

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Capacitar com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho-
Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação**

Lúcia Marques
2026



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Capacitar com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho- Intervenção do
Enfermeiro de Reabilitação**

Realizado por:

Lúcia Marques 202490257

Professor Orientador:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Barcarena

Março 2026

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho

“Só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca de excelência não deve ser um objetivo e sim um hábito”

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste relatório e do percurso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação representa muito mais do que um marco académico; é o reflexo de um caminho partilhado com pessoas que, de diferentes formas contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores orientadores, expresso a minha profunda gratidão pela orientação, pela disponibilidade e pela capacidade de transformar cada desafio numa oportunidade de aprendizagem. O vosso compromisso com a excelência e com o desenvolvimento crítico foi essencial para a realização deste trabalho.

Aos meus orientadores clínicos, agradeço a confiança, o acolhimento e a partilha generosa de saberes. No contexto real da prática, encontrei profissionais que não apenas ensinam técnicas, mas que inspiram pela forma como cuidam, refletem e promovem a autonomia e independência das pessoas em processo de reabilitação.

Aos meus colegas de trabalho, deixo um agradecimento especial pela entreeajuda diária, pelo espírito de equipa e pela capacidade de transformar dias exigentes em experiências de crescimento. Uma gratidão imensa aos meus chefes, Carla e Barros, por todo o apoio, cooperação e compreensão por este período exigente do meu percurso profissional.

Aos amigos, agradeço a compreensão, o incentivo e a presença constante mesmo nos períodos de maior ausência. Foram muitas as vezes em que uma palavra, uma mensagem ou um simples gesto fizeram a diferença e me ajudaram a manter o foco e a motivação.

À minha família, em especial à minha irmã Conceição e aos meus cunhados, devo o mais profundo reconhecimento. Obrigada pelo amor incondicional, pela paciência e pela força que sempre me transmitiram. Cada conquista minha também é vossa pois sem vocês nada seria possível. O vosso apoio foi a alicerce que sustentou este percurso.

Ao meu marido, Wilson, que estando longe me fez acreditar que a minha força tudo permitia. Aos meus filhos, Santiago e Dinis, que eram a minha força de todos os dias, o motivo de não desistir, e a eles devo um pedido de desculpa pelos momentos de ausência.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para este caminho, deixo o meu sincero agradecimento. Este trabalho é o resultado de um percurso coletivo, feito de partilhas, desafios e aprendizagens que levarei comigo ao longo de toda a minha prática profissional.

Resumo

Introdução: A Enfermagem de Reabilitação assume um papel determinante no processo de recuperação de pessoas com limitações funcionais decorrentes de doenças ou lesões, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida. O presente relatório apresenta as aprendizagens teórico-práticas desenvolvidas ao longo dos estágios realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com especial enfoque na capacitação da pessoa para o autocuidado após a realização de uma Artroplastia Total do Joelho.

Objetivo: No decurso do estágio profissionalizante, foi possível evidenciar a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, em conformidade com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Esta demonstração será sustentada pelas atividades e oportunidades vivenciadas ao longo do percurso formativo, com especial foco na intervenção dirigida à pessoa com doença crónica, visando a promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

Metodologia: Para a fundamentação da temática em estudo, procedeu-se à pesquisa bibliográfica direcionada à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia total do joelho, destacando os contributos para a capacitação para o autocuidado orientado para a autonomia e independência e uma transição segura para o domicílio à luz das teorias de enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem e das Transições de Afaf Meleis. Paralelamente, recorreu-se à metodologia de análise crítico-reflexiva para explorar o percurso formativo desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e fundamentar a aquisição de competências comuns, específicas e de mestre.

Conclusão: O presente relatório teve como propósito refletir sobre os desafios e oportunidades inerentes à atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa submetida a artroplastia total do joelho, no âmbito do cumprimento dos objetivos definidos para o Estágio Profissionalizante. Através de uma análise crítica e reflexiva, foi possível evidenciar o processo de desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, relacionadas com a tomada de decisão clínica, liderança e gestão de cuidados; das competências específicas em Enfermagem de Reabilitação, centradas na avaliação funcional, planeamento e implementação de intervenções de reabilitação, bem como na capacitação da pessoa e família e das competências de Mestre.

Palavras-Chave Enfermagem de Reabilitação; Artroplastia total do Joelho; Capacitação; Cuidado transicional.

Abstract

Introduction: Rehabilitation Nursing plays a decisive role in the recovery process of individuals with functional limitations resulting from diseases or injuries, promoting autonomy and quality of life.

This report presents the theoretical and practical learning developed throughout the internships carried out within the scope of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing, with particular emphasis on empowering the individual for self-care following a Total Knee Arthroplasty

Objective: During the course of the professional internship, it was possible to demonstrate the acquisition of both common and specific competencies of the Nurse Specialist, in accordance with the Regulation of Quality Standards for Specialized Care in Rehabilitation Nursing.

This demonstration will be supported by the activities and opportunities experienced throughout the training pathway, with particular emphasis on interventions directed at individuals with chronic illness, aiming to promote functionality, autonomy, and quality of life.

Methodology: For the foundation of the topic under study, a bibliographic search was carried out focusing on the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in empowering individuals undergoing total knee arthroplasty, highlighting the contributions to self-care capacity building aimed at autonomy and independence, as well as a safe transition to home, in light of Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory and Afaf Meleis's Transitions Theory. In parallel, a critical-reflective analysis methodology was used to explore the educational path developed throughout the Master's Degree in Rehabilitation Nursing and to substantiate the acquisition of common, specific, and master-level competencies.

Conclusions: The purpose of this report was to reflect on the challenges and opportunities inherent to the role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in caring for individuals who have undergone total knee arthroplasty, within the scope of fulfilling the objectives established for the Professional Internship. Through a critical and reflective analysis, it was possible to demonstrate the process of developing the common competencies of the Nurse Specialist, related to clinical decision-making, leadership, and care management; the specific competencies in Rehabilitation Nursing, focused on functional assessment, planning and implementation of rehabilitation interventions, as well as empowering the individual and family; and the Master's-level competencies

Keywords: Rehabilitation Nursing; Total Knee Arthroplasty; training; Transitional Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1- ANÁLISE DO CONTEXTO	25
1.1- Estágio de Reabilitação na Comunidade	25
1.2- Estágio em contexto de internamento de Ortopedia.....	27
1.3- Estágio em contexto de internamento de pneumologia	29
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	31
2.1- Osteortrose	32
2.2- Gonartrose	33
2.3- Modelos conceptuais de enfermagem.....	35
2.3.1 Teoria do Défice de Autocuidado.....	37
2.3.2 Teoria das transições	39
2.4- Literacia em Saúde, Capacitação e Empoderamento	43
2.5 Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a ATJ.....	46
2.5.1- Intervenção especializada do EEER na fase Pré-Operatória.....	47
2.5.2. Intervenção especializada do EEER na fase Pós-Operatória	50
2.5.3- Intervenção especializada do EEER no regresso a casa	58
3 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	63
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	65
3.2 Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	75
3.3- Competências de Mestre.....	85
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
a. APENDICES	i
b. APENDICE I- RELATO DE CASO CLÍNICO- INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM SINDROME DE DESUSO/FRAGILIDADE	iii
c. APENDICE II- RCC “CAPACITAR COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO- INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	li
d. APENDICE III- APRESENTAÇÃO PPTX SOBRE LESÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO.....	cix
e. APENDICE IV- POSTER COM EXERCICIOS DE RELAXAMENTO E ALONGAMENTOS	cxxv

f- APENDICE V- PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO	cxxvii
g- APENDICE VI- FOLHETO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS	cxliii
cxlv	
ANEXOS	cli
Anexo I- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO LABORATÓRIOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM ORTOTRAUMATOLOGIA	cliii
Anexo II- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: “NEUROREABILITAÇÃO: FOCO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”	clv
Anexo III- PUBLICAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: “Eficácia de intervenções baseadas em realidade virtual e aumentada no treinamento de cuidadores informais de pessoas com demência: uma revisão rápida” clvii	
Anexo IV - PUBLICAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: “Reabilitação Intervenções de enfermagem que facilitam a continuidade do cuidado entre hospitais e comunidades”	clix

INDICE DE TABELAS

Tabela I- Intervenção do EEER no período Pré-operatório.....	50
Tabela II- - Intervenção do EEER no período Pós-operatório.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD- Atividades de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

ATJ- Artroplastia Total do Joelho

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

ERAS- *Enhanced Recovery After Surgery*

INE- Instituto Nacional de Estatística

OA- Osteoartrose

OMS- Organização Mundial de Saúde

PQCEER- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

QV- Qualidade de Vida

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RFM- Reeducação Funcional Motora

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNAO- Registered Nurses' Association of Ontario

ULS- Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio Profissionalizante, integrado no 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi proposta a realização deste relatório final de estágio, com o objetivo de descrever de forma crítica e reflexiva o meu percurso académico, assim como as atividades desenvolvidas e fundamentar as competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer do estágio.

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. Na comunidade, o estágio decorreu integrado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e a experiência hospitalar desenvolveu-se no serviço de Ortopedia, ambos os contextos pertencentes a uma instituição de solidariedade social de Lisboa.

Este trabalho tem como objetivo principal estimular uma análise crítica e reflexiva sobre a prática de cuidados desenvolvida no contexto da especialidade, com especial enfoque na identificação dos pontos fortes e das áreas suscetíveis de melhoria. Pretende-se, ainda, reconhecer os principais desafios e dificuldades enfrentados, bem como as estratégias delineadas e implementadas para a sua superação. Por fim, propõe-se uma reflexão pessoal aprofundada sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e das competências inerentes ao grau de mestre, adquiridas ao longo deste percurso formativo. A competência surge então relacionada com um conjunto de comportamentos que influenciam a ação e que demonstram a sua eficácia e eficiência (Mendonça, 2009).

O processo de aprendizagem deve assumir um carácter contínuo e reflexivo, centrado nas etapas de planeamento, implementação e avaliação das intervenções, com o propósito de aprofundar a compreensão da prática profissional, identificar oportunidades de melhoria e assegurar a prestação de cuidados de excelência. Assim, assume-se que a formação constitui um dos pilares essenciais para o desenvolvimento de competências, configurando-se como uma responsabilidade intrínseca do enfermeiro, não apenas no que respeita ao seu crescimento pessoal e profissional, mas também ao progresso da profissão e, sobretudo, à qualidade dos cuidados prestados à pessoa cuidada (Fernandes & Sá, 2023).

Segundo o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento nº 392/2019):

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (p. 13565).

A intervenção do EEER é fundamental na educação dos clientes e pessoas significativas no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas e famílias na comunidade proporcionando assim uma maior qualidade de vida. O EEER implementa e monitoriza planos de enfermagem diferenciados, intervindo de forma a promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de Enfermagem de Reabilitação (ER) visando assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades. Proporciona também intervenções terapêuticas no sentido de melhorar as funções residuais e manter ou recuperar a independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) (Regulamento nº392/2019).

O EEER deve ser reconhecido como o profissional de referência na prestação de cuidados especializados e de excelência, orientados para as respostas às transições vivenciadas pela pessoa nos processos de saúde, doença e/ou incapacidade, com vista à concretização do seu projeto de saúde. A excelência da ER traduz-se em ganhos efetivos em saúde, transversais a todos os contextos de prática clínica. Estes ganhos manifestam-se na prevenção de incapacidades, na otimização das capacidades remanescentes e na promoção da autonomia funcional da pessoa (OE,2018). Assim, as competências especializadas em enfermagem implicam uma visão global sobre a pessoa e o seu ambiente.

A fundamentação da intervenção do EEER e do processo de tomada de decisão apoiou-se na aplicação integrada de duas teorias consideradas essenciais e complementares: a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, e a Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem. A aplicação integrada destas teorias, alinhada com o contexto de prestação de cuidados, possibilita ao EEER promover uma recuperação holística da pessoa, envolvendo a participação ativa da família e de pessoas significativas, favorecendo a reintegração no ambiente social com níveis acrescidos de autonomia, independência e qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019). No decorrer do ensino clínico, o meu processo formativo foi

orientado, essencialmente, para as pessoas com perturbações do sistema musculoesquelético submetidas a Artroplastia Total do Joelho.

Este relatório sintetiza todo o percurso desenvolvido para aquisição de competências e encontra-se dividido em quatro partes que se complementam. A primeira parte descreve e analisa os diferentes contextos onde foi desenvolvido o estágio profissionalizante. Na segunda parte encontra-se o enquadramento teórico, incluindo a definição de conceitos centrais, a abordagem da pertinência do tema, 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 é analisado o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e as estratégias para aquisição das competências de mestre. A construção do presente relatório termina com a análise SWOT, com reflexão dos pontos fortes, limitações e dificuldades percebidas e de que forma estes se transformaram em oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

O trabalho em análise foi redigido segundo o guia orientador da ESSATLA e as Normas da American Psychological Association, APA, 7ª Edição. Foi utilizada Inteligência Artificial na tradução de artigos de leitura, verificação de referências bibliográficas e na redação do resumo em inglês.

1- ANÁLISE DO CONTEXTO

O presente capítulo tem como objetivo descrever e caracterizar os contextos de prática clínica onde decorreram os estágios profissionalizantes.

A prática clínica ao longo deste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, enquanto estudante de mestrado em enfermagem de Reabilitação decorreu em 2025, inicialmente, em contexto comunitário, durante Nove semanas, integrada numa UCCI, seguido de um período de 14 semanas, em ambiente hospitalar num serviço de internamento de Ortopedia e num serviço de internamento de Pneumologia, no sentido de dar resposta às necessidades formativas identificadas previamente. Os contextos de estágio e as experiências neles vivenciadas desempenharam um papel central na consolidação das competências fundamentais da especialidade em ER. Estes permitiram uma articulação efetiva entre o desenvolvimento pessoal e profissional, potenciando a produção de conhecimento. Através desta vivência, promoveu-se o desenvolvimento integrado das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEER e das competências inerentes ao grau de mestre. À luz do modelo de desenvolvimento profissional de Patrícia Benner, reconheço que o percurso formativo e a prática clínica consolidada me permitiram evoluir de uma atuação baseada em regras e orientações rígidas para um desempenho mais intuitivo, integrado e contextualizado. Assim, sinto-me capaz de intervir de forma fundamentada, crítica e ajustada às necessidades reais de cada pessoa, mobilizando não apenas conhecimentos técnicos, mas também a experiência adquirida, que, segundo Benner, é essencial para uma prática competente e significativa (Benner, 2001).

1.1- Estágio de Reabilitação na Comunidade

Num cenário marcado pela elevada prevalência de doenças crónicas e de situações de multimorbilidade, com impacto direto no aumento dos níveis de dependência, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a garantia da qualidade dos cuidados prestados tornam-se desafios prementes. Neste contexto, emergiu em Portugal a necessidade de reestruturar os serviços de saúde, dando origem à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como resposta estratégica a esta realidade demográfica e epidemiológica (Ferreira et al., 2024)

A RNCCI assenta na prestação de cuidados individualizados e humanizados, desenvolvidos por equipas interdisciplinares. Esta abordagem visa promover a autonomia e a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, assegurando simultaneamente a qualidade e a continuidade dos cuidados ao longo do percurso de saúde (Resolução da Assembleia da República nº 101/2006).

O estágio de Reabilitação na Comunidade decorreu numa UCCI da região de Lisboa.

Esta unidade disponibiliza cuidados em três tipologias: Unidade de Convalescência – para recuperação após situação clínica aguda; Unidade de Média Duração e Reabilitação – focada na recuperação funcional e reintegração e Unidade de Longa Duração e Manutenção – destinada a utentes com elevada dependência, que necessitam de cuidados continuados e apoio prolongado. (Regulamento Orgânico).

Esta UCCI tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência, ao longo do seu ciclo de vida. Estes cuidados são dirigidos a quem se encontra em fase de recuperação de uma doença aguda ou precisa de prevenir o agravamento de uma condição crónica, com foco na reabilitação, readaptação, manutenção funcional e cuidados paliativos. A unidade tem como objetivo principal, garantir cuidados continuados integrados a utentes com idade igual ou superior a 18 anos, promovendo a melhoria da sua funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida, bem como a sua reinserção social e familiar. Estes cuidados são prestados através de uma abordagem integrada que combina intervenções de saúde e apoio social centradas na pessoa. Tem capacidade total para 91 utentes, com a seguinte distribuição: 13 utentes na Unidade de Convalescência; 39 utentes na Unidade de Média Duração e Reabilitação e 39 utentes na Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Neste local, intervém uma equipa multidisciplinar composta por diversos profissionais de saúde e apoio social, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, terapeutas da fala e ocupacional, assistente social e animador sociocultural. A atuação integrada desta equipa visa assegurar cuidados personalizados e centrados na pessoa, promovendo a recuperação funcional, o bem-estar e a reintegração social dos utentes. O EEER pertence à equipa de coordenação da unidade e, a par desta, realiza apenas cuidados de enfermagem de reabilitação.

A abordagem centrada na pessoa e na família reconhece o utente como parceiro ativo no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de saúde. Para além da prestação de cuidados clínicos, esta abordagem valoriza a individualidade, as preferências, os valores e o contexto de vida de cada pessoa, promovendo uma prática mais humanizada, participativa e orientada para as suas necessidades reais (Registered Nurses' Association of Ontário (RNAO), 2015).

Neste contexto, os programas de reabilitação são elaborados individualmente e em colaboração com a pessoa, com a principal finalidade de capacitá-lo, maximizando sua funcionalidade, recuperando suas

capacidades anteriores ou potencializando as capacidades remanescentes. A reinserção social da pessoa em estado de dependência é um dos principais propósitos da intervenção do EEER no meio comunitário, incentivando a inclusão, a participação ativa e o aumento da qualidade de vida. Para atingir esse objetivo, são aplicadas intervenções específicas de ensino e técnicas de reabilitação, além de treinos direcionados das AVD, com o objetivo de fomentar a autonomia e a funcionalidade dos utentes no seu ambiente de vida habitual (PQCEEER, 2015). Neste momento, não existem projetos implementados ou operacionalizados pelo EEER.

O estágio da comunidade mostrou-se uma experiência enriquecedora oferecendo muitas oportunidades de aprendizagem, orientando a intervenção a partir da perspetiva singular da continuidade e da parceria de cuidados no contexto de vida da pessoa. O conjunto de competências do EEER no contexto comunitário permite-lhe intervir de forma especializada no acompanhamento da pessoa com limitação ou restrição da atividade. Essa intervenção concretiza-se através da aplicação de instrumentos de avaliação específicos, da gestão do ambiente com foco na eliminação de barreiras arquitetónicas, da capacitação da pessoa e da família para a adaptação à nova condição de saúde, da prevenção de complicações, da readaptação funcional e da orientação sobre os recursos disponíveis na comunidade (Regulamento nº 392/2019).

1.2- Estágio em contexto de internamento de Ortopedia

A instituição onde decorreu o estágio trata-se de um Hospital Ortopédico, com mais de cem anos de história, foi fundado em 1904 e posteriormente doado a uma instituição de solidariedade social de Lisboa. A sua missão centra-se na promoção da saúde e bem-estar da população, através da prestação de cuidados clínicos especializados, com elevados padrões de qualidade, acessibilidade e eficácia. Comprometido com a resposta atempada às necessidades dos utentes, o hospital alia tradição e inovação para garantir uma assistência humanizada e tecnicamente diferenciada (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025).

Reconhecida como referência técnica e científica na prestação de cuidados especializados em saúde musculoesquelética, esta instituição distingue-se pela excelência clínica e pelo compromisso com a inovação. Os seus valores centrais refletem uma abordagem humanizada e centrada na pessoa, promovendo um ambiente seguro, acolhedor e confortável; o respeito absoluto pela dignidade, individualidade e necessidades dos utentes; a garantia de serviços de elevada qualidade; a acessibilidade facilitada e equitativa aos cuidados prestados; a integração de tecnologias avançadas e

atualizadas, potenciando diagnósticos precisos e intervenções eficazes (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025).

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

A equipa de enfermagem é composta por enfermeiros generalistas e EEER, sendo que, em determinados turnos, os EEER assumem exclusivamente a prestação de cuidados especializados de reabilitação. Neste contexto específico, EEER intervém com base num conjunto de competências especializadas, tendo como objetivo principal a implementação de programas exclusivos e individualizados dirigidos à pessoa submetida a cirurgia ortopédica. Esta atuação estende-se ao período pré-operatório, ao acompanhamento pós-operatório, ao planeamento da alta clínica e à transição segura para o domicílio ou contexto comunitário.

O método de trabalho realizado pelos enfermeiros do serviço é o método individual de trabalho. Esta abordagem surgiu como resposta às crescentes pressões socioeconómicas sobre os serviços de saúde, aliadas ao aumento exponencial da complexidade dos cuidados de enfermagem, que passaram a exigir intervenções cada vez mais individualizadas, assegurando simultaneamente elevados padrões de qualidade e eficiência na prestação dos cuidados. (Parreira et al., 2021). Segundo Ventura-Silva et al. (2021), os métodos de trabalho em enfermagem constituem distintas estratégias de organização e prestação de cuidados, cada uma com implicações específicas para a pessoa cuidada, para os profissionais envolvidos e para as instituições prestadoras de cuidados. No método individual, centrado na pessoa, um único enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados ao longo do turno, assegurando uma abordagem individualizada, personalizada e humanizada. Esta modalidade favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica de parceria, reforçando a confiança, a segurança e a continuidade dos cuidados (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 da tarde, privilegiando-se, no entanto, a prestação de cuidados especializados no turno da tarde e fins-de-semana.

O internamento de Ortopedia encontra-se dividido em dois serviços: Serviço I e Serviço II. Tem uma capacidade para 60 camas, distribuídas entre 16 quartos individuais, 20 duplos e quatro de isolamento. Os quartos possuem 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. Em ambos o serviço existe ainda a possibilidade de realização de treino de escadas com apoio de corrimão.

No âmbito da ortopedia, no cuidado à pessoa com perturbações do sistema musculoesquelético, evidencia-se a relevância da atuação do EEER no acompanhamento ao longo do período peri operatório. A sua intervenção contribui de forma decisiva para uma recuperação funcional eficaz, uma readaptação progressiva à nova condição e um regresso seguro ao domicílio, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados. Tem sido evidenciado que a intervenção destes profissionais no contexto específico da perda de capacidade para o autocuidado é fundamental, demonstrando ganhos significativos na melhoria da funcionalidade, no desempenho das AVD e na qualidade de vida das pessoas acompanhadas (Sousa & Carvalho, 2023).

A intervenção da equipa de ER, neste contexto, tem como finalidade central a promoção da autonomia e a capacitação da pessoa com limitação funcional. As ações desenvolvidas são sustentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, traduzindo-se em ganhos significativos ao nível da funcionalidade, da capacidade para o desempenho das AVD e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida e da satisfação com os cuidados recebidos. As intervenções são orientadas para a otimização da capacidade funcional, o ensino e treino das AVD, bem como para a capacitação da pessoa e da sua rede de apoio, assegurando uma transição segura e eficaz para o domicílio. A minha prática neste contexto é guiada por referenciais teóricos que sustentam uma intervenção estruturada, intencional e orientada para resultados. Assim, a articulação da teoria do défice de Autocuidado de Orem e da teoria das transições de Meleis permitem fundamentar uma prática que não só otimiza a funcionalidade, mas também assegura uma transição segura, informada e sustentada para o domicílio, envolvendo a pessoa e a sua rede de apoio de forma integrada.

No registo das intervenções recorre-se à linguagem CIPE no programa informático SClínico®, aqui procede-se à avaliação das necessidades da pessoa, à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, à definição das respetivas intervenções e à realização de reavaliações, permitindo o reajuste do plano sempre que necessário.

1.3- Estágio em contexto de internamento de pneumologia

O período mais curto do estágio profissionalizante foi realizado com a equipa de especialistas em Enfermagem de Reabilitação Respiratória, numa unidade hospitalar integrada numa Unidade Local de

Saúde (ULS) da região de Lisboa, especificamente no serviço de internamento de Pneumologia no sentido de complementar a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área.

A unidade é composta por 15 camas distribuídas por seis salas: uma com duas camas, outra com apenas uma cama, um quarto destinado a isolamento quando necessário e as restantes com três camas cada. Todas as salas dispõem de pressão positiva. Das 15 camas, 12 encontram-se equipadas com monitor de telemetria, cujo sistema de controlo está localizado na sala de enfermagem. A equipa de enfermagem integra 16 profissionais, dos quais três são Enfermeiros EEER.

No turno da manhã, habitualmente encontra-se um EEER assumindo a responsabilidade do turno, procedendo à distribuição dos clientes pela equipa. Por norma, fica com um número reduzido de clientes atribuídos, de modo a garantir disponibilidade para a prestação de cuidados especializados aos clientes que deles necessitam. O serviço de internamento de Pneumologia centra a sua atividade no diagnóstico, estabilização e/ou tratamento de patologias respiratórias, com destaque para doenças obstrutivas (como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e asma descompensada), doenças do interstício pulmonar (incluindo fibroses e sarcoidose), infeções respiratórias, neoplasias pulmonares e patologias pleurais (tais como derrames pleurais, pneumotórax e 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 atuação do EEER revela-se essencial no processo de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e na prevenção de complicações associadas, mediante a implementação de um plano de cuidados individualizado e centrado na pessoa. A autonomia para a realização das AVD encontra-se frequentemente comprometida em indivíduos com patologia respiratória. Neste cenário, a intervenção do EEER adquire particular relevância no treino das AVD, no ensino de técnicas de conservação de energia e na capacitação para uma transição segura e eficaz para o domicílio.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A questão do envelhecimento da população tem ganhado importância nas conversas atuais sobre saúde. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2022, a proporção de idosos em Portugal foi de 185,6 por cada 100 jovens. O aumento da idade média da população está ligado, de forma clara, ao crescimento na frequência de doenças crônicas, sendo as doenças músculo-esqueléticas uma das principais razões para restrições funcionais e diminuição da autonomia (INE, 2020).

Aproximadamente 23% da carga global de doenças é atribuída a condições que afetam indivíduos com 60 anos ou mais, realçando as doenças crônicas não transmissíveis — como as cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e as patologias musculoesqueléticas (incluindo artrose e osteoporose) — entre os principais determinantes desta elevada carga global (Prince et al 2015).

O envelhecimento associa-se frequentemente à diminuição gradual da massa e da força muscular. Tal declínio compromete a biomecânica articular, potenciando a sobrecarga das estruturas osteoarticulares e contribuindo para o surgimento de patologias e outras afeções musculoesqueléticas. Essas condições constituem uma das principais causas de limitação funcional e incapacidade em escala global, com repercussões significativas na qualidade de vida e na autonomia dos indivíduos (Flamínio, 2018; Lourenço et al, 2021; Molinero et al, 2021).

As doenças osteoarticulares, em particular a osteoartrose (OA), assumem crescente relevância no contexto atual em virtude do aumento da longevidade populacional. Considerada um problema de elevada magnitude, pelas limitações significativas que impõe ao indivíduo, a OA reforça a necessidade de intervenções que promovam ou restitua a independência e a qualidade de vida (DGS, 2022). O comprometimento do sistema musculoesquelético traduz-se em eventos que geram dependência no autocuidado, configurando-se, assim, como uma área de intervenção prioritária para o EEER (Lourenço et al., 2021).

A atuação do EEER com a pessoa com compromisso no sistema músculo-esquelético objetiva o bem-estar, a capacitação para o autocuidado, assim como a readaptação funcional e a prevenção de complicações como se encontra explanado no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) (OE, 2018).

2.1- Osteoartrose

Devido ao envelhecimento populacional, aliado ao aumento da obesidade e à maior expectativa de vida, as doenças crónicas, como a osteoartrose tornam-se um desafio crescente para os sistemas de saúde, exigindo estratégias terapêuticas avançadas, consistentes e eficazes (Silva et al., 2023). Para além do impacto significativo a nível individual, social e económico, esta condição provoca dor e comprometimento do bem-estar (Violante & Cruz, 2016). A OA, considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a perturbação musculoesquelética de maior impacto nos anos vividos com incapacidade, apresenta elevada prevalência na população em geral. A sua frequência aumenta com a idade, sendo que aproximadamente 70% dos indivíduos afetados têm mais de 55 anos (WHO, 2023).

A OA, também designada osteoartrite, constitui uma doença reumática crónica de carácter degenerativo que compromete as articulações. Caracteriza-se pelo desgaste progressivo da cartilagem articular, associado a alterações nas estruturas adjacentes. Embora possa afetar qualquer articulação, é mais prevalente nas que suportam maior carga, como o joelho — condição denominada gonartrose. (Cruz et al., 2021, Pires et al., 2024; Xavier et al., 2018). É uma condição que compromete as articulações, caracterizando-se pelo desgaste progressivo da cartilagem, alterações ósseas, formação de osteófitos e inflamação da membrana sinovial. Esses processos resultam em sintomas como dor, rigidez, edema e redução da mobilidade articular, configurando-se como uma das principais causas de limitação funcional em adultos e idosos (Pires et al., 2024). Além disso, a OA acarreta restrições funcionais que interferem diretamente na execução das AVD, diminuindo a autonomia e impactando de forma significativa a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (Pinto, 2017; Lourenço et al., 2021).

A OA pode ser classificada em idiopática ou secundária. Na forma idiopática, a etiologia do desgaste articular permanece desconhecida, manifestando-se habitualmente em indivíduos entre os 50 e 60 anos. Já a OA secundária associa-se a fatores preexistentes, como fraturas, desalinhamentos ou infeções, afetando frequentemente pessoas mais jovens. Independentemente da classificação, a progressão da osteoartrose provoca alterações nas estruturas ligamentares e ósseas, intensificando a deformidade articular ao longo do tempo (Pinto, 2017).

Para Mendes (2010) existem três grupos fundamentais de fatores que contribuem de forma influente para o desenvolvimento e evolução da AO: genéticos, não genéticos e mecânicos. Relativamente aos fatores genéticos, incluem-se o sexo, determinadas doenças hereditárias, a raça/etnia e a predisposição individual. Entre os fatores não genéticos, destacam-se a idade, as doenças metabólicas-

como a Diabetes Mellitus e a obesidade, as neuropatias periféricas (associadas, por exemplo, à instabilidade articular decorrente do enfraquecimento muscular), a menopausa, bem como doenças ósseas e articulares de origem congénita ou adquirida. Por fim, os fatores mecânicos abrangem a prática de exercício físico e desporto de elevado impacto, a ocupação profissional (pela sobrecarga articular resultante de uso repetitivo e constante) e os traumatismos articulares.

Quando há comprometimento musculoesquelético do membro inferior, associado à AO, as articulações mais frequentemente afetadas são a anca e o joelho (Lourenço et al., 2021).

2.2- Gonartrose

A articulação do joelho é considerada a maior e mais complexa articulação sinovial do corpo humano, formada pela união do fémur, tíbi e patela. Estruturalmente, compreende duas articulações principais: a tibiofemoral, responsável pela sustentação do peso corporal, e a patelo-femoral, que atua como polia para os quadríceps, facilitando a extensão do joelho (Moore, Dalley & Agur, 2018). De acordo com Wibeling (2009), a articulação do joelho é classificada como uma trócleo-bicondilo-meniscartrose, resultante da combinação da troclearartrose da articulação femuro-rotuliana com a bicondilarartrose da femorotibial, acrescida da presença dos dois meniscos interarticulares.

A estabilidade do joelho é assegurada por um conjunto de estruturas: -Ligamentos cruzados anterior e posterior, que controlam a translação ântero-posterior da tíbia; -Ligamentos colaterais medial e lateral, que conferem estabilidade contra forças em valgo e varo; -Meniscos medial e lateral, fibrocartilagens que aumentam a congruência articular e absorvem impacto; -Cápsula articular e membrana sinovial, responsáveis pela produção de líquido sinovial que lubrifica e nutre a articulação (Standring, 2021).

Do ponto de vista biomecânico, o joelho permite movimentos de flexão e extensão, além de pequenas rotações e translações, especialmente em flexão. Estas funções tornam-no indispensável para o ortostatismo, marcha e realização das AVD (Leitão et al., 2022).

A AO é uma patologia resultante de processos biológicos complexos que envolvem cartilagem, osso, ligamentos, sinóvia, meniscos, tecido adiposo periarticular e musculatura. É habitualmente caracterizada pelo estreitamento do espaço articular, decorrente da perda de cartilagem, degeneração meniscal e alterações ósseas, como a esclerose do osso subcondral e a formação de osteófitos (Silverwood et al, 2014).

