <https://doi.org/10.3390/jpm12050656>

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [docinstrurecolhadadosenfreabilitacao_vf.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/docinstrurecolhadadosenfreabilitacao_vf.pdf)

Pabinger, C., Lothaller, H., Portner, N., & Geissler, A. (2018). Projections of hip arthroplasty in OECD countries up to 2050. *HIP International*, 28(5), 498–506. <https://doi.org/10.1177/1120700018757940>

Peixoto, G. M., Silveira, C. O., Ribeiro, V., Carvalho, I. P., & Alves, D. O. (2024). Principais complicações da artroplastia total de quadril: Uma revisão sistemática. *LUMEN et VIRTUS*, 15(39), 3093–3105. <https://doi.org/10.56238/levv15n39-115>

Pina, B. M., & Baixinho, C. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–47. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>

Pizetta, L. T., Silveira, G. A., Nava, J. S., Araújo, B.M.S., Monges, A. E. A., Ferrari, T. B. et al. (2024). *Avanços na compreensão e tratamento da osteoartrite: uma revisão abrangente*. 1(3), 711–721. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.152>

Ramos, A., Judas, F., Fonseca, F., & Simões, J. (2019). *Artroplastia Total da Anca. Aspectos biomecânicos, biológicos e clínicos*. In B4T - Blue for technology (Eds.), 1st ed., Vol. I. Aveiro: Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia.

Reis, G., & Bule M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-66). Reimpressão 1ª Edição. Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/19 - II Série (pp. 13565-13568).

Riley D. S., Barber M. S., Kienle G. S., Aronson J. K., Schoen-Angerer T., Tugwell P., et al. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 89: 218-235.

Saraiva, P. C., Anunciação, S. M., Pontinha, C. M., Neves, I. M., Batista, A R., & Monteiro, G. I. (2020). Ganhos em independência funcional como promotor da qualidade de vida. *Millenium*, 2(ed espec n.º5), 225-231. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.24.00297>

Silva, B. F., Francisco, M. A., Oliveira, B. I., Nascimento, C. R., & Rocha, I. T. (2023). Abordagens Modernas para o Tratamento da Osteoartrite: Exploração das opções de tratamento não cirúrgico e cirúrgico para pacientes com osteoartrite. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(4), 2607–2619. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2607-2619>

Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2023). Pessoa com osteoartrite na Anca e Joelho em contexto de internamento em Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Reimpressão 1ª Edição. Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista*

Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(1), 63–68.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Reimpressão 1ª Edição. Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Violante, P., & Cruz, A. (2016). Efetividade de ensino pré-operatório em doentes submetidos a artroplastia total da anca. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (Eds). *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Enfermagem de Reabilitação: Resultados de Investigação* (pp. 43-63). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., et al. (2019). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

Wang, Y., Zhu, Y., & Yang, B. (2023). Effects of Doctor-Nurse Integrated Care Combined with Health Education on Hip Function, Incidence of Deep Vein Thrombosis and Nursing Satisfaction in Patients with Hip Arthroplasty. *PubMed*, 29(6), 254–259.

Zhang, C., & Xiao, J. (2020). Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty. *Journal of International Medical Research*, 48(1). <https://doi.org/10.1177/0300060519889718>

Zhao, X., Bai, R., & Yang, J. (2022). Effect of Painless Rehabilitation Nursing for Hip Replacement Patients. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, 1–6.
<https://doi.org/10.1155/2022/5164973>

Zhou, X., & Wei, T. (2024). Application of multi-disciplinary team nursing model enhances recovery after surgery for total hip arthroplasty and total knee arthroplasty. *American Journal of Translational Research*, 16(8), 3938–3949. <https://doi.org/10.62347/bhgs1734>

Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Relato de Caso

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Lista para verificação da aprendizagem na artroplastia total da anca

Tema			Data/avaliação			
			Adm.	1°	2°	3°
Reeducação Funcional Respiratória	1	<ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização e controlo da respiração • Respiração abdomino-diafragmática • Reeducação costal • Tosse dirigida e assistida 	X	✓	✓	✓
	2	<p>Posicionamentos no leito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decúbito dorsal com pernas afastadas. • Decúbito lateral para o lado não operado. • Decúbito semi-dorsal para o lado operado. 	X	✓	✓	✓
	3	<p>Exercícios no leito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrações isométricas (abdominais, quadricípites, glúteos). 	X	✓	✓	✓
Reeducação Funcional Motora	4	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros sãos (pré e pós-op.); • Elevação da bacia (com membro operado em extensão, com membro não operado em flexão e com ajuda dos membros superiores); • Mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-op.): <ol style="list-style-type: none"> a) Extensão/flexão até 90° da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho; b) Abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo; c) Dorsiflexão/flexão plantar; d) Extensão/flexão dos dedos dos pés. 	X	✓	✓	✓

	5	<p>Levantar da cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sair pelo lado operado; Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco mais de 90°; Manter o membro operado em extensão; Fletir o membro não operado e rodar até tocar no chão; Arrastar as nádegas para a frente e ficar de pé apoiando-se sobre a perna não operada. 	X	✓	✓	✓
	6	<p>Deitar na cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> De costas para a cama, encosta as nádegas e com o apoio dos braços, faz força com o membro não operado e senta-se; Com o tronco inclinado para trás e com o apoio dos braços e membro não operado, chegar para dentro da cama; Roda a bacia e as pernas para o centro da cama, mantendo a perna operada em extensão. 	X	✓	✓	✓
Reeducação Funcional Motora	7	<p>Sentar na cadeira:</p> <ul style="list-style-type: none"> De preferência usar cadeira de assento alto e com apoio de braços; Colocar-se de costas para a cadeira, com a região poplíteia a tocar na cadeira; Com o membro operado em extensão, coloca as mãos nos braços da cadeira e com o apoio do membro não operado, senta-se; Para utilizar cadeira sem apoio de braços, deve sentar-se de lado na cadeira, de modo a apoiar um braço no encosto da cadeira e o outro braço no assento; Depois de se sentar em segurança, girar o corpo, segurando com as mãos no membro operado e acompanhando o movimento do corpo. 	X	✓	✓	✓
	8	<p>Levantar da cadeira:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chegar o corpo para a beira da cadeira; Colocar o membro operado em extensão; Fazer força no membro não operado e nos braços e levantar-se. 	X	✓	✓	✓

	9	<p>Uso de chuveiro/banheira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se possível, usar chuveiro em vez de banheira; • Usar barras de apoio; • Tomar banho sentado, em banco adequado ou tábua de banheira; • Entrar no chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro não operado em primeiro lugar e depois o membro operado em extensão; • Sair do chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro operado em extensão e depois o membro não operado. 	X	X	✓	✓
	10	<p>Uso do sanitário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar alteador de sanita e barras de apoio; • Colocar o membro operado em extensão antes de se sentar; • Apoiar os membros superiores nas barras laterais e baixar-se lentamente até se sentar; • Para se levantar, proceder de forma inversa. 	X	X	✓	✓
	11	<p>Treino de marcha com andarilho ou canadianas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro avança o andarilho ou as canadianas; • Avançar o membro operado até ao nível do andarilho ou auxiliar de marcha; • Avançar o membro não operado; • Para mudar de direção, virar para o lado não operado. 	X	X	✓	✓
	12	<p>Subir escadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subir com o membro não operado em primeiro lugar; • Subir com o membro operado; • Subir o auxiliar de marcha. 	X	X	X	✓
	13	<p>Descer escadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar; • Descer o membro operado; • Descer com o membro são. 	X	X	X	✓

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Contributos Para Uma Transição Segura

Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Relato de Caso

Reeducação Funcional Motora	14	<p><u>Entrar no carro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar-se de costas para o banco do carro; • Apoiar os membros superiores no banco e sentar mantendo o membro operado em extensão; • Depois de sentado, rodar o tronco colocando o membro operado para dentro do carro coma ajuda das mãos ou de outra pessoa. 	X	X	X	✓
	15	<p><u>Sair do carro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rodar o tronco levando o membro operado para fora do carro; • Apoiar os membros superiores no banco e levantar o tronco; • Apoiar-se no auxiliar de marcha. 	X	X	X	✓
	16	<p><u>Prevenção da luxação da prótese:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter as pernas afastadas; • Não fletir a anca operada mais de 90°; • Não cruzar as pernas; • As cadeiras e sanitas utilizadas devem ser altas (elevador de sanita); • Não realizar rotação interna; • Não realizar decúbito lateral para o lado operado. 	X	✓	✓	✓
<u>TOTAL</u>			<u>0/16</u>	<u>9/16</u>	<u>12/16</u>	<u>16/16</u>

Fonte: Adaptado de Garção (2019), Sousa e Carvalho (2017) e de Violante (2014).

Autora: Célia Nicolau, 2021 (Utilização com pedido de autorização)

APÊNDICE II – Guia de seguimento pós-operatório da pessoa submetida a ATA: contacto telefónico após alta

SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO DA PESSOA SUBMETIDA A ATA: CONTACTO TELEFÓNICO APÓS ALTA

Contextualização

O pós-operatório da pessoa submetida a artroplastia da total anca (ATA) conduz a uma maior dependência para o autocuidado e é preditor de perda de funcionalidade associado à dor e diminuição da mobilidade (Pina & Baixinho, 2020).

Os tempos de internamento médio da pessoa submetida a ATA eletivamente são habitualmente curtos. Por este motivo destaca-se cada vez mais a intervenção do EEER na instrução e treino com a pessoa para maximização das suas capacidades, garantindo a continuidade do processo de reabilitação em contexto de ambulatório (Lourenço et al., 2021).

O regresso a casa, muitas vezes, sem a garantia da continuidade de cuidados de reabilitação aumenta o risco de perda de capacidade funcional após a cirurgia (Pina & Baixinho, 2020).

A continuidade do processo de reabilitação no domicílio é dependente do sucesso na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total da anca (ATA). A aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de competências para a concretização dos autocuidados, prevenção e identificação de complicações influenciam o processo de transição, devendo, por isso, ser foco de atenção do EEER (Lourenço et al., 2021).

O processo de reabilitação será potenciado através da intervenção e acompanhamento pelo EEER após a alta, em contexto domiciliário (*Ibidem*).

De acordo com Mendes et al. (2017), as pessoas são vulneráveis a experiências de perda de continuidade quando há alterações de saúde ou quando se deslocam entre as organizações de cuidados de saúde como é exemplo a transição da alta para o domicílio. A continuidade dos cuidados deve ser preocupação dos profissionais de saúde e deve operacionalizar-se na preparação precoce do processo de alta.

Vários têm sido os benefícios atribuídos à continuidade de cuidados, nomeadamente, o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a pessoa cuidada e o profissional de saúde, uma maior integração da pessoa em todas as suas dimensões, a identificação precoce de

complicações, a diminuição da recorrência hospitalar, o aumento da satisfação da pessoa com os cuidados de saúde e, a redução de custos (Mendes et al., 2017). O enfermeiro desempenha um papel fundamental na transição hospital-comunidade que permite minimizar os efeitos secundários e a perda de funcionalidade decorrentes da cirurgia de ATA (Ferreira et al., 2019). O EEER é o profissional com competências que permitem a implementação de estratégias de intervenção que permitem à pessoa o desenvolvimento de conhecimento e competências de adaptação à nova condição de saúde.

O EEER tem uma responsabilidade diferenciada não só na gestão do cuidado à pessoa com submetida a ATA, mas também na capacitação da sua família e na prevenção da desfragmentação do processo de reabilitação entre os diferentes níveis de cuidados (Martins & Fernandes, 2009).

De forma a monitorizar a transição segura dos cuidados hospitalares para o domicílio da pessoa submetida a ATA pelo EEER, foi elaborado o presente documento a ser aplicado em contacto telefónico uma semana após alta. Este servirá de guia das temáticas mais importantes a serem abordadas em chamada telefónica, de acordo com os objetivos definidos. Este contacto surge como tentativa de assegurar a continuidade de cuidados, para acompanhar o progresso da recuperação, reforçar o plano de reabilitação e identificar precocemente sinais de complicações.

Objetivo geral: Assegurar uma transição segura após a alta hospitalar para o domicílio com foco na capacitação da pessoa para o autocuidado e independência nas AVD.

Objetivos específicos:

1- Avaliar o estado geral

- Avaliar o estado emocional: medos, inseguranças, ansiedade e preocupações decorrentes do processo de reabilitação após ATA;
- De acordo com os problemas identificados dar orientações que reforcem a confiança, autonomia e independência.

2- Identificar necessidade de recursos adicionais

- Confirmar a existência da figura do cuidador;
- Confirmar o agendamento de consultas médica e de enfermagem subsequentes;
- Garantir a existência de recursos necessários para uma recuperação segura.

3- Avaliar a recuperação após ATA, o controlo da dor e gestão do regime terapêutico

- Avaliar a presença de dor e intensidade;

- Avaliar o cumprimento e capacidade de gestão do regime terapêutico.

4- Identificar complicações precocemente

- Identificar sinais de infeção (dor, edema, rubor, calor, febre)
- Identificar sinais de trombose venosa profunda (dor, calor, incapacidade funcional, dilatação do sistema venoso superficial, edema do membro afetado e empastamento muscular) (Sobreira et al., 2024);
- Reconhecer sinais de luxação da prótese (dor, encurtamento e rotação externa do membro).

5- Avaliar a adesão e progresso do programa de reabilitação

- Avaliar a adesão aos exercícios musculares e articulares prescritos;
- Identificar dificuldades na realização dos exercícios e avaliar o cumprimento das medidas de segurança na sua execução (nomeadamente prevenção de movimentos luxantes);
- Garantir a utilização de produtos de apoio/ajudas técnicas: Ex. identificar dificuldades na utilização de canadianas, alteador de sanita, calçadeira de cabo longo, entre outros.

6- Promover a independência no autocuidado, AVD

- Identificar dificuldades nomeadamente no levantar, posicionamentos no leito, transferências, uso do sanitário, uso do chuveiro/banheira, subir e descer escadas, entrar e sair no carro;
- Verificar o cumprimento das medidas de segurança para prevenção da luxação.