O desenvolvimento da doença pode ser influenciado pelo ambiente biomecânico, em que o alinhamento em varo desloca a carga medialmente, o que potencia o risco de AO do joelho do compartimento medial, ao passo que o alinhamento em valgo desloca a carga lateralmente e desencadeia a AO do compartimento lateral. Adicionalmente, a ocorrência prévia de trauma no joelho aumenta o risco de AO em 3.86 vezes (Heidari, B. 2011).

Sendo maior e mais exigida articulação de carga do corpo humano, o joelho concentra a maioria dos casos de AO, afetando sintomaticamente cerca de 45% da população idosa (Pal et al., 2016). Enquanto articulação de carga, o joelho revela elevada suscetibilidade às alterações decorrentes do envelhecimento, que favorecem o desenvolvimento da artrose. Entre estas alterações destacam-se as modificações na propriocepção e no equilíbrio, a sarcopenia associada ao aumento da massa gorda, a osteoporose, a degeneração meniscal e a redução da hidratação articular (Loeser, 2010).

Globalmente, calcula-se que 528 milhões de indivíduos sofram de gonartrose sintomática, sendo esta uma das dez patologias mais incapacitantes em populações de países desenvolvidos (Leitão et al., 2021; OCDE, 2023; Preto et al., 2019).

A nível sintomático, a AO do joelho manifesta-se por dor e rigidez articular, edema, deformidade progressiva em varo ou valgo e alterações na marcha, frequentemente lenta e claudicante (Loeser, 2010; Pale t al., 2016). As limitações na deambulação, na subida e descida de escadas e no ato de agachar comprometem de forma significativa as AVD e de lazer. Além disso, repercutem negativamente em outros domínios da vida da pessoa idosa, como a interação social, o desempenho físico e mental e a qualidade do sono (Farr, 2013).

Os problemas músculo-esqueléticos interferem significativamente na qualidade de vida (QV), (Preto et al., 2015) sendo que, os sintomas e as limitações provocadas pela AO têm um impacto na qualidade de vida relacionada à saúde (Farr., 2013), pelo que o alívio da dor e o controlo sintomático são fundamentais, podendo ser alcançados por meio de tratamento médico ou cirúrgico. A decisão terapêutica depende de grau da doença, do nível de incapacidade, da idade, da profissão e de outros fatores relevantes (Preto et al.,2019).

O diagnóstico e o planeamento do tratamento envolvem exames imagiológicos, como radiografias que podem ser insuficientes para uma conclusão definitiva. Nestes casos, recorrem-se a exames complementares, como RMN, TC ou cintigrafia, particularmente indicada em artroses secundárias (Carreiras, 2023).

O tratamento conservador constitui a abordagem inicial, englobando medidas farmacológicas e físicas destinadas ao controlo da dor, à recuperação da mobilidade e à estabilização da articulação (Flamínio, 2018). Quando o tratamento conservador não é eficaz, o tratamento cirúrgico torna-se alternativa preferencial. As opções incluem artroscopia, osteotomia, artroplastia parcial e artroplastia total do joelho (ATJ) (Preto et al., 2019).

De acordo com a *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2021) a cirurgia de substituição articular é considerada a opção mais eficaz para o tratamento da osteoartrose. No caso da gonartrose, o tratamento de eleição é a Artroplastia Total do Joelho (ATJ). O procedimento cirúrgico substitui as superfícies articulares femorotibial medial, femorotibial lateral e femoropatelar por uma prótese total. Esta é a formada por três componentes: patelar em polietileno, tibial com base metálica e inserto de polietileno e femoral metálico (Leitão et al., 2022). As próteses do joelho podem ser classificadas como primárias, secundárias ou de revisão. Adicionalmente, a sua categorização pode considerar o número de componentes ou articulações substituídas (unicompartimental, bicompartimental, tricompartmental ou condilar tibial), o grau de restrição (restritiva, não restritiva ou livre) e o método de fixação (cimentada, não cimentada ou híbrida) (Cruz et al., 2021).

O principal objetivo da ATJ consiste na redução da dor e na ampliação da amplitude articular, promovendo uma melhoria da capacidade de marcha e, conseqüentemente, maior independência funcional da pessoa (Lourenço et al., 2021; Loures et al., 2021; Pinto, 2017). A capacidade funcional refere-se à aptidão do indivíduo para executar de forma eficaz as AVD (Delgado et al., 2020).

Segundo Carreiras (2023) aliada às características individuais, a técnica cirúrgica, a prótese utilizada e o programa de reabilitação são elementos fundamentais para a recuperação e evolução clínica da pessoa. Apesar dos avanços científicos e da evolução das técnicas cirúrgicas, após a realização da ATJ, a rigidez articular permanece como uma complicação relevante, frequentemente associada à dor. A recuperação da amplitude articular do joelho constitui um marcador essencial de sucesso após ATJ, sendo objetivo que, na alta hospitalar, a pessoa apresente capacidade de flexão do joelho operado em torno de 90º (Leitão et al., 2022).

2.3- Modelos conceptuais de enfermagem

Os modelos conceptuais de enfermagem constituam estruturas teóricas que orientam a prática clínica, a investigação e o ensino na área. Estes modelos permitem organizar e estruturar o corpo de conhecimento da profissão, reforçando a sua identidade própria e fornecendo uma base sólida para sustentar a tomada de decisão dos enfermeiros (Charepe, 2024).

Os referenciais teóricos fornecem uma base conceptual que orienta a prática clínica e facilita a análise estruturada dos fenómenos do cuidado em enfermagem. As teorias direcionam os profissionais para os dados pertinentes, descartando os irrelevantes, e promovem um planeamento e execução de cuidados sistemáticos (Ribeiro et al., 2018).

A enfermagem, inicialmente subordinada à medicina e centrada em tarefas prescritas, transformou-se numa profissão que valoriza a autonomia e o conhecimento teórico. A incorporação das teorias na prática clínica contribui para a elevação do padrão assistencial, o desenvolvimento profissional e a qualidades dos cuidados (Ribeiro et al., 2018; Santos, 2023).

O paradigma é entendido como um conjunto de teorias, normas e métodos reconhecidos pela comunidade científica, funcionando como um sistema de crenças e valores que orienta a perceção e a prática da disciplina (Rocha & Martins, 2024). Os modelos conceptuais e paradigmas relacionam-se de forma independente: os paradigmas sustentam a base filosófica e as teorias operacionalizam-se na prática, definindo orientações de intervenção. Essa integração fortalece a enfermagem como ciência e arte (Charepe, 2024).

Ao longo de evolução histórica da enfermagem, foram sendo propostas diversas definições que deram origem a distintos paradigmas, entre os quais se destacam os da categorização, da integração e da transformação.

Atualmente, os cuidados de enfermagem fundamentam-se no conhecimento e na metodologia científica, centrando-se na pessoa enquanto ser holístico, bem como na família e na comunidade. Os cuidados de enfermagem devem ter em conta as particularidades de cada pessoa uma vez que estes são “indissociáveis das condições de vida das pessoas” (Colliérre, 1999, p. 234). Após sucessivas evoluções na forma de cuidar, verificou-se a transição de um paradigma centrado na doença para um modelo de cuidado orientado para a pessoa, progressivamente mais aberto ao mundo (Rocha & Martins, 2024). No paradigma da transformação, em que se insere o EEER, a ênfase recai sobre a capacidade da pessoa cuidada assumir o papel de agente ativo e parceira na prestação dos cuidados (Queirós, 2024^a), representando uma transformação nas práticas de saúde, centrando-se na colaboração e na autonomia da pessoa, favorecendo o empoderamento e a participação ativa (Brandão et al., 2019; Ribeiro et al., 2018).

Segundo Brandão et al., (2019), o paradigma da transformação evidencia a necessidade de atualização contínua do conhecimento e das práticas. O sistema de saúde requer, dos profissionais, aprendizagem

permanente e revisão das intervenções. A transformação não se limita à incorporação de novas metodologias ou tecnologias, mas envolve também uma mudança de mentalidade, onde teoria e prática se interrelacionam e são essenciais ao processo de conhecimento.

Os modelos teóricos são utilizados como orientações flexíveis, ajustáveis às necessidades específicas de cada situação de cuidado. No presente relatório, serão destacados os referenciais teóricos que sustentaram a intervenção do EEER, entre os vários contributos existentes para a ER: Teoria das transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem. Pretende-se, com este capítulo, apresentar o contributo destas duas teorias para a construção do cuidado de ER com a pessoas submetida a ATJ.

2.3.1 Teoria do Défice de Autocuidado

Desde o início das teorias de enfermagem, o objetivo central da prática profissional tem sido a promoção da independência no autocuidado (Petronilho et al., 2021). Sendo este um conceito fundamental na enfermagem e especialmente na ER, o modelo de Dorothea Orem assume relevância na construção da prática especializada. Esta teoria pode ser apropriada pelos enfermeiros que se ocupam da prática clínica, do desenvolvimento e validação do conhecimento e do ensino e validação de enfermagem (Orem, 2001).

Orem, ao integrar o paradigma da integração numa perspetiva da pessoa como ser holístico, desenvolveu, na década de 1950, a Teoria do Défice de Autocuidado, considerada uma grande teoria devido à sua abrangência, englobando diversas áreas de interesse da enfermagem. Trata-se, em rigor, de uma teoria geral composta por três dimensões interligadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice do Autocuidado, que justifica a necessidade de intervenção da enfermagem quando as pessoas se encontram limitadas na sua capacidade de autocuidado e a teoria dos Sistemas de Enfermagem (Queirós, 2024a).

Orem descreve o autocuidado como a execução de atividades destinadas à manutenção da vida, saúde e bem-estar. Este conceito, condicionado por fatores internos e externos, contempla quatro dimensões: cognitiva, física, emocional e comportamental (Foster & Bennett, 2000; Petronilho & Machado, 2023). A classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) apresenta uma definição semelhante de autocuidado, descrevendo-o como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais, básica e íntimas, bom como as atividades de vida diária” (ICN, 2019)

De acordo com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, todas as pessoas, ao longo da sua vida, vivenciam diferentes situações que lhes possibilitam adquirir conhecimentos e competências, conferindo-lhes potencial para exercer o autocuidado ou cuidar dos seus familiares (Petronilho & Machado, 2023). No entanto, a capacidade de uma pessoa para o autocuidado é influenciada por múltiplos fatores, incluindo habilidades cognitivas, condição física, situação emocional e psicossocial- como valores, crenças e motivações-, bem como pelo domínio comportamental, isto é, pela posse de competências necessárias para executar práticas de autocuidado (Ribeiro et al., 2021; Petronilho & Machado, 2023).

Quando a necessidade de cuidar de si mesmo excede a habilidade da pessoa de fazê-lo sozinha, é imprescindível o auxílio de pessoas com obrigações sociais, como familiares, ou de especialistas em saúde. O entendimento sobre a falta de autocuidado possui um aspeto orientador, facilitando a adaptação das estratégias de suporte e a perceção das funções dos envolvidos no processo de recuperação ou compensação (Petronilho & Machado, 2023). Nas situações em que a pessoa não consegue ser agente do seu próprio autocuidado, este deve ser assegurado por cuidadores formais ou informais (Queirós, 2024a).

Quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade da pessoa para as satisfazer de forma independente, surgem desvios de saúde. Nestes contextos, torna-se necessária a intervenção de pessoas com responsabilidade social, como familiares ou cuidadores, bem como de profissionais de saúde, que assumem o papel de suporte no processo de cuidado. É neste contexto que o EEER se assume como agente terapêutico, prestando assistência especializada com o objetivo de compensar, total ou parcialmente, supervisionar ou ensinar a pessoa e os cuidadores, de modo a capacitá-los para desenvolver ações promotoras de autocuidado (Queirós et al., 2014; Petronilho & Machado, 2023; Ribeiro et al., 2021).

O enfermeiro, ao prestar cuidados, ajusta a sua intervenção em função do grau de independência da pessoa, podendo agir diretamente para colmatar défices de autocuidado, orientar e guiar, oferecer apoio físico e psicológico, criar um ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal e promover o ensino necessário à capacitação da pessoa (Taylor, 2004). Segundo Petronilho & Machado (2023), os cuidados de enfermagem são requeridos sempre que há défice de autocuidado, ou seja, quando a capacidade da pessoa em executar ações não corresponde às necessidades para manter o estado de saúde. O autocuidado terapêutico ocorre quando a intervenção de outrem, através de ações intencionais e profissionalizadas, permite superar o défice de autocuidado (Queirós, 2024a).

Segundo Orem, na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, o EEER pode intervir através de um sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. Em função das necessidades da pessoa e das suas capacidades remanescentes na execução das atividades de autocuidado, a intencionalidade dos cuidados prestados pelo EEER visa a capacitação da pessoa para a realização do maior número possível de atividades nos diferentes domínios do autocuidado (Petronilho & Machado, 2023). O processo de capacitação é estruturado de forma sistemática, incluindo intervenções compensatórias, realizadas integralmente pelos enfermeiros; parcialmente compensatórias, com participação da pessoa; ou educativas, através de instrução, ensino e treino, que promovem o autocuidado (Reis & Bule, 2023).

No contexto da ER, o referencial de Dorothea Orem orienta a prática dos EEER ao destacar a centralidade da pessoa, reconhecendo-a como agente ativo capaz de aprender e executar ações de autocuidado, mesmo em situações de limitação. A pessoa é considerada participante no processo, assumindo responsabilidade pela tomada de decisão (Ribeiro et al., 2021).

Com base na sua formação específica, os EEER organizam deliberadamente os cuidados, fundamentados nos conceitos de promoção do autocuidado, independência e qualidade de vida (Ribeiro et al., 2021). Esse referencial é considerado essencial na área, pois esclarece os objetivos da ER, como a promoção ou recuperação da capacidade de autocuidado, da autonomia e da autodeterminação (Queirós, 2024a). Ribeiro et al. (2021) afirmam que esse modelo teórico é relevante, uma vez que o EEER atua com indivíduos que têm grande necessidade para o autocuidado, mas que possuem a capacidade de recuperar a sua independência, com o objetivo de avançar em direção a um sistema que assegura a capacitação da pessoa.

2.3.2 Teoria das transições

O referencial teórico que Afaf Meleis desenvolveu solidificou-se ao longo de quarenta anos, originando-se da análise metódica das transições que os indivíduos vivenciam. Baseado no paradigma da transformação, esse conjunto teórico ilustra e esclarece as alterações e adaptações que surgem em virtude de eventos significativos e desafios da vida, enfatizando a centralidade da pessoa durante a vivência da transição (Rocha e Martins, 2024). Este modelo dá especialmente atenção aos elementos emocionais, comportamentais e adaptativos que estão envolvidos no processo de transição entre diferentes estados ou etapas da vida (Smith e Parker, 2015).

Deste modo, emergiu o conceito de transição, definido por Meleis como um processo que envolve a passagem de um estado de estabilidade para outro igualmente estável, desencadeado por uma mudança significativa (Meleis, 2010).

Durante as fases de transição, marcadas por um estado de instabilidade desencadeado por alterações do desenvolvimento, condições de saúde ou situações adversas, estabelece-se a interação enfermeiro-pessoa, fundamental para o processo de adaptação e cuidado. As transições, sejam de natureza aguda ou crónica, constituem momentos críticos para a intervenção do enfermeiro, que deve atuar de forma estratégica, orientando o cuidado no sentido de reduzir os impactos negativos e favorecer a adaptação da pessoa (Meleis, 2012).

Meleis categoriza as transições em quatro tipologias distintas, cada uma com repercussões específicas 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). O indivíduo pode vivenciar múltiplas transições em simultâneo, sendo fundamental reconhecê-las para tomar decisões informadas e exercer plenamente a sua autonomia (Sousa et al., 2020).

Durante o internamento, a pessoa passa por diversos processos de transição, evidenciados pela admissão hospitalar, pela alta e pela passagem para cuidados de reabilitação. Esses processos de mudança são diversos e complicados, começando quando o evento ou a alteração é previsto (Meleis, 2010).

Independentemente da transição em curso, é crucial que o EEER entenda como a pessoa e seu cuidador ou familiar se adaptam a essa nova situação, ou seja, o nível de conscientização que alcançaram. Esse aspeto é fundamental para que a transição aconteça de forma saudável. O envolvimento da pessoa só se torna viável quando há perceção das transformações nos âmbitos físico, emocional e social (Meleis, 2012). Portanto, a conscientização é uma característica indispensável do processo de transição, cuja falta impede seu início (Sousa et al., 2020).

Afaf Meleis (2012), descreve diversas propriedades inerentes às experiências de transição, essenciais para compreender a forma como os indivíduos vivenciam e respondem a essas mudanças. Entre elas destacam-se: consciencialização, compromisso, mudança e diferença, eventos críticos e período de experiência. Cada uma destas propriedades fornece uma perspetiva aprofundada do processo de

transição, permitindo ao EEER identificar necessidades específicas e orientar a sua intervenção de forma adequada assegurando que a pessoa consiga atingir equilíbrio ao longo desse período e se adapte de forma saudável às novas circunstâncias (Meleis, 2012; Ribeiro et al., 2021; Sousa et al., 2020).

O significado dados às transições varia entres pessoas e grupos, afetando diretamente os resultados. Essa característica destaca que as diferenças na forma como os eventos de transição são percebidos geram reações variadas, tornando o processo mais imprevisível (Chick & Meleis, 2010).

Na formulação da sua teoria, Meleis identificou fatores que podem atuar como facilitadores ou inibidores das condições de transição, englobando dimensões pessoais (significados, crenças, condição socioeconómica, conhecimento), comunitárias e sociais como afirmam Ribeiro et al. (2021). Com o avanço das diferentes assunções do cuidar, a intervenção em enfermagem deixou de se centrar exclusivamente na doença como elemento desencadeador da transição, passando a abranger todo o processo, incluindo a perceção da situação pela pessoa, as suas crenças e atitudes, os fatores socioeconómicos e o conhecimento adquirido (Mendes, 2024).

As terapêuticas de enfermagem referem-se às ações realizadas pelos profissionais de enfermagem ao longo da fase de transição, devendo fomentar a compreensão e a formação do indivíduo, com o intuito de gerar respostas apropriadas que garantam a segurança e o bem-estar (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019). A análise dos traços e condições particulares da transição permite desenvolver intervenções que se ajustam às vivências exclusivas da pessoa cuidada da sua família, promovendo reações humanas benéficas (Meleis et al., 2010). A implementação dessas terapêuticas gera modelos de resposta, que facilitam a identificação de sinais de processo e de resultado (Sousa et al., 2020).

Entre os indicadores de processo salientam-se o *coping*, a interação com pessoas que partilham a mesma condição e com profissionais de saúde, a capacidade de se situar no tempo e espaço e o desenvolvimento da confiança. Estes indicadores refletem a aptidão da pessoa para compreender os processos em curso, reconhecer a necessidade de mudança, mobilizar recursos disponíveis e adotar estratégias adequadas para enfrentar a situação. Entre os indicadores de resultado, sobressai a mestria, entendida como o domínio de novas competências, bem como a reformulação da identidade da pessoa, evidenciando que a transição foi experienciada de forma bem-sucedida (Ribeiro et al., 2021; Sousa et al., 2020).

Entende-se que uma transição eficaz é aquela que a pessoa demonstra mestria na adaptação ao novo papel, nas suas emoções e comportamentos, provando ter desenvolvido as competências imprescindíveis para se ajustar à nova situação. Isso manifesta-se, por exemplo, na capacidade de identificar e implementar estratégias adaptativas voltadas para o autocuidado (Silva et al., 2019). A conclusão do processo de transição indica que o potencial disruptivo e de desorganização, inerente às circunstâncias que o precipitaram, foi superado (Chick & Meleis, 2010).

Meleis caracteriza a enfermagem como a disciplina do cuidar, sustentada num relacionamento de cuidado entre profissionais e pessoa cuidada, orientada para a promoção da saúde e do bem-estar (Queirós, 2024b). De forma convergente, Sousa et al., (2020) reconhecem que a ciência da enfermagem se encontra intrinsecamente ligada às experiências humanas da transição, sendo a saúde e o bem-estar os resultados expectáveis dessa interação. Meleis (2010) defende que os enfermeiros se apresentam como profissionais de referência no apoio à pessoa durante os processos de transição, em virtude da posição privilegiada que ocupam ao longo do ciclo de vida no acompanhamento contínuo da pessoa.

As terapêuticas de enfermagem, assim como os indicadores de processo e de resultado podem ser evidenciados nas competências específicas do EEER, sobretudo no que se refere à capacitação da pessoa para gerir a transição em curso. Este processo implica a implementação de ensinamentos e treinos proporcionados pelo EEER, com o propósito de preparar a pessoa para uma transição bem-sucedida (Sousa et al., 2020).

A adaptação à transição revela-se mais eficiente quando a situação é apresentada de forma clara, objetiva e compreensível para a pessoa. Qualquer intervenção que favoreça a sua capacitação, promovendo maior independência e funcionalidade, assume carácter essencial (Reis e Bule, 2023). O desafio do EEER consiste em reconhecer e compreender o processo de transição vivenciado pela pessoa, desenvolvendo estratégias terapêuticas que fortaleçam e capacitem perante as mudanças introduzidas na sua vida. Torna-se, assim, imprescindível a intervenção junto da pessoa que enfrenta a passagem de uma condição de plena autonomia e independência para uma situação de dependência (Silva et al., 2019; Sousa et al., 2020).

A abordagem sugerida por Meleis oferece uma base robusta que ajuda os EEER a entender as dificuldades vivenciadas pelas pessoas durante a transição saúde e doença. Essa abordagem guia o EEER na execução de intervenções terapêuticas específicas, com a intenção de facilitar a adaptação, a plena capacitação e a recuperação da autonomia e funcionalidade da pessoa. Integrada no processo

de ER, garante uma abordagem mais eficiente e personalizada, centrada nas necessidades únicas da pessoa, favorecendo um novo equilíbrio físico, emocional e social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar (Ribeiro et al., 2018; Ribeiro et al., 2021).

As cirurgias do foro orto traumatológico desencadeiam por si só processos de transição saúde-doença. Da análise do referencial teórico de Afaf Meleis, conclui-se que o EEER se proporciona como facilitador do processo de transição, apoiando a pessoa e família na gestão das mudanças de vida e promovendo uma adaptação saudável e funcional. Assim, o plano de intervenção elaborado pelo EEER, em articulação com a pessoa e a família, deve considerar todas as características inerentes ao processo de transição, incluindo a sua natureza, as condições facilitadoras e inibidoras, bem como os padrões de resposta identificados. O objetivo é maximizar o potencial da pessoa, o conhecimento e as suas capacidades (Silva et al., 2019). Segundo o mesmo autor a aplicabilidade deste referencial teórico tem possibilitado a prestação de cuidados centrados na pessoa, família e comunidade, em consonância com os seus projetos de saúde, permitindo vivenciar integralmente o processo de transição e alcançar os melhores ganhos em saúde.

2.4- Literacia em Saúde, Capacitação e Empoderamento

Desde o nascimento, o ser humano começa um trajeto caracterizado pela aquisição de processos e estratégias que o habilitam, aos poucos, a passar da condição de completa dependência para a conquista da independência. Esse progresso acontece em estreita conexão com o ambiente familiar e social, que o incorpora e motiva. O propósito último do desenvolvimento humano é tornar a pessoa capaz de gerir a sua vida e a sua saúde, recorrendo ao conhecimento para tomar decisões livres e informadas, num processo que poderá culminar na assunção do papel de cuidador (Reis & Bule, 2023).

A literacia em saúde diz respeito ao conjunto de habilidades cognitivas e sociais que capacitam uma pessoa a entender e usar a informação em saúde para o seu próprio benefício. Esse processo apoia a capacidade de fazer escolhas fundamentadas e esclarecidas (Carvalho et al., 2024).

A OMS (1998) define a literacia em saúde como um conjunto de habilidades cognitivas e sociais que capacitam uma pessoa a aceder, entender e aplicar informações relacionadas à saúde, visando promover e preservar o seu bem-estar. Atualmente, esse conceito é visto como um desafio global, ligado diretamente à habilidade individual de autogestão de saúde e à prática do autocuidado (Arriaga et al., 2019).

A literacia em saúde tem constituído uma preocupação crescente, em Portugal, sobretudo entre grupos populacionais mais vulneráveis, como indivíduos com idade superior a 65 anos, portadores de doenças crónicas e pessoas com baixo nível de escolaridade. O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento foi criado com o propósito de elevar os níveis de literacia da população, promovendo adoção de comportamentos de saúde e de prevenção da doença, visando a otimização da qualidade de vida e do bem-estar físico, psicológico e social ao longo das diferentes fases do ciclo de vida (DGS, 2023).

A capacidade de tomar decisão relacionadas aos cuidados, à prevenção de doenças e à adoção de hábitos saudáveis é diretamente afetada pelo nível de literacia em saúde. A eficácia na utilização dos serviços de saúde aumenta na mesma proporção do conhecimento adquirido (Carvalho et al., 2024).

A literacia em saúde envolve dimensões fundamentais como a vida, a saúde, a longevidade, o conhecimento, a capacitação, a tomada de decisões informadas e o empoderamento. É constituída pelo domínio do conhecimento em saúde, pela compreensão dos cuidados e dos sistemas de saúde, pela capacidade de interpretar e utilizar a informação recebida e, ainda, pela competência de autogestão da pessoa na manutenção da sua saúde em articulação com as instituições de saúde (Belim, 2023). Segundo o mesmo autor, o conhecimento constitui o construto fundamental da literacia em saúde, uma vez que é através dele que o indivíduo adquire a capacidade de tomar decisões informadas, desenvolver competências e ferramentas, e enfrentar de forma empoderada os desafios que surgem. De acordo com a literatura, a literacia em saúde exerce um papel facilitador na capacidade de autocuidado, potenciando a gestão individual da saúde (Teixeira et al., 2023).

Os profissionais de saúde têm uma função fundamental na promoção do conhecimento sobre saúde, adaptando as suas ações conforme o ambiente em que atuam, as equipas às quais pertencem e o grau de compreensão da saúde da comunidade a quem prestam cuidados (Carvalho et al., 2024).

O EEER, na sua intervenção junto da pessoa, promove a literacia em saúde não apenas através do ensino e da disponibilização de recursos informativos ajustados ao nível de escolaridade, mas também mediante demonstração, instrução, treino e validação dos conhecimentos adquiridos. Este processo favorece a autonomia da pessoa, permitindo-lhe uma tomada de decisão livre, consciente e informada (Sousa et al., 2020).

De acordo com Reis e Bule (2023), a capacitação constitui um processo multidimensional que abrange os domínios físico, cognitivo e material, integrando conhecimento, decisão e ação. O conhecimento,

constituído pela própria pessoa e sustentado nos seus valores, encontra-se em permanente evolução e é influenciado por fatores sociais, culturais e religiosos, podendo ser entendido como conceito, processo ou resultado esperado. A capacitação traduz-se na competência para realizar atividades básicas, como alimentar-se, vestir-se e deslocar-se, bem como atividades instrumentais como gerir recursos financeiros, e assumir o controlo da própria saúde, favorecendo a plena integração na comunidade.

O conceito de empoderamento está intrinsecamente associado à capacidade da pessoa de adquirir conhecimento e, a partir dele, exercer autonomia na tomada de decisão. Neste sentido, o empoderamento visa promover a emancipação do indivíduo através do saber, incentivando a autonomia e o acesso às medidas terapêuticas disponíveis (Sousa et al., 2020). Nesse contexto o EEER assume-se como agente promotor da centralidade da pessoa cuidada, favorecendo a sua capacidade de decisão e a autogestão das suas vontades (Melo, 2024).

A aprendizagem de capacidades pressupõe uma aplicação efetiva do conhecimento adquirido, do empoderamento e da autonomia na tomada de decisão, com o propósito de promover maior independência da pessoa nas AVD. Este processo favorece uma transição saudável, evidenciada pela percepção de mestria na realização dessas atividades (Sousa et al., 2020). Este processo deve ser entendido como uma parceria, baseada na partilha dos objetivos da pessoa e no conhecimento sobre técnicas e habilidades, com o intuito de promover a readaptação funcional perante as restrições ou limitações impostas pela nova condição (Teixeira et al., 2023).

A principal meta da intervenção do EEER é preparar a pessoa para lidar com a transição que está a vivenciar, com ênfase em dois aspetos principais: o conhecimento e a aquisição de capacidade. Ao focar no conhecimento, o EEER ajuda a pessoa a sentir-se mais empoderada para tomar as suas próprias decisões, aumentando a sua autonomia. Em relação à aquisição de capacidades, apoia a promoção da independência nas AVD. A educação, por outro lado, é uma ferramenta vital que permite à pessoa ter uma participação ativa nos cuidados, sendo um fator crucial para conseguir sucesso a longo prazo (Sousa et al., 2020; Silva et al., 2023).

O EEER atua de forma proativa no ensino, orientação, instrução, treino e avaliação colaborativa com a pessoa durante o processo de aprendizagem de novas capacidades. Esta ação é baseada na análise do conhecimento mostrado e na capacidade de realizar tarefas específicas, ajudando a perceber se a pessoa está pronta para lidar com a transição atual. O EEER ajuda a promover a autonomia e a independência da pessoa através da capacitação (Sousa et al., 2020).

Na situação específica da pessoa submetida a ATJ, a cirurgia desencadeia processos de transição saúde-doença que envolvem o indivíduo e o familiar/cuidador, assumindo este um papel ativo nos cuidados e necessita de reajustar as dinâmicas familiares. Neste contexto, o envolvimento da família/cuidador como parceiro de cuidados revela-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados no momento da alta (Lourenço et al., 2021).

Por este motivo, a capacitação constitui um elemento-chave e um tema central deste relatório, dado que o EEER desempenha um papel de relevo em todo o processo terapêutico durante o período perioperatório. Ao intervir diretamente junto da pessoa e do seu familiar/cuidador, o EEER tem a possibilidade de delinear estratégias adaptativas aos novos papéis, potenciando o sucesso na transição saúde-doença (Pestana, 2023; Silva et al., 2019).

2.5 Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a ATJ

A pessoa afetada por uma condição musculoesquelética, para além das repercussões físicas, experiência impactos significativos nos diferentes papéis sociais que desempenha. Torna-se, por isso, essencial a implementação de planos de cuidados personalizados, ajustados ao momento vivido, mas que integrem igualmente uma perspetiva futura (Reis et al., 2021).

O EEER desempenha um papel essencial nos cuidados à pessoa submetida a ATJ, tanto no período pré-operatório como no pós-operatório, assim como durante o internamento, assegurando a continuidade dos cuidados no regresso ao domicílio. Este acompanhamento deve incluir, sempre que necessário, a transmissão de informações ao EEER da comunidade e a orientação para a manutenção do programa de reabilitação em casa, promovendo ganhos significativos em saúde após a intervenção (Sousa & Carvalho, 2023). Os autores referidos defendem que a implementação de um programa de reabilitação dirigido à pessoa com patologia ortopédica, nomeadamente submetida a ATJ, deve assentar em três pilares fundamentais: a reeducação funcional global, a promoção da capacitação para a autonomia no autocuidado e a prevenção de complicações decorrentes de períodos prolongados de imobilidade, como úlceras de pressão e complicações respiratórias e/ou circulatórias o que está no âmbito das competências específicas do EEER e que, ao mesmo tempo vai ao encontro dos PQCEEER.

O programa de reabilitação associado a este tipo de cirurgia centra-se na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida, com especial enfoque na prevenção de deficiências e lesões, bem como na redução das limitações funcionais da pessoa (Moreira et al., 2020). Após ATJ, os utentes internados perdem temporariamente a capacidade de desempenhar as AVD necessitando de cuidados de enfermagem específicos, orientados para a melhoria das suas capacidades funcionais.

O tipo de cirurgia realizada e a abordagem utilizada, associados à dor, aos défices funcionais previamente existentes e à diminuição da mobilidade no período pós-operatório, podem resultar, de forma temporária ou permanente, em incapacidade e dependência nas atividades de autocuidado. Esta condição de dependência exerce um impacto significativo a nível psicológico, manifestando-se na diminuição da autoconfiança e da autoestima, bem como na presença de sentimentos de angústia, ansiedade e preocupação relativamente ao processo de recuperação (Lourenço et al., 2021; Moreira et al., 2020).

Nesta perspetiva, a intervenção do EEER na capacitação da pessoa submetida a ATJ deve iniciar-se no período pré-operatório, privilegiando a instrução e a preparação relativamente aos cuidados necessários. Esta intervenção deve prolongar-se ao longo de todo o período peri operatório e incluir a preparação para a alta, a qual deve ser considerada desde o momento da admissão (Cruz et al., 2021; da Silva et al., 2023; Dávila Castrodad et al., 2019; Moreira et al., 2020). Ao longo de todo o processo é de extrema importância o registo do programa implementado de modo a permitir a monitorização dos ganhos obtidos e a necessidade de ajustes necessários a cada situação (Constantina- Pinto, 2025).