7- Reforçar ensinamentos sobre medidas de segurança

- Medidas para prevenção de quedas no domicílio (gestão do ambiente, atenção ao piso escorregadio, desnivelado ou acidentado, uso de calçado adequado, atenção ao vestuário);
- Utilização correta das ajudas técnicas (verificação das borrachas de apoio das canadianas);
- Recordar evicção de movimentos luxantes de acordo com a via de abordagem da ATA;
- Reforçar cuidados com ferida cirúrgica: manter penso seco, sinais de alerta;
- Reforçar a importância da crioterapia.

8- Fornecer suporte e apoio emocional

- Questionar principais receios e dificuldades no processo da alta para o domicílio;

- Dar orientações que reforcem a confiança da pessoa para a independência;
- Elogiar progressos;
- Reforçar a importância do programa de reabilitação para uma maior recuperação funcional.

Referências Bibliográficas

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

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 M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: Lidel.

Martins, M. M., Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca. *Referência - Revista de Enfermagem*, vol. II, núm. 11, pp. 79-91

Mendes, F. R. P., Gemitto, M. L. G. P., Caldeira, E. do C., Serra, I. da C., & Casas-Novas, M. V. (2017). Continuity of care from the perspective of users. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(3), 841–853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>

Pina, B. M. V., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–47. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>

Sobreira, M. L., Marques, M. Á., Paschoa, A. F., Ribeiro, A. J. A., Casella, I. B., Burihan, et al. (2024). Diretrizes sobre trombose venosa profunda da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. *Jornal Vascular Brasileiro*, 23. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202301071>

Capacitar com a Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: Relato de Caso

APÊNDICE IV – Autorização para utilização da Lista de Verificação da Aprendizagem Após Artroplastia Total da Anca

 Outlook

Re: Pedido de autorização

De: cgnicolau@gmail.com <cgnicolau@gmail.com>

Data: qua, 02/10/2024 22:25

Para: 2023043 <2023043@academia.uatlantica.pt>

Boa noite, peço desculpa por só agora estar a responder mas quando vi o seu mail não pude responder e depois esqueci-me completamente.

Tem autorização para utilizar a lista de verificação de aprendizagem.

Obrigada pelo mail. Se puder ajudar nalguma coisa, por favor disponha.

Cumprimentos

Célia Nicolau

Enviado do meu iPhone

No dia 01/10/2024, às 15:22, 2023043 <2023043@academia.uatlantica.pt> escreveu:

Bom dia,

O meu nome é Ana Gouveia, sou estudante do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde Atlântica. Encontro-me neste momento a realizar o Estágio profissionalizante num serviço de ortopedia e venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a "Lista de Verificação de aprendizagem" da Pessoa submetida a Artroplastia da Anca, elaborada por si, no meu relato de caso.

Segue este email com o conhecimento do Professor Orientador Luis Sousa que me facultou o seu contacto.

Peço por favor a sua autorização em resposta a este email.

Atenciosamente,

Ana Gouveia

Docentes e Especialistas e Alunos, Têm a Associação de Docentes

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE20_2024

Assunto: Projeto de Estágio Profissionalizante enquadrado no 2º ano e integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação_ Relato de Caso Clínico: “Capacitar com a pessoa submetida a artroplastia da anca”

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 08 de novembro de 2024

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS

Num. de Identificação: 08540466 Data:
2024.11.08 10:10:44+0000

Professora Adjunta Maria João Santos

APÊNDICE III

Planificação da sessão de formação:

Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde

CONTEXTUALIZAÇÃO

De acordo com dados de 2021 emanados pela Organização Mundial de Saúde, as doenças musculoesqueléticas são a principal causa de incapacidade em todo o mundo, sendo a dor lombar a principal causa de incapacidade em 160 países.

As condições musculoesqueléticas são tipicamente caracterizadas por dor, muitas vezes persistente, e limitações na mobilidade e destreza com repercussões no bem-estar, capacidade para o trabalho e participação social (WHO, 2022).

Definem-se lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) como o conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor. Estas resultam da ação de fatores de risco profissionais como os movimentos repetidos, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho. As lesões musculoesqueléticas são síndromes de dor crónica e podem afetar diferentes segmentos corporais. Geralmente afetam o membro superior e coluna vertebral, podendo também acometer os membros inferiores (DGS, 2008).

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, as lesões musculoesqueléticas são a principal causa de problemas relacionados com o trabalho que acometem os profissionais de saúde (EU-OSHA, 2024). Os efeitos para os profissionais, organizações e sociedade incluem grandes taxas de absentismo, elevada rotatividade nos serviços e menor produtividade. A avaliação do risco é fundamental assim como a adoção de estratégias organizacionais voltadas para as pessoas.

Os principais sintomas das LMERT incluem dor que pode irradiar, edema, parestesias, fadiga, sensação de peso, perda de força muscular e do movimento articular. Geralmente estes surgem gradualmente, com agravamento ao final do dia de trabalho. Se a exposição ao fator de risco se mantiver os sintomas, inicialmente intermitentes, tornam-se persistentes interferindo não só com a capacidade para o trabalho, mas também com as atividades diárias (DGS, 2008).

Os principais fatores de risco associados à ocorrência de lesões incluem os relacionados com a atividade de trabalho/biomecânico (posturas ou posições corporais extremas, aplicação de força – como o levantamento de cargas, movimentos repetitivos e a exposição a elementos mecânicos), fatores de risco individuais (idade, altura, medidas antropométricas e situação de saúde) e fatores de risco organizacionais (ritmo de trabalho, modelo organizacional) (EU-OSHA, 2024).

Os profissionais de saúde estão frequentemente expostos a inúmeros fatores de risco que favorecem o aparecimento de distúrbios musculoesqueléticos como as condições de trabalho que envolvem cargas físicas elevadas, ritmo de trabalho intenso e exaustivo e o trabalho por turnos, em jornada contínua é gerador de sobrecarga física e emocional (Mota, et al., 2020).

As causas principais de dor lombar em profissionais de saúde, especificamente nos enfermeiros, ocorrem com as tarefas de mobilização de doentes, como o levante, a transferência e o posicionamento, o que se assume serem fatores de risco para o desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas (Moura et al., 2019).

Segundo um estudo realizado num hospital da região norte de Portugal cuja amostra foi constituída por enfermeiros de diferentes serviços, 65,1% dos participantes apresentaram sensação de dor, desconforto e fadiga musculoesqueléticas nos 12 meses pregressos. Os autores concluem que este grupo profissional apresenta alta prevalência de desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética associada ao trabalho sendo fulcral a sua consciencialização desta problemática assim como o desenvolvimento de estratégias de intervenção (Moura et al., 2019).

Pelo papel que desempenha na equipa, é função do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) identificar e contribuir para a resolução dos problemas que possam pôr em causa o bem-estar musculoesquelético dos profissionais de saúde. O EEER é o profissional habilitado para conceber, implementar, monitorizar e avaliar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados com vista à promoção da saúde. A sua intervenção tem como objetivo o desenvolvimento de ações preventivas de enfermagem de reabilitação de forma a manter as capacidades funcionais das pessoas, prevenir e evitar incapacidades (Resolução da Assembleia da República nº 392/2019).

Como referiram Magalhães *et al.* (2021), as consequências das LMERT em estádios avançados podem ser irreversíveis e incapacitantes. Estas causam no trabalhador um estado de fadiga física, mental e acarretam muitas vezes sofrimento psicológico (Silva *et al.*, 2018). É fundamental a intervenção do EEER na capacitação dos profissionais de saúde relativamente ao conhecimento e estratégias de prevenção das LMERT assim como na gestão da sua saúde.

Há evidência de que a formação em mecânica corporal e ergonomia, associada à utilização correta de recursos mecânicos e produtos de apoio, contribui para a mudança comportamental e, conseqüentemente, redução das LMERT entre profissionais de saúde (OE, 2013). Programas de exercício laboral, recentemente implementadas por EEER, através do treino e relaxamento de grupos musculares específicos, têm-se mostrado eficazes na melhoria da postura, perceção corporal e diminuição da tensão muscular (Magalhães *et al.*, 2021).

A atividade física de baixa intensidade e curta duração que se baseia em exercícios semelhantes a alongamentos, ajuda a prevenir o aparecimento e desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética relacionada com o trabalho.

OBJETIVOS

- Aumentar o conhecimento sobre as LMERT/DORT: causas e sintomatologia;
- Consciencializar para medidas preventivas da sintomatologia musculoesquelética relacionada com o trabalho;
- Identificar riscos de LMERT/DORT durante a atividade laboral;
- Orientar sobre a importância de posturas corretas e ergonomia no ambiente de trabalho para minimizar o risco de lesões;
- Ensinar a identificar fatores de risco ergonômicos no ambiente hospitalar e nas atividades diárias;
- Incentivar a prática de exercícios de alongamentos que ajudem a prevenir a rigidez e a sobrecarga muscular;
- Incentivar uma cultura de prevenção do risco que valorize a saúde e segurança no trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

Método expositivo

Panfletos

Cartaz afixado em locais utilizados para pausa

PARTICIPANTES/POPULAÇÃO-ALVO

Enfermeiros a exercer funções serviço de X da ULS X – Hospital X

Técnicos Auxiliares de Saúde a exercer funções serviço de XA da ULS X – Hospital X

DURAÇÃO

15 minutos

DATA: novembro de 2024

Orientadora no local de estágio: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Andreia Silva

Orientador da ESSATLA: Professor Doutor Luís Sousa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castelôa, L., Luís, S., Romeiro, T., & Oliveira, I. (2019). Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: Revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(1), 63–74. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.48>

DGS: Direção Geral da Saúde (2008). Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: guia de orientação para a prevenção. *Programa nacional contra as doenças reumáticas*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/lesoes-musculoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho.aspx#:~:text=Gostar%C3%ADamos%20de%20lhe%20mostrar%20uma%20descri%C3%A7%C3%A3o%20aqui,%20mas%20o%20site>

EU-OSHA: European Agency for Safety and Health at Work (2024). *Work-related musculoskeletal disorders*. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/themes/musculoskeletal-disorders>

Magalhães, A., Chamusca D., Leitão, I., Capelo J., Gonçalves e Silva M., & Pereira V. (2021). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas em profissionais de saúde: "Reabilitar quem Cuida". In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 474-482). Lisboa: Lidel.

Mota A. C. F., Silva A. F. R., Vieira M. C. A., & Araújo C. L. O. Benefícios da ginástica laboral em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. São Paulo: Revista *Recien*. 2020; 10(29):3-12

Moura M. I., Martins M. M., & Ribeiro O. M. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência* IV (23):121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV19035>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Resolução da Assembleia da República n.º 392/2019, 3 de maio. Diário da República, Série II (85) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Silva, T.P.D., Araújo, W.N., Stival, M.M., Toledo, A.M., Burke, T.N., & Carregaro, R.L. (2018). Desconforto musculoesquelético, capacidade de Trabalho e fadiga em profissionais da enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2018; 52: e03332, pp. 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017022903332>

WHO: World Health Organization (2022). *Musculoskeletal Conditions*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions/>

APÊNDICE IV

Apresentação da sessão de formação:

Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde



Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Profissionais de Saúde

EMER Ana Gouveia
Enfermeira Orientadora EER Andrea Silva
Orientador Professor Doutor Luís Sousa

Dezembro de 2024
Fonte: <https://theadvancedpinnaclecenter.com/conditions/back-neck-pain/>

Estrutura da Sessão

- Enquadramento teórico
- Fatores de risco para desenvolvimento distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho
- Contexto em Portugal
- Princípios básicos de prevenção de lesões
- Programa de exercícios

Objetivos

- Aumentar o **conhecimento** sobre as LMERT/DORT e **consciencializar** para medidas preventivas;
- Incentivar a **prática de exercícios** de alongamentos que ajudem a prevenir a rigidez e a sobrecarga muscular;
- Incentivar uma **cultura de prevenção do risco** que valorize a saúde e segurança.

Alguma das situações é FAMILIAR?



- Dores na mão e punho
- Dores no pescoço
- Dores no ombro
- Dores nas costas

LMERT

Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

DORT

Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho

O QUE SÃO AS LMERT/DORT?

Lesões de músculos, tendões, nervos e ligamentos **decorrentes da atividade laboral**

Aparecem em virtude do **desequilíbrio** na relação entre as exigências físicas contínuas do trabalho e a adaptação da região afetada

Estados patológicos do sistema musculoesquelético

4

O QUE SÃO AS LMERT/DORT?



São frequentes nos **membros superiores, região escapular e cervical**, levando por vezes a incapacidades laborais temporárias ou permanentes



Exemplos: tendinite da coifa dos rotadores, síndrome do túnel cárpico, tendinites no punho, raquialgias.

Fonte: European Working Conditions Survey (EWCS, 2010)

FATORES DE RISCO

1. INDIVIDUAIS

- Idade;
- Características antropométricas;
- Estado de saúde.

2. BIOMECÂNICOS

- Trabalho muscular estático;
- Postura incorreta/Ergonomia insuficiente;
- Movimentos repetitivos;
- Longos períodos em pé;
- Exposição a elementos mecânicos;
- Movimentação de cargas, sobretudo quando envolve movimentos de **torção e flexão**.



6

Fonte: EU-OSHA (2024); DGS (2008)

FATORES DE RISCO



3. ORGANIZACIONAIS

- Períodos prolongados de trabalho;
- Ritmo de trabalho intenso;
- Intervalos de descanso insuficiente;
- Modelo organizacional (turnos, jornada contínua);
- Ambientes mal iluminados.

4. PSICOSSOCIAIS

- Stress;
- Sobrecarga física e emocional.

7

Fonte: EU-OSHA (2024); DGS (2008)



ALTO RISCO de desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde

Em Portugal...

Estudo realizado em 2019 no com enfermeiros do CHTMAD

➤ **65,1%** apresentou sintomatologia musculoesquelética associada ao trabalho:

- ✓ Dor;
- ✓ Desconforto;
- ✓ Fadiga musculoesquelética.



Moura, et al.,(2019)

COMO PREVENIR LMERT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

- ✓ Avaliação e **gestão do risco** pela organização;
- ✓ **Formação** em mecânica corporal e ergonomia;
- ✓ **Utilização correta** dos produtos de apoio e recursos mecânicos;
- ✓ **Mudança comportamental**;
- ✓ Implementação de Programas **exercício físico** laboral.