2.5.1- Intervenção especializada do EEER na fase Pré-Operatória

A intervenção do EEER no período pré-operatório revela-se determinante para a transição experienciada pela pessoa, promovendo o seu envolvimento ativo no processo de reabilitação (Lourenço et al., 2021).

A educação da pessoa no período pré-operatório constitui uma intervenção fundamental, visando a sua capacitação relativamente a exercícios e estratégias de alívio da dor, contribuindo de forma significativa para a redução da ansiedade pré-operatória (Marques-Vieira & Sousa, 2016). A intervenção do EEER com a pessoa submetida a ATJ deve iniciar-se o mais precocemente possível, identificando necessidades com a pessoa e seus cuidadores, mostrando-se fator determinante no sucesso do programa de reabilitação impactando positivamente a sua capacitação (Cruz et al., 2021; Sousa e Carvalho, 2023). Neste sentido, após o acolhimento ao serviço deve ser realizada uma avaliação inicial constituída pela avaliação subjetiva (consulta de processo clínico e entrevista á pessoa e cuidadores) e pela avaliação objetiva (observação direta e exame físico) (Flamínio, 2018).

Para garantir uma avaliação estruturada e consistente, é essencial que o EEER selecione instrumentos dotados de propriedades psicométricas adequadas, nomeadamente validade, reprodutibilidade e responsividade. A utilização destes instrumentos assegura a mensuração rigorosa dos ganhos em saúde, permitindo, simultaneamente, a comparação e a interpretação de resultados sensíveis às

intervenções realizadas no âmbito dos cuidados de ER. Desta forma é garantida uma prática baseada na evidência científica, viabilizando a personalização dos cuidados (Sousa et al., 2023). Assim, para que seja realizada uma avaliação rigorosa da pessoa submetida a ATJ, deverão ser utilizados instrumentos e escalas validadas para população portuguesa como: a Oxford Knee score (KOS) (avaliação da qualidade de vida), o Índice de Barthel (avaliação das AVD), o Índice de Lawton & Brody (avaliação das AIVD), Escala de Berg ou Índice de Tinetti (avaliação do equilíbrio), o *Timed up and go test* (avaliação do desempenho físico), a goniometria (avaliação das amplitudes articulares), a escala Medical Research Council modificada (avaliação da força muscular), Escala de Quedas de Morse (avaliação do risco de quedas), Escala de Borg modificada (avaliação da intolerância à atividade) e ainda a Medida de Independência Funcional (avaliação da funcionalidade) (Sousa & Carvalho, 2023).

Neste período pré-operatório é também crucial a gestão de expectativas por parte da pessoa e cuidadores para o período pós-operatório, através do esclarecimento de dúvidas e partilha de informação pertinente contribuindo desta forma para a redução do stress e ansiedade com impacto em todo o processo de reabilitação (Constantina- Pinto, 2025; Sousa e Carvalho, 2023). É fundamental o ensino, instrução e treino de exercícios de RFR e Reeducação Funcional Motora (RFM), assim como exercícios musculares, posicionamentos permitidos, técnicas de transferência, utilização de auxiliares de marcha como o andarilho e canadianas (em superfícies planas e a subir/descer escadas), transposição de obstáculos e estratégias de alívio da dor (por exemplo a crioterapia) (Sousa e Carvalho, 2023).

A RFR, por meio da realização de exercícios específicos, revela-se determinante na redução de complicações pós-anestésicas e na melhoria do desempenho dos músculos respiratórios. Estes benefícios traduzem-se numa maior permeabilidade das vias aéreas e na otimização das técnicas de conservação de energia. Alguns exercícios a realizar são: treino de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; exercícios de respiração abdomino-diafragmática; exercícios de reeducação costal e ainda o ensino da tosse assistida e dirigida. (Couto et al., 2021; Sousa e Carvalho, 2023).

No âmbito da RFM, devem ser contemplados exercícios de contração isométrica e isotónica. Entre os exercícios isométricos, destacam-se os de contração abdominal, bem como os dirigidos aos músculos glúteos e quadríceps, considerados fundamentais para a marcha e para a recuperação funcional.

Nos exercícios isotónicos, é igualmente relevante incluir o membro não intervencionado, através da realização de mobilizações e de exercícios ativos livres, assistidos e resistidos, com o objetivo de potenciar o seu fortalecimento muscular. Relativamente ao membro intervencionado, devem ser

privilegiados exercícios e mobilizações ativas assistidas e resistidas, com enfoque na flexão e extensão da articulação coxofemoral associadas à extensão e flexão do joelho, na execução de movimentos de abdução e adução da coxofemoral, na flexão e extensão do joelho, bem como na dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica. Considerando que, após a ATJ, é necessário recorrer a auxiliares de marcha, como o andarilho ou as canadianas, torna-se imprescindível o fortalecimento da musculatura dos membros superiores. Estes músculos são essenciais para assegurar um uso eficaz, seguro e estável destes dispositivos de apoio à locomoção (Sousa e Carvalho, 2023).

Segundo os mesmos autores o período pré-operatório constitui uma oportunidade relevante para que a pessoa seja devidamente instruída e possa realizar treino com o auxiliar de marcha, tanto em superfície plana como na execução de exercícios de subida e descida de escadas. O treino de marcha com auxiliares, realizado antes da intervenção cirúrgica e na ausência de limitações físicas decorrentes da mesma, tem como objetivo aumentar a confiança da pessoa, preparando-a para a marcha no período pós-operatório e promovendo uma deambulação segura e eficaz (Sousa & Carvalho, 2023).

A antecipação do regresso a casa durante o período pré-operatório contribui para a redução da ansiedade e do medo associados à cirurgia. A realização antecipada de intervenções educativas permite a individualização dos cuidados, facilita a aquisição atempada de produtos de apoio ao autocuidado e proporciona a oportunidade de implementar adaptações no domicílio, eliminando eventuais barreiras arquitetónicas que possam comprometer a segurança e a autonomia da pessoa no pós-operatório (Ferreira et al., 2019). A prevenção de quedas assume particular relevância, devendo ser reforçados ensinamentos sobre a utilização de vestuário adequado e seguro, a disposição do mobiliário de forma a garantir uma marcha segura com canadianas, a remoção de tapetes e fios elétricos, a manutenção de uma boa iluminação nos espaços e a evicção de pavimentos molhados, escorregadios, irregulares ou com fendas. Compete ainda ao EEER abordar a necessidade de produtos de apoio no domicílio, tais como barras de apoio para o sanitário e para o duche ou banheira, alteadores de sanita e tapetes antiderrapantes, de modo a facilitar a mobilidade e promover a independência da pessoa no autocuidado. Assegurar um bom estado dos auxiliares de marcha, nomeadamente das borrachas é igualmente de extrema importância na prevenção de quedas. (Sousa & Carvalho, 2023; Pinto et al., 2025).

Tabela 1- Intervenção do EEER no período pré-operatório.

Pré-Operatório ATJ				
Reeducação Funcional Respiratória				
<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de patologia cardiorrespiratória: fazer ensino dirigido; • Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; • Respiração abdómino-diafragmática; • Exercícios de reeducação costal; • Tosse dirigida e assistida 				
Reeducação Funcional Motora				
Exercícios Isométricos				
Contrações isométricas abdominais; Contrações isométricas dos glúteos; Contrações isométricas dos quadricípites Contrações isométricas dos isquiotibiais	Frequência	1 série de 8-10 repetições, 3 a 4 vezes por dia.	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira • Bola • Rolo
Exercícios Isotónicos				
Mobilizações ativas livres/ assistidas/ resistidas dos membros sãos	Frequência	2 séries de 10 repetições, 3-4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira • Bola • Rolo
Mobilizações ativas assistidas/ resistidas do membro a operar de acordo com tolerância da pessoa: Flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão e flexão do joelho; Abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo); Flexão/extensão do joelho; Dorsiflexão/ Flexão plantar da articulação tibiotársica.	Frequência	3 séries de 10 repetições, 3-4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira • Bola • Rolo

Fonte: Adaptado de Pinto et al 2025.

2.5.2. Intervenção especializada do EEER na fase Pós-Operatória

De acordo com a literatura, no período pós-operatório, a implementação de um programa de reabilitação dirigido à pessoa submetida a ATJ tem como principais finalidades a redução da dor, o aumento da amplitude articular do joelho e a melhoria da capacidade funcional. Estes ganhos refletem-se diretamente na qualidade de vida da pessoa (Carreiras, 2023; Flamínio, 2018; Sousa & Carvalho, 2023).

Por sua vez, Lourenço et al. (2021) destacam, para além dos objetivos já referidos, a importância da prevenção de complicações associadas ao material cirúrgico, nomeadamente a rigidez articular e a

falência do material de osteossíntese. Enfatizam ainda a promoção do aumento da força muscular, o restabelecimento da extensão completa do joelho e o reforço da autonomia da pessoa nos diversos domínios do autocuidado.

O conceito de *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) tem vindo a ser desenvolvido a nível mundial, com o objetivo de padronizar a atuação no período peri operatório e otimizar os resultados clínicos. A sua implementação tem sido expandida para diversas áreas cirúrgicas, destacando-se a Ortopedia, onde a aplicação do programa demonstra benefícios significativos: promove uma recuperação mais rápida e eficaz após a ATJ, reduz a mortalidade, diminui a incidência de complicações e encurta o tempo de internamento. De acordo com as diretrizes do ERAS, recomenda-se a mobilização precoce no pós-operatório, cujos benefícios já foram amplamente documentados em diversos países, evidenciando resultados positivos na recuperação das pessoas submetidas a cirurgia. (Changjun et al., 2023).

De acordo com a evidência científica mais recente, o início da reabilitação nas primeiras 24 horas após a ATJ está associado não apenas à diminuição do tempo de internamento, mas também à redução do número de sessões necessárias para que a pessoa recupere a independência funcional, a marcha e o equilíbrio. Verifica-se também a diminuição do risco de tromboembolismo e ganhos a nível da força muscular e amplitude articular. Assim, torna-se seguro afirmar que a implementação do plano de reabilitação EEER deve ocorrer o mais precocemente possível (Lisi et al., 2017; Sousa & Carvalho, 2023).

Segundo Leitão et al. (2022), o processo de reabilitação deve iniciar-se no primeiro dia de pós-operatório, ou seja, nas 24 horas subsequentes à cirurgia. Nessa fase, recomenda-se a realização de exercícios no leito, evoluindo de forma progressiva para exercícios em ortostatismo e, posteriormente, para o treino das atividades de vida diária, favorecendo uma recuperação funcional gradual e sustentada até ao momento da alta clínica.

Nesta perspetiva, no primeiro dia de pós-operatório, é fundamental que a intervenção do EEER seja precoce, incluindo não apenas a vigilância hemodinâmica, a avaliação dos sinais vitais e o controlo do compromisso neuro circulatório, mas também a aplicação de crioterapia durante vinte minutos, em intervalos de duas horas, como estratégia para o controlo da dor e a redução do edema. A aplicação do frio atua por ação direta nas terminações nervosas, promovendo uma diminuição na velocidade de condução dos impulsos nervosos, diminuindo dessa forma a dor. A sua aplicação deve ser realizada por cerca de 20 minutos, a cada 2 a 3 horas (Cruz et al., 2021; Moreira et al., 2020; Sousa & Carvalho,

2023; Fontes et al., 2024). Segundo Flamínio (2018), entre outros recursos adicionais que podem ser utilizados pelo EEER nesta fase, destaca-se a massagem terapêutica, que favorece a circulação sanguínea e linfática, proporcionando à pessoa uma sensação de bem-estar e relaxamento, elementos que contribuem positivamente para o processo de reabilitação. Pode também ser utilizada a estimulação elétrica neuromuscular, que potencia a capacidade de contração isométrica dos músculos quadríceps e isquiotibiais, promovendo ganhos funcionais significativos (Jette et al., 2020).

Relativamente ao fortalecimento muscular, trata-se de um aspeto essencial a considerar nas pessoas submetidas a ATJ, dado que está comprovado que, associado ao processo natural de envelhecimento, a força muscular sofre uma redução de pelo menos 24% em comparação com o lado contralateral (Dávila Castrodad et al., 2019). Este fator influencia diretamente parâmetros funcionais como a velocidade da marcha, a capacidade da pessoa de se levantar de uma cadeira e de realizar a subida de escadas (Luthi et al., 2015). Assim, após o adequado controlo da dor e a redução do edema, o plano de reabilitação deve ser direcionado prioritariamente para o fortalecimento muscular, garantindo uma recuperação funcional eficaz e sustentada.

Apesar dos avanços tecnológicos nas técnicas cirúrgicas e na evolução dos materiais protésicos, a rigidez articular permanece como uma complicação prevalente, afetando cerca de 25% das pessoas submetidas a ATJ. Este dado, amplamente documentado na literatura, constitui uma preocupação relevante para as equipas multidisciplinares, uma vez que compromete os resultados funcionais e a qualidade de vida dos pacientes (Costa et al., 2016; Leitão et al., 2022; Lourenço et al., 2021).

A recuperação da amplitude articular do joelho constitui um dos principais indicadores de sucesso da ATJ. A obtenção de uma adequada flexão do joelho é essencial para a execução de múltiplas atividades da vida diária, refletindo-se diretamente na autonomia funcional da pessoa (Leitão et al., 2022). Costa et al. (2016) refere que a realização da marcha requer aproximadamente 65 graus de flexão do joelho. Para a descida de escadas são necessários cerca de 85 graus de flexão, enquanto para a subida bastam aproximadamente 75 graus. Já para que a pessoa consiga sentar-se numa cadeira é exigida uma flexão de 93 graus e, para se levantar de forma independente e assumir a posição de ortostatismo, são necessários cerca de 105 graus de flexão. Podemos assumir que o principal objetivo é que, no momento da alta clínica, a pessoa seja capaz de realizar 90 graus de flexão da articulação do joelho (Sousa e Carvalho 2023).

Deve ter-se especial atenção ao posicionamento do membro operado, uma vez que este exerce influência significativa no desenvolvimento de rigidez articular durante o período pós-operatório.

Compete ao EEER instruir a pessoa para que, em repouso no leito, o membro operado permaneça em extensão, com a região poplíteia devidamente apoiada, garantindo a extensão completa. Deve-se evitar a colocação de almofadas ou outros objetos sob o membro, de modo a prevenir a flexão indesejada (Lourenço et al., 2021).

Segundo Sousa e Carvalho (2023), um estudo realizado em Inglaterra evidenciou que, no período pós-operatório da ATJ, os músculos prioritários a serem trabalhados são os abdutores da articulação coxofemoral, seguidos pelos quadríceps, entre outros grupos musculares. Dessa forma, torna-se essencial direcionar o plano de fortalecimento para estes músculos, através da realização de exercícios específicos, garantindo uma recuperação funcional mais eficaz.

Assim, no âmbito da RFM, os exercícios isométricos assumem relevância particular. Estes devem ser ensinados pelo EEER no período pré-operatório, garantindo que a pessoa seja capaz de os executar de forma autónoma no pós-operatório imediato e durante todo o período de internamento, favorecendo a continuidade e eficácia do processo de reabilitação. Recomenda-se a realização de exercícios de contração isométrica em ambos os membros inferiores, com o objetivo de prevenir ou reduzir a atrofia muscular, favorecer a circulação sanguínea e promover o relaxamento muscular (Lourenço et al., 2021). Adicionalmente, o exercício de elevação da cintura pélvica, conhecido como “ponte”, constitui uma alternativa eficaz, pois ativa simultaneamente diversos grupos musculares. Tais exercícios devem ser executados durante 5 a 10 segundos (de acordo com a tolerância individual), em séries de 10 repetições, três vezes ao dia (Moreira et al., 2020).

Nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico, a evidência científica mais recente recomenda a realização de exercícios isotónicos, nomeadamente mobilizações passivas e mobilizações ativas assistidas do membro operado. Compete ao EEER executar a mobilização passiva da articulação do joelho, respeitando a tolerância individual, bem como a mobilização passiva da rótula nos sentidos latero medial e crânio caudal (Lourenço et al., 2021).

Conforme descrito por Leitão et al. (2022), as mobilizações ativas assistidas englobam movimentos de flexão, extensão, adução e abdução da articulação coxofemoral até à linha média, associados à flexão e extensão do joelho. A inclusão da flexão plantar e da dorsiflexão da articulação tibiotársica revela-se fundamental, dado o seu contributo para o retorno venoso e para a diminuição do risco de tromboflebite. A execução destes exercícios deve respeitar o limiar da dor e da articulação, sendo recomendada a sua realização 3 a 4 vezes ao dia, em 3 séries de 10 repetições cada.

Lourenço et al. (2021) referem que, nas primeiras 24 a 48 horas do período pós-operatório, a capacidade funcional da pessoa limita-se à execução de movimentos contra a gravidade. Deste modo, a introdução de exercícios de reforço muscular revela-se fundamental para potenciar o ganho de força e assegurar a progressão gradual para exercícios realizados contra resistência. Assim, o EEER deve orientar, treinar e motivar a pessoa na execução de exercícios de extensão e flexão da articulação coxofemoral até 90º, realizar movimentos de adução e abdução até à linha média, promover extensão e flexão do joelho, bem como assegurar a continuidade dos exercícios de flexão plantar e dorsiflexão da articulação tibiotársica (Leitão et al., 2022; Moreira et al., 2020). No momento da alta, a maioria das pessoas pode realizar mobilizações ativas apenas com a supervisão do EEER (Sousa e Carvalho, 2023).

De acordo com Leitão et al. (2022), numa fase mais avançada, quando a pessoa já se encontra sentada no leito ou na cadeira, recomenda-se a realização de exercícios de flexão e extensão do joelho intervencionado, bem como da articulação coxofemoral. Em posição ortostática, a pessoa deve ser incentivada a executar movimentos de flexão e extensão do joelho, incluindo exercícios de agachamento, apoiando-se, por exemplo, na base da cama. Conforme Leitão et al. (2022) e Moreira et al. (2020), sugere-se a realização de três séries de dez repetições, com frequência aproximada de três a quatro vezes por dia.

Durante a execução dos exercícios de RFM, deve-se respeitar sempre os limites da amplitude articular e da dor, fatores que, no contexto da ATJ, são fundamentais para a prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021).

Compete ao EEER orientar, instruir e treinar a pessoa submetida a ATJ relativamente às atividades de sentar e levantar da cadeira, sair do leito, realizar a higiene pessoal (banho e utilização do sanitário), treino de marcha com auxiliares (andarilho e canadianas), treino de escadas (subida e descida), bem como na execução de exercícios de mobilização do joelho (Sousa & Carvalho, 2023).

Segundo Flamínio (2018), a utilização da tala dinâmica ou artromotor na reabilitação funcional do joelho constitui uma estratégia terapêutica complementar na recuperação de pessoas submetidas a ATJ. Este dispositivo realiza mobilizações passivas contínuas, que contribuem para a prevenção da rigidez articular, favorecem a absorção de hematomas, estimulam a regeneração dos tecidos e promovem o aumento da circulação sanguínea e linfática, desempenhando ainda um papel relevante na profilaxia de complicações tromboembólicas (Quiñones et al., 2024).

Tabela 2- Intervenção do EEER no período pós-operatório.

Pós-Operatório ATJ				
Ensinar, Instruir e Treinar				
Exercícios Isométricos				
Contrações isométricas abdominais; Contrações isométricas dos glúteos; Contrações isométricas dos quadríceps Contrações isométricas dos isquiotibiais	Frequência	2 série de 8-10 repetições, 3 a 4 vezes por dia.	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira
Exercícios Isotônicos				
Mobilização da articulação tibiotársica	Frequência	2 séries de 8 a 10 repetições, 3-4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeirão
Mobilizações passivas do membro operado: - Mobilização passiva da rótula: o EEER, utilizando o polegar e o indicador, mobiliza a rótula da pessoa no sentido Céfalo-caudal e latero-medial; - Com o artromotor: movimento de flexão/extensão do joelho, iniciando com 0-30º de amplitude e aumentar progressivamente até 90º de amplitude (se e de acordo com prescrição médica e tolerância)	Frequência	45 -50 minutos, 2 vezes por dia.	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Artromotor
Posicionamento no leito Decúbito dorsal: manter o joelho em extensão completa com a região poplíteica completamente apoiada sobre a superfície, sem uso de almofada ou rolo por baixo do joelho; Decúbito lateral: manter o membro operado alinhado com o joelho em extensão; Evitar períodos longos na posição de sentado ou com flexão do joelho				
Extensão lombo-pélvica ou meia ponte: 1- Colocar o membro operado em extensão 2- Fletir o membro não operado 3- Usar a força de ambos os membros superiores (cotovelos apoiados na cama) e elevar a região lombo-pélvica	Frequência	2 séries de 8-10 repetições	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • cama
Treino de equilíbrio Sentado: 1- sentado na beira da cama 2- pés apoiados no chão ou degrau 3- dar instruções: levantar os braços para a frente/cima; levantar os braços para a esquerda e para a direita	Frequência	10 repetições 3 a 4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • cadeira

<p>Treino de equilíbrio</p> <p>De Pé</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- sentado na cama/cadeira; 2- pés para trás abaixo do corpo; 3- empurrar com as pernas e os braços, inclinando-se para a frente até chegar á posição de pé; 4- Fase inicial: mobilizar os membros e o tronco na posição de pé; 5- Fase posterior: sem apoio- agachamentos; ficar apoiado sobre os dedos dos pés após elevar os calcanhares do chão; ficar apoiado nos calcanhares após levantar a ponta dos pés; realizar movimentos de abdução e adução até á linha média; realizar o movimento de flexão e extensão do joelho. 	Frequência	10 repetições 3 a 4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama ou superfície estável
<p>Transferência cama / cadeira</p> <p>Sair pelo lado do membro operado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Manter o membro operado em extensão; 2- Fletir o membro inferior são e deslizar até à extremidade da cama; 3- Colocar o pé do membro são por baixo do pé do membro operado de modo a suportar o peso do membro e evitar a flexão brusca; 4- Rodar o tronco e os membros inferiores até tocar no chão; 5- Manter o membro inferior operado em extensão e levantar-se com o auxílio dos membros superiores e membro inferior são; <p>*para entrar na cama fazer o inverso</p>				
<p>Sentar e levantar da cadeira</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Manter o membro inferior operado em extensão antes de se levantar; 2- Baixar-se lentamente, utilizando a força dos membros superiores nos braços de apoio da cadeira <p>*para se levantar fazer o inverso</p>				
<p>Uso do Sanitário</p> <p>Colocar-se de costas para a sanita apoiando uma mão na barra de apoio existente ou na parede;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Manter a extensão do membro inferior operado, fazendo o mesmo deslizar para a frente; 2- Passar o peso para os membros superiores e fletir o membro inferior são; 3- Baixar-se lentamente até ficar sentado; <p>*para se levantar fazer o inverso</p>				
<p>Uso de banheira ou poliban</p> <p>Utilizar barras de apoio;</p> <p>Tomar banho sentado (banheira: tábua de banho; base de duche: cadeira de banho)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Primeiro entra o membro são; 2- Depois sai o membro operado em extensão 				
<p>Vestir/ Despir</p> <p>Vestir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Primeiro veste o membro operado; 2- Depois veste o membro são; <p>*para despir fazer o inverso</p>				

<p>Marcha com canadianas ou Andarilho</p> <p>Técnica de marcha a três pontos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Avança o andarilho ou canadianas; 2- Avança o membro inferior operado até ao nível do auxiliar de marcha; 3- Avança o membro inferior são; 4- Mudar de direção virando sobre o lado são <p>Técnica de marcha a dois pontos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Fazer ligeira flexão do membro inferior operado para não tocar no chão; 2- Avança o andarilho ou as canadianas; 3- Passar o peso corporal para os membros superiores; 4- Dar impulso para avançar com o membro inferior são até ao auxiliar de marcha; 5- Mudar de direção sobre o lado são. 					
<p>Subir escadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Avança o membro inferior são; 2- Avança o membro inferior operado; 3- Avançam as canadianas para o degrau onde estão os pés. 					
<p>Descer escadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Avança as canadianas 2- Avança o membro inferior operado 3- Avança o membro inferior são. 					
<p>Entrar e sair do carro</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Sentar-se com os membros inferiores de fora do carro; 2- Manter o membro operado em extensão; 3- Rodar os membros inferiores para dentro do carro <p>*para sair do carro fazer o inverso.</p>					
<p>Apanhar objetos do chão</p> <p>Utilizar dispositivo auxiliar: pinça;</p> <p>Evitar ajoelhar-se, se for mesmo necessário:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Utilizar os membros superiores para se apoiar; 2- Membro operado em extensão para trás; 3- Fletir a perna não operada. 					
<p>Exercícios sentado na cadeira/cama</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o membro inferior em extensão e mobilizá-lo com o auxílio do membro inferior são 	<p>Frequência</p>	<p>2 séries de 8 a 10 repetições</p> <p>3ª 4 vezes dia</p>	<p>Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • cadeira
<p>Exercícios ativos do joelho operado</p>	<p>Apoiado numa superfície firme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- realizar o movimento de flexão/extensão do membro operado e flexão da coxofemoral; 2- realizar agachamentos. 	<p>Frequência</p>	<p>2 séries de 8 a 10 repetições</p> <p>3ª 4 vezes dia</p>	<p>Recursos</p>	<p>-Cama</p> <p>-Superfície estável</p>

Fonte: Adaptado de Pinto et al 2025.

No momento da alta clínica, torna-se essencial assegurar a continuidade dos cuidados, mediante a transmissão estruturada de informação relativa ao programa de reabilitação realizado. O EEER desempenha um papel determinante neste processo, ao definir, em articulação com a pessoa e o respetivo familiar/cuidador, estratégias adaptativas aos novos papéis, com enfoque na capacitação para o autocuidado, na otimização da funcionalidade e na promoção da adaptabilidade. Adicionalmente, compete ao EEER atuar como elemento facilitador de uma transição segura para o domicílio (Cruz et al., 2021).

Evidencia-se que o EEER assume um papel determinante em todo o processo adaptativo de transição saúde-doença, uma vez que, por meio da sua intervenção junto da pessoa, nos domínios do conhecimento e da aprendizagem de capacidades, promove o empoderamento, a tomada de decisão informada e a implementação de ações. Este processo visa que a pessoa e a família desenvolvam mestria e competências adaptativas face a novas situações que possam emergir (Sousa et al., 2020).

2.5.3- Intervenção especializada do EEER no regresso a casa

Em Portugal, no atual contexto dos cuidados de saúde hospitalares, marcado por internamentos de curta duração e altas precoces, o tempo disponível para a recuperação integral da pessoa submetida a cirurgia ortopédica revela-se limitado (Leitão et al., 2022).

Com os avanços nas técnicas cirúrgicas e nos métodos de reabilitação, o tempo de internamento após cirurgia ortopédica tem vindo a reduzir-se progressivamente. Contudo, a transição vivenciada por cada pessoa apresenta-se como um processo singular e complexo, com repercussões significativas na vida quotidiana da própria pessoa e da sua família (Lourenço et al., 2021).

Segundo Ferreira et al., (2019), no momento da alta hospitalar observa-se frequentemente que a condição funcional da pessoa se encontra mais fragilizada em comparação com a admissão inicial no serviço. Em contexto domiciliário, estas limitações podem comprometer de forma relevante a capacidade funcional, a independência e a autonomia, potenciando processos de deterioração física e psicológica que, em alguns casos, culminam em isolamento social e repercussões marcantes na qualidade de vida.

O EEER, em virtude das suas competências especializadas, planeia, concebe, implementa e avalia planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, elaborados em articulação com a pessoa e a família, e ajustados às necessidades de cuidados decorrentes das limitações funcionais e das transições vivenciadas. O objetivo central consiste em restabelecer a funcionalidade, promover a capacidade de

autocuidado e otimizar o potencial individual, favorecendo a reintegração na família e na comunidade, com garantia de dignidade e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

Assim, o EEER deve capacitar a família de forma que consiga prestar o apoio necessário à pessoa nesta fase de transição. De acordo com Barbosa e Frazão (2020), a maioria dos familiares e cuidadores reporta não se sentir segura nem devidamente preparada para prestar cuidados à pessoa submetida a cirurgia ortopédica após a alta hospitalar, em virtude da insuficiência de informação e de conhecimentos.

Neste contexto, a garantia de uma transição segura do hospital para o domicílio deve constituir prioridade para o EEER, assegurando que a pessoa e a família recebem o suporte necessário, em conformidade com as necessidades previamente identificadas. As intervenções da equipa de saúde devem ser iniciadas precocemente e orientadas para o apoio à transição, promovendo a capacidade funcional da pessoa submetida a ATJ, possibilitando a identificação, eliminação ou modificação de fatores de risco habitacionais, sendo igualmente essenciais para a gestão do autocuidado e para a garantia de suporte social (Cruz et al., 2021).

De acordo com Ferreira et al. (2019), as revisões integrativas sobre a transição do hospital para a comunidade evidenciam que as orientações e os ensinamentos providenciados pelos enfermeiros são determinantes para garantir uma transição segura e eficaz, favorecendo a adesão ao tratamento de reabilitação e ao regime terapêutico, bem como promovendo maior independência e autonomia em contexto domiciliário.

Diversos estudos apontam que, em contexto hospitalar, as orientações transmitidas no momento da alta clínica tendem a ser realizadas de forma acelerada, uniformizada e insuficientemente adaptada às necessidades específicas da pessoa e da sua família. Acresce que a informação essencial para assegurar a continuidade dos cuidados em domicílio é, frequentemente, disponibilizada apenas no ato da alta, o que limita o tempo necessário para uma preparação adequada da pessoa e da família para o regresso ao ambiente domiciliário (Ferreira et al., 2019; Ferreira & Baixinho, 2021; Pedrosa et al., 2022).

Ferreira et al. (2020) enfatiza que as necessidades educativas relacionadas com a alta hospitalar são manifestadas desde as fases iniciais do internamento. Tanto a pessoa como os familiares ou cuidadores requerem informação estruturada e clara acerca da patologia, da gestão terapêutica e medicamentosa, das atividades passíveis de serem realizadas em condições de segurança, das estratégias de recuperação e do prognóstico esperado. Ferreira e Baixinho (2021) reforçam que a

intervenção do EEER deve ser iniciada logo no momento do acolhimento em contexto hospitalar, orientando-se para a transmissão sistemática de informação e para a disponibilização de recursos adequados. O propósito central consiste em garantir que a pessoa, a família ou o cuidador adquiram conhecimentos estruturados e suficientes, favorecendo processos de capacitação e o desenvolvimento da autonomia (Ferreira e Baixinho, 2021).

A continuidade eficaz do processo de reabilitação em contexto domiciliário exige, de forma incontornável, a capacitação da pessoa. Para tal, torna-se imprescindível a aquisição de conhecimentos estruturados, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências e habilidades necessárias à execução de exercícios, bem como a implementação de estratégias que promovam a independência nos autocuidados. Estes elementos devem constituir prioridade na intervenção do EEER, enquanto condição fundamental para uma transição segura e bem-sucedida (Lourenço et al., 2021).

A intervenção do EEER assume papel central na avaliação do risco e na prevenção de acidentes domésticos, particularmente quedas, sendo especialmente relevante na pessoa submetida a ATJ, em virtude do défice funcional que se verifica após a intervenção e no momento da alta hospitalar. Neste âmbito, os ensinamentos devem privilegiar medidas de carácter preventivo, tais como: evitar o uso de roupas compridas como camisas de noite ou roupões; organizar o mobiliário de modo a garantir espaços livres para circulação; remover tapetes; não transitar em pavimentos molhados; eliminar fios elétricos ou telefónicos do chão; instalar barras de apoio no WC, na banheira/chuveiro e junto à sanita; utilizar tapetes antiderrapantes na base de duche; assegurar iluminação adequada nas escadas, preferencialmente com corrimãos; e evitar superfícies irregulares ou acidentadas (Sousa & Carvalho, 2023).

Um processo de capacitação eficaz deve assegurar a satisfação das necessidades da pessoa em transição, reforçando a perceção de segurança no regresso ao domicílio, independentemente do nível de funcionalidade atingido (Sousa & Carvalho, 2023; Barbosa & Frazão, 2020). A componente educativa assume carácter central neste percurso, dado que quanto maior for o grau de informação disponibilizado à pessoa, maior será o seu envolvimento e motivação para participar ativamente nos cuidados (Ferreira et al., 2019). Barbosa e Frazão (2020) destacam que a prestação de cuidados e os ensinamentos devem ser individualizados e centrados na pessoa e na família, integrando e respeitando as suas crenças, valores e preferências, de modo a ajustar o plano de cuidados às necessidades e expectativas identificadas. A adoção desta prática traduz-se em benefícios relevantes, nomeadamente

maior satisfação da pessoa e família, incremento da adesão aos tratamentos, melhoria da saúde mental e redução do tempo de internamento (Barbosa e Frazão, 2020).