Magalhães, et al.(2021)
Moura, et al. (2019)
OE (2013)



PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVENÇÃO DE LMERT

EQUILÍBRIO E ESTABILIDADE

- Alargar a **base de sustentação** (quanto maior for a área de apoio, maior será a estabilidade);
- **Baixar** o centro de gravidade;
- **Estabilizar** a coluna vertebral;
- Pés virados para o sentido do movimento;
- Fazer o movimento **evitando a rotação** da coluna e joelhos.



Fonte: <https://www.dryashshah.com/imag/spinec-111f-right.jpg>

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVENÇÃO DE LMERT

LEVANTES E TRANSFERÊNCIAS

- ⊗ Usar **roupa larga** (amplitude de movimentos) e **calçado fechado**;
- ⊗ Planear, coordenar e repartir os movimentos;
- ⊗ Utilizar sempre que possível **equipamentos reguláveis** em altura;
- ⊗ Utilizar **auxiliares mecânicos**: elevadores, resguardos;



PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVENÇÃO DE LMERT

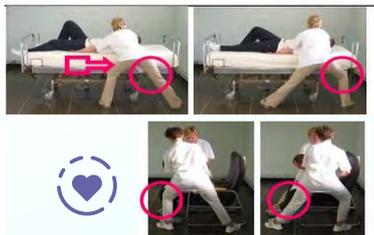
- Manter **SEMPRE** os braços junto ao corpo;
- ESTABILIZAR** a coluna lombar: evitar movimentos de **rotação** e **flexão** da coluna,
- Manter a carga/pessoa **junto ao corpo**;



nenhuma imagem/diagrama - ou seja, o apoio e o equilíbrio e está sendo usado, então

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVENÇÃO DE LMERT

- Utilizar os **membros inferiores** para acompanhar o movimento;
- Fletir os joelhos;
- Posição dos pés na **direção do movimento** a realizar;
- Realizar **contrações isométricas** dos músculos abdominais durante a realização do esforço.



Fonte: <https://pt-br.blogspot.com/016a4a0d03535074/AAAAAAAAAAI/AAAAAAAAAT/168v1300-46531-p1-no-mz/fm8t6r/CNAAnca.JPG>

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVENÇÃO DE LMERT

EMPURRAR E PUXAR

- Puxar, empurrar, deslizar ou girar **em vez de elevar**;
- Usar, sempre que possível, **o próprio peso** para facilitar o movimento.
- Empurrar é mais seguro** que puxar:
 - Menores forças compressivas sobre L5/S1;
 - Menor trabalho muscular, menor consumo de oxigênio, menor esforço cardiovascular.



Fonte: https://static.wixstatic.com/media/9184c_0b244771ba477b4ab59256619a-enc2.png/v1/filwa_0009f30c_4930ca_c78e.p

Benefícios do Programa de exercícios



Magalhães, et al. (2021)

Atividade de **baixa intensidade**

Curta duração

Exercícios: **alongamentos**

- Diminuição da **tensão muscular**;
- Diminuição do **Stress**;
- Aumento da Consciencialização para adotar **posturas corretas**;
- Promoção do **Bem-estar**.

Cartaz "Alongar para cuidar"



17

Referências Bibliográficas

- DGS: Direção Geral da Saúde (2008). Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: guia de orientação para a prevenção. *Programa nacional contra as doenças reumáticas*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/lesoes-musculoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho.aspx#:~:text=Gostar%C3%ADamos%20de%20lhe%20mostrar%20uma%20descri%C3%A7%C3%A3o%20aqui,%20mas%20o%20site>
- EU-OSHA: European Agency for Safety and Health at Work (2024). *Work-related musculoskeletal disorders*. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/themes/musculoskeletal-disorders>
- Magalhães, A., Chamusca D., Leitão, I., Capelo J., Gonçalves e Silva M. & Pereira V. (2021). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas em profissionais de saúde: "Reabilitar quem Cuida". In: Nené, M., & Sequeira, C. (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 474-482). Lisboa: Lidel.
- Moura M. I., Martins M. M. & Ribeiro O. M. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência IV* (23):121-132. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19035>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Obrigada pela atenção!

APÊNDICE V

Cartaz “Alongar para Cuidar”

ALONGAR PARA CUIDAR

Realize exercícios de **alongamento** e **relaxamento** como prevenção do aparecimento de distúrbios osteomusculares, preferencialmente entre tarefas de maior sobrecarga



Controle a respiração!

Inspire e expire lentamente durante os exercícios



Exercícios de alongamento

Repita cada exercício 5 vezes



Rode a cabeça para os dois lados



Incline a cabeça para os dois lados



Faça flexão e extensão do pescoço



Eleve e baixe os ombros



Entrelace os dedos e rode os punhos



Faça flexão e extensão dos dedos



Estenda os braços atrás das costas



Faça extensão dos braços acima da cabeça



Apoie-se numa superfície e mantenha o joelho fletido

JÁ ALONGOU HOJE?

APÊNDICE VI

Questionário de avaliação da sessão de formação

QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO					
Ação de formação: Prevenção de lesões musculoesqueléticas nos profissionais de saúde					
Local: ULS X - Hospital X. Serviço de X					
Data: 10/12/2024 Formadora: EMER Ana Gouveia; Orientadora: EEER Andreia Silva					
Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização da escala de 1 a 5 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo Nem Discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente					
	1	2	3	4	5
I- AVALIAÇÃO GLOBAL					
1 - Os objetivos da formação foram claros					
2 - Os conteúdos foram adequados aos objetivos					
3 - A duração da ação/formação foi adequada					
4 - A documentação foi suficiente					
II - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO					
5 - Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos					
6 - Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções					
7 - Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional					
III - AVALIAÇÃO DOS FORMADO(RES)					
8 - O formador revelou dominar o assunto					
9 - A metodologia utilizada foi adequada					
10 - A exposição dos assuntos foi clara					
IV - SUGESTÕES/CRITICAS					

Obrigada pela participação!

APÊNDICE VII

Planificação da intervenção:

Medição e marcação das distâncias no corredor para treino de marcha

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Medição e marcação das distâncias no corredor para treino de marcha

CONTEXTUALIZAÇÃO

As cirurgias do foro ortotraumatológico desencadeiam, inevitavelmente, processos de transição saúde-doença com impacto na funcionalidade, independência e qualidade de vida da pessoa. Estas são geradoras de diferentes graus de dependência no autocuidado e, por isso, constituem-se um domínio central na intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Lourenço et al. 2021).

Na conceção e implementação dos planos de cuidados com a pessoa submetida a cirurgia da anca, joelho ou pé, os EEER centram-se, entre outros, nos focos movimento corporal, equilíbrio e andar com auxiliar de marcha.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, andar é definido como o “movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz (...)”, acrescentando para o andar com auxiliar de marcha a utilização de “calçado de correção; membro artificial; bengala; tala, canadianas ou andarilho, com velocidades que vão de lenta a moderada e rápida; subir e descer escadas e rampas” (CIPE, 2018, p.6). Andar é, assim, sinónimo de independência, favorecendo a capacidade da pessoa para o desempenho das suas atividades de vida diárias, que se vai refletir na qualidade de vida e bem-estar.

A abordagem do EEER deve centrar-se no desenvolvimento das competências necessárias com a pessoa com o andar comprometido para que esta volte a desempenhar esta tarefa (Marques-Vieira & Caldas, 2023).

A marcação de linhas no chão com intervalos em metros, usada em treinos de marcha em serviços de ortopedia, tem diversas finalidades terapêuticas e funcionais voltadas para a reabilitação, entre as quais se destacam o treino de coordenação, equilíbrio, força e resistência. Esta intervenção, além de poder ser utilizada para aumentar a confiança e participação da pessoa nos cuidados, serve igualmente como ferramenta de avaliação e ajuste dos planos de reabilitação.

No planeamento de intervenções com a pessoa com andar comprometido torna-se importante a avaliação da segurança do ambiente e a definição de pontos de repouso, caso haja essa necessidade. As metas estabelecidas para o treino do andar devem ser realistas, mas, ao mesmo tempo, desafiantes, englobando aspetos como a promoção da independência na locomoção e o desenvolvimento de estratégias de diminuição do risco de quedas (Marques-Vieira & Caldas, 2023).

Durante o processo de reabilitação é fundamental o encorajamento da pessoa, o reforço positivo, a valorização de pequenas conquistas e a demonstração de total disponibilidade na parceria de cuidados. É basilar o incentivo e desafio à autossuperação da pessoa respeitando, simultaneamente, as limitações existentes (Marques-Vieira & Caldas, 2023).

Com esta estratégia de intervenção planeada para o serviço X do Hospital X pretendem-se alcançar os objetivos descritos de seguida.

OBJETIVOS

- Quantificar a distância percorrida durante o treino de marcha com clientes internados;
- Quantificar ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER;
- Monitorizar a progressão no treino de marcha;
- Ajustar as estratégias terapêuticas de acordo com a progressão;
- Planificar intervenções concretas e mensuráveis;
- Definição clara com a pessoa dos objetivos para sessão de treino de marcha e a definição de metas alcançáveis – Diminuição da ansiedade;
- Aumentar a confiança, autoestima e bem-estar da pessoa: consciencialização dos progressos obtidos;
- Aumentar a motivação e participação nos cuidados de reabilitação;
- Capacitar a pessoa para controlar o processo de recuperação, através de metas visíveis;
- Estimular a independência da pessoa;
- Melhorar a capacidade funcional.

MATERIAL E MÉTODOS

Fita adesiva; Fita métrica.

PARTICIPANTES/POPULAÇÃO-ALVO

Enfermeiros a exercer funções serviço de Ortopedia X da ULS X – Hospital X

Clientes Internados no serviço de Ortopedia X

DATA

Novembro de 2024

Orientadoras no local de estágio: Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação X e X

Orientador da ESSATLA: Professor Doutor Luís Sousa

Autoras da intervenção: Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Ana Gouveia e Rita Ruivo

Enfermeira Gestora: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica X

Enfermeiro Responsável: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Marques-Vieira, C., & Caldas, A. (2023). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 547- 557). Reimpressão 1ª Edição. Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Portuguesa*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

APÊNDICE VIII

Planificação de sessões de exercício para idosos

PLANIFICAÇÃO DE SESSÕES DE EXERCÍCIO PARA IDOSOS

Os benefícios da atividade física são múltiplos e multifacetados destacando-se entre eles o controlo e prevenção de doenças cardiovasculares e da diabetes *mellitus* tipo 2, a promoção do bem-estar, diminuição da ansiedade e depressão e a prevenção de perturbações cognitivas. Para os idosos a atividade física é especialmente importante, uma vez que contribui para a prevenção de quedas, combate o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional (*World Health Organization, 2020*).

De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde para atividade física e comportamento sedentário de 2020, é recomendado que todos os idosos pratiquem atividade física regular direcionada para o exercício aeróbio, exercícios com vista à promoção do equilíbrio funcional e o fortalecimento dos grandes grupos musculares. O mesmo é corroborado pelo *American College of Sports Medicine*, que refere que a participação em atividade física regular contribui para um envelhecimento saudável. A prática de exercícios aeróbios melhora a função cardiovascular e diminuem fatores de risco, exercícios de força aumentam a massa muscular e melhoram a densidade óssea – tipicamente diminuídas com o envelhecimento normal - e o treino de equilíbrio melhora a estabilidade, flexibilidade e reduz o risco de quedas (Liguori, 2020).

No contexto atual de envelhecimento demográfico torna-se essencial a implementação de estratégias com vista à promoção da qualidade de vida dos idosos (Griebler et al., 2022). A prática de atividade física aeróbia regular por parte da população idosa apresenta como vantagens o aumento da aptidão cardiovascular e da força muscular. Com estes ganhos, a qualidade de vida dos idosos tende a melhorar consideravelmente no que concerne à manutenção da independência nas atividades de vida diárias (Antunes, 2016).

OBJETIVOS DAS SESSÕES:

- Promover o envelhecimento ativo;
- Combater o sedentarismo;
- Potenciar a consciência corporal;
- Treinar o padrão respiratório;
- Incentivar o movimento articular e muscular;
- Privilegiar o treino de movimentos funcionais;

- Melhorar a independência funcional: **capacitar para o desempenho das AVD;**
- Melhorar a coordenação motora;
- Treinar o equilíbrio estático e dinâmico, para diminuir o **risco de queda;**
- Melhorar a flexibilidade;
- Ensinar exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (objetivo específico da sessão 2);
- Promover a adesão aos exercícios com vista a reduzir os episódios de incontinência urinária (objetivo específico da sessão 2);
- Promover o bem-estar;
- Promover a estimulação cognitiva;
- Fomentar a interação social;
- Promover a participação social.

LOCAL DE APLICAÇÃO DA SESSÃO: Centro de convívio de X

PARTICIPANTES: 13 a 15 utentes do centro de convívio

DURAÇÃO: 45 a 60 minutos

MATERIAIS: Cadeiras; Bolas; Canas/ "Baton"

INTENSIDADE: Leve a moderada. Escala de Borg modificada – Perceção subjetiva de esforço entre 3 a 6.

MEDIDAS DE SEGURANÇA:

- Espaço amplo, bem iluminado e ventilado, livre de obstáculos;
- Utilização de calçado adequado pelos participantes;
- Planear a sessão para o período da manhã;
- Garantir a inexistência de contraindicações ao exercício dos participantes;
- Respeitar as limitações individuais dos participantes;
- Durante os exercícios: não ultrapassar a amplitude articular;
- Incentivar a movimentos lentos, com poucas mudanças de direção;
- Garantir que o programa não provoca dor ou exaustão;
- Ensinos aos participantes de técnicas de conservação de energia, nomeadamente, expirar no esforço e não suspensão da respiração ao esforço (Valsalva).

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO:

- **Memória:** exercícios conhecidos, repetir instruções, recorrer a contagens e palmas.
- **Compreensão:** instruções simples e curtas, articular corretamente as palavras, associar gestos, privilegiar a demonstração dos exercícios.
- **Adesão:** manter o contacto visual, criar momentos de interação com cada um dos participantes, perguntar os nomes dos participantes, incentivar e elogiar a adesão; privilegiar exercícios sentados para que todos se sintam capazes da sua realização.