Em consonância com o paradigma da Transformação, a prática do cuidado centrado na pessoa implica não apenas a elaboração de planos de cuidados individualizados, mas também a promoção da sua capacitação e do seu empoderamento, de modo que assuma o papel de parceiro e agente ativo nas decisões em saúde que lhe são pertinentes (Ribeiro et al., 2018).

Segundo as *guidelines* da RNAO (2015), a intervenção do EEER deve fundamentar-se na construção de um relacionamento terapêutico sustentado por técnicas de comunicação verbal e não verbal, orientado para o estabelecimento de uma parceria baseada no respeito mútuo e na confiança. Este processo deve favorecer a participação ativa da pessoa nas decisões relativas ao seu cuidado, assegurando o direito à escolha e integrando as suas prioridades, preferências e estilo de vida. O plano de cuidados deve ser delineado de forma personalizada, considerando as características individuais e as preferências da pessoa, integrando estratégias de autocuidado que favoreçam a sua autonomia e promovam a satisfação com o processo de reabilitação. Para assegurar a qualidade da intervenção, torna-se igualmente essencial recolher o feedback da pessoa e da família, permitindo avaliar de forma sistemática a eficácia das ações implementadas e o grau de satisfação com os cuidados prestados.

De acordo com a capacidade funcional da pessoa em contexto domiciliário, pode ser necessária a implementação de cuidados adicionais, mesmo na presença de um cuidador. Assim, torna-se imprescindível que, antes da alta hospitalar, os cuidadores sejam devidamente informados acerca dos recursos comunitários e sociais disponíveis, incluindo serviços de apoio domiciliário e instituições de carácter público, social ou privado, que possam garantir a continuidade e a adequação dos cuidados (Ferreira et al., 2020; Pedrosa et al., 2022).

Compete ao EEER assegurar que a pessoa, a família ou os cuidadores deixam o hospital devidamente preparados e apoiados. Tal objetivo é alcançado mediante uma coordenação eficaz e uma comunicação estruturada entre os profissionais de saúde, a pessoa, os cuidadores e os diferentes serviços envolvidos, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados (Ferreira et al., 2019). A comunicação deve ser formalizada por meio de uma carta de alta ou de transferência, documento no qual devem constar o plano de reabilitação desenvolvido durante o internamento, bem como os ganhos alcançados e as dificuldades identificadas. Este instrumento deve ainda contemplar os ensinamentos dirigidos à pessoa e à família, além das áreas prioritárias que requerem reforço em contexto domiciliário, assegurando uma transição segura e a continuidade dos cuidados de reabilitação no

domicílio, com vista à plena recuperação funcional da pessoa (Leitão et al., 2022; Sousa & Carvalho, 2023).

A *guideline* da RNAO (2023) enfatiza a relevância de garantir transições seguras e eficazes entre diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, seja do hospital para a comunidade ou entre distintos profissionais envolvidos no processo assistencial. Para tal, são recomendadas múltiplas estratégias, com destaque para o planeamento antecipado e para a avaliação sistemática das necessidades da pessoa, elementos que sustentam a elaboração de um plano de cuidados individualizado e orientado para a continuidade da reabilitação. A *guideline* sublinha ainda a relevância da literacia em saúde da pessoa e da sua família, reconhecendo-a como elemento essencial para a compreensão adequada do plano de cuidados e para a participação ativa na sua gestão. Adicionalmente, enfatiza que a monitorização contínua e o seguimento estruturado constituem componentes cruciais para assegurar a prestação do apoio necessário durante esta fase de transição, promovendo a segurança e a continuidade dos cuidados. As estratégias delineadas têm como finalidade reforçar a continuidade dos cuidados, reduzir a ocorrência de falhas comunicacionais e assegurar a segurança e o bem-estar da pessoa e da família ao longo dos processos de transição (RNAO, 2023).

O EEER desempenha um papel essencial no acompanhamento da pessoa submetida a ATJ, abrangendo o período pré-operatório, o pós-operatório e a transição segura para o domicílio, assegurando a continuidade do programa de reabilitação após a alta (Sousa & Carvalho, 2023). As intervenções terapêuticas, quando cuidadosamente delineadas e implementadas em parceria com a pessoa, favorecem o seu empoderamento e capacitação, refletindo-se em ganhos significativos de funcionalidade, no fortalecimento da capacidade de autocuidado e na promoção da reintegração social.

3 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como propósito descrever e refletir sobre as atividades realizadas ao longo do estágio profissionalizante, as quais possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas de EEER, em conformidade com o regulamento dos PQCEER, bem como das competências de mestre. A definição destes referenciais constitui um elemento essencial para a melhoria contínua dos cuidados, funcionando como guia da práxis especializada (OE, 2018).

A dificuldade dos obstáculos ligados à mudança na forma como os cuidados de saúde são prestados, a mudança na visão sobre o ato de cuidar e o avanço constante das questões técnicas e científicas exigem que a enfermagem e seus profissionais procurem continuamente habilidades distintas, para que consigam atender de maneira eficiente às necessidades crescentes na área da saúde (Marques et al., 2024).

Tendo em conta os grandes avanços na saúde, que têm aumentado a complexidade na prestação de cuidados, é fundamental que a resposta aos cuidados se torne cada vez mais especializada e exigente. Neste contexto de permanente transformação, a enfermagem deve alicerçar a sua prática profissional num processo contínuo de aprendizagem, atualização científica e aperfeiçoamento de competências clínicas, assegurando a prestação de cuidados de excelência, seguros e centrados na pessoa. A perspetiva apresentada é sustentada por Ferreira et al. (2017) e Mártires et al. (2019), que salientam a importância de o enfermeiro, ao longo da sua trajetória profissional, investir continuamente na atualização da sua formação e no aperfeiçoamento das competências técnicas, científicas e relacionais. Este processo implica a mobilização de saberes teóricos atualizados e a sua integração adequada na prática clínica. A consolidação dessas competências desenvolve-se de forma gradual, acompanhando o ritmo natural da evolução profissional e a complexidade inerente ao contexto dos cuidados de saúde (Ferreira et al., 2017; Mártires et al., 2019).

No presente cenário sociodemográfico, caracterizado pelo crescimento das doenças crônicas e, por consequência, pela elevação da dependência do indivíduo, torna-se importante ampliar os serviços de enfermagem de reabilitação. O acesso total a esses serviços é um direito essencial tanto para o indivíduo quanto para sua família (Pestana, 2023a).

A prestação de cuidados à pessoa, considerada como ser holístico em todas as suas dimensões, requer competências técnicas e relacionais, capacidade de análise reflexiva e uma prática sustentada em evidências científicas, de modo a garantir respostas adequadas perante situações complexas (Marques

et al., 2024). O EEER, pela sua formação específica e diferenciada, possui competências para a prestação de cuidados gerais e intervém em níveis superiores de complexidade (Pestana, 2023a).

Segundo Pestana (2023a), a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, dos enfermeiros especialistas e, em particular, das competências específicas do EEER, revela-se essencial, pois possibilita a clarificação do seu conteúdo funcional. Este processo favorece a reflexão sobre os cuidados prestados, reforça a responsabilidade no exercício profissional, promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, estimula a flexibilidade Intra profissional e contribui para a identificação das necessidades formativas (Pestana, 2023a).

O raciocínio crítico e reflexivo é uma base essencial para garantir a excelência nos cuidados de enfermagem. Está profundamente relacionado com o processo de crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, resultando em ações mais firmes, independentes e adaptadas às necessidades únicas de cada pessoa cuidada (Mártires et al., 2019).

A abordagem do EEER é baseada na pesquisa e na união sistemática de evidência científica, considerando o indivíduo e a família como o centro do cuidado. Guiada por princípios éticos, essa abordagem facilita avanços na saúde que evidenciam a particularidade e a importância da intervenção especializada (Amendoeira, 2024).

O estágio profissionalizante representa um espaço formativo essencial para a consolidação da especialização em enfermagem, sustentado por uma prática reflexiva que articula competências técnicas, éticas e humanas. Este processo fortalece a capacidade de intervenção qualificada e promove a excelência nos cuidados (Marques et al., 2024).

Entende-se que o estágio representa uma oportunidade valiosa para aprimorar habilidades que vão além da simples ação prática, possibilitando ao enfermeiro expandir sua experiência e reforçar conhecimentos que fundamentam uma atuação qualificada e de maior complexidade. Os EEER possuem um conjunto de competências que lhes permite responder às necessidades da pessoa em todas as suas dimensões, promovendo a recuperação, a readaptação funcional, o autocuidado e a autoeficácia. Paralelamente, capacitam a pessoa e a família para a reinserção social, apoiando de forma ativa os processos de transição vivenciados (Pestana, 2023a).

Com a realização deste estágio pretendia-se adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as competências de Mestre, desenvolvendo atividades neste sentido.

A formação específica em enfermagem é um recurso essencial para garantir que os cuidados sejam personalizados, focando na promoção da autonomia e da independência da pessoa. É no espaço clínico que se concretiza a consolidação das competências do Enfermeiro Especialista, integrando tanto as competências comuns como as específicas do EEER, através da articulação crítica entre o conhecimento teórico e a sua aplicação prática. Neste percurso, a análise retrospectiva e reflexiva assume relevância central, servindo de suporte à fundamentação da tomada de decisão clínica e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016).

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Nos termos do Regulamento nº 140/2019, a atribuição do título de Enfermeiro Especialista ocorre quando o profissional demonstra competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e personalizados, no âmbito da respetiva área de especialização. Essas competências resultam do aprofundamento dos domínios de competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais e traduzem-se em competências transversais e específicas, sendo estas últimas definidas por regulamentação própria aplicável a cada área de especialidade.

As competências comuns apresentam quatro domínios importantes a desenvolver na prática de cuidados especializados: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competência do domínio da gestão de cuidados e competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista desenvolve-se profissionalmente, na sua área de especialidade, agindo de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O enfermeiro especialista exerce a sua prática de forma segura, profissional e ética, recorrendo a competências de tomada de decisão fundamentadas em princípios éticos e deontológicos. Essa competência apoia-se num corpo de conhecimentos sólido no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e na consideração das preferências da pessoa cuidada (Regulamento nº140/2019).

A responsabilidade do enfermeiro, em termos profissionais, éticos e legais, está baseada no código Deontológico, que estabelece os princípios, regras e valores que guiam e apoiam a sua atenção na prática da profissão. A ética profissional em enfermagem evidencia a competência do enfermeiro para prestar cuidados centrados na pessoa, pautados pelo respeito incondicional à dignidade humana,

pelos direitos fundamentais e pela preservação da integridade física, psicológica e social dos indivíduos sob sua responsabilidade (Deodato, 2016). Torna-se, assim, imprescindível que a prática diária em enfermagem seja orientada por elevados padrões éticos e deontológicos, adequados às circunstâncias de constante complexidade, fragilidade e vulnerabilidade que caracterizam os contextos de cuidado.

O enfermeiro especialista assume então uma responsabilidade acrescida, não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na supervisão e garantia de que a atuação dos seus pares se pauta por uma prática profissional segura, humanizada e alinhada com os princípios éticos.

Os princípios éticos implicam uma reflexão contínua do enfermeiro sobre si próprio e sobre a forma com exerce o cuidado, procurando fundamentar a sua intervenção no respeito pela pessoa e, simultaneamente, na valorização da sua dignidade profissional (Deodato, 2023).

Durante este período, fui conduzida a uma reflexão aprofundada sobre as minhas ações, juízos de valor e o respeito pelas crenças, valores e autonomia da pessoa cuidada. Ao lidar com a incapacidade, o EEER orienta a sua intervenção para a promoção da capacidade funcional e para a integração social, procurando restituir à pessoa condições de igualdade face à comunidade. Ainda que adaptada à sua situação, essa integração deve segurar qualidade de vida e dignidade. Portanto, pode-se afirmar que a dignidade humana é a base fundamental para o agir ético do enfermeiro (Deodato, 2023).

No contexto da prestação de cuidados, a situação da fragilidade da pessoa frequentemente conduz o profissional a tomar decisões que considera benéficas, ainda que nem sempre correspondam à vontade individual da mesma. A experiência adquirida em ambiente comunitário e hospitalar evidenciou a necessidade de ajustar as minhas expectativas profissionais aos desejos e objetivos da pessoa no desenvolvimento do seu processo de reabilitação. A gestão entre aquilo que é percebido como vantajoso para a pessoa e o projeto de saúde que esta delineia, influenciado pelas suas crenças e valores, constitui um desafio complexo que requer reflexão contínua e prática centrada na pessoa. O respeito pela singularidade da pessoa constitui o alicerce de qualquer plano de cuidados, motivo pelo qual todas as intervenções foram delineadas e continuamente ajustadas de forma que este princípio fosse respeitado.

No exercício da responsabilidade profissional, ética e legal, os cuidados de enfermagem prestados, quer em contexto comunitário quer em contexto hospitalar, estiveram em conformidade com os princípios e valores considerados no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros. Durante todo o período de estágio, foi assegurado o respeito incondicional pela pessoa em todas as intervenções,

promovendo o direito à autodeterminação, à dignidade humana, à individualidade e à equidade no tratamento. Foram igualmente respeitados os valores pessoais e as suas crenças e a sua liberdade de escolha. As decisões e intervenções no âmbito dos cuidados foram realizadas em parceria com a pessoa assegurando sempre a sua privacidade.

Na realização dos relatos de caso clínico, em contexto hospitalar e comunitário, foram cumpridas as normas éticas da investigação em enfermagem, respeitando a dignidade, liberdade e autonomia da pessoa. O consentimento informado foi obtido oralmente e por escrito, garantindo a possibilidade de desistência em qualquer fase. As preocupações e sugestões da pessoa foram integradas, e os dados recolhidos e tratados com salvaguarda do anonimato.

Deodato (2022) enfatiza que a investigação em saúde deve conciliar o rigor científico com a responsabilidade ética de respeitar e proteger a pessoa. Com vista ao cumprimento das exigências éticas, foi requerida autorização à Comissão de Ética da ESSATLA, obtendo-se aprovação para ambos os casos. O consentimento informado dos participantes foi igualmente assegurado, estando documentado nos respetivos relatos de caso clínico. De acordo com Vasconcelos (2021), conseguir o consentimento livre e esclarecido para os cuidados prestados pelo EEER é uma forma de mostrar consideração pela pessoa e pelas suas escolhas, refletindo a autêntica valorização do princípio da autonomia (Vasconcelos, 2021).

A centralidade da pessoa na tomada de decisão sobre o seu projeto de saúde constitui o fundamento da relação de parceria em cuidados (Vasconcelos, 2021). Este pressuposto orientou o estágio, garantindo a participação ativa da pessoa em todas as fases do processo de reabilitação, desde a admissão até à transição para o domicílio. O plano de cuidados foi delineado em função das suas expectativas, objetivos e realidade domiciliária, incluindo a família quando tal correspondia à sua vontade.

A dignidade, mais do que um requisito ético, constitui um eixo fundamental da humanização dos cuidados. A sua promoção manifesta-se na proteção da privacidade e intimidade, na comunicação clara, na escuta ativa, na valorização das crenças e participação da pessoa, na promoção do conforto e da segurança, nomeadamente mediante intervenções de prevenção do risco de queda, e na inclusão da família quando desejado. Este modelo é sustentado por evidência robusta, especialmente pelo guia *Person-and-Family-Centred Care*, que sublinha a importância da relação terapêutica baseada no respeito, confiança e autonomia (RNAO, 2015).

Esta reflexão sobre a prática enquadra-se com o preconizado pelos PQCEER no que concerne à satisfação dos cuidados.

No contexto da melhoria contínua da qualidade, compete ao Enfermeiro Especialista promover práticas clínicas de elevada qualidade, sustentadas na evidência científica e orientadas para a excelência do cuidado. É igualmente sua responsabilidade integrar e dinamizar programas de melhoria contínua, contribuindo para a otimização dos processos assistenciais e garantindo a manutenção de um ambiente terapêutico seguro (Regulamento n.º 140/2019). A melhoria contínua exige atualização científica e técnica regular, estabelecendo-se como uma estratégia essencial para o desenvolvimento organizacional e a qualificação dos serviços (Martins et al., 2024).

Os processos de melhoria contínua da qualidade em enfermagem requerem o planeamento, a implementação e a avaliação sistemática de ações orientadas para o incremento da segurança, da eficiência e da excelência dos cuidados. Este compromisso implica uma prática sustentada na investigação e na adaptação permanente às necessidades da pessoa e dos sistemas de saúde. A aplicação do ciclo PDCA (Plan–Do–Check–Act) constitui um instrumento essencial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo uma abordagem sistemática, estruturada e orientada para resultados. Ao planear intervenções com base em necessidades identificadas, executar ações de forma controlada, avaliar criticamente os resultados obtidos e implementar ajustes fundamentados, as equipas de enfermagem garantem que os cuidados prestados evoluem de forma consistente e sustentada. Este método promove a reflexão permanente sobre a prática, reforça a tomada de decisão baseada na evidência e assegura que os processos são continuamente aperfeiçoados, contribuindo para cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa (Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, 2013). Importa reconhecer que cada organização possui missões e planos estratégicos próprios, os quais condicionam e orientam as decisões relativas ao desenvolvimento da qualidade (Martins et al., 2024). O desenvolvimento de competências neste âmbito exigiu a análise de protocolos, normas e projetos institucionais, complementada pela consulta de normas nacionais. O serviço de internamento demonstra conformidade com as orientações da Comissão de Infecção Hospitalar, abrangendo práticas de controlo de infeção, higienização das mãos, prevenção do risco de queda em adultos hospitalizados e prevenção de úlceras por pressão, entre outras recomendações.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade foi realizada uma sessão de educação para a saúde, centrada na prevenção da sintomatologia musculoesquelética em profissionais de saúde. A escolha do

tema fundamentou-se na sua expressão significativa nos profissionais em contexto hospitalar e comunitário, e na relevância do papel do EEER na implementação dos princípios da ergonomia (Apêndices III). Assim, com a observação de algumas práticas na prestação de cuidados surgiu a necessidade de realizar uma formação sobre as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, extensível a enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde, assim como a realização de um poster com exercícios a serem realizados pela equipa, em momentos de pausa diária, no sentido da prevenção. Os momentos de formação em serviço desempenharam um papel importante, permitindo a partilha de informação e experiências entre profissionais.

A literatura destaca a alta frequência de sintomas musculoesqueléticos associados ao trabalho, enfatizando a relevância da conscientização sobre essa questão e da adoção de estratégias de intervenção (Moura et al., 2019). A intervenção do EEER na equipa implica a identificação e resolução de fatores que possam comprometer o bem-estar musculoesquelético dos profissionais de saúde. A sua intervenção deve promover uma cultura de segurança, estimulando mudanças comportamentais duradouras com repercussões positivas a nível individual e organizacional. Elaborei também um cartaz (Apêndice IV) com a finalidade de estimular a realização de exercícios de alongamento e relaxamento, promovendo estratégias que ajudem na prevenção da rigidez e da sobrecarga muscular, com benefícios demonstrados na melhoria da postura, na perceção corporal e na diminuição da tensão muscular (Magalhães et al., 2021).

A prevenção do risco de quedas em adultos é uma prioridade global, necessitando de estratégias coordenadas e da responsabilidade partilhada entre os diferentes níveis de cuidados. O foco principal é diminuir a frequência, aliviar a gravidade das lesões e apoiar a constante melhoria da qualidade no atendimento (RNAO, 2017). As quedas em idosos resultam de múltiplos fatores, relacionados com comorbilidades, estilo de vida e características demográficas (Sousa et al., 2024).

A prevenção de quedas em pessoas idosas necessita de uma análise abrangente dos riscos, e a atuação do EEER é essencial para ensinar sobre a diminuição de riscos no ambiente e para fortalecer as capacidades funcionais. Essa intervenção inclui estratégias para promover o equilíbrio, a força muscular, o treino da marcha e as atividades de vida diárias. (Fernandes et al., 2020).

A literatura recente aponta diversos fatores de risco para quedas em idosos, incluindo condições habitacionais inadequadas, iluminação deficiente, uso de calçado impróprio, mobilizações após terapêutica para dormir, baixa escolaridade, desnutrição, tabagismo, consumo de álcool, doenças cardiovasculares, diabetes, antecedentes de quedas e doença de Parkinson (Sousa et al., 2024).

A avaliação do risco de queda é especialmente significativa em ortopedia, devido ao risco acrescido após procedimentos cirúrgicos. As quedas configuram-se como eventos associados a elevada morbidade e mortalidade, além de constituírem uma das principais causas de internamento hospitalar (DGS, 2019). A avaliação do risco de queda, essencial para a definição de intervenções preventivas, foi realizada através de instrumentos recomendados pela norma nacional, destacando-se a Escala de Morse e o *Timed Up and Go Test* (Sousa et al., 2024).

Na qualidade de enfermeira e EMER, realizei a avaliação e identificação dos fatores de risco, planeei e implementei intervenções dirigidas à sua eliminação ou minimização, avaliando a respetiva eficácia. As atividades educativas realizadas com a pessoa e família abarcaram fatores de risco, cuidados essenciais e medidas específicas ajustadas ao ambiente domiciliário, empregando uma linguagem simples e fundamentando-se em materiais informativos disponibilizados pelo serviço. No sentido de completar alguns folhetos existente no serviço realizei um folheto informativo sobre a prevenção de quedas no regresso ao domicílio onde incluí a prática de exercício físico, elemento que melhora o tempo de reação, a flexibilidade o equilíbrio e a força (Gomes et al., 2019) (Apendice V). A literatura confirma que a maioria das quedas pode ser prevista e evitada, exigindo a implementação de estratégias multifatoriais, como a avaliação do risco, programas de exercício adaptados, intervenções ambientais e educação para a saúde (RNAO, 2017; Sousa et al., 2024).

A prevenção do risco de queda em contexto domiciliário representa uma área central da prática do EEER. A multiplicidade de fatores presentes na comunidade, incluindo tapetes soltos, desníveis, degraus, mobiliário instável, camas altas e terrenos acidentados, exige avaliação sistemática e implementação de medidas de adaptação que favoreçam a segurança e a redução da incidência de quedas. A pesquisa científica demonstra que a realização de programas de intervenção do EEER, adaptados ao ambiente domiciliário e focados no fortalecimento muscular e no treino de equilíbrio, traz melhorias significativas na capacidade de autocuidado, na diminuição do risco de quedas, na facilitação da reintegração social e na melhoria da qualidade de vida.

A promoção da melhoria constante da qualidade exige a junção organizada de registos que mostrem os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, com o objetivo de identificar e demonstrar seu efeito nos ganhos em saúde. A integração dos sistemas de informação em enfermagem é crucial para melhorar a qualidade e o acesso aos serviços, garantindo ao mesmo tempo segurança, privacidade e favorecendo a troca e criação de conhecimento. (Rocha et al., 2024). No âmbito do estágio profissionalizante, os registos efetuados em linguagem CIPE, integrados no sistema SClínico®,

permitiram a elaboração de diagnósticos e a documentação de intervenções específicas do EEER, constituindo um recurso indispensável para a prestação de cuidados sustentados na evidência científica e para a continuidade de cuidados.

A execução destas atividades revelou-se concordante com o regulamento dos PQCEER, favorecendo a melhoria da organização dos cuidados de enfermagem e a consolidação das melhores práticas. Essa estratégia traz benefícios para a saúde, evita problemas relacionados à hospitalização e a intervenções cirúrgicas, e melhora o bem-estar e a satisfação da pessoa e família com os cuidados prestados.

No âmbito do domínio “Competências da Gestão dos Cuidados”, o enfermeiro especialista deve evidenciar capacidade para gerir os cuidados de enfermagem, assegurando a otimização da resposta da equipa e uma articulação eficaz com os restantes profissionais de saúde. Além disso, é fundamental que adapte a liderança e a gestão dos recursos às diferentes situações e contextos da prática clínica, garantindo, assim, a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019).

O Enfermeiro Especialista desempenha uma função importante nesse processo, organizando e melhorando as ações de enfermagem e da equipa interdisciplinar, assegurando a proteção do doente, a eficácia das respostas assistenciais e a qualidade das atividades delegadas. A interdisciplinaridade implica o trabalho colaborativo entre diferentes disciplinas, orientado para a obtenção da melhor resposta em saúde. Este processo respeita a vulnerabilidade da pessoa cuidada e promove a excelência dos cuidados, sustentada por uma comunicação eficaz, pela assunção de responsabilidade e pela intervenção terapêutica (Mendes, 2024).

No contexto formativo, destacou-se a importância de uma gestão cuidadosa e eficaz dos recursos materiais e humanos, voltada para sua melhor utilização de acordo com as exigências de cada circunstância. Nesta ótica, a construção e aplicação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, sustentados pelo Padrão Documental da Especialidade e pela Ontologia em Enfermagem e articulados com a CIPE, adaptados às necessidades da pessoa, revelaram-se instrumentos essenciais para garantir uma prática clínica segura e uma gestão temporal eficaz. O processo de enfermagem, depara-se frequentemente com situações inesperadas e complexas que pedem decisões independentes, fundamentadas na interação interpessoal, em princípios éticos e clínicos, bem como em bases científicas, o que define a prática da enfermagem (Nunes, 2024).

Em ambiente de internamento cirúrgico, o levante precoce é amplamente valorizado, embora possa ser inviabilizado por instabilidade hemodinâmica, precauções de segurança ou características

individuais da pessoa. Nestas circunstâncias, a implementação de exercícios musculares e articulares no pós-operatório precoce encontra suporte na evidência científica, ao favorecer a recuperação funcional após ATJ e prevenir complicações associadas. A adesão da pessoa cuidada aos exercícios pode ser condicionada por limitações físicas ou psicológicas, exigindo ajustes no tempo de execução ou na natureza dos exercícios prescritos. Em diversas situações, condicionadas por fatores de gravidade, nomeadamente complicações cirúrgicas, torna-se necessário suspender ou reformular o processo de reabilitação inicialmente projetado. Verifica-se, assim, que a necessidade da tomada de decisão do EEER deve ser a mais adequada para cumprir o projeto de saúde da pessoa cuidada. A tomada de decisão deve ser vista como o processo que fundamenta a ação, implicando na escolha da opção mais adequada entre diversas opções, onde o indivíduo desempenha um papel central na definição do plano de intervenção (Nunes, 2024).

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). A intervenção realizada demonstra competência na tomada de decisão, na articulação e mobilização de profissionais em contexto de trabalho interdisciplinar, bem como na gestão adequada dos recursos em função das necessidades manifestadas.

No serviço de internamento onde estive presente 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 e durante a tarde. O mesmo também se verifica ao fim de semana, contudo nem sempre o EEER consegue ficar exclusivamente a prestar cuidados de reabilitação. A organização dos planos de trabalho das equipas deve prever a disponibilidade de EEER em diferentes turnos — manhã, tarde, noite e fins de semana — garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados especializados (Pestana, 2023b).

A integração na equipa constituiu um elemento determinante para a consolidação das competências delineadas e para o enriquecimento do meu desenvolvimento pessoal, ultrapassando as minhas expectativas iniciais. Os enfermeiros orientadores, fundamentais nesse processo, incentivaram o cultivo da curiosidade, do raciocínio crítico, do saber e da capacidade de reflexão, expandindo as possibilidades de aprendizagem e evidenciando, por meio de suas ações, a essência humanista que caracteriza a profissão.

As atividades realizadas permitiram consolidar competências de gestão de cuidados, nomeadamente na articulação interdisciplinar e na tomada de decisão sustentada em princípios éticos, conhecimento científico e no projeto de saúde da pessoa. Tais práticas contribuíram para a melhoria organizacional dos cuidados de saúde e para a prestação de cuidados de excelência, promovendo saúde, bem-estar, autocuidado, prevenção de complicações, reeducação e readaptação funcional, culminando na satisfação da pessoa cuidada, conforme preconizado pelo regulamento dos PQCEER.

Relativamente às competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é fundamental que o enfermeiro especialista cultive o autoconhecimento e a assertividade, baseado a sua prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

No âmbito das competências associadas ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é essencial que o Enfermeiro Especialista promova o autoconhecimento e exerça uma comunicação assertiva. A sua prática clínica deve estar sustentada na melhor evidência científica disponível, assegurando intervenções fundamentadas, eficazes e alinhadas com as necessidades da pessoa cuidada. O Enfermeiro Especialista evidencia competência no domínio do autoconhecimento, reconhecendo a influência que este exerce na construção de relações profissionais e terapêuticas eficazes (Regulamento nº 140/2019).

Observa-se um crescente reconhecimento da importância de selecionar evidência científica de qualidade em enfermagem, que oriente e fundamente o processo de tomada de decisão. Como estudante de EEER, estou em processo de consolidar competências, o que, durante os estágios, evidenciou a necessidade de ampliar e aprofundar meu conhecimento e literacia específica da área. Isso garantirá uma fundamentação mais sólida e uma prestação de cuidados de excelência. A prática baseada em evidência é um processo de tomada de decisão complexo, fundamentado na melhor evidência científica disponível e adaptado ao contexto, às particularidades da pessoa cuidada e à experiência clínica do profissional, assegurando viabilidade, adequação e eficácia (Jordan et al., 2019).

Os pilares que sustentam a prática baseada na evidência consistem na incorporação da melhor evidência disponível, com a competência do profissional e as circunstâncias e preferências da pessoa no centro dos cuidados (Amendoeira et al., 2022). Esta prática promove a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados em saúde, tornando-se, por isso, mandatária a sua incorporação nas práticas dos enfermeiros (Pinto & Mota, 2022).

A prática informada, ou baseada na evidência, constitui um elemento essencial para o exercício do enfermeiro especialista, tendo sido sob essa premissa que desenvolvi o meu percurso formativo e profissional. Para aprofundar o conhecimento, tanto na intervenção dirigida à pessoa e à família como na interação com os pares, recorri à pesquisa em bases de dados, procurando selecionar a evidência mais atual e relevante. Paralelamente, beneficiei do apoio dos vários enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no contexto do internamento em ortopedia. Este processo respeitou sempre a particularidade de cada caso clínico e reconheceu a individualidade de cada pessoa cuidada, garantindo intervenções personalizadas e apropriadas às suas necessidades específicas. Todas as intervenções em serviço têm por base uma contextualização teórica, nomeadamente a formação sobre sintomatologia das LMERT (Apêndice III); poster sobre exercícios de relaxamento para prevenção de lesões (Apêndice IV) guião para contacto telefónico após ATJ (Apêndice VII); Protocolo de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho (Apêndice V) e um folheto para prevenção de Quedas (Apêndice VI) o que permitiu fundamentar a prática, assim como suportar as atividades formativas realizadas. Houve também a oportunidade de participar nos Laboratórios de Enfermagem de Reabilitação em Ortotraumatologia que decorreu no hospital ortopédico e que apresentava as seguintes temáticas: reabilitação do utente submetido a Artroplastia da Anca e do joelho - o que há de novo; reabilitação no pré-operatório em ortotraumatologia; reeducação funcional respiratória no utente cirúrgico; reeducação funcional respiratória no pós-operatório imediato e, por fim, a criatividade na implementação de um plano de reabilitação. Uma vez que este curso ocorreu na fase inicial do estágio, foi sem dúvida uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos e competências nas áreas referidas. Encontra-se em Anexo I o respetivo certificado de presença.

No sentido de aprofundar conhecimentos e capacidades desenvolvidas no contexto de estágio assisti ao Webinar apresentado pela Ordem dos Enfermeiros intitulado de “Neuroreabilitação- Foco de intervenção em enfermagem de reabilitação”, cujo certificado de inscrição se encontra em anexo II.

A elaboração de relatos de caso ao longo dos estágios constituiu uma estratégia fundamental para a aquisição de conhecimentos, exigindo investigação aprofundada sobre patologias clínicas, intervenções e estratégias de reabilitação. Este processo contribuiu para o desenvolvimento das competências técnicas e científicas e reforçou a importância da atualização contínua do conhecimento.

Considero que demonstrei interesse na aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos. Efetuei pesquisas em diferentes áreas de conhecimento nomeadamente ao nível da área neurológica e

respiratória, o que contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER. Houve também a oportunidade de assistir a uma formação sobre a intervenção do EEER na pessoa com insuficiência cardíaca.