ESTRUTURA DAS SESSÕES

A sessão de exercício será composta por três partes: fase de aquecimento; parte fundamental e fase de alongamentos (Rocha et al, 2019).

- 1) **AQUECIMENTO (10 minutos)** – minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas:
 - ✓ Apresentação do plano e materiais utilizados;
 - ✓ Educar para controlo da intensidade, hidratação, sinais de alerta e segurança;
 - ✓ Exercícios de consciencialização da respiração e correção postural;
 - ✓ Deslocamentos livres pela sala;
 - ✓ Alongamentos na direção Céfalo-caudal.
- 2) **PARTE FUNDAMENTAL** (exercícios aeróbios, treino de força muscular, flexibilidade, equilíbrio e coordenação, estimulação sensoriomotora, exercícios específicos de fortalecimento do pavimento pélvico).
- 3) **ALONGAMENTOS (5 a 10 minutos)** – permitir diminuição da FC e TA a níveis prévios e diminuição da acumulação de ácido láctico para prevenção de dores musculares:
 - ✓ Alongar os grandes grupos musculares;
 - ✓ Relaxamento;
 - ✓ Exercícios respiratórios;
 - ✓ Incentivar a adesão à próxima sessão de exercício.

SESSÃO 1

AQUECIMENTO		
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação; ➤ Incentivar cada participante a dizer o nome (ex. quem tem a bola na mão diz o nome); ➤ Explicação da sessão. 	
Exercícios	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; ➤ Mão sobre barriga: “cheirar a flor e soprar a vela”; ➤ Abdução dos braços na inspiração e adução na expiração e/ou abertura costal global com “baton”. <p>SENTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Correção postural: pés afastados e apoiados, tronco direito, ombros alinhados; ➤ Alongamentos na direção Céfalo-caudal: <ul style="list-style-type: none"> - Pescoço: rotação e flexão – movimento “sim e não” – <u>expira na flexão (4 a 6 vezes)</u>; - Ombro: circundação em ambas as direções e elevação e depressão – movimento “tanto faz” (4 a 6 vezes); - Tronco: flexão e extensão - encostar e desencostar da cadeira (<u>expirar ao fazer flexão</u>) (4 a 6 vezes); - Dedos e mãos: flexão e extensão – movimento “apertar e largar” (4 a 6 vezes); - Joelhos: flexão/extensão – “chutar a bola”; (4 a 6 vezes); - Tibiotársica: flexão dorsal e plantar “pedal da máquina de costura” (4 a 6 vezes). 	
FASE FUNDAMENTAL		
Treino membros superiores	<ol style="list-style-type: none"> 1) Flexão e extensão do ombro (1 braço de cada vez) – “Apanhar fruta”; 2) Flexão e extensão do cotovelo (1 braço de cada vez); 3) Adução e abdução horizontal – “Abraço”. 	6 a 8 repetições de cada lado

<p>Treino membros inferiores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Toque ao lado sentado – “pisa a barata”; 2) Marcha sentado “pisa as uvas” 3) Toque ao lado em pé – apoiado nas costas da cadeira, “pisa a barata” – lado direito e esquerdo; 4) Marcha em pé “pisa as uvas”; 5) Abdução e adução da coxa em pé, apoiado nas costas da cadeira; 6) Levantar e sentar em dupla tarefa: distribuir cartão com cores (4 cores diferentes). Quando a cor correspondente for anunciada o participante levanta-se e senta-se. <p>Podem ser feitas combinações.</p>	<p>10 repetições de cada lado</p>
<p>Treino de equilíbrio e coordenação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Báscula da bacia anterior e posterior, com apoio da cadeira (alargar a base de sustentação); ➤ Exercício com bola: fazer uma roda, e passá-la ao participante ao lado, fazendo rotação do tronco. 	<p>10 repetições</p>
<p>ALONGAMENTOS</p>		
<p>Membros inferiores</p>	<p>Isquiotibiais e quadricípites: extensão da coxofemoral + joelho com dorsiflexão – “Mostrar sola dos sapatos” – Manter posição durante 10 a 20 segundos</p>	
<p>Membros superiores</p>	<p>Extensão dos cotovelos e dedos das mãos - “unir mãos e esticar braços”.</p>	
<p>Pescoço</p>	<p>Inclinação lateral da cabeça</p>	
<p>Exercícios respiratórios</p>		

SESSÃO 2

O processo de envelhecimento resulta em múltiplas alterações estruturais, funcionais e hormonais e afeta diversos sistemas do corpo humano. Fatores como a perda de tónus muscular, *endurance*, coordenação e equilíbrio dos músculos do *core* poderá levar a sintomas de disfunção do pavimento pélvico como incontinência urinária, distúrbios miccionais, incontinência fecal, síndrome de dor pélvica crónica e prolapsos de órgãos pélvicos (Amorim et al., 2022).

As disfunções deste grupo muscular são muito comuns e tendem a interferir de forma significativa na qualidade de vida dos idosos levando ao isolamento social e dependência funcional nas atividades de vida diárias (*Ibidem*).

Uma revisão sistemática realizada por Silva et al. (2023) concluiu que sessões de exercício para idosas com ênfase no fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico gera ganhos em termos de consciência corporal e força muscular, melhorando o quadro de perdas urinárias, com repercussões positivas na qualidade de vida.

Compreender esta relação é fundamental para a implementação de medidas terapêuticas como exercícios específicos de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico que podem ajudar a mitigar os efeitos do envelhecimento e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

A segunda sessão de exercício compreende a mesma estrutura que a primeira, mas integra um grupo de exercícios direcionados ao fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico.

AQUECIMENTO	
Apresentação	Apresentação; ➤ Incentivar cada participante a dizer o nome (ex. quem tem a bola na mão diz o nome); ➤ Explicação da sessão.
	➤ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; ➤ Mão sobre barriga: “cheirar a flor e soprar a vela”; ➤ Abdução dos braços na inspiração e adução na expiração.

Exercícios	<p>SENTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Correção postural: pés afastados e apoiados, tronco direito, ombros alinhados; ➤ Alongamentos na direção Céfalo-caudal: <ul style="list-style-type: none"> - Pescoço: rotação e flexão – movimento “sim e não” – <u>expira na flexão</u> (4 a 6 vezes); - Ombro: circundação em ambas as direções e elevação e depressão – movimento “tanto faz” (4 a 6 vezes); - Tronco: flexão e extensão - encostar e desencostar da cadeira (<u>expirar ao fazer flexão</u>) (4 a 6 vezes); - Dedos e mãos: flexão e extensão – movimento “apertar e largar” (4 a 6 vezes); - Joelhos: flexão/extensão – “chutar a bola”; (4 a 6 vezes); - Tibiotársica: flexão dorsal e plantar “pedal da máquina de costura” (4 a 6 vezes). 	
	FASE FUNDAMENTAL	
Treino Membros superiores	<ol style="list-style-type: none"> 1) Flexão e extensão do ombro (1 braço de cada vez) – “Apanhar fruta”; 2) Flexão e extensão do cotovelo (1 braço de cada vez); 3) Adução e abdução horizontal – “Abraço”. 	6 a 8 repetições de cada lado
Treino membros inferiores	<ol style="list-style-type: none"> 1) Levantar e sentar da cadeira com braços cruzados sobre o peito; 2) Flexão plantar em pé: apoiar-se nas costas da cadeira e ficar em “bicos de pés”; 3) Hiperextensão coxofemoral, apoiar-se nas costas da cadeira, 1 membro de cada vez. 	10 repetições de cada lado