O desenvolvimento profissional contínuo é considerado uma competência fundamental para o enfermeiro especialista, uma vez que promove a atualização constante de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a prática clínica (Martins et al., 2023). O compromisso com a formação contínua traduz-se em maior segurança e qualidade na prestação de cuidados, capacitando o profissional para lidar com situações complexas e alinhando-se com os objetivos definidos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enquanto especialidade multidisciplinar, a Reabilitação integra um corpo próprio de saberes e práticas orientadas para indivíduos com patologias agudas, crónicas ou sequelas. Visa maximizar a capacidade funcional e a autonomia, tendo como objetivos centrais a promoção da funcionalidade, o estímulo da independência e o incremento da satisfação pessoal, fatores determinantes para a preservação da autoestima (Regulamento n.º 392/2019).

Nesta perspetiva, compete ao EEER, enquanto profissional com conhecimentos científicos avançados e experiência consolidada, proceder à identificação precoce das necessidades reais da pessoa. Com base na avaliação realizada, o EEER revela competência para planear, executar e acompanhar cuidados individualizados, centrados na promoção da saúde e na prevenção de complicações. Tal atuação contribui para a melhoria da condição da pessoa e para ganhos significativos em saúde, com impacto direto na família, nos cuidadores e nos serviços de saúde em geral (Regulamento n.º 392/2019).

As competências específicas do EEER possibilitam a sua intervenção em múltiplos contextos, no cuidado à pessoa com necessidades especiais, promovendo o desenvolvimento integral das suas capacidades.

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, o EEER é aquele que: a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Considerando o que foi exposto, fica evidente que as três competências citadas estão intimamente interligadas, o que torna difícil sua separação ao refletir sobre o processo de desenvolvimento. Todas têm um objetivo em comum: o cuidado centrado na pessoa. Esse cuidado envolve fornecer-lhes

instrumentos que estimulem sua autonomia e incentivem a independência funcional no seu contexto de vida.

A análise das áreas de intervenção e das competências do EEER permite compreender que a execução de uma atividade não se restringe a um domínio específico, uma vez que estes se revelam transversais. A intervenção junto da pessoa e da família, contemplando o cuidar em todas as suas dimensões, implica necessariamente a articulação entre diferentes domínios. O ato de cuidar pode traduzir-se na maximização da funcionalidade, na capacitação da pessoa ou da família, refletindo-se na sua participação social. Assim, descrevem-se de seguida algumas atividades implementadas no estágio profissionalizante que, embora categorizadas por domínio de competência, se complementam mutuamente.

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

Segundo Regulamento n.º 392/2019, no âmbito da competência “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, o EEER:

identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. (p. 13565).

É competência do EEER conceber, implementar e avaliar planos e programas de reabilitação tendo em vista a qualidade, a reintegração e a participação na sociedade (Regulamento n.º 392/2019). A atuação do EEER foca na promoção do autocuidado, com o principal objetivo de ajudar as pessoas a alcançarem o máximo possível de autonomia na execução das AVD. O plano de cuidados personalizado deve ser elaborado em parceria com a pessoa, respeitando suas vontades e preferências. Dessa forma, independentemente das condições de saúde, limitações ou ambiente em que vive, a pessoa pode atingir o máximo de independência nas AVD, melhorando sua funcionalidade e qualidade de vida (Santos, 2023).

No âmbito do estágio profissionalizante em internamento, foram implementados planos de cuidados individualizados, elaborados em colaboração com a pessoa e ajustados aos seus objetivos e expectativas. Esta prática teve como finalidade promover o autocuidado, potenciar a independência

funcional e capacitar a pessoa e a família para um regresso a casa tão seguro quanto possível. Este processo, conduzido pela intencionalidade dos cuidados do EEER, orienta-se para a promoção do projeto de saúde experienciado e perspetivado pela pessoa. Assenta numa base científica, na construção de uma relação terapêutica e na utilização de uma comunicação eficaz, resultando em ganhos relevantes no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa cuidada.

A intervenção do EEER orienta-se para apoiar a pessoa na preservação da capacidade de autocuidado e na vivência saudável das transições de vida. O núcleo da sua prática incide na promoção da saúde, na prevenção da doença, na reabilitação funcional e na gestão de sintomas, com vista à capacitação da pessoa para alcançar maior independência (Reis et al., 2021). Assim, durante o processo, a minha atuação foi fundamentada nos modelos conceituais de Afaf Meleis e Dorothea Orem, mencionados anteriormente, cuja relevância se mostrou clara no contexto em que realizei meu processo de aprendizagem.

Relativamente ao contexto hospitalar, durante a fase pré-operatória, realizei a recolha sistemática de dados pessoais e clínicos mediante entrevista e análise da informação registada em SClenco®. Adicionalmente, foram identificadas condições potenciadoras e restritivas no contexto domiciliário, bem como avaliado o grau de literacia do utente relativamente à patologia, ao procedimento cirúrgico e ao plano de reabilitação. Durante essa interação, o cuidador foi integrado como parceiro de cuidados, destacando a sua importância para a continuidade do processo de reabilitação durante a transição para o domicílio. A prática de cuidar em conjunto com a pessoa, incluindo família e/ou figuras significativas, revela-se fundamental, tanto pelo suporte prestado à pessoa cuidada como pela necessidade de suporte dirigido a estes intervenientes nas fases de transição.

Neste contexto clínico, recorri a instrumentos de avaliação válidos, fiáveis e sensíveis, criteriosamente selecionados em função das especificidades de cada situação. O objetivo consistiu em avaliar e monitorizar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER, possibilitando a obtenção de evidência que sustente a eficácia das intervenções realizadas (Sousa et al., 2023). Os instrumentos de avaliação referidos e preconizados pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação permitiram guiar o planeamento, intervenção, avaliação e reestruturação dos programas implementados, sempre centrada na pessoa e família, objetivando a recuperação funcional, bem-estar e qualidade de vida.

Em ambiente hospitalar ortopédico, independentemente da causa da perturbação musculoesquelética, observa-se um aumento na dependência nas atividades de autocuidado, o que

constitui um eixo central da intervenção do EEER (Lourenço et al., 2021). As intervenções desenvolvidas visaram a capacitação da pessoa no sentido de potenciar a sua autonomia e independência, constituindo-se como eixo fundamental para a reintegração social e participação plena após a fase de transição.

Neste sentido a experiência neste contexto teve por base a avaliação da pessoa considerando a sua condição prévia à cirurgia e as limitações apresentadas por esta para a elaboração de um plano de cuidados em ER, uma vez que estas limitações têm impacto significativo no potencial de reabilitação da pessoa. Após identificar os diagnósticos, foram definidos planos de cuidados personalizados, baseados na linguagem CIPE, no Padrão Documental de ER e na Ontologia em Enfermagem, com foco na promoção do autocuidado e da capacidade funcional, permitindo à pessoa e família alcançar o seu projeto de saúde. No âmbito do processo de transição saúde-doença, foi possível desenvolver cuidados centrados na promoção do autocuidado, intervindo na adesão ao regime de reabilitação, na construção de uma relação empática e na integração da família. A intervenção contemplou o movimento corporal, com a implementação precoce de exercícios musculares e articulares, e as atividades de vida diária, através da instrução, ensino e treino de tarefas como transferências, posicionamento sentado, higiene, vestuário, utilização do sanitário e marcha com auxiliar.

Durante a realização do estágio em contexto comunitário o processo mais trabalhado foi o processo neurológico, cuidando e trabalhando com pessoas no seu processo de reabilitação com alterações provocadas por Acidente vascular cerebral, Traumatismo Crânio Encefálico em contexto de queda, lesão medular em contexto de neoplasia, Doença de Parkinson. Em alguns casos associava-se a síndrome de imobilidade/ fragilidade do idoso como representado no Relato de caso clínico apresentado. Tive também a oportunidade de trabalhar a componente respiratória num doente com DPOC com sucessivas infeções respiratórias.

No seguimento da avaliação realizada, através de vários instrumentos de avaliação, nomeadamente índice de Barthel; Medida de Independência Funcional; Escala de Equilíbrio de Berg; Escala de Morse; *Medical Research Council Muscle Scale*; Escala de Borg Modificada; *Timed up And Go* e Teste de Declínio Cognitivo de seis Itens, eram identificadas as necessidades de intervenção, reconhecendo os principais focos e definindo as intervenções a realizar com o objetivo de otimizar e /ou reeducar a função comprometida e avaliados os resultados das intervenções implementadas. Os principais focos trabalhados, quer na pessoa a quem realizei o relato de caso clínico, quer nas restantes a quem prestei

cuidados foram: movimento muscular; Equilíbrio Corporal; Andar com auxiliar de marcha; intolerância à atividade; défice sensorial e limpeza das vias aéreas.

A personalização do planeamento do exercício físico é essencial e deve respeitar o princípio FITT — frequência, intensidade, tempo e tipo de exercício. Estes quatro componentes constituem a base da prescrição e necessitam de adaptação cuidadosa às características e objetivos de cada indivíduo. Paralelamente, o planeamento deve observar os princípios fundamentais do exercício: sobrecarga, que assegura a progressão através do aumento gradual do estímulo; individualidade, que reconhece as diferenças biológicas e necessidades específicas de cada pessoa; reversibilidade, que evidencia a perda dos ganhos quando o treino é interrompido; e especificidade, que orienta os exercícios para os objetivos definidos, sejam eles força, resistência, flexibilidade ou outros. O tipo de exercício pode ser assistido pelo EEER ou realizado pela pessoa após instrução, orientação e supervisão e deve contemplar de treino respiratório e aeróbico, realizado nas posições deitado, sentado ou em pé (Novo et al., 2021).

O foco limpeza das vias aéreas foi trabalhado com um utente com DPOC no sentido da gestão de secreções. Foram realizados então, sempre com o utente sentado, Auscultação pulmonar permitindo e desenvolvendo a capacidade de diferenciar vários sons respiratórios; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; respiração abdomino-diafragmática; Exercícios de abertura costal e seletiva, ciclo ativo das técnicas respiratórias; técnicas de expiração forçada e tosse dirigida e assistida. Foi possível, através do estágio complementar cuidar com pessoas e famílias com perturbação da função respiratória ou intolerância à atividade descrevendo com maior pormenor.

De forma a avaliar a eficácia das intervenções é imprescindível que os registos das intervenções sejam realizados em plataforma informática, nomeadamente no SClínico e Glint recorrendo à linguagem CIPE. Esta terminologia, de reconhecimento internacional, organiza a prática de enfermagem em diagnósticos, resultados e intervenções, constituindo-se como ferramenta essencial para a padronização do processo de enfermagem. A sua utilização potencia a tomada de decisão clínica e a comunicação interdisciplinar, permitindo a monitorização dos ganhos em saúde e assegurando cuidados seguros e de elevada qualidade (Rodrigues et al., 2022).

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

Como já explanada neste relatório, a capacitação e o empoderamento configuram-se como eixos estruturantes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, promovendo a autonomia da pessoa e potenciando a sua capacidade de decisão informada relativamente à saúde e ao bem-estar. A enfermagem, enquanto disciplina científica e prática, estabelece uma parceria de cuidados que acompanha a pessoa até à recuperação, reabilitação ou desenvolvimento de estratégias adaptativas. O EEER integra competências que transcendem a componente funcional, abrangendo o apoio e a capacitação da pessoa e da família nos processos de transição (Pestana, 2023a).

A intervenção do EEER, centrada nos focos de conhecimento e aprendizagem de capacidades, constitui-se como promotora da autonomia e do desenvolvimento de competências adaptativas, favorecendo a capacitação da pessoa para os processos de transição (Sousa et al., 2020). Durante o estágio, foram desenvolvidos planos de ER dirigidos à prevenção, restabelecimento e reeducação da capacidade funcional associada à perturbação musculoesquelética, com vista à capacitação da pessoa para a reintegração social e o exercício da cidadania.

Segundo Vigia et al., (2023) ao intervir precocemente, no contexto hospitalar, junto da pessoa e da família em processo de transição, o EEER assegura a continuidade dos cuidados também em ambiente domiciliário. O treino das AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) constitui-se como eixo central da intervenção em reabilitação, dado que, conforme referido pelas autoras, potencia o incremento da força muscular, a ampliação da amplitude articular, a melhoria do equilíbrio e a aquisição de capacidade para uma marcha independente, promovendo, consequentemente, a autonomia no autocuidado.

Durante o estágio no serviço de internamento de Ortopedia, o cuidado prestado pelo EEER teve como intervenção primordial o treino das AVD, dado que as intervenções cirúrgicas interferem diretamente na mobilidade, força e equilíbrio, com repercussões imediatas na funcionalidade e na independência da pessoa. Foram realizadas intervenções de ensino, instrução e treino dirigidas à pessoa e ao familiar cuidador, contemplando higiene pessoal, treino de vestir e despir, treino de locomoção (marcha com auxiliares, subida e descida de escadas) e treino de transferências. Salientam-se, também, as atividades de instrução e treino de entrar e sair do automóvel e de apanhar objetos do solo, respeitando as restrições decorrentes da intervenção cirúrgica e recorrendo, quando necessário a estratégias adaptativas. Considerou-se a realidade domiciliária da pessoa para identificar dificuldades, remover barreiras arquitetónicas ou adotar estratégias adaptativas que garantam uma transição segura. A realização do treino das AVD em ambiente domiciliário real configura-se como estratégia

promotora da participação ativa da pessoa e dos cuidadores, potenciando a independência funcional, o autocuidado e a reintegração nos contextos familiar e social (Vigia et al., 2023).

No sentido de preparar o momento da transição para o domicílio, verifica-se que a intervenção centrada no conhecimento e na aprendizagem de capacidades, sustentada em instrução, ensino e treino, possibilita capacitar a pessoa de forma precoce, favorecendo uma transição segura no regresso a casa. Uma vez que não foi possível acompanhar a pessoa no momento da alta hospitalar, tendo sido impossível avaliar a aquisição de determinados conhecimentos e capacidade foi realizado um contacto telefónico para questionar sobre a transição para o domicílio. Para isso foi realizado um guião para contacto telefónico após alta (apêndice VII).

Importa referir as recomendações da RNAO (2023) que defendem ser uma prática recomendável os profissionais de saúde e assistência social trabalhem em conjunto com os indivíduos e as suas redes de apoio antes, durante e depois de uma transição nos cuidados, a fim de assegurar que a mesma ocorra de forma segura e eficiente.

A participação ativa da pessoa e da família, em parceria de cuidados, revelou-se determinante para o meu processo de aprendizagem e para a eficácia das intervenções, abrangendo todas as etapas do processo de enfermagem. A educação dirigida à família e cuidadores desde o período pré-operatório constitui-se como elemento essencial para o desenvolvimento de estratégias adaptativas, fomentando uma transição segura e sustentada (Ferreira et al., 2019). As intervenções educativas e de treino contemplaram aspetos relativos à intervenção cirúrgica, à identificação precoce de sinais de complicações, às restrições de movimento impostas pela abordagem cirúrgica, à relevância da adesão ao programa de reabilitação, aos exercícios de fortalecimento muscular e ao treino das AVD com recurso a ajudas técnicas, incluindo ainda ensinamentos dirigidos à gestão do ambiente e à prevenção de quedas. A família, representada pelo cuidador, é um componente fundamental na prestação de cuidados e deve ser vista como foco da atuação da equipa de saúde, garantindo uma passagem segura dos cuidados hospitalares para o ambiente domiciliário e estimulando a continuidade assistencial. (Baixinho & Ferreira, 2020).

Da análise reflexiva e da experiência adquirida em distintos contextos, ressalta a importância do reconhecimento da família enquanto entidade singular, que, tal como a pessoa cuidada, atravessa um processo de transição situacional decorrente da assunção de um novo papel. O envolvimento ativo dos cuidadores, aliado à capacitação para o desempenho qualificado das atividades promotoras de autocuidado, configura-se como elemento central na gestão e no acompanhamento dos processos de

saúde-doença (Petronilho et al., 2021). Neste contexto, revela-se imprescindível investir na capacitação do cuidador, disponibilizando-lhe recursos que favoreçam o autocuidado e a manutenção de um estado de saúde e bem-estar adequado, condição indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados à pessoa dependente e promover uma transição segura para o domicílio (Ferreira et al., 2020).

O EEER constitui-se como profissional competente para garantir a adequação dos cuidados e assegurar que a família cuidadora dispõe do suporte necessário ao desempenho pleno durante o processo de transição. A sua intervenção assume um papel de agente facilitador, ao identificar necessidades de cuidados da pessoa e da família, gerir expectativas face ao potencial de reabilitação e promover a criação de um ambiente de cuidados saudável, tal como defendido por Afaf Meleis, para a qual o enfermeiro deve intervir no sentido de ser facilitador das transições das pessoas, famílias e comunidades devendo centrar a sua atuação no processo e nas experiências em transição (Ribeiro et al., 2019).

O contexto comunitário permite um conhecimento prático das dificuldades reais sentidas no exercício de reinserção social da pessoa com incapacidade ou deficiência refletidos pelos escassos apoios monetários e sociais e demasiadas barreiras arquitetónicas. Com a possibilidade de realização de visita domiciliária, foram percecionadas as dificuldades no processo de reeducação e readaptação funcional, onde as habitações contam com inúmeras barreiras: Escadas, desníveis, espaços pequenos, portas estreitas, acessos difíceis e iluminação insuficiente. Tal exigência convoca o EEER a reinventar-se continuamente, delineando estratégias e soluções alternativas que garantam a excelência na prestação de cuidados. A análise das barreiras existentes e a implementação de estratégias compensatórias neste contexto permitiram a identificação e eliminação de obstáculos, a mitigação do risco de quedas e acidentes e a adequação da intervenção às condições reais da pessoa. As participações nas conferências familiares eram também de extrema importância para o desenvolvimento desta competência. A conferência contava com a presença da equipa multidisciplinar, do utente e da família, sendo discutido o estado clínico da pessoa, o grau de dependência nos diversos autocuidados e os apoios necessários para a sua satisfação. Foram considerados tanto o auxílio de terceiros como a utilização de equipamentos de apoio e adaptações no domicílio, procurando sempre gerir as expectativas da pessoa e da família e orientar as condições indispensáveis para uma alta segura para o domicílio.

Ferreira et al. (2024) sublinham a importância do EEER na articulação entre equipas hospitalares e comunitárias, na promoção da capacidade funcional da pessoa e na capacitação do cuidador, assegurando a continuidade dos cuidados. Esta intervenção reflete-se na diminuição de complicações e reinternamentos, favorecendo a sustentabilidade dos serviços de saúde (Ferreira et al., 2024).

É essencial pensar o cuidar para além do hospital, centrando-o na pessoa, família e comunidade, com recursos que garantam qualidade, equidade e sustentabilidade dos serviços de saúde

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

Esta competência abrange duas dimensões: planear e aplicar programas de treino motor, cardíaco e respiratório; avaliar e ajustar esses programas em função dos objetivos definidos e dos resultados obtidos.

Assim, é responsabilidade do EEER o ensino, instrução e treino sobre técnicas e tecnologias (incluindo atividade e exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, considerando sempre os objetivos individuais da pessoa (Regulamento nº 392/2019 Segundo Novo et al., (2025) a prescrição da atividade e exercício físico pelos EEER representa uma estratégia indispensável na recuperação funcional, na promoção da autonomia e na prevenção de complicações, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida. Para os mesmos autores, a prescrição da atividade física e exercício físico, fundamentada em modelos e teorias de enfermagem permite estruturar um plano de cuidados abrangente e adaptada para as necessidades individuais da pessoa e orientada para a promoção da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, e respeitando a Teoria das Transições o EEER utiliza a atividade física como ferramenta facilitadora das transições de saúde, promovendo a adaptação e integração de novos hábitos. Por sua vez, Dorothea Orem com a sua teoria do Autocuidado defende que o EEER capacita a pessoa a integrar a atividade física na sua rotina de forma autónoma e respeitando as suas capacidades (Novo et al., 2025).

Foi sempre uma prioridade, em todos os contextos de estágio que tive oportunidade de prestar cuidados, o incentivo à prática de atividade física e exercício físico, visando o planeamento da alta e focando na importância do mesmo para a promoção da funcionalidade.

No decorrer do estágio, para consolidar esta competência, desenvolvi e implementei intervenções individualizadas que possibilitaram à pessoa ampliar as suas capacidades, resultando em ganhos no desempenho motor e cardiorrespiratório. Essas intervenções incluíam exercícios de fortalecimento muscular, mobilizações ativas e ativo-assistidas, treino de equilíbrio, treino de marcha com e sem

auxiliar de marcha; realização do ciclo ergómetro e bicicleta; RFR e técnicas de conservação de energia. Os ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social eram avaliados através dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que após a sua aplicação e interpretação permitiam perceber a eficácia das intervenções estabelecidas ou a necessidade de, com a pessoa, reestruturar o plano de reabilitação.

Nos estágios realizados, quer em ambiente comunitário ou hospitalar, foram desenvolvidos relatos de caso clínico com planos de cuidados específicos. A implementação destes planos visou melhorar a funcionalidade das pessoas, aplicando os saberes adquiridos em reabilitação motora, cardíaca e respiratória.

Durante o estágio complementar, no internamento de Pneumologia, foi possível articular a RFR com o treino de exercício. A reabilitação respiratória envolve não apenas ganhos na função pulmonar, mas também a gestão de sinais e sintomas, promovendo a capacitação da pessoa para lidar com a doença, melhorar a capacidade de exercício e diminuir a dispneia (Novo et al., 2021).

No internamento de Ortopedia, desenvolvi um programa de ER com a pessoa após ATJ, procurando analisar os ganhos obtidos na sua capacitação contribuindo para uma transição segura para o domicílio. O programa foi iniciado no período pré-operatório e manteve-se após a alta hospitalar. Para monitorizar o processo, foram aplicados instrumentos de colheita de dados tanto na admissão como em todas as sessões de reabilitação. A recolha incluiu outras informações relevantes, nomeadamente fatores facilitadores e inibidores, assim como barreiras arquitetónicas, rede de apoio e outros condicionantes. Foi desenvolvido e aplicado um plano individualizado, adaptado à tolerância da pessoa, incluindo ações de ensino, instrução e treino das AVD, com utilização de produtos de apoio, RFR e RFM. Conforme evidenciado no relato de caso, verificaram-se ganhos significativos decorrentes dos cuidados de ER, particularmente no domínio do conhecimento e da aquisição de competências, resultando na capacitação da pessoa para o autocuidado.

A evidência atual reforça a importância de apoiar a pessoa e a família nas transições, assegurando que estas se realizem de forma segura e eficaz em cada etapa dos cuidados. As intervenções desenvolvidas como estudante de mestrado em enfermagem de reabilitação seguem as recomendações do guia *Transitions in Care and Services*, promovendo a capacitação da pessoa e da família/rede de apoio ao longo do processo de transição. A colaboração estabelecida antes, durante e após a alta assegura maior segurança e continuidade dos cuidados, devendo esta prática colaborativa respeitar as

necessidades, desejos e capacidades das pessoas e da sua rede de suporte de forma a garantir uma transição segura, suave, coordenada e bem-sucedida no cuidado (RNAO, 2023).

Para monitorizar o processo de transição para o domicílio, foi efetuado um contacto telefónico 48h após a intervenção. Para isso, e com o intuito de fundamentar a prática, foi elaborado um guia de seguimento pós-operatório, integrado no apêndice V. Este documento foi construído para servir de guia das questões mais relevantes a abordar em contacto telefónico com a pessoa após ATJ no regresso ao domicílio. Uma vez que não foi possível realizar uma última avaliação e acompanhar o momento da alta clínica surge então o desenvolvimento desta intervenção com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados, monitorizar o progresso da recuperação, reforçar o plano de reabilitação e identificar precocemente possíveis complicações. O contacto revelou motivação e adesão da pessoa ao processo de reabilitação, satisfação com os cuidados de ER e confiança na transição. Os resultados demonstram que o EEER possui as competências adequadas para implementar programas de intervenção que capacitam a pessoa e favorecem uma transição segura para o regresso a casa. Todas estas intervenções demonstram que o EEER atua como facilitador do processo adaptativo da pessoa e do seu cuidador, assegurando a continuidade dos cuidados. A sua intervenção ultrapassa o ambiente hospitalar, abrangendo igualmente o contexto familiar e comunitário (Vigia et al., 2021).

Também no estágio em contexto comunitário foram desenvolvidas intervenções no sentido de maximizar a funcionalidade da pessoa, possíveis de serem observadas no relato de caso clínico realizado com pessoa com síndrome de desuso/fragilidade. Tanto no utente com acidente vascular cerebral (AVC) como na pessoa com doença de Parkinson, foi implementado um programa de reabilitação centrado no treino de estimulação sensorial, movimento muscular e equilíbrio, cujo objetivo principal consistiu em potenciar as capacidades, promovendo a independência funcional necessária para o regresso ao domicílio. A realização destas atividades permitiu atingir os objetivos definidos, em conformidade com o regulamento dos PQCEER, tendo como base a prestação de cuidados de ER individualizados e diferenciados, centrados no autocuidado, na capacitação e nas transições da pessoa.

3.3- Competências de Mestre

De acordo com a legislação em vigor, o grau de mestre é atribuído numa área de especialização à pessoa que demonstre possuir conhecimentos aprofundados e diferenciados, com capacidade para os compreender, integrar e divulgar através da investigação; aptidão para aplicar esses conhecimentos na resolução de problemas complexos em contextos multidisciplinares; competência para comunicar

de forma eficaz as suas conclusões e justificar os processos de decisão subjacentes; bem como habilidades que sustentem uma aprendizagem contínua, autónoma e auto-orientada ao longo da vida. (Decreto de Lei nº. 65/2018).

Os avanços tecnológicos e científicos acontecem hoje de forma muito rápida, o que exige atualização constante do conhecimento e dedicação à autoformação. Assim, conseguimos estar preparados para novos desafios e dar respostas eficazes em ambientes em permanente mudança.

A investigação constitui a base de qualquer área científica e, na enfermagem, tem como objetivo incentivar a reflexão sobre as práticas, apoiar o desenvolvimento da disciplina e promover cuidados sustentados na evidência, gerando benefícios em saúde para a pessoa e comunidade (Sequeira & Nené, 2022). A investigação, enquanto processo sistemático de produção de evidência, exige que o EEER atue como facilitador, partilhando conhecimento e divulgando os resultados dos estudos que desenvolve (Fernandes et al., 2019). O EEER tem uma responsabilidade acrescida, pois a sua atuação na prática e investigação em áreas relevantes pode contribuir para influenciar políticas de saúde (Sousa et al., 2022).

Neste sentido, foi possível, durante o percurso do mestrado, a realização e publicação de uma revisão rápida da literatura na disciplina de Investigação em Enfermagem (Anexo III) e a realização e a publicação de um *Short Communication* em Enfermagem de Reabilitação em Contexto Comunitário (Anexo IV), produzindo desta forma contributos relevantes na área da enfermagem de reabilitação, contribuindo assim para a aquisição das competências de mestre.

Ao longo deste percurso, como estudante de mestrado em enfermagem de reabilitação, aprendi e desenvolvi competências através da formação e da prática, que me ajudam a prestar cuidados de qualidade. No futuro, quero continuar a participar em projetos de investigação e partilhar resultados, para que os cuidados se baseiem sempre na melhor evidência científica.

A participação ativa nas equipas de profissionais ao longo da prática clínica foi crucial para o desenvolvimento da capacidade de expressar ideias, reflexões e conhecimentos de forma clara, fundamentada e com raciocínio crítico, sempre sustentada por evidência científica. Esta experiência prática evidenciou, simultaneamente, a importância da função que o EEER desempenha enquanto elemento integrante da equipa multidisciplinar de saúde. A Teoria do Défice do Autocuidado de Orem contribui para o desenvolvimento das competências de mestre ao exigir uma análise aprofundada das necessidades de autocuidado, a capacidade de formular diagnósticos de enfermagem complexos e de

planejar intervenções fundamentadas na evidência. Esta abordagem reforça a autonomia intelectual, o pensamento crítico e a tomada de decisão avançada, competências essenciais ao grau de mestre. Paralelamente, a Teoria das Transições de Meleis amplia a compreensão dos processos de mudança vivenciados pela pessoa, pela família e pela comunidade, exigindo do enfermeiro competências de investigação, comunicação eficaz e capacidade de intervir em contextos multidisciplinares. Ao aplicar esta teoria, o enfermeiro desenvolve a aptidão para identificar fatores que influenciam transições saudáveis, avaliar resultados e ajustar intervenções de forma contínua — competências que refletem a maturidade científica e profissional.

Todas as competências anteriormente referidas foram consolidadas ao longo do percurso do Mestrado em Reabilitação, culminando na elaboração deste relatório de estágio como expressão final desse processo formativo. A realização de dois RCC assim como a realização do presente relatório também contribui para a aquisição das competências de mestre, através da análise critico-reflexiva que é realizada das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Integrar as competências do grau de mestre com as do EEER é fundamental para promover conhecimento, garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, responder às novas exigências em cuidados, desenvolver autonomia profissional e valorizar socialmente a enfermagem. É igualmente importante destacar a formação do enfermeiro para reforçar o papel da Enfermagem de Reabilitação na equipa interdisciplinar, em contexto nacional e internacional (Fernandes et al., 2019).

Assim, integrar as teorias de Orem e Meleis não apenas permite orientar a prática clínica, mas também estruturam o desenvolvimento das competências avançadas que sustentam a produção de conhecimento, a reflexão crítica e a melhoria contínua dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação.

3- ANÁLISE DE SWOT DO PERCURSO AO LONGO DO MESTRADO

A Análise SWOT constitui uma ferramenta estratégica amplamente utilizada na gestão, com o objetivo de realizar um diagnóstico situacional sistemático. O acrónimo SWOT corresponde às iniciais dos termos em inglês: *Strengths* (Pontos Fortes), *Weaknesses* (Pontos Fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) (Verboncu & Condurache, 2016).

Pontos fortes (*Strengths*)

Durante este percurso, percebi que a minha capacidade de me ajustar a vários ambientes e equipas foi crucial para o meu desenvolvimento. Essa adaptabilidade, combinada com uma vontade contínua de adquirir conhecimentos e progredir possibilitou que eu enfrentasse os obstáculos com recetividade e segurança. Desde o começo, procurei adotar uma atitude proativa, o que não apenas facilitou a integração nos contextos clínicos, mas também promoveu a formação de vínculos de confiança com a restante equipa e com os orientadores.

A experiência de trabalhar com equipas altamente competentes e motivadoras revelou-se enriquecedora: o acolhimento pautou-se por cuidado e empatia, recebendo orientação e reconhecimento que permitiram reforçar a minha segurança e autoestima profissional. Este ambiente de partilha e apoio despertou em mim uma consciência mais clara sobre a importância das competências relacionais na prática da Enfermagem de Reabilitação. Enquanto elemento integrante da equipa e com foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, considero ter contribuído de forma positiva para o espírito de colaboração e interajuda, através da partilha de conhecimentos e da gestão adequada dos recursos disponíveis. Relativamente à equipa pedagógica que me acompanhou neste percurso, reconheço que se estabeleceu uma relação sólida, marcada pela disponibilidade constante para o esclarecimento de dúvidas e pelo acompanhamento próximo, fatores que promoveram um ambiente de aprendizagem favorável e facilitador. O apoio dos enfermeiros supervisoras e a colaboração com colegas e outros profissionais de saúde criaram um ambiente propício à inovação e ao desenvolvimento técnico. A experiência profissional prévia revelou-se uma vantagem significativa, ao facilitar a criação de relações terapêuticas e profissionais sólidas, sustentadas pela confiança e pela consistência na prática clínica.

Pontos fracos (*Weaknesses*)

Um dos principais pontos fracos identificados nesta análise SWOT prende-se com o facto de estar inserida num contexto clínico substancialmente diferente daquele a que estou habituada, o que inicialmente gerou insegurança e uma curva de adaptação mais exigente. A ausência de experiência prévia neste tipo de ambiente limitou, numa fase inicial, a minha autonomia e capacidade de antecipar necessidades, exigindo um esforço acrescido para compreender rotinas, dinâmicas e expectativas específicas da equipa. O afastamento das minhas áreas de maior domínio, traduziram-se num desafio acrescido para a motivação inicial. No entanto, este reconhecimento permitiu-me identificar oportunidades de crescimento e delinear estratégias para ultrapassar estas fragilidades, transformando-as progressivamente em áreas de desenvolvimento profissional.

Ameaças (Threats)

Ao longo deste percurso, a gestão do tempo constituiu um desafio permanente, que em determinados momentos senti como uma ameaça à conclusão bem-sucedida dos objetivos delineados. A conciliação entre o trabalho, as exigências do estágio e a vida pessoal revelou-se exigente, restringindo a possibilidade de investir em projetos complementares. Em fases de maior pressão académica, a sobrecarga pessoal e profissional tornou-se evidente, afetando o equilíbrio entre as várias áreas da minha vida e levando-me a refletir sobre a importância de desenvolver estratégias mais eficazes de organização e autocuidado.