<p>Treino de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico</p>	<p>Exercícios de <i>Kegel</i> (explicar importância):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentar com a zona lombar encostada às costas da cadeira e os antebraços apoiados nas pernas; ➤ De pé, com as pernas ligeiramente afastadas. <p> Não sustentar a respiração durante a contração Não contrair os músculos da barriga Não contrair as coxas Não cerrar os maxilares </p> <p style="text-align: center;">Incentivar a realizar 3 vezes por dia</p>	<p>Contração durante 6 a 10 segundos</p> <p>Relaxamento 10 segundos</p> <p>Repetir 10 vezes</p>
<p>Treino de equilíbrio e coordenação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Báscula da bacia anterior e posterior, com apoio da cadeira (alargar a base de sustentação); ➤ Exercício com bola: em roda, atirar a bola aleatoriamente, em qualquer direção para os outros participantes; ➤ Exercício com bola: atirar a bola para o cesto. 	<p>10 repetições</p>
<p>ALONGAMENTOS</p>		
<p>Membros inferiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Isquiotibiais e quadricípites: extensão da coxofemoral + joelho com dorsiflexão – “Mostrar sola dos sapatos” – Manter posição durante 10 a 20 segundos 	
<p>Membros superiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Extensão dos cotovelos e dedos das mãos - “unir mãos e esticar braços” 	
<p>Pescoço</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inclinação lateral da cabeça 	
<p>Exercícios respiratórios</p>		



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, E., Melo, B., Freixo, S., & Coelho, M. (2022). Reabilitação do pavimento pélvico – a realidade atual. *Revista portuguesa de coloproctologia*. pp. 52-63.

Antunes, F.P.V. (2016). *Atividade Física no Idoso: Revisão Bibliográfica*. Trabalho final de Mestrado, orientada por Dr^a Lia Marques. Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

Griebler, E. M., Martins, V. F., & Gonçalves, A. K. (2022). Efeitos do exercício físico na cognição de idosos: Uma revisão sistemática. *Revista Contexto & Saúde*, 22(45), e10856. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.10856>

Liguori, G. (2020). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. In Google Books. Lippincott Williams & Wilkins. https://books.google.pt/books/about/ACSM_s_Guidelines_for_Exercise_Testing_a.html?id=rpoMEAAAQBAJ&redir_esc=y

Rocha, R., Freitas, J., Ramalho F., Couto, F., & Apóstolo, J. (2019). *Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade – manual de apoio*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rosado, H., & Pereira, C. (2023). *Gerontomotricidade – Exercícios Terapêuticos e de Reabilitação Psicomotora para a Promoção da Independência de Pessoas Idosas: Da Teoria à Prática*. Évora: Imprensa da Universidade de Évora.

Silva, M., Rios, T., Santos, V., & Júnior, D. (2023). Benefits of pelvic floor muscle strengthening in elderly females for the treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Revista Saúde UNIFAN*. 3, (1). pp. 32-39.

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICE IX

Cartaz “Movimento para uma Vida sem Idade”

MOVIMENTO PARA UMA VIDA SEM IDADE



ADOTE UMA POSTURA CORRETA:

- CADEIRA ESTÁVEL
- PÉS APOIADOS NO CHÃO E LIGEIRAMENTE AFASTADOS
- COSTAS DIREITAS
- OMBROS RELAXADOS E ALINHADOS

CONTROLE A RESPIRAÇÃO:

- INSPIRE LENTAMENTE:** DEIXE O AR ENTRAR PELO NARIZ, ENCHENDO OS PULMÕES COMPLETAMENTE
- EXPIRE LENTAMENTE:** DEIXE O AR SAIR PELA BOCA, ESVAZIANDO O AR DOS PULMÕES LENTAMENTE



EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO E MOBILIDADE - 2 VEZES POR DIA



EM CADA EXERCÍCIO MANTER A POSIÇÃO 10 SEGUNDOS E REPETIR 2 VEZES
COM ESTES EXERCÍCIOS VAI MELHORAR A FLEXIBILIDADE E MOBILIDADE MUSCULAR E ARTICULAR

ANEXO I

Certificado de aceitação de publicação do artigo científico *“Rehabilitation Nursing Care to a person with Immobility Syndrome due to Intestinal Pseudo-Obstruction: Case Report”*



Autonomous City of Buenos Aires, February 5, 2025

Dear researcher,

Through this letter, we certify the acceptance of the scientific article entitled *"Rehabilitation Nursing Care to a person with Immobility Syndrome due to Intestinal Pseudo-Obstruction: Case Report"*, authored by *Ana Gouveia, Ana Catarina Redondo, Patricia Fonseca, Sandy Severino, Luis Sousa*, following the peer review process in the journal *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria*.

The article has been published on the journal's website with the persistent identifier: <https://doi.org/10.56294/ri2025110>.

Once the article's layout is available on the journal's website, you are free to share the PDF on your scientific social networks, blogs, and/or institutional repositories, as the article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria is a peer-reviewed scientific journal with a double-blind review system. Its purpose is to promote the dissemination of scientific publications derived from national or foreign research.

Without further ado, on behalf of the editors of the journal, we cordially greet you and congratulate you on this academic achievement.

Sincerely,



EDITORIAL
SALUD, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

William
Castillo-
González

Firmado
digitalmente por
William Castillo-
González
Fecha: 2025.02.05
09:22:13 -0300

Prof. Dr. Javier González Argote
CEO - Editorial Salud, Ciencia y Tecnología
<https://ri.aqeditor.ar/index.php/ri>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0257-1176>



ANEXO II

Certificado de aceitação de publicação do artigo científico *“Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility”*



Autonomous City of Buenos Aires, February 24, 2025

Dear researcher,

Through this letter, we certify the acceptance of the scientific article entitled "*Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility*", authored by *Ana Gouveia, Rafaela Pereira, Patricia Sousa, Rita Ruivo, Pedro Rodrigues, Sandy Severino, Luis Sousa*, following the peer review process in the journal *Seminars in Medical Writing and Education*.

The article has been published on the journal's website with the persistent identifier: <https://doi.org/10.56294/mw2025169>.

Once the article's layout is available on the journal's website, you are free to share the PDF on your scientific social networks, blogs, and/or institutional repositories, as the article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

Seminars in Medical Writing and Education is a peer-reviewed scientific journal with a double-blind review system. Its purpose is to promote the dissemination of scientific publications derived from national or foreign research.

Without further ado, on behalf of the editors of the journal, we cordially greet you and congratulate you on this academic achievement.

Sincerely,



William
Castillo-
González

Firmado
digitalmente por
William Castillo-
González
Fecha: 2025.02.24
01:48:51 -03'00'

Dr. José Alejandro Rodríguez-Pérez
Editorial Salud, Ciencia y Tecnología
<https://mw.ageditor.ar/index.php/mw>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3563-7303>



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