Esta limitação condicionou de alguma forma a ampliação do conhecimento especializado e o aperfeiçoamento contínuo das competências específicas exigidas. Uma dificuldade sentida no contexto de internamento ortopédico foi o curto período de internamento das pessoas e quem prestamos cuidados. Esta facto dificultava a aplicação do plano de reabilitação estabelecido com a pessoa e as consequentes reavaliações, não havendo espaço para a perceção dos ganhos em saúde. Considero também que o curto tempo disponibilizado para a realização do estágio complementar na área respiratória foi um fator que limitou o desenvolvimento de competências nesta área.

Oportunidades (Opportunities)

Ao refletir sobre os fatores externos que facilitaram o meu processo de desenvolvimento de competências, reconheço no apoio familiar um elemento essencial. Apesar das exigências e da complexidade das suas próprias rotinas, a minha família soube compreender a intensidade do ciclo de estudos, tanto pela carga horária como pelo esforço exigido em termos de estudo e trabalhos. Esse suporte constante permitiu-me dedicar o máximo tempo possível ao percurso académico, reforçando

a consciência de que o sucesso alcançado é também fruto da partilha e da compreensão daqueles que me acompanham.

O facto do estágio profissionalizante não se ter realizado na minha área de eleição (cardiorrespiratória) constituiu, numa fase inicial, um fator de desmotivação. Contudo esta circunstância rapidamente se traduziu numa oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me ampliar competências e adquirir novas aprendizagens em diferentes contextos da prática clínica, enriquecendo assim a minha experiência formativa. O contacto com novas realidades, que me retiraram da zona de conforto, impulsionou a minha capacidade de adaptação e estimulou a busca por conhecimento, permitindo-me adquirir competências que me capacitaram para intervir em diferentes áreas. Realço também a disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros supervisores, assim como as experiências de aprendizagem proporcionadas nos contextos clínicos.

Ao refletir sobre o percurso formativo, percebo que a análise crítica foi determinante para reconhecer as minhas forças, enfrentar e transformar as fraquezas, valorizar as oportunidades e lidar com as ameaças de forma resiliente. Este processo representou uma etapa fundamental no meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, permitindo-me consolidar competências técnicas e, simultaneamente, fortalecer a capacidade de adaptação e inovação perante os desafios que caracterizam a prática clínica.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que o estágio em Enfermagem de Reabilitação foi uma etapa marcante no meu percurso, permitindo-me crescer a nível pessoal, académico e profissional. Esta experiência reforçou a consciência da importância da formação especializada para garantir cuidados diferenciados e verdadeiramente centrados na pessoa. A especialização em ER revela-se, assim, imprescindível perante os desafios crescentes da prática clínica, ao promover intervenções fundamentadas na evidência e orientadas para a funcionalidade e autonomia, valores que reconheço como centrais na prestação de cuidados.

Reconheço que a Enfermagem, enquanto profissão autónoma e disciplina com fundamentos éticos sólidos e conhecimento próprio, tem vindo a afirmar-se de forma cada vez mais robusta. Essa evolução exige a produção e o desenvolvimento de evidência científica, numa lógica de constante reflexão, investigação e crítica. Entendo que o conhecimento em Enfermagem é dinâmico e deve ser continuamente ampliado ou retificado, para que os cuidados evoluam e se aprimorem. Esta perspetiva reforça a importância de manter a pessoa, a família e a comunidade no centro das intervenções, respondendo de forma adequada às transições e desafios da prática clínica.

O desenvolvimento de competências na área da ER tem como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, com enfoque na obtenção de resultados mensuráveis e sustentados, traduzindo-se na melhoria da qualidade de vida das pessoas cuidadas.

Neste contexto, o EEER afirma-se como um profissional dotado de competências comuns e de competências específicas, orientadas para a maximização do potencial funcional, a prevenção de complicações e a reintegração social das pessoas em processo de reabilitação.

A rápida evolução técnico-científica e a crescente complexidade dos cuidados de saúde desafiaram-me a compreender a necessidade de adaptação constante dos sistemas e das práticas clínicas. Neste cenário, reconheço no EEER um papel essencial, capaz de intervir nas diferentes transições da vida e de oferecer respostas que ultrapassam a recuperação funcional, valorizando a pessoa em todas as suas dimensões. Este caminho exige de nós, profissionais, um compromisso contínuo com a humanização dos cuidados, sustentado pelo respeito profundo pelo outro como ser integral. Atribuir qualidade às intervenções não é apenas uma meta, mas um princípio que deve orientar toda a prática, refletindo a responsabilidade ética e o impacto social da ER.

A elaboração deste relatório possibilitou uma análise aprofundada das experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo, permitindo organizar de forma crítica os conhecimentos adquiridos e a evolução das minhas competências. Este exercício reflexivo evidenciou a integração progressiva de práticas sustentadas pela melhor evidência científica disponível, reforçando a importância de uma atuação clínica rigorosa, fundamentada e alinhada com os princípios orientadores da ER. Ao refletir sobre os desafios enfrentados, as estratégias adotadas e os resultados alcançados, tornou-se claro o impacto deste processo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, traduzido numa maior maturidade, autonomia e capacidade de intervenção especializada.

Ao longo deste percurso, percebi que a articulação entre conhecimento teórico, prática clínica e reflexão crítica foi fundamental para consolidar competências que respeitam a singularidade da pessoa e garantem cuidados seguros, humanizados e eficazes. Esta experiência reforçou em mim a convicção de que a ER não só eleva a qualidade do cuidar, como também dignifica a profissão e contribui para a valorização da autonomia e independência da pessoa, princípios que reconheço como centrais na minha identidade profissional em construção.

O meu percurso enquanto estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi marcado por uma evolução progressiva de competências, que pode ser compreendida à luz do modelo de desenvolvimento profissional de Patrícia Benner. No início do estágio, situava-me no nível competente, caracterizado, segundo Benner, por uma prática já organizada e planeada, baseada na experiência prévia, mas ainda sustentada numa análise deliberada e consciente das situações clínicas. No término do estágio, reconheço-me no nível proficiente, descrito por Benner como aquele em que o profissional demonstra capacidade para planear cuidados de forma eficiente, avaliar resultados com pensamento crítico e adaptar intervenções de acordo com a evolução da pessoa, revelando uma prática segura, autónoma e orientada para objetivo.

O meu caminho foi sempre orientado pela convicção de que o cuidado deve ser construído com a pessoa e a família, e não apenas para eles. Esta experiência permitiu-me compreender, de forma ainda mais clara, que a intervenção em Enfermagem de Reabilitação ultrapassa a mera execução de técnicas, assumindo-se como um processo colaborativo que valoriza a singularidade, os objetivos e o potencial de cada pessoa. Ao envolver ativamente a pessoa e a família na definição de metas e na construção de estratégias de reabilitação, tornou-se evidente que a promoção da autonomia não se limita ao treino funcional, mas integra também o fortalecimento da confiança, da autodeterminação e da capacidade de tomada de decisão informada. Este entendimento reforçou a importância de uma prática centrada

na capacitação e no empoderamento, onde o enfermeiro atua como facilitador de mudanças significativas e sustentáveis no projeto de vida de quem cuida.

Reconheço no EEER uma intervenção determinante na promoção da inclusão social e funcional das pessoas que vivem com condições de saúde incapacitantes. A sua intervenção, abrangendo os diversos domínios da vida, procura valorizar a participação ativa da pessoa no contexto familiar, no espaço domiciliar e na comunidade. Este acompanhamento facilita não apenas a reintegração e a adaptação às limitações impostas pela condição de saúde, mas também fortalece a autonomia e a dignidade da pessoa, tornando-a personagem principal do seu próprio processo de reabilitação.

A experiência vivida nos estágios, tanto em contexto hospitalar como comunitário, permitiu-me compreender de forma mais profunda os desafios que a transição para o domicílio representa. Esta mudança não afeta apenas a pessoa, mas também a família e cuidadores, que assumem novas responsabilidades e exigências. Nesse percurso, percebi a relevância de centrar os cuidados na pessoa e no seu ambiente, promovendo o empoderamento e a capacitação para que conquiste autonomia, independência e participação ativa na sociedade, em linha com o paradigma da Transformação. Reconheço que o EEER desempenha um papel essencial neste processo, ao facilitar não só a otimização funcional, mas também o bem-estar emocional e social da pessoa.

Foi extremamente importante a atitude da equipa que me recebeu, tendo sido essencial para o desenvolvimento das minhas competências. A sua capacidade de integração, incentivo e readaptação, mesmo perante constrangimentos e adversidades provocadas pela falta de recursos, permitiu a prestação de cuidados especializados, seguros e humanizados. Terminei este estágio com a consciência de um crescimento pessoal e profissional significativo, fruto da união entre o conhecimento teórico e a experiência prática vivida no exercício da Enfermagem de Reabilitação.

Relativamente ao meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, assumo o compromisso de adotar uma postura proativa, sustentada na aprendizagem contínua. Na prática clínica, procuro aplicar de forma consciente e crítica os conhecimentos e competências adquiridos, com a intenção de favorecer a recuperação funcional das pessoas cuidadas, estimulando a sua capacitação e autonomia na execução das atividades de vida diária, como parte essencial da sua reintegração e qualidade de vida.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, R., & Dias, H. (2022). Tutorial revisão sistemática de literatura – A scoping review. Santarém: José Amendoeira, UMIS_UI_IP.

Arriaga, M. T., Santos, B., Ferreira, C. S., Wilson, G. S., Raposo, B., Mata, F., Chaves da Silva, N., Freitas, G. (2022). Relatório – Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Direção-Geral da Saúde. Consultado em <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

Barbosa, L. G., & Frazão, C. S. (2020). Impacto do uso de técnicas de demonstração em ambiente de simulação realística como forma de educação pós-operatória na experiência do paciente internado.

Einstein (São Paulo), 18: 1-10. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4831

Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2020). Do hospital para a comunidade: A transição (in)segura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e35797. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>

Belim, C. (2023). A literacia em saúde: um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da revista Portuguesa de Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 1 (1), pp. 4-15. Disponível em <https://splsportugal.com/wpcontent/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto Editora.

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

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>

Carreiras, C. M. M. (2023). A Pessoa Submetida a Artroplastia Total do Joelho. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP

Changjun, C., Zhao, X., Yue, L., Liyile, C. & Pengde, K. (2023). Key Elements of Enhanced Recovery after Total Joint Arthroplasty: A Reanalysis of the Enhanced Recovery after Surgery Guidelines. *Orthopaedic Surgery*, 15 (3), pp 671-678. DOI 10.1111/os.13623

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.

Collière, M. F. (1999). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem (5.ª ed.). Lidel – Edições Técnicas Lda; SEP.

Constantina Silva Pinto, P. S. (2024). Enfermagem de reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho [Relatório profissionalizante de Mestrado, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório Científico da ESSATLA. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1529>

Couto, G., Silva, R, P., Mar, M, J., Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 234-280). Lisboa: Lidel.

Costa, A., Silva, A., Arcângelo, J., & Martins, A. (2016). Rigidez pós-artroplastia total do joelho. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 27(2), 13–18. <https://doi.org/10.25759/spmfr.200>

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.

Delgado, B., Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., & Gomes, C. (2020). Capacidade Funcional. Em A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto, & M. Loureiro, *Reabilitação Cardíaca* (pp. 67-79). Lusodidacta.

Dávila Castrodad, I. M., Recai, T. M., Abraham, M. M., Etcheson, J. I., Mohamed, N. S., Edalatpour, A., & Delanois, R. E. (2019). Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: a review of study

designs and outcome measures. *Annals of translational medicine*, 7(Suppl 7), S255. DOI: 10.21037/atm.2019.08.15

Da Silva, D. V., Silva, I. F. de C. & da Silva, T. E. A. (2023). Os cuidados de enfermagem ao paciente em recuperação pós cirurgia ortopédica. *Brazilian Journal of Development*, 9(7), 21939–21952. DOI: 10.34117/bjdv9n7-052

Deodato, S. (2016). A relação entre autonomia e a condição de ser idoso na literatura científica de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Extramuros - Revista de Extensão da UNIVASF*.

Deodato, S. (2022). Ética da investigação em saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (pp. 97–106). Lidel.

Deodato, S. (2023). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35–39). Lusodidacta. (Reimpressão da 1.ª edição)

Direção-Geral da Saúde. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares: Norma n.º 008/2019, de 09/12/2019. Direção-Geral da Saúde. <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 todos para todos. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023–2030: Plano estratégico. Direção-Geral da Saúde.

Farr II, J., Miller, L. E., & Block, J. E. (2013). Quality of life in patients with knee osteoarthritis: A commentary on nonsurgical and surgical treatments. *The Open Orthopaedics Journal*, 7, 619–623. <https://doi.org/10.2174/1874325001307010619> (doi.org in Bing)

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

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, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020). Intervenções do enfermeiro de scoping. reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: revisão Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(1), 57–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>

Ferreira, R. M. F., Cubo Delgado, S., & Carioca, V. J. de J. (2017). Motivaciones, necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de enfermería. Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica, 35(2), 77–96. <https://doi.org/10.14201/et20173527796>

Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V. D., 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>

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

Ferreira, Óscar M. R., & Baixinho, C. L. (2021). Strategies to implement the safe Hospital community transition and mitigate hospital readmissions. HSJ, 11(1), 2–3. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i1.1120>

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>

Flamínio, J. L. C. (2018). A pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação e benefícios em saúde [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://www.rcaap.pt>

Fontes, B. V., Oliveira, A. M., Moraes, É. B., Antunes, J. M., Salvetti, M. G., & Carmo, T. G. D. (2024). Quality of nursing care in pain management in orthopedic surgical patients: a scoping review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 58, e20240110. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0110en>

Foster, P. C., & Bennet, A. (2000). Dorothea E. Orem. In Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional (4.ª ed., pp. 83–102). Artmed.

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>

Heidari, B. (2011). Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 2(2), 205–212. <https://doi.org/10.22088/cjim.2.2.205> ICN (2019). ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Estatísticas da saúde – 2018. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2

Jette, D. U., Hunter, S. J., Burkett, L., Langham, B., Logerstedt, D. S., Piuuzzi, N. S., Poirier, N. M., Radach, L. J. L., Ritter, J. E., Scalzitti, D. A., Stevens-Lapsley, J. E., Tompkins, J., Zeni, J., Jr, & American Physical Therapy Association (2020). Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. *Physical therapy*, 100(9), 1603–1631. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa099>

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>

Leitão, J., Silva, R., & Marques, A. (2022). Anatomia funcional do joelho e implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 30(2), 45–52. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>

Lisi, C., Caspani, P., Bruggi, M., Carlisi, E., Scolè, D., Benazzo, F., & Dalla Toffola, E. (2017). Early rehabilitation after elective total knee arthroplasty. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 88(4S), 56–61. <https://doi.org/10.23750/abm.v88i4-S.5154>

Loeser, R. F. (2010). Age-related changes in the musculoskeletal system and the development of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26 (3), 371–386. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.03.002Pal>

Loures, F. B., Góes, R. F. A., Gusmão, C. V., Albuquerque, R. S. P. E., & Labronici, P. J. (2021). Epidemiological and Clinical Profile of Patients Submitted to Total Knee Arthroplasty. *Revista brasileira de ortopedia*, 57(2), 223–229. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1724080>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Org.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 281–328). Lidel.

Luthi, F., Pereira, L., & Jolles, B. (2015). Os 12 pontos-chave da reabilitação após artroplastia total do joelho. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 13(4), 303–309.

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). Lidel.

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

Martins, M. M., Lima, A., & Vilela, C. (2024). Projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada* (pp. 165–173). Lidel.

Martins, C., Escoval, A., Lopes, M., Mendonça, S., & Fonseca, C. (2023). Quality and Safety of Proximity Care Centered on the Person and Their Domiciliation: Systematic Literature Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(24), 7189
<https://doi.org/10.3390/ijerph20247189>

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

Mendes, A. F. (2010). Osteoartrose: O preço de vivermos mais?
http://www.plural.pt/portals/farbeira/documentos/artigooa_afmendes.pdf

Mendes, A. F. (2010). *Osteoartrose: o preço de vivermos mais?*. Disponível em: http://www.plural.pt/portals/farbeira/documentos/artigooa_afmendes.pdf [Consultado em 03/04/2021]

Mendes, A. (2024). A enfermagem enquanto profissão: Intervenções autónomas e interdependentes. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada* (pp. 80–86). Lidel.

Mendonça, S. S. (2009). Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar. Editorial Novembro.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. 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). Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). Theoretical nursing: Development and progress (5.ª ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

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). Lidel.

Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2018). *Clinically oriented anatomy* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Molinero, O., Salguero, A., & Márquez, S. (2021). Perceived health, depression and psychological well-being in older adults: Physical activity and osteoarticular disease. *Sustainability*, 13(15), 8157. <https://doi.org/10.3390/su13158157>

Moreira, J., Flamínio, J., & Grilo, E. (2020). O utente submetido a Artroplastia Total do Joelho: Impacto de um programa de Enfermagem de Reabilitação. *Jornal of Aging Innovation*, 9(1):151-173

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*, 4(23), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV19035>

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 *Enfermagem de reabilitação: Concepções e práticas* (pp. 375–392). Lidel.

Novo, A., Loureiro, M., Delgado, B., Vaz, S., Manuela Martins, M., & Dornelles Schoeller, S. (2025). Atividade e exercício físico em Enfermagem de Reabilitação: análise documental baseada em evidência e Teorias de Enfermagem. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(2), e41115. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.41115>

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

OCDE. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

OCDE (2021), "Hip and knee replacement", in *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8b492d7a-en>

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

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

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>

Pedrosa, A. R. C., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. S. L. (2022). Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75 (5), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Concepções para a prática de enfermagem* (pp. 67–75). 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, & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1.ª ed., pp. 3–14). Sabooks Lusodidacta.

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: enquadramento. In C. Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª ed. (pp.47-56). Sabooks Lusodidacta

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. 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. Lusodidacta.

Pinto, A. C. A. (2017). Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com osteoartrose submetidos a artroplastia total do joelho. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP.

Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2022). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: Scoping review protocol. Centro Hospitalar do Baixo Vouga; Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS.

Pinto, P. S. C. S., Carvalho, M. L. G., Raposo, T. P. C., & Sousa, L. M. M. (2025). Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(?), 166–191. <https://doi.org/10.37885/250419167>

Preto, L. S. R., Cruz, F. C., Mendes, M. E., & Novo, A. F. M. (2015). Qualidade de vida e saúde de pessoas submetidas a cirurgia de descompressão do nervo mediano. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 101–108 <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15019>

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)

Pires, D. P. C., Monte, F. A. D., Monteiro, L. F., Soares, F. R. D. C., & Faria, J. L. R. (2024). Updates in the Treatment of Knee Osteoarthritis. *Revista brasileira de ortopedia*, 59(3), e337–e348. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1786351>

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). 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). Lidel

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157-164.

<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Quiñones, A. C. V., Bakir, J., & Rojas, M. G. (2024). Artromotor de asistencia en la rehabilitación de la rodilla con el uso de señales mioeléctricas. *Acta Nova*, 11(3), 253-266. <https://doi.org/10.35319/acta-nova.202418>

Registered Nurses' Association of Ontario (2023). *Transitions in care and services* (2th ed.) Registered Nurses' Association of Ontario <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and Family-Centred Care*. Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-familycentred-care>

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

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).

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, 26, 4744- 4750. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

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>

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R. & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e3970016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

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). 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. Lusodidacta.

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). 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). Lidel.

Rodrigues, J. A. P., Lacerda, M. R., Galvão, C. M., & Cubas, M. R.. (2022). Use of the International Classification for Nursing Practice in the construction of a care protocol. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(4), e20210488. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0488>

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2021). *Regulamento Interno Unidade de Cuidados Continuados Integrados Rainha Dona Leonor*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Santos, J. (2023). Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 84–91. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>

Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

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

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>

Silverwood, V., Blagojevic-Bucknall, M., Jinks, C., Jordan, J. L., Protheroe, J., & Jordan, K. P. (2015). Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 23(4), 507–515. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.11.019>

Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. (4ªed.). F.A. Davis Company

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. 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). Lidel.

Sousa L. & Carvalho M. (2023). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 405-420). Sabooks Lusodidacta

Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2023). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In L. Sousa & C. Marques-Vieira (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 55–66). 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). Sabooks Lusodidacta

Sousa, L., Tomás, J., Severino, S., Valido, S., Santos, MJ, & José, H. (2024). Prevenção de quedas em idosos: um desafio na segurança do paciente. *Salud, Ciência e Tecnologia*, 4, 1000. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241000>

Standring, S. (2021). *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice* (42nd ed.). Elsevier.

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. Lusociência

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>

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>

Verboncu, I., & Condurache, A. (2016). Diagnostics vs . SWOT Analysis. *Review of International Comparative Management*, 17(2), 114–123

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. 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

Wibelinger, L. (2009). *Fisioterapia em reumatologia* (Revinter Ed.). Rio de Janeiro: Revinter

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Author.

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>

Xavier, M. A. C. M. S., Guia, A. S. C., Ascenso, C. S. M., Preto, J. I. P., & Sousa, L. M. M. (2018). Propriedades métricas do Oxford Knee Score em pessoas com osteoartrite após artroplastia do joelho: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 60–65. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4421>

a. APENDICES

**b. APENDICE I- RELATO DE CASO CLÍNICO- INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE
REABILITAÇÃO À PESSOA COM SINDROME DE DESUSO/FRAGILIDADE**



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano

2º Semestre

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Desuso/
Fragilidade: Relato de Caso Clínico**

Professor Orientador:

Professor Doutor Luís Sousa

Enfermeiro Orientador:

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Gonçalo Geraldo

Discente:

Lúcia Marques 202490257

Barcarena

Junho 2025



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano

2º Semestre

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com Síndrome de Desuso/
Fragilidade: Relato de Caso Clínico**

Professor Orientador:

Professor Doutor Luís Sousa

Enfermeiro Orientador:

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Gonçalo Geraldo

Discente:

Lúcia Marques 202490257

Barcarena

Junho 2025

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD- Atividades de Vida Diária

DGS- Direção Geral de Saúde

DP- Doença de Parkinson

ER- Enfermagem de Reabilitação

INE- Instituto Nacional de Estatística

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MIF- Medida de Independência Funcional

MRC- Medical Research Council Muscle Scale

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

RGPD- Regime Geral de Proteção de Dados

Resumo

Objetivo: A realização deste estudo tem como objetivo descrever a intervenção do EEER na implementação de um programa de reabilitação na pessoa com Síndrome de desuso/Fragilidade, numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Metodologia: Foi realizado um Relato de Caso Clínico, seguindo as diretrizes da CARE, inspirado na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Foi implementado um plano de intervenção baseado no padrão documental e na Ontologia de Enfermagem.

Resultados: Com a implementação deste programa de reabilitação verificou-se ganhos nomeadamente na força muscular, tolerância ao esforço e equilíbrio estático em pé.

Discussão: Vários autores consideram que a reabilitação em pessoas com síndrome de desuso e fragilidade é essencial para restaurar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é fundamental na recuperação da pessoa com síndrome de desuso/ fragilidade com doença de Parkinson, maximizando as suas capacidades e aumentando a sua funcionalidade e independência, prevenindo a ocorrência de quedas e as complicações associadas.

Conclusões: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através do seu conhecimento e intervenção, tem uma responsabilidade importante na transição saúde-doença, na recuperação e na capacitação do cliente e família. Foram apresentados ganhos através das avaliações efetuadas, assim como, ganhos em conhecimento e capacidades pelo ensino que foi realizado o que reforça a importância da sua intervenção.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Fragilidade do Idoso; Síndrome de desuso; Equilíbrio.

Abstract

Objective: This study aims to describe the intervention of the Rehabilitation Nursing Specialist (RNS) in the implementation of a rehabilitation program for individuals with Disuse Syndrome/Frailty in a Continuing Care Unit.

Methodology: A Clinical Case Report was carried out, following the CARE guidelines and inspired by Afaf Meleis's Transitions Theory. An intervention plan was implemented, based on the documentary standard and the Nursing Ontology.

Results: The implementation of this rehabilitation program led to improvements in muscle strength, exercise tolerance, and static standing balance.

Discussion: Several authors consider rehabilitation in individuals with disuse syndrome and frailty to be essential for restoring functionality and improving quality of life. The intervention of the Rehabilitation Nursing Specialist plays a fundamental role in the recovery of individuals with disuse syndrome/frailty and Parkinson's disease, by maximizing their abilities, enhancing their functionality and independence, and preventing falls and associated complications.

Conclusions: The Rehabilitation Nursing Specialist, through their knowledge and intervention, plays a key role in the health–illness transition, as well as in the recovery and empowerment of both the client and their family. Positive outcomes were demonstrated through the conducted assessments, along with gains in knowledge and skills resulting from the educational intervention—reinforcing the importance of the specialist's role.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Elderly Frailty; Disuse Syndrome; Balance.

INDICE

ÍNDICE	7
1- INTRODUÇÃO	10
2- MATERIAIS E MÉTODOS	14
3- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	16
3.1- Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	17
3.2- Exame neurológico	17
3.3- Avaliação da força muscular	17
3.4- Avaliação da coordenação motora	17
3.5- Avaliação do Equilíbrio	18
3.6- Avaliação da funcionalidade	18
3.7- Avaliação respiratória	19
4- AVALIAÇÃO	29
5- DISCUSSÃO	31
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
a. ANEXOS	38
b. ANEXO 1- ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG	39
c. ANEXO 2- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	41
d. APÊNDICES	i
e. APÊNDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO	ii

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.....	19
---------------	----

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1.....	16
---------------	----

1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é cada vez mais um tema em debate na nossa sociedade. O Instituto Nacional de Estatística (INE) diz-nos que o índice de envelhecimento em Portugal, em 2022, era 185,6 idosos por cada 100 jovens, sendo que os jovens e a população em idade ativa têm vindo a decrescer (INE, 2023).

As melhorias nas condições de vida, no bem-estar, na saúde, nos cuidados médicos e no apoio social têm ajudado bastante a diminuir as taxas de mortalidade. Isso tem feito com que as pessoas vivam mais tempo, aumentando a esperança média de vida. Tais efeitos manifestam-se no alargamento da parte superior da pirâmide etária, refletindo o crescimento contínuo da população em faixas etárias mais avançadas (Bandeira et al., 2014).

Segundo Prince et al. (2015) no mundo, cerca de 23% da carga global de doença está associada a condições que afetam pessoas com 60 anos ou mais. As doenças crónicas não transmissíveis — como as cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crónicas e as patologias musculoesqueléticas, como a artrose e a osteoporose — estão entre as principais responsáveis por esse peso elevado na saúde global. Além disso, destacam-se os distúrbios neurológicos e mentais, como a demência e a depressão, bem como o acidente vascular cerebral e a diabetes, que também contribuem significativamente para esse cenário (Prince et al., 2015).

O aumento da sobrevivência mesmo com a presença dessas doenças também tem como consequência a perda de funcionalidade em idades mais avançadas. (Suzman et al., 2015).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2006), o envelhecimento humano é um processo contínuo e progressivo de transformação das estruturas biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Esse processo tem início ainda antes do nascimento e estende-se ao longo de toda a vida. Não deve este representar um problema, devendo ser encarado como uma etapa natural do ciclo vital — uma oportunidade para viver de forma saudável, autónoma e plena pelo maior tempo possível. Para que esse objetivo seja alcançado, é fundamental adotar uma abordagem integrada que envolva a mudança de comportamentos e atitudes da população, a formação adequada dos profissionais de saúde e das áreas sociais, a adaptação dos serviços de saúde e apoio social às novas dinâmicas familiares e demográficas, bem como a criação de ambientes mais adequados às fragilidades que geralmente acompanham o envelhecimento. (DGS, 2006). A pessoa idosa passa por alterações que contribuem para o declínio de diversas

capacidades físicas, como a redução da flexibilidade, agilidade, coordenação, mobilidade articular e, sobretudo, do equilíbrio, pelo comprometimento do sistema nervoso central (Garcia, 2015). As manifestações da falta de equilíbrio têm um grande impacto na qualidade de vida dos idosos, podendo levar à diminuição da autonomia social diminuindo a capacidade de realização das atividades de vida diárias (AVD) e aumentando o risco de queda e fraturas. (Alferi, 2008).

A transição para o envelhecimento é acompanhada por mudanças físicas e psicológicas, resultantes não apenas da passagem de uma vida laboral ativa para a reforma, mas também do processo gradual de adaptação às fragilidades que tendem a surgir com o avançar da idade (Cruz et al., 2017). Atendendo às necessidades dos idosos, é imergente que os profissionais de saúde estejam conscientes da continua necessidade de avaliação dos riscos inerentes, assim como da promoção à adesão das estratégias preventivas e ao tratamento precoce das complicações são essenciais para a prestação de cuidados mais humanizados nesta população (Faria, Martins, Ribeiro & Gomes, 2021).

A fragilidade é caracterizada pela redução das reservas fisiológicas e pelo aumento do declínio funcional. Entre as alterações físicas associadas a esta síndrome, destacam-se a perda de massa e força muscular, bem como as mudanças na marcha e no equilíbrio (Certo, 2016). Todos esses fatores contribuem para um risco aumentado de eventos adversos, como quedas, incontinência urinária, hospitalizações e até mesmo morte (Macedo, Gazzola & Najas, 2008).

De acordo com o estudo de Macedo, Gazzola e Najas (2008), a prática de exercícios físicos focados nos membros inferiores é um dos métodos mais eficazes para manter a mobilidade e prevenir o declínio funcional em idosos.

As quedas resultam da perda de equilíbrio ou da incapacidade de o recuperar. Embora possam afetar pessoas de todas as idades, essas condições são mais prevalentes entre a população idosa, bem como consequências mais graves. São uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nesta faixa etária, contribuindo significativamente para o número de internamentos hospitalares. O seu impacto estende-se muito além das consequências físicas, afetando também o bem-estar pessoal, familiar e social. A nível mundial, entre as pessoas com mais de 65 anos, a taxa anual de quedas varia entre 28% e 35%. Esse valor aumenta para 32% a 42% entre os indivíduos com mais de 70 anos (Ministério da saúde, 2015). As quedas podem também estar na origem de situações de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que restringem a realização das AVD.

Diante do exposto, o risco de quedas deve ser considerado uma prioridade na atuação dos enfermeiros junto da população idosa em contexto comunitário. É importante destacar que o risco de queda possui uma natureza multifatorial. A literatura identifica como fatores de risco frequentes a ocorrência prévia de quedas, o uso de determinados medicamentos, bem como défices na mobilidade, na deambulação, na força muscular e no equilíbrio (Baixinho & Dixe, 2014), estando integrados na NNANDA Internacional (NANDA-I) como fatores de risco para o diagnóstico risco de queda (00155) (Sousa et al., 2016).

A estratégia de intervenção mais adequada assenta na prevenção de quedas, com especial enfoque na avaliação e monitorização contínuas do risco associado. Este investimento visa não apenas melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de fragilidade, mas também contribuir para a diminuição dos encargos sociais e económicos, tanto para a comunidade em geral como para o sistema de saúde (Ministério da saúde, 2015).

Segundo o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (2019):

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (p. 13565).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) implementa e monitoriza planos de enfermagem diferenciados, intervindo de forma a promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação (ER) visando assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades. Proporciona também intervenções terapêuticas no sentido de melhorar as funções residuais e manter ou recuperar a independência nas AVD. O EEER terá uma responsabilidade fundamental, no processo de

adaptação do idoso a esta condição de fragilidade referida acima, ou seja, neste processo de transição para esta nova condição.

A teoria das transições, elaborada por Afaf Meleis, mostra um modelo conceptual que auxilia os enfermeiros na compreensão dos processos de mudança vivenciados pelas pessoas ao longo da vida. Nesse contexto, os enfermeiros desempenham um papel fundamental como cuidadores, apoiando indivíduos e famílias na vivência dos seus períodos de transição, nomeadamente no desenvolvimento de novas habilidades, promovendo a recuperação física, a adaptação às novas circunstâncias e o equilíbrio emocional (Meleis et al., 2010).

Neste sentido, a realização deste relato de caso clínico visa descrever a intervenção do EEER na implementação de um programa de reabilitação na pessoa com Síndrome de Desuso/Fragilidade, numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Para esse efeito será realizado um levantamento de dados visando a identificação das alterações estruturais da pessoa em estudo, recorrendo a instrumentos de avaliação adequados. Posteriormente procede-se à definição de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem tendo em vista os resultados esperados e tendo em consideração o potencial de recuperação da pessoa, as suas expectativas relativas à reabilitação, assim como as da sua família. Será realizado um plano de cuidados específico e personalizado, no sentido de maximizar a funcionalidade da pessoa que pretende o regresso ao domicílio na maior segurança possível.

2- MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo de caso constitui uma abordagem metodológica de investigação particularmente indicada quando se pretende compreender, analisar ou descrever fenómenos e contextos complexos, marcados pela interação de múltiplos fatores. Esta metodologia centra-se na análise aprofundada de uma entidade claramente delimitada, podendo os 'casos' corresponder a indivíduos, grupos, organizações ou comunidades suscetíveis de serem objeto de estudo (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Este trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no 3º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, realizado em contexto de Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), numa Unidade de Média Duração e Reabilitação. Seguiu as diretrizes CARE (Case Report Guidelines) respeitando os princípios éticos e legais inerentes à sua elaboração, incluindo a obtenção do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, conforme os preceitos da Declaração de Helsinquia e da Convenção de Oviedo.

Foi consultado processo clínico da utente e realizada colheita de dados através de entrevista e dos seguintes instrumentos:

Índice de Barthel- O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965, citado em Ordem Enfermeiros (OE), 2016).

Medida de Independência Funcional (MIF)- Instrumento que permite diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos (OE, 2016).

Escala de Equilíbrio de Berg- Permite avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico, sendo preditor do risco de queda em adultos e idosos. (OE, 2016).

Escala de Morse- escala de rastreio do risco de queda, variando de 0 a 125 pontos, identificando-se 3 grupos de risco. (DGS, 2019).

MRC Modificada – Medical Research Council Muscle Scale. A escala de força muscular classifica os níveis de força entre 0 e 5, tendo em conta o “máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa” (OE, 2016, p.42);

Escala de Borg Modificada- Avalia em tempo real o grau de dispneia percebida pela pessoa, permitindo determinar limites seguros para realização de atividades/ treinos (OE, 2016).

Timed up And Go- permite avaliar a mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e o risco de quedas em idosos (OE, 2016).

Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens- permite avaliar possíveis sinais de deterioração cognitiva, especialmente em pessoas idosas (Apóstolo, Paiva, Silva, Santos & Schultz, 2018).

Para a realização do estudo, a Sra A foi informada e esclarecida acerca do objetivo do mesmo consentindo o seu desenvolvimento como demonstrado em anexo.

Em termos de estrutura contempla a avaliação inicial e colheita de dados, o planeamento do programa de reabilitação e intervenções delineadas tendo em conta os resultados esperados. A colheita de dados foi realizada através de entrevistas e obtenção de informação junto da Sra A, assim como o exame físico e aplicação de instrumentos/escalas pertinentes à situação e consulta de processo clínico. Após esta avaliação da pessoa e situação e recorrendo ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros 2015) e à Ontologia de Enfermagem, foram levantados diagnósticos e definidas intervenções de acordo com as necessidades e objetivos da pessoa.

3- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

A fim de cumprir com o Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD), assegurar a confidencialidade e cumprir com todas as questões éticas, deontológicas e legais, a cliente objeto deste relato de caso será designada como Sra. A.

A Sra A., utente do sexo feminino, viúva, que reside sozinha num r/c com um degrau de acesso. Com o 7º ano de escolaridade, trabalhou como administrativa num escritório e depois adquiriu uma casa de chá onde permaneceu até à reforma. Já parcialmente dependente na realização das AVD, tem presente a ajuda dos dois filhos e também apoio da empregada 2 a 3 vezes por semana. Utente já com historial de quedas no domicílio, onde se deslocava com andarrilho, já com alterações do equilíbrio e dificuldade na marcha. Realiza sessões de fisioterapia 1 vez por semana no domicílio.

Tem como Antecedente Pessoais relevantes hipertensão arterial; Diabetes melitus tipo 2; fibrilação auricular permanente sob anticoagulação oral; Doença de Parkinson, SAOS sob CIPAP, Obesidade e osteoartrose. Como terapêutica habitual tem: Rivaroxabano 20mg; Olmesartan 20mg; Bisoprolol 5mg; Dulaglutido 1.5mg; Fluoxetina 40mg; Rasagilina 1mg; Levodopa 250mg+ carbidopa 25mg; levodopa 100mg+ Benserásida 25mg; Rivastigmina 4.6mg/24H TD; Levotiroxina 0.005mg; Tramadol 325mg+Paracetamol 325mg (SOS). Alergias conhecidas ao Ácido acetilsalicílico e aos anti-inflamatórios não esteroides.

Em 26 novembro de 2024 sofreu uma queda da própria altura no domicílio, que resultou traumatismo cranioencefálico sem perda de consciência. Após realização de vários exames complementares de diagnósticos e por instabilidade hemodinâmica, com hipotensão e dessaturação periférica com hipoxemia validada por GSA fica internada no serviço de Medicina. Diagnosticada também com Infecção do trato urinário com necessidade de realização de antibioterapia. Durante o internamento foi também observada por neurologia para ajuste da terapêutica dopaminérgica, tendo tido alta para a RNCCI- Unidade de convalescença a 10/1/2025. Permaneceu nessa unidade até 26/3/2025 onde é enviada novamente ao SU por dificuldade respiratória, com Spo2 na ordem dos 70% em AA e com TT de 37.7º, onde fica internada com Infecção respiratória, tendo tido alta a 5/4/2025. Após identificadas as necessidades da utente neste momento foi decidido alteração de tipologia para Unidade de média duração e Reabilitação e nessa altura transferida para a unidade onde se encontra. As

necessidades identificadas compreendiam a melhoria global da força muscular e o condicionamento ao esforço; treino de equilíbrio e melhoria da funcionalidade com objetivo de retorno ao domicílio.

3.1- Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A implementação de um programa de intervenção em ER requer uma análise detalhada dos dados através da anamnese, exame neurológico, avaliação da força muscular, avaliação da coordenação motora, avaliação do equilíbrio e do risco de quedas e avaliação do grau de dependência, utilizando instrumentos de medida e observando exames complementares de diagnósticos.

3.2- Exame neurológico

A minha avaliação, utente orientada no tempo, espaço e pessoa. Muito interessada e participativa, apresentava hipofonia, sem mais alterações da linguagem e compreensão mantida.

Sem alteração ao nível dos pares cranianos. Hipostesia nos membros inferiores (sensibilidade tátil e pressão), até ao nível do joelho, mais acentuada à direita. Sem deterioração cognitiva avaliada através da escala de deterioração cognitiva de 6 itens.

3.3- Avaliação da força muscular

A força foi avaliada através da escala *Medical Research Council* (MRC) representada na tabela seguinte.

Segmento Corporal	Movimento	Força Muscular-Dta	Força Muscular-Esq
Ombro	Abdução	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Punho e Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Coxo-femural	Flexão	5/5	4/5
Joelho	Extensão	5/5	4/5
Tibiotársica	Dorsiflexão	5/5	4/5
	Flexão plantar	5/5	4/5

TABELA 1 – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

3.4- Avaliação da coordenação motora

Realizada prova dedo nariz que utente cumpriu sem dificuldade

3.5- Avaliação do Equilíbrio

Para a avaliação do equilíbrio, foi utilizada a Escala de Equilíbrio de Berg, composta por 14 itens que envolvem tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio. Essas tarefas avaliam tanto o equilíbrio estático quanto o dinâmico, incluindo ações como alcançar, girar, transferências, manter-se em pé e levantar-se. Cada item é avaliado em uma escala ordinal de cinco pontos, variando de 0 a 4, conforme o desempenho do utente, totalizando um escore máximo de 56 pontos. Uma pontuação 41-56 indica baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 indica risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 indica elevado risco de queda / equilíbrio diminuído (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Avaliação realizada com um score de 27, revelando um risco de queda médio/ equilíbrio, médio, como apresentado em anexo I.

De acordo com a avaliação efetuada, apresenta bom equilíbrio estático e dinâmico sentado, no entanto, não apresenta equilíbrio estático e dinâmico de pé, identificando-se desequilíbrio moderado na realização de exercícios complexos que impliquem mudança de direção rápida, alternância de carga nos membros inferiores, contorno de obstáculos, apoio unipodal e nos exercícios de coordenação de movimentos. Podemos observar pelo score resultante da avaliação um risco de queda médio/ equilíbrio médio.

No sentido de avaliar o risco de queda foi também avaliada a escala de Morse, como recomendado pela DGS, com um score de 75, representado risco de queda elevado.

3.6- Avaliação da funcionalidade

Realizada a avaliação da funcionalidade através da MIF, que é um instrumento multidimensional que avalia o desempenho da pessoa nos domínios motor e cognitivo/social.

O total máximo é de 126 pontos e indica independência total e o mínimo é de 18 pontos e designa dependência total e podem ser identificados 4 pontos de corte: 18 pontos (dependência completa); 19 – 60 pontos (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa); 61 – 103 pontos (dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa); 104 – 126 pontos (independência completa) (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Avaliação com um score de 58, revelando dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa, apresentado em anexo II.

A Escala de Barthel é um instrumento utilizado para mensurar o nível de independência funcional do indivíduo na realização de dez AVD. São avaliadas as seguintes áreas: alimentação, transferências, higiene pessoal, uso do sanitário, higiene, mobilidade, subir e descer escadas, vestir-se, controle intestinal e controle urinário. A pontuação total varia de 0 (dependência total) a 100 (independência completa), com incrementos de 5 pontos, sendo que cada atividade é pontuada de forma individualizada. A sra A., na avaliação realizada apresentava um score de 35, representando uma dependência severa nas AVD.

3.7- Avaliação respiratória

Realizada avaliação do padrão respiratório da utente procedendo-se à inspeção, palpação, auscultação e percussão do tórax:

- Inspeção: Respiração toraco-abdominal, simétrica, 14 ciclos/minuto de frequência respiratória, amplitude normal e ritmo regular. Saturação periférica de oxigénio de 95% em ar ambiente.
- Palpação: Expansibilidade e elasticidade torácica mantidas, vibrações vocais normais, sem assimetrias ou pontos dolorosos.
- Auscultação: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, sem a presença de ruídos adventícios.
- Percussão: Não se evidenciam alterações à percussão.

3.8- Programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Tendo como objetivo deste estudo descrever a intervenção do EEER na implementação de um programa de reabilitação na pessoa com Síndrome de Desuso/Fragilidade apresenta-se a seguir os principais focos de intervenção, assim como as intervenções implementadas com vista a atingir os resultados esperados.

O plano encontra-se descrito no Quadro 1



Quadro 1- Plano de Cuidados:

MOVIMENTO MUSCULAR	
Diagnóstico: Movimento muscular membro inferior diminuído	
Intervenções -Monitorizar força muscular através da escala (MRC) -Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido: <ul style="list-style-type: none"> • <u>coxofemoral</u>: flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/externa [3 séries x 10 repetições]; • <u>joelho</u>: flexão/extensão [3 séries x 10 repetições]. • <u>tibiotársica</u>: flexão plantar/flexão dorsal; inversão/eversão; <u>dedos dos pés</u>: flexão/extensão [3 séries x 10 repetições]; -Exercícios isométricos abdominais, glúteos e quadríceps, bilateralmente; -Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos (auto mobilizações) -Supervisionar o movimento articular	Resultado Esperado - Movimento muscular membro inferior aumentado - Prevenir perda de mobilidade e tônus muscular - Melhorar/ manter fortalecimento muscular
Avaliação: 21-5-25 - MRC 5/5 à exceção da articulação coxo femoral e tibiotársica esq (4/5) - Realiza 3 séries de 10 repetições de flexão/ extensão; adução e abdução da coxofemoral e joelho, apoiado no corrimão; - Realizados, no leito exercícios ativos e ativos resistidos de dorsiflexão e flexão plantar - Em pé, colocar-se em bicos de pés e alternar com os calcanhares 28-5-25 - MRC 5/5 em todas as articulações, bilateralmente; - Realiza 3 séries de 10 repetições de flexão/ extensão; adução e abdução da coxofemoral e joelho, apoiado no corrimão, com resistência externa de 0.5Kg em cada membro.	
MOVIMENTO MUSCULAR	
Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	
Intervenções	Resultado Esperado

<p>-Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; -Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado</p>
<p>Avaliação: Sabe quando executar os exercícios musculares e articulares que são propostos, aumentando gradualmente o esforço/grau de dificuldade apresentando um desempenho favorável</p>	
<p>MOVIMENTO MUSCULAR</p>	
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</p>	
<p>Intervenções -Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; -Instruir sobre técnicas de exercícios muscular e articular [automobilizações, mobilizações ativas, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de agachamento]; -Treinar técnicas de exercícios muscular e articular [automobilizações, mobilizações ativas, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de agachamento].</p>	<p>Resultado Esperado Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorado</p>
<p>Avaliação: Sabe quando executar os exercícios musculares e articulares que são propostos, aumentando gradualmente o esforço/grau de dificuldade apresentando um desempenho favorável</p>	
<p>EQUILIBRIO CORPORAL</p>	
<p>Diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido</p>	
<p>Intervenções - Avaliar equilíbrio corporal- estático e dinâmico sentado e de pé; - Monitorizar equilíbrio corporal através da escala [Escala de Equilíbrio de Berg]; - Estimular a manter o equilíbrio corporal [correção postural];</p>	<p>Resultado Esperado - Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico - Prevenir e corrigir defeitos corporais - Manter alinhamento do tronco e membros - Promover segurança para a marcha - Diminuir ocorrência de quedas</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de treino de equilíbrio [alternância de cargas nos membros inferiores; Apoio unipodal; Exercícios de coordenação de movimentos; facilitação cruzada]; - Orientar na técnica de treino de equilíbrio [alternância de cargas nos membros inferiores; Apoio unipodal; Exercícios de coordenação de movimentos; facilitação cruzada]. - Realizar marcha com obstáculos e marcha reversa - Genr ambiente físico para prevenção de quedas 	
<p>Avaliação:</p> <p>21-5-25</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da escala de Berg- 27/56 - Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentada - Apresenta alteração postural, sensibilizada para a sua correção; - Executa os exercícios propostos de forma correta demonstrando evolução favorável na realização dos mesmo - Consegue permanecer de pé, sem apoio por 1 minuto - Timed up and Go realizado em 1 minuto e 50 segundos, revelando alto risco de queda <p>9-6-25</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliação da escala de Berg- 24/56 - Realiza correção postural, mas necessita de ser sensibilizada para tal - Consegue permanecer de pé sem apoio por 2 minutos - Timed up and Go realizado em 1 minuto e 08 segundos, apesar de melhoria ainda revela alto risco de queda 	
<p>EQUILIBRIO CORPORAL</p>	
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</p>	

Intervenções -Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; -Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal.	Resultado Esperado Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal, melhorado
Avaliação: Apresenta evolução gradual na realização dos exercícios com melhoria do equilíbrio dinâmico em exercícios com maior complexidade e dificuldade.	
EQUILIBRIO CORPORAL	
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	
Intervenções -Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; -Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural; equilíbrio dinâmico ortostático]; -Treinar técnica de equilíbrio corporal [correção postural; equilíbrio dinâmico ortostático]	Resultado Esperado Capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal, melhorada
Avaliação: Apresenta evolução gradual na realização dos exercícios com melhoria do equilíbrio dinâmico em exercícios com maior complexidade e dificuldade.	
ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA	
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho)	
Intervenções -Avaliar equilíbrio através de escala (Berg); -Avaliar a capacidade para andar com auxiliar da marcha; -Instruir, treinar e incentivar andar com auxiliar da marcha (média e longa distância)	Resultado Esperado Capacidade para andar com auxiliar de marcha, melhorada
Avaliação: 21-5-25 -Avaliação da escala de Berg- 27/56 -Consegue realizar marcha com andarilho de forma segura, com necessidade de correção sobre a forma que coloca pé esquerdo no chão (arrasta o pé por momentos)	

28-5-25	
- verifica-se melhoria na marcha, nomeadamente na forma como apoia o pé esquerdo no chão.	
ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA	
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (andarilho)	
Intervenções -Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; -Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha; -Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (primeiro avança o andarilho, depois avança uma perna e de seguida a outra); - Gerir o ambiente físico para prevenção de quedas - Assegurar calçado adequado -Reunião com familiar ou rede de apoio para, em conjunto, encontrar estratégias de adaptação da pessoa no regresso ao domicílio.	Resultado Esperado Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha melhorado Prevenir ocorrência de quedas
Avaliação: - Realizada conferência familiar onde foi abordada esta temática, onde foi possível verificar conhecimento da família (filhos) para a necessidade de eliminar barreiras físicas paraevitar a ocorrência de quedas; - Utente refere que o domicílio já se encontra adaptado para realizar marcha com andarilho, não havendo barreiras arquitetónicas como móveis ou fios de eletricidade espalhados.	
INTOLERANCIA A ATIVIDADE	
Diagnóstico: Intolerância á atividade	
Intervenções	Resultado Esperado Promover tolerância á atividade

<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar intolerância à atividade (vigiar sinais de cansaço ou desconforto; escala de Borg modificada) -Planear atividade física [planear o tipo de exercicios e números de repetições efetuadas pela pessoa] -Gerir atividade física [coordenar o exercicio em conjunto com a pessoa, explicando a importância dos periodos de repouso e de sintomas/sinais de intolerância] -Negociar atividade física [alternar periodos de atividade física com periodos de descanso] -Realizar exercicios aeróbios leves e progressivos -Planear o repouso -Supervisionar resposta ao exercicio 	<p>Aumentar resistência e tolerância ao esforço</p>
<p>Avaliação: 21-5-25</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada prova de marcha de 6 minutos onde utente percorre 65 metros, com uma escala de Borg inicial de 0 e final de 2. - Utente consegue realizar os exercicios planeados com tolerância, sendo possivel progredir com aumento de resistência externa. <p>9-6-25</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada prova de marcha de 6 minutos onde utente percorre 79m, com uma Borg inicial e final de 0. 	
<p>DÉFICE SENSORIAL</p>	
<p>Diagnóstico: Défice sensorial membros inferiores (pés), bilateralmente</p>	
<p>Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sensibilidade tátil gross/fina; sensibilidade dolorosa e sentido de pressão; - Monitorizar integridade da pele; - Orientar sobre a importância da inspeção diária da pele para detetar alterações precocemente; - Informar sobre o uso de calçado adequado; - Executar estimulação sensitiva com diversas texturas; 	<p>Resultado Esperado</p> <p>Défice sensorial melhorado</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de massagem; - Incentivar a execução de exercício muscular e articular de modo a estimular a circulação sanguínea; - Utilização de dispositivo auxiliar (dispositivo com picos) 	
<p>Avaliação:</p> <p>28-5-25</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliada sensibilidade membros inferiores com diminuição da sensibilidade dolorosa e sentido de pressão no pé direito - Com a realização dos exercícios utente refere diminuição das parestesias dos membros inferiores (nomeadamente perna e pé) - À observação, pele encontra-se íntegra, mas com eritema branqueável nos calcâneos. Sensibilizada para técnicas de posicionamento dos membros e de técnica de flexão e extensão da perna sem realizar fricção na cama. <p>9-6-25</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliada sensibilidade membros inferiores com diminuição da sensibilidade dolorosa e sentido de pressão no pé direito, contudo utente refere que tem melhorado nos últimos dias. - Pele íntegra e sem eritema branqueável. Utente realiza elevação dos membros inferiores para se posicionar. 	
PÔR-SE DE PÉ	
Diagnóstico: Pôr-se de pé comprometido	
<p>Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avalia a pessoa a por-se de pé: <ul style="list-style-type: none"> o consegue levantar os membros superiores e inferiores; o passa da posição de deitado para a posição de sentado; o passa da posição de sentado para a posição de pé; o suporta o próprio peso na posição de pé -Incentivar a pessoa a pôr-se de pé 	<p>Resultado Esperado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pôr-se de pé não comprometido - Melhorar técnica de pôr-se de pé para facilitar transferências e melhorar funcionalidade na realização dos autocuidados

<p>-Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé (barra de apoio; apoio na cadeira; apoio na cama; apoio no andador)</p> <p>-Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé</p>	
<p>Avaliação:</p> <p>21-5-25 Utente consegue levantar os membros superiores e inferiores, necessitando de ajuda para passar da posição de deitada para a posição de sentada. Passa da posição de sentada para a posição de pé apoiada em terceiros ou na cadeira de rodas/ banho, conseguindo suportar o próprio peso na posição de pé.</p> <p>9-6-25</p> <p>Sem alteração da avaliação anterior</p>	
<p>AUTOCUIDADO: HIGIENE</p>	
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado higiene</p>	
<p>Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar as limitações (físicas, cognitivas ou sensoriais) que possam dificultar o autocuidado; - Avaliação do domicílio, identificando obstáculos, riscos e necessidades de adaptação; - Identificar quais as adaptações mais indicadas para facilitar a realização do autocuidado, minimizando riscos (barras de apoio, cadeira de banho; banco de duche); - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene (abre as torneiras e adequa a temperatura da água; entra e sai do chuveiro/banheira; lava todas as zonas do corpo; seca todas as zonas do corpo); - Ensinar sobre o uso correto de dispositivos de auxílio à higiene; - Estimular a realizar as atividades de higiene de forma independente fortalecendo a autoestima 	<p>Resultado Esperado</p> <p>Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: Higiene, melhorado</p> <p>Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, melhorada</p>

- Envolver a família na escolha das melhores adaptações/ dispositivos de apoio.	
<p>Avaliação:</p> <p>21-5-25</p> <p>Utente realiza transferência para cadeira de banho com ajuda de terceiros. Consegue realizar a higiene da cara, cabeça, região anterior do tórax e coxas, necessitando de ajuda de terceiros para realizar a restante higiene (sabe ligar o chuveiro e regular a temperatura da água). Consegue limpar com toalha as mesmas partes. Realiza a higiene dentária de forma independente desde que tenha os produtos disponíveis, assim como também seca o cabelo.</p> <p>9-6-25</p> <p>Sem alteração da avaliação anterior</p>	

4- AVALIAÇÃO

As sessões de reabilitação ocorreram durante duas semanas, tendo sido realizadas 7 no total. Eram sempre iniciadas ainda com utente no leito onde realizava massagem e estimulação sensorial, principalmente nos membros inferiores e pés, onde utente ia referindo a cada dia melhoria das parestesias e aumento da sensibilidade. Realizava ainda mobilizações ativas/assistidas e ativas/resistidas dos membros inferiores e superiores. Terminava com atividades terapêuticas (ponte, oscilação pélvica, rolamento e facilitação cruzada) e depois o sentar na cama e a transferência para a cadeira de banho. Foi sempre necessário ajuda de terceira pessoa para o sentar na cama (associada a omalgia constante, segundo a utente por uma tendinite no ombro direito já sob terapêutica analgésica), no entanto para a transferência para a cadeira de banho passou de ajuda de terceiros para uma supervisão.

A higiene é realizada em cadeira de banho no wc, onde o momento servia para observação e ensino de algumas estratégias para aumentar a funcionalidade da utente, no entanto mantém a necessidade de ajuda de terceiros para terminar a realização deste autocuidado uma vez que utente não consegue lavar/secar região posterior do tórax, genitais e perna/pés bilateralmente.

Utente move-se em cadeira de rodas e realiza a transferência para o sanitário apenas com supervisão, no entanto necessita de ajuda de terceiros para a higiene e colocação de fralda.

Durante o dia, realizava-se então o treino de força muscular e o treino de equilíbrio onde foi possível observar o ganho efetivo na força muscular, na tolerância ao esforço e na marcha. A nível de equilíbrio não se observaram ganhos como é possível constatar pela avaliação da escala de berg que manteve o score (realço que no dia em que foi avaliada a utente apresentava uma grande labilidade emocional, o que pode ter interferido com a concentração e com os próprios resultados).

Em resumo apresento então a avaliação inicial e final, com os respetivos instrumentos de avaliação.

Índice de Barthel- avaliação Inicial e final com score de 35, revelando dependência severa;

MIF- avaliação inicial e final de 58- dependência modificada com assistência até 50% da tarefa

Morse- avaliação inicial e final de 75, revelando risco de queda elevado

MRC- recuperação da força do membro inferior esq, terminando com avaliação de 5/5 em todas as articulações dos membros inferiores.

Escala de Berg- avaliação inicial e final com o mesmo score, 27, indicando risco de queda médio/ equilíbrio médio.

TUG- nesta avaliação revelou alguma melhoria, passando de um tempo de 1 min e 50 seg para 1 min e 8 segundos, mantendo um grau elevado de risco de queda.

5- DISCUSSÃO

O estudo em causa incidiu sobretudo na fragilidade do idoso/ síndrome de desuso, no entanto, não se pode ignorar o antecedente pessoal da utente em causa, doença de Parkinson (DP) que tem características específicas relacionadas com alterações da marcha e do equilíbrio, entre outras.

Segundo Li et al. (2025), os problemas na marcha são um dos sintomas motores mais comuns em pessoas com doença de Parkinson, podendo levar à perda de mobilidade e aumentar o risco de complicações. Essas dificuldades geralmente incluem postura irregular, perda de força nos músculos das pernas e do tronco, equilíbrio reduzido, entre outros. Tudo isso aumenta o risco de quedas e afeta significativamente a realização de atividades do dia a dia.

Os programas de treino que incluem exercícios de marcha, fortalecimento muscular, desafios de dupla tarefa, equilíbrio e resistência tendem a ter efeitos positivos na mobilidade de pessoas com DP. Esses tipos de intervenção geralmente melhoram a velocidade da caminhada, a cadência dos passos, o comprimento da passada, a estabilidade e a capacidade de locomoção, ajudando na autonomia e qualidade de vida (Brito, Santos & Magalhães, 2022). Gil, Sousa e Martins (2020) consideram que a reabilitação em pessoas com síndrome de desuso e fragilidade é essencial para restaurar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida.

A identificação rápida da fragilidade permite estratégias preventivas que reduzem o risco de quedas e hospitalizações, onde os exercícios terapêuticos, como fortalecimento muscular e treino de equilíbrio, demonstram benefícios na recuperação da autonomia (Gil, Sousa e Martins 2020). Programas adaptados às necessidades individuais garantem melhores resultados na reabilitação. (Ferreira et al., 2014) sendo fundamental o acompanhamento profissional e familiar para manter os ganhos obtidos e evitar a reincidência da síndrome de desuso (Gil, Sousa e Martins 2020).

Seguindo o ideal norteador de Meleis o EEER assume-se essencial na capacitação do utente a uma nova condição, sendo um elemento facilitador durante o processo de transição/adaptação da pessoa e família aos novos papéis, devendo maximizar o potencial da pessoa para que consiga vivenciar esta transição de forma saudável (Rebelo & Marques, 2019).

O EEER deve delinear com a pessoa e com a família estratégias adaptativas aos novos papéis, para promover a capacitação dos mesmos para o autocuidado e aumento da funcionalidade e adaptabilidade (Rebello & Marques, 2019).

Através da intervenção nos focos de conhecimento e aprendizagem de capacidades, o EEER assume um papel fundamental na promoção do empoderamento e tomada de decisão objetivando que a pessoa e família desenvolvam capacidades adaptativas a novas situações que possam surgir neste processo de transição (Sousa, Martins & Novo, 2020)

Embora o Relato de Caso Clínico (RCC) constitua um método estruturado de investigação, trata-se de um estudo observacional e descritivo que permite a produção de conhecimento de forma célere, (Bagio et al. 2022; Andrade et al. 2017) os dados recolhidos não podem ser replicados pois o plano de intervenção em enfermagem foi personalizado atendendo as necessidades da pessoa, família e contexto específicos.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo de caso foi possível mobilizar conhecimentos sobre a responsabilidade do EEER na capacitação da pessoa com síndrome de desuso/fragilidade.

Este processo de reabilitação deve ocorrer em equipa multidisciplinar, da qual faz parte o EEER, com o objetivo de ser contemplado a reabilitação física/motora, cognitiva, emocional, social e familiar.

Como limitações a este estudo posso referir as oscilações de humor da pessoa que condicionavam o seu desempenho nas sessões assim como o facto de ter realizado as últimas avaliações no final do dia onde era visível o cansaço da utente.

Assim, com base nas competências EEER, cujo foco é maximizar as capacidades, pode afirmar-se a sua importância na recuperação da pessoa com síndrome de desuso/ fragilidade com doença de Parkinson, no sentido de potenciar as suas capacidades aumentando assim a sua funcionalidade e independência.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfieri, F. M., & Moraes, M. C. L. (2008). Envelhecimento e o controle postural. *Saúde Coletiva*, 4(19), 30–33.
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A. & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/010407072017005360016>
- Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. dos S., Silva, R. C. G. da, Santos, E. J. F. dos, & Schultz, T. J. (2018). *Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT)*. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1184–1189. DOI: 10.1080/13607863.2017.1348473
- Bagio, T., Garbin, A., Cano, R., Lima, C. & Marques Filho, J. (2022). Resgatando a importância dos relatos de caso na Medicina. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 20(1), pp. 49-54.
- Baixinho, C. R. S. L., & Dixe, M. A. C. R. (2014). Monitoramento de episódios de quedas em instituição para idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 28-34 <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20650>
- Brito, K. S., Santos, T. R., & Magalhães, A. T. (2022). *Os efeitos da reabilitação baseada em exercícios sobre a marcha de pacientes com doença de Parkinson: Uma revisão sistemática*. *Fisioter. Bras*, 23(1), 152-172. <https://doi.org/10.33233/fb.v23i1.5003>
- Certo, A., Sanchez, K., Galvão, A. M., & Fernandes, H. (2016). *A síndrome da fragilidade nos idosos: Revisão da literatura*. In *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social* (Vol. 2, No. 1, pp. 1–11). Biblioteca Digital IBP. Recuperado em 16 de abril de 2020, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12983>
- Cruz, C., Navarro-Pardo, E., Pocinho, R., Anjos, V. N., & Jacob, L. (2017). *A auto-eficácia na adaptação aos desafios do envelhecimento*. *Revista Lusófona de Educação*, 38(38). <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle38.12>

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. DGS. Disponível em [DGS](#).

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (Norma nº 008/2019)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt>

Faria, A., Martins, M. M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2021). Programa de envelhecimento ativo e saudável em contexto comunitário. In M. J. Lopes & F. Pereira (Eds.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 483–493). Lidel – Edições Técnicas.

Ferreira, M. S., Sonoda, L. T., Barbosa, S. A., Franco, F. G. M., & Carvalho, J. A. M. (2014). *Reabilitação física na síndrome de fragilidade do idoso*. *Acta Fisiátrica*, 21(1), 26-38. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20140006>

Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UI_IPSantarém*, 6(2), 102–107. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>

Garcia, S. A. P. (2015). *Implementação de um programa de exercício proprioceptivo em idosos* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/12046>

Gil, A. C. C., Sousa, F. M. M., & Martins, M. M. (2020). *Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso – Estudo de Caso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>

Instituto Nacional de Estatística (2023). *Estatísticas demográficas: 2022*. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/280978178>

Leston Bandeira, M., Azevedo, A., Sousa Gomes, C., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Guardado Moreira, M. J., & Batista, I. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa, 1950-2011: Evolução e perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-8662-50-7. Disponível em [Fundação Francisco Manuel dos Santos](#).

Li, Y., Huang, J., Wang, J., & Cheng, Y. (2025). *Effects of different exercises on improving gait performance in patients with Parkinson's disease: A systematic review and network meta-analysis*. *Frontiers in Aging Neuroscience*. [10.3389/fnagi.2025.1496112](https://doi.org/10.3389/fnagi.2025.1496112)

Macedo, C., Gazzola, M., & Najas, M. (2008). Síndrome da fragilidade no idoso: Importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 33(3), 177–184.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República* n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10, pp. 2 – 10.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão documental dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 350/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. *Diário da República*, 2ª série, n.º 119, 22 de junho de 2015.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7).

Rebello, L., & Marques, A. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, (fev.), 1–10.

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).

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Caldevilla, M. N. G. N., Henriques, C. M. A. D., Severino, S. S. P., & Caldeira, S. (2016). Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), e55030 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030->

Sousa, L. M. M., 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), 64–69 DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world—What do we know? *The Lancet*, 385(9967), 484–486.) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61597-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X)

a. ANEXOS

b. ANEXO 1- ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG

Escala de Equilíbrio de Berg	Pontuação (0-4)
1. Da posição de sentado para a posição de pé	2
2. Ficar em pé sem apoio	3
3. Sentado sem apoio	3
4. Da posição de pé para a posição de sentado	3
5. Transferências	3
6. Ficar em pé com os olhos fechados	3
7. Ficar em pé com os pés juntos	3
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	1
9. Apanhar um objeto do chão	1
10. Virar-se para olhar para trás	4
11. Dar uma volta de 360 graus	1
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	0
14. Ficar em pé sobre uma perna	0
TOTAL	27

TABELA 2 - ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG

c. ANEXO 2- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (MIF)				
Nome: A. N.				
NIVEIS				
SEM AJUDA	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)	COM AJUDA	Dependência modificada	
	6 – Independência modificada (ajuda técnica)		5 – Supervisão	
			4 – Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	
			3 – Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	
			Dependência completa	
			2 – Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	
			1 – Ajuda total (indivíduo 0%)	
AUTO-CUIDADOS				
AVD BÁSICAS	A – Alimentar-se		3	
	B – Arranjar-se		2	
	C – Banho (lavar corpo)		2	
	D – Vestir metade superior		2	
	E – Vestir metade inferior		1	
	F – Utilização da sanita		2	
	CONTROLO DOS ESFINCTERES			
	G – Vesical		1	
	H – Intestinal		2	
	MOBILIDADE			
	TRANSFERÊNCIAS:			
	I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas		3	
J – Sanitário		3		
K – Banheira, Duche		2		
LOCOMOÇÃO				
L – Marcha/ Cadeira de Rodas	M	2		
M – Escadas	E	1		
1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)		26		
COMUNICAÇÃO				
N – Compreensão (auditiva/ verbal)	A V	7		
O – Expressão (vocal/ não-vocal)	V NV	7		
COGNICÃO SOCIAL				
P – Interação Social		6		
Q – Resolução de Problemas		6		
R – Memória		6		
2 – SCORE SUB -TOTAL (N-R)		32		
TOTAL (1+2)			58	

TABELA 3 - ESCALA DE MEDIDA DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

d. APENDICES

e. APENDICE I- 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 assine o consentimento.

Título do estudo: Capacitar para o autocuidado com a pessoa com Síndrome de Desuso: Relato de Caso

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Rainha Dona Leonor, 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 Gonçalo Geraldo.

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e 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 a implementação de um programa de reabilitação, adequado às necessidades manifestadas, contribuindo para a 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.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

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 de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Lúcia Maria da Silva Mendes Marques

Contactos: 969425187

Assinatura/s:

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura: Data: / /

¹ <https://www.ubiba.mln-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**c. APENDICE II- RCC “CAPACITAR COM A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA
TOTAL DO JOELHO- INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO**



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2º Ano

1º Semestre

**Capacitar com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho- Intervenção do
Enfermeiro de Reabilitação**

Professor Orientador:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Enfermeiro Orientador:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Emilia Ramos

Discente:

Lúcia Marques 202490257

Barcarena

Novembro 2025



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2º Ano

1º Semestre

**Capacitar com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho- Intervenção do
Enfermeiro de Reabilitação**

Professor Orientador:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Enfermeiro Orientador:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Emília Ramos

Discente:

Lúcia Marques 202490257

Barcarena

Novembro 2025

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD- Atividades de Vida Diária

ATJ- Artroplastia Total do Joelho

ER- Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE- Instituto Nacional de Estatística

MIF- Medida de Independência Funcional

MRC- Medical Research Council Muscle Scale

AO- Osteoartrose

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RFM- Reeducação Funcional Motora

Resumo

Introdução: A Artroplastia Total do Joelho é uma cirurgia ortopédica com grande impacto na funcionalidade da pessoa limitando a sua capacidade para o autocuidado. Para um processo de transição segura para o domicílio é essencial a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ensino, treino e capacitação da pessoa.

Objetivo: Descrever a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na implementação de um plano de reabilitação com vista à capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a Artroplastia total do Joelho, assim como avaliar os ganhos da sua implementação.

Metodologia: Estudo descritivo, tipo relato de caso, relativo a uma pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho. Após identificação das necessidades e dos objetivos da pessoa, foram definidos diagnósticos de enfermagem e implementado um plano de cuidados de reabilitação personalizado, com base na Ontologia em Enfermagem com a devida avaliação dos resultados.

Resultados: Verificou-se melhoria na capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho. Com a implementação deste programa de reabilitação verificou-se ganhos nomeadamente na força muscular, desempenho nas atividades de vida diária, equilíbrio e diminuição da dor.

Conclusões: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através do seu conhecimento e intervenção, tem uma responsabilidade importante na transição saúde-doença, na recuperação e na capacitação da pessoa e família para a aquisição de conhecimento e na definição de estratégias a adotar perante a nova condição de saúde.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Artroplastia Total do Joelho.

Abstract

Objective: Total Knee Arthroplasty is an orthopedic surgery with a significant impact on the individual's functionality, limiting their ability for self-care. For a safe transition to home, the intervention of the Rehabilitation Nurse is essential in providing education, training, and empowerment of the individual.

Objectives: Describe the intervention of the Rehabilitation Nurse in implementing a rehabilitation plan aimed at empowering the individual undergoing Total Knee Arthroplasty for self-care, as well as evaluating the outcomes of its implementation.

Methodology: Descriptive study, in the form of a case report, concerning an individual who underwent Total Knee Arthroplasty. Following the identification of the person's needs and goals, nursing diagnoses were established and a personalized rehabilitation care plan was implemented, based on Nursing Ontology, with appropriate evaluation of the outcomes.

Results: An improvement was observed in the individual's empowerment for self-care following Total Knee Arthroplasty. The implementation of this rehabilitation program led to gains in muscle strength, performance in activities of daily living, balance, and pain reduction.

Conclusions: The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, through their knowledge and interventions, plays a key role in the health–illness transition, in the recovery process, and in empowering the individual and their family to acquire knowledge and define strategies to cope with the new health condition

Keywords: Rehabilitation Nursing; Training; Total Knee Arthroplasty

INDICE

INDICE	7
1- INTRODUÇÃO	10
2- MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
3- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	18
3.1 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação.....	18
3.2 - Programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação	20
4- RESULTADOS.....	25
5- DISCUSSÃO	27
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
a. ANEXOS	36
b. ANEXO 1- Índice de Tinetti.....	37
c. ANEXO 2- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	39
d- ANEXO 3- ÍNDICE DE BARTHEL.....	41
e- ANEXO 4- Escala de Morse	ii
a. APENDICES.....	iv
b. APENDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO.....	v
c. APENDICE II- Guião de Entrevista.....	viii
a. APENDICE III- Guião para contacto telefónico após alta.....	xiii

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação baseada na ontologia, com a pessoa submetida a ATJ.....	21
Quadro 2: Resultados obtidos na admissão e após intervenção do EEER.....	25

1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico tem-se afirmado como uma questão central no debate público atual. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2022, o índice de envelhecimento em Portugal atingiu os 185,6 idosos por cada 100 jovens. Este indicador reflete uma tendência preocupante: o número de jovens e de indivíduos em idade ativa tem vindo a diminuir progressivamente (INE, 2023). O envelhecimento da população está frequentemente associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, nomeadamente as patologias músculo-esqueléticas, que representam uma das principais causas de limitação funcional e perda de autonomia (INE, 2020).

A pessoa idosa, muitas vezes afetada por doenças crónicas, precisa de adaptar o seu estilo de vida e de apoio para lidar com essas condições. A osteoartrose (OA) é uma dessas doenças — trata-se de um problema degenerativo que afeta a cartilagem das articulações e é bastante comum nesta fase da vida. Os principais sintomas incluem dor, rigidez e dificuldade de movimento, o que pode limitar bastante a independência e afetar a qualidade de vida. (Liga portuguesa contra as Doenças Reumáticas, 2014).

O envelhecimento está frequentemente associado à redução progressiva da massa e da força muscular. Esse declínio compromete a biomecânica articular, aumentando a sobrecarga nas estruturas osteoarticulares e favorecendo o desenvolvimento de patologias e outras afeições musculoesqueléticas. Tais condições representam uma das principais causas de limitação funcional e incapacidade a nível global, com impacto significativo na qualidade de vida e na autonomia dos indivíduos (FLAMÍNIO, 2018; LOURENÇO et al, 2021; MOLINERO et al., 2021).

A OA é uma condição que afeta as articulações, provocando o desgaste da cartilagem, alterações nos ossos, formação de osteófitos (pequenos crescimentos ósseos) e inflamação da membrana sinovial. Esses processos levam a sintomas como dor, rigidez, inchaço e perda de mobilidade articular. É uma das principais causas de limitação funcional em adultos e idosos (Pires et al, 2024). A OA, por sua vez, provoca limitações funcionais que interferem diretamente na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), diminuindo a autonomia da pessoa e impactando significativamente sua qualidade de vida e bem-estar (Pinto, 2017; Lourenço et al., 2021).

Quando há comprometimento musculoesquelético do membro inferior, associado à OA, as articulações mais frequentemente afetadas são a anca e o joelho. (Lourenço et al., 2021).

O joelho é considerado a articulação mais complexa do corpo humano, desempenhando um papel fundamental na sustentação do peso corporal. Por esse motivo, é essencial para a funcionalidade global da pessoa, especialmente na manutenção da posição ortostática, na locomoção e na mobilidade necessária para a realização das atividades de vida diária (AVD) (Leitão et al. 2022).

A prevalência global da gonartrose é significativa, estimando-se que cerca de 528 milhões de indivíduos sejam afetados por esta condição (Preto et al., 2019; Leitão et al., 2021; OCDE, 2023). Segundo a World Health Organization (2023) cerca de 344 milhões de pessoas apresenta níveis moderados a graves da doença.

Segundo Preto et al (2019), a gonartrose manifesta-se por dor articular persistente, rigidez, edema, deformidade progressiva em varo ou valgo, redução da amplitude de movimento, fraqueza muscular e padrão de marcha lento e claudicante. Estes sintomas resultam em limitações funcionais significativas, nomeadamente na marcha, na realização de transferências posturais como sentar e levantar, e na execução de tarefas como subir e descer escadas. Tais restrições comprometem as atividades de vida diária e de lazer, influenciando negativamente o estado psicológico, a qualidade do sono, a dinâmica familiar e a interação social, com impacto direto na qualidade de vida (Preto et al, 2019).

A OA é diagnosticada de forma clínica e radiológica, sendo a radiografia o principal exame (Dias, 2018), no entanto, em casos específicos podem ser necessários exames complementares como tomografia computadorizada ou ressonância magnética (Carreiras, 2023).

Segundo Flamingo (2018), o tratamento da OA do joelho deve iniciar-se por abordagens conservadoras, combinando intervenções farmacológicas e físicas com o objetivo de controlar a dor, melhorar a mobilidade e promover a estabilidade articular. Quando estas estratégias se tomam ineficazes deve então recorrer-se à intervenção cirúrgica, que pode incluir artroscopia, osteotomia ou artroplastia parcial ou total do joelho (Preto et al., 2019).

A Artroplastia Total do Joelho (ATJ) representa uma intervenção terapêutica eficaz, promovendo melhorias significativas no prognóstico funcional de pessoas com gonartrose, com impacto positivo na funcionalidade e na qualidade de vida (Pinheiro et al., 2021).

A ATJ consiste na substituição dos componentes articulares por uma prótese, cuja classificação pode ser estabelecida segundo diversos critérios. Quanto à indicação cirúrgica, distingue-se entre artroplastias primárias, secundárias e de revisão. Relativamente à configuração protésica, estas podem ser unicompartimentais, bicompartimentais, tricompartimentais ou condilares tibiais, conforme o número e localização dos componentes implantados (Constantina-Pinto, 2024; Cruz et al., 2021; Preto et al., 2019). Adicionalmente, considera-se o grau de restrição articular — restritiva, não restritiva ou livre — e o método de fixação utilizado, que pode ser cimentado, não cimentado ou híbrido (Cruz et al., 2021).

A recuperação da amplitude articular do joelho é o indicador mais importante de sucesso da ATJ. Em média, é necessária uma flexão do joelho de 65° para a fase de balanço da marcha, de 75-83° para subir escadas, de 85-100° para descer escadas, cerca de 93° para sentar numa cadeira, de 105° para transferências da posição sentado para a posição em pé, entre 71°-117° para pegar um objeto do chão e 115° para determinadas atividades, como apertar os atacadores estando sentado (Costa et al., 2015).

Apesar dos progressos nas técnicas cirúrgicas e na melhoria dos materiais protésicos, a rigidez articular continua a constituir uma complicação prevalente após a ATJ. Esta limitação funcional compromete significativamente a execução das atividades de vida diária (AVD), estando frequentemente associada a quadros algícos persistentes (Guimarães, 2018).

Luthi, Pereira e Jolles (2015) afirmam que a força muscular constitui um determinante fundamental para o prognóstico funcional e a recuperação da capacidade de desempenho após ATJ. Na ausência de um plano estruturado de fortalecimento muscular, os défices de força podem atingir entre 50% e 60% no pós-operatório, comprometendo significativamente a funcionalidade global da pessoa. A complexidade inerente ao procedimento cirúrgico, aliada ao período de imobilidade pós-operatória, contribui significativamente para o comprometimento da força muscular. Este défice é particularmente agravado pela presença de dor, pela redução da ativação muscular voluntária e pelo processo de atrofia muscular decorrente da inatividade (Borges, 2015).

Segundo o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) (2019):

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (p. 13565).

A pessoa submetida a ATJ, ao longo de todo o processo, vivencia uma fase de transição saúde-doença marcada por alterações significativas na sua qualidade de vida, particularmente no domínio da mobilidade funcional. (Constantina Silva Pinto, 2024). Nesse contexto, os enfermeiros, especialmente os EEER, assumem um papel central como facilitadores do processo de transição vivenciado pela pessoa e sua família, promovendo o desenvolvimento de competências funcionais, a recuperação física, a adaptação às novas condições de vida e o equilíbrio emocional (Meleis et al., 2010).

O EEER implementa um programa de reabilitação individualizado e centrado na pessoa, de acordo com as respostas humanas identificadas, visando a continuidade de cuidados e mostrando-se um facilitador no processo de uma transição segura para o domicílio no momento da alta (Nicolau, 2021; Baixinho, 2020). Nesta perspetiva, a capacitação com a pessoa submetida a ATJ deve ocorrer ao longo do período pré-operatório, prolongando-se ao momento da alta clínica (Constantina Silva Pinto, 2024).

O período pré-operatório assume extrema importância nomeadamente na gestão de expectativas da pessoa relativamente ao tempo de recuperação. É também neste período o momento ideal para a pessoa assimilar informação relativa ao processo de reabilitação. Assim, devem ser

realizados exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e de Reeducação Funcional Motora (RFM), ensinadas estratégias de alívio da dor e redução do edema, instruir e treinar transferências e treino de marcha com auxiliar de marcha objetivando a redução da ansiedade, uma diminuição no tempo de internamento e melhoria do desempenho nas AVD (Sousa et al, 2023). O plano de reabilitação deve iniciar-se no primeiro dia do pós-cirúrgico, evoluindo de exercícios no leito para exercícios de pé e treino de AVD (Leitão, et al 2022), com o objetivo de prevenir complicações articulares, potenciar o alívio da dor e a redução do edema; a recuperação da amplitude articular e da extensão completa do joelho, potenciando a independência nos vários domínios do autocuidado (Lourenço et al, 2021).

Capacitar, no contexto da educação para a saúde, é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados nos valores da pessoa, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa. A capacitação corresponde ao desenvolvimento de competências que permitem à pessoa realizar autonomamente atividades básicas de vida diária — como alimentar-se, vestir-se e mobilizar-se — bem como atividades instrumentais, tais como gerir recursos financeiros e assumir o controlo da própria saúde. Estas competências são fundamentais para a promoção da autonomia e para a integração plena na comunidade. (Reis & Bule, 2016).

A intervenção EEER tem como finalidade promover a capacitação da pessoa para vivenciar o processo de transição saúde-doença em que se encontra. Esta atuação centra-se em dois eixos fundamentais: o desenvolvimento do conhecimento e a aprendizagem de capacidades funcionais. Ao intervir no domínio do conhecimento, o EEER contribui para o empoderamento da pessoa, favorecendo a tomada de decisões informadas e, conseqüentemente, a maximização da sua autonomia. Por outro lado, ao potenciar a aprendizagem de capacidades, promove-se a

independência no desempenho das AVD, facilitando a reintegração funcional e social (Sousa et al., 2020).

A personalização dos cuidados, respeitando a singularidade e especificidade de cada pessoa, bem como a garantia da continuidade assistencial durante a transição do hospital para a comunidade, permanecem como desafios estruturais e organizacionais na prestação de cuidados de enfermagem (Cruz et al. 2021). Compete ao EEER a implementação de planos de cuidados individualizados que promovam a capacitação da pessoa, facilitando a aquisição e o desenvolvimento de competências orientadas para a satisfação das necessidades afetadas. Esta abordagem visa potenciar o autocuidado, a independência funcional e a autonomia (Baixinho e Ferreira, 2020).

Neste sentido, a realização deste relato de caso clínico tem como objetivo geral descrever a intervenção do EEER na capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a ATJ. Como objetivos específicos pretende-se identificar os principais diagnósticos, definir um plano de intervenção individual de reabilitação e avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

2- MATERIAIS E MÉTODOS

No sentido de atingir os objetivos acima mencionados foi desenvolvido um trabalho descritivo, tipo relato de caso clínico, de carácter narrativo dos cuidados de enfermagem baseados na evidência. Teve como referência as diretrizes CARE garantindo um maior rigor, precisão e clareza (Riley et al., 2017).

O caso é referente a uma pessoa do sexo feminino, 70 anos de idade, proposta a Artroplastia Total do Joelho programada, internada no serviço de ortopedia num hospital pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, na Parede. A colheita de dados foi realizada através de entrevista estruturada (Apêndice II) e consulta de processo clínico. Foi realizada uma avaliação inicial pré-operatória, duas avaliações intermédias e uma final já no período pós alta clínica. A avaliação da pessoa foi realizada recorrendo a diversos instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa:

Índice de Barthel- O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965, citado em Ordem Enfermeiros (OE), 2016).

Medida de Independência Funcional (MIF)- Instrumento que permite diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos (OE, 2016).

Índice de Tinetti- Classifica aspectos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados (Silva *et al.*, 2007).

Escala de Morse- escala de rastreio do risco de queda, variando de 0 a 125 pontos, identificando-se 3 grupos de risco. (DGS, 2019).

Medical Research Council Muscle Scale (MRC)- A escala de força muscular classifica os níveis de força entre 0 e 5, tendo em conta o “máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa” (OE, 2016, p.42);

Escala de Borg Modificada- Avalia em tempo real o grau de dispneia percecionada pela pessoa, permitindo determinar limites seguros para realização de atividades/ treinos (OE, 2016).

Timed up And Go- permite avaliar a mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e o risco de quedas em idosos (OE, 2016).

Escala visual analógica- permite avaliar a intensidade da dor de forma subjetiva e quantitativa (DGS, 2008).

Teste de Marcha de 6 minutos: permite avaliar o esforço submáximo indicando a capacidade de realização de AVD; permite uma avaliação objetiva de sintomas (dispneia e fadiga) e da capacidade funcional para o exercício (OE, 2016).

Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens- permite avaliar possíveis sinais de deterioração cognitiva, especialmente em pessoas idosas (Apóstolo, Paiva, Silva, Santos & Schultz, 2018).

A goniometria foi utilizada para medir a amplitude articular.

Para a realização do estudo, a Sra A foi informada e esclarecida acerca do objetivo do mesmo consentindo o seu desenvolvimento como demonstrado em anexo II.

Em termos de estrutura, este relato de caso contempla a avaliação inicial e colheita de dados, o planeamento do programa de reabilitação e intervenções delineadas tendo em conta os resultados esperados. Os diagnósticos foram realizados segundo a ontologia de enfermagem. O plano de Enfermagem de Reabilitação foi implementado desde a admissão até à data de alta hospitalar. Na admissão, que ocorreu um dia antes da cirurgia foi realizada a avaliação inicial, assim como foram realizados ensinamentos sobre RFR e RFM. Foram definidas intervenções com a pessoa procurando ir ao encontro das suas necessidades e objetivos. Após a alta foi realizado um telefonema às 48h para monitorizar a transição para domicílio. Foi também realizada uma avaliação uma semana após regresso ao domicílio para perceber os ganhos obtidos com a realização dos exercícios musculo-articulares ensinados, instruídos e treinados para o regresso a casa.

Este trabalho foi realizado no âmbito do Estágio Profissionalizante, devidamente autorizado pela comissão de ética da instituição de ensino superior correspondente. Foram respeitadas as diretrizes éticas da investigação em enfermagem no que diz respeito à pertinência do estudo, respeito pela confidencialidade, dignidade, autonomia e liberdade do participante (Deodato, 2022).



3- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.

Este relato de caso aborda a situação de uma senhora de 70 anos de idade, casada e a residir com o marido, pessoa de referência e principal apoio no domicílio, no rés do chão de uma moradia. Tem 2 filhos, sendo que a filha mora na mesma casa, no primeiro andar. Considera-se independente na realização das AVD, realizando marcha com uma canadiana e com dificuldade causada pela dor que referiu ser de intensidade 10 em alguns dias. O domicílio tem 2 WCs, um com banheira e outro com base de duche, neste último com banco de apoio e que a utente utiliza.

Na admissão, senhora orientada no tempo, espaço e pessoa, sem alterações na comunicação e compreensão. Desconhece alergias e tem como antecedentes pessoais Histerectomia Total; lipoma no ombro direito e Artroplastia total do joelho à esquerda em 2020. Como terapêutica habitual apenas faz cloridrato de tramadol e dexcetoprofeno (75/25mg) e mexazolam 1mg em SOS.

Apresentava claudicação na marcha por dor em ambos os joelhos, realizando marcha com auxílio de uma canadiana e realizando as AVD de forma independente. Sentia mais dificuldade em subir e descer escadas e tem a expectativa de após cirurgia ficar sem dor no joelho direito conseguindo alcançar uma melhor qualidade de vida.

Foi internada com o diagnóstico de Gonartrose em varo á direita e submetida a ATJ com prótese de Metal e Pelietileno cimentada sob anestesia sequencial. Durante o internamento, sem intercorrências decorrentes da cirurgia, realizou controlo analítico e imagiológico e cumpriu analgesia endovenosa prescrita, sendo que no 3º dia pós-operatório já cumpria terapêutica oral. Teve alta para domicílio ao 4º dia com seguimento em consulta de ortopedia que fica marcada na semana seguinte.

3.1 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

O plano de Enfermagem de Reabilitação (ER) foi iniciado no momento da admissão no serviço de internamento. Realizado o acolhimento à pessoa, anamnese e colheita de dados e aplicados instrumentos de avaliação que se mostram necessários para a realização de um plano individual de intervenção personalizado e centrado na pessoa e nas suas necessidades e objetivos.

Segundo Sousa et al., (2023) a utilização de instrumentos de avaliação adequados é essencial para o EEER pois permitem definir as necessidades da pessoa, a prestação de cuidados

individualizados e uma avaliação da efetividade das intervenções. Estes instrumentos devem ter três características importantes: validade, responsividade e fiabilidade que justifiquem a confiabilidade dos dados que produzem (Sousa et al., 2023).

A avaliação cognitiva foi realizada através do teste de declínio cognitivo de 6 itens, testado para a população portuguesa. Escala varia entre 0 a 28 pontos, sendo que valores mais altos revelam maior comprometimento cognitivo (Apostolo et al., 2018).

Para a avaliação dos ganhos funcionais e do desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), foram utilizados dois instrumentos validados: o Índice de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF). O Índice de Barthel permite quantificar o grau de dependência do indivíduo na realização de 10 atividades básicas, como alimentação, higiene pessoal, mobilidade e controlo esfinteriano. A pontuação total varia entre 0 e 100 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior independência funcional e menor necessidade de assistência. A Medida de Independência Funcional (MIF) é composta por 18 itens, distribuídos em dois domínios: motor (13 itens) e cognitivo (5 itens). Cada item é pontuado numa escala de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), resultando numa pontuação global entre 18 e 126 pontos. Neste instrumento, pontuações mais baixas refletem maior grau de dependência (OE, 2016).

A avaliação da dor é necessária e fundamental para a participação da pessoa no plano de reabilitação. Foi utilizada a escala visual analógica que quantifica de 0 a 10 (dor máxima) e foi avaliada no início e no final de cada sessão de reabilitação. A acompanhar a avaliação da dor foram avaliados os sinais vitais e aplicada a escala de Borg modificada que permite avaliar a perceção ao esforço realizado.

O TUGT foi utilizado para avaliar o desempenho físico: mobilidade, equilíbrio e estabilidade da marcha (OE, 2016). Foram realizadas 3 avaliações, sendo que uma foi no pré-operatório e a última 5 dias após a alta. Um tempo cronometrado igual ou inferior a 10 minutos é indicativo de desempenho funcional adequado em adultos saudáveis, associado a baixo risco de queda. Valores até 20 minutos são considerados compatíveis com o desempenho esperado em pessoas com algum grau de incapacidade ou idosos frágeis, desde que mantida a independência nas atividades básicas de vida diária (ABVD). Já tempos entre 21 e 29 minutos sugerem um risco moderado de queda, sendo recomendada a implementação de estratégias preventivas, bem como a adaptação do ambiente físico para garantir segurança e promover a independência. Um



resultado superior a 30' representa um elevado risco de queda. A par do TUGT foi também utilizado o índice de Tinetti e a escala de morse.

O Índice de Tinetti classifica aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados (Silva *et al.*, 2007). Tem uma pontuação máxima de 28 pontos, sendo que quanto maior a pontuação melhor o desempenho funcional e menor o risco de queda. A escala de morse avalia o risco de queda, considerando pontuações superiores a 45 com elevado risco de queda. Quanto maior a pontuação maior o risco. (OE, 2016).

Para o autocuidado e desempenho das AVD é fundamental a manutenção da força e da amplitude articular. Recorreu-se à goniometria para avaliar a amplitude articular, tendo sido efetuadas duas repetições por dois avaliadores diferentes (Sousa *et al.*, 2023). Para a avaliação da força muscular foi utilizada a escala MRC que quantifica a força muscular de 0 a 5 em que o valor máximo corresponde a força normal (OE, 2016).

Com o Teste de Marcha de 6 minutos percecionamos o esforço submáximo indicando a capacidade de realização de AVD, permitindo uma avaliação objetiva de sintomas (dispneia e fadiga) e da capacidade funcional para o exercício (OE, 2016).

Foi realizado contacto telefónico 48h após alta clínica no sentido de perceber as dificuldades sentidas no regresso a casa e realizada marcação para nova avaliação para 5 dias após alta clínica.

3.2 - Programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Através da anamnese e da aplicação dos instrumentos de avaliação, foi possível definir um plano de intervenção personalizado de RFR e RFM, que fosse ao encontro das necessidades identificadas e dos objetivos da pessoa cuidada no sentido de promover independência e capacitação para o autocuidado. O plano de cuidados, descrito no quadro 1, foi realizado com recurso ao browser da Ontologia em enfermagem aprovada pela ordem dos enfermeiros em 2019.

Quadro 1: Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação baseada na ontologia, com a pessoa submetida a ATJ

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios respiratórios

Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios

Objetivos:	Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> - Promover adesão: regime de exercícios respiratórios; - Melhorar a ventilação - Promover autogestão: limpeza das vias aéreas 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para executar exercícios respiratórios - Instruir e treinar exercícios respiratórios (controlo e dissociação dos tempos respiratórios; Reeducação costal global com bastão, Respiração abdomino-diafragmática; - Executar exercícios de fortalecimento muscular respiratório; - Executar técnica de mobilização de secreções da via aérea - Ensino da tosse - Analisar resultados alcançados - Elogiar desempenho

Diagnóstico: Rigidez articular

Objetivos	Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar evolução amplitude articular - Evitar agravamento da rigidez articular 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a evolução da amplitude articular com recurso a goniometria - Executar técnica de exercício musculo-articular passivo, ativo assistido do membro intervencionado dos vários segmentos (articulação coxofemoral, joelho e articulação tibiotársica).

Diagnóstico: -Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculo-articulares

-Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios musculo-articulares

Objetivos:	Intervenções:
<ul style="list-style-type: none"> - Promover adesão: regime de exercícios musculo-articulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar força através da escala MRC dos vários segmentos (articulação TT; Joelho e ACF); - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios musculo-articular - Instruir e treinar exercícios musculo-articulares: Isométricos (glúteos, quadríceps e isquiotibiais); Extensão lombo pélvica; exercícios passivos do joelho (artromotor conforme e prescrição); Exercícios

	<p>ativos- assistidos do joelho (flexão/extensão); Exercícios ativos resistidos do joelho (enfoque nos flexores e extensores) - 3 séries de 10 repetições 2 vezes dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar amplitude do movimento articular - Avaliar evolução da adesão aos exercícios muscularto-articulares; - Providenciar material educativo - Analisar resultados obtidos e elogiar o desempenho da pessoa.
--	--

Diagnóstico- Equilíbrio dinâmico comprometido

-Potencial para melhora capacidade para treino de equilíbrio

-Potencial para melhora a autoeficácia para treino de equilíbrio

<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhorar equilíbrio dinâmico - Promover autogestão: prevenção de quedas - Promover adesão: treino de equilíbrio dinâmico 	<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio através de índice de tinetti; - Avaliar risco de queda através da escala de morse e TUGT; - Avaliar evolução da capacidade para treino de equilíbrio; - Ensinar, instruir e treinar equilíbrio estático e dinâmico (levantar e sentar na cadeira; na posição ortostática- agachamentos; levantar os calcanhares do chão e ficar em bico de pés; levantar a ponta dos pés e ficar apoiado sobre os calcanhares; abdução e adução até à linha média; flexão e extensão dos joelhos- 10 repetições, 3 vezes por dia); - Ensinar sobre prevenção de quedas; - Avaliar evolução autogestão: prevenção de quedas - Analisar com a pessoa os resultados alcançados; - Elogiar o desempenho da pessoa
---	---

Diagnóstico: -Autocuidado Andar comprometido

-Potencial para melhorar capacidade para andar

-Potencial para melhorar consciencialização da relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar.

<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevenir queda; Promover autogestão: prevenção de quedas Promover autonomia para andar; 	<p>Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a evolução do andar através da aplicação do TUGT e índice de tinetti; Monitorizar risco de queda através da escala de morse; Adequar vestuário para prevenir queda
---	---

	<p>Gerir ambiente físico para prevenir queda (iluminação, atenção piso escorregadio, vestuário e calçado apropriado, tapetes e fios espalhados pelo chão, borrachas dos dispositivos auxiliares de marcha)</p> <p>Avaliar a evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar;</p> <p>Instruir e treinar a pessoa a andar com auxiliar de marcha: avança auxiliar de marcha, membro operado e membro são (carga parcial); inversão do sentido da marcha pelo membro são; subir escadas: sobe membro são, membro operado e auxiliar de marcha; descer escadas: desce auxiliar de marcha, membro operado e membro são.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a evolução da capacidade para andar - Avaliar a evolução da autogestão: prevenção de quedas (ensinos sobre adaptação do domicílio)
<p>Diagnóstico: -Autocuidado Transferir-se comprometido -Potencial para melhorar capacidade para transferir-se</p>	
<p>Objetivos: Assegurar atividades de transferir-se Promover autonomia para transferir-se;</p>	<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a transferir-se no 1º levante - Avaliar a evolução da capacidade para transferir-se; - instruir e treinar técnica de transferência (da cama para a cadeira: Sair pelo lado do membro operado :Manter o membro operado em extensão; Fletir o membro inferior são e deslizar até à extremidade da cama; Colocar o pé do membro são por baixo do pé do membro operado de modo a suportar o peso do membro e evitar a flexão brusca; Rodar o tronco e os membros inferiores até tocar no chão; Manter o membro inferior operado em extensão e levantar-se com o auxílio dos membros superiores e membro inferior são- na transferência da cadeira para cama realizar o inverso) Avaliar a evolução da capacidade de transferir-se através do índice de Barthel e MIF.
<p>Diagnóstico: Autocuidado- cuidar da higiene pessoal comprometido</p>	
<p>Objetivos Assegurar atividades de higiene pessoal</p>	<p>Intervenções Avaliar a evolução do cuidar da higiene pessoal através da aplicação do índice de Barthel e MIF;</p>

	<p>Assistir no tomar banho (leito no primeiro dia pós-operatório)</p> <p>Assistir a tomar banho no chuveiro (cadeira de duche/banco)</p> <p>Assistir o uso do sanitário (utilização de dispositivos auxiliares- barras de apoio)</p>
--	--

Diagnóstico: - Autocuidado: Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se, tomar banho e uso do sanitário

-Potencial para melhorar a autoeficácia para arranjar-se, tomar banho e usar o sanitário

<p>Objetivos</p> <p>Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal</p>	<p>Intervenções</p> <p>Avaliar a evolução da capacidade para arranjar-se, tomar banho e usar o sanitário através da aplicação do índice de Barthel e MIF;</p> <p>Instruir e treinar a arranjar-se;</p> <p>Instruir a tomar banho: Utilizar barras de apoio;</p> <p>Tomar banho sentado (banheira: tábua de banho; base de duche: cadeira de banho) -Primeiro entra o membro são; depois sai o membro operado em extensão</p> <p>Instruir o uso do sanitário: Colocar-se de costas para a sanita apoiando uma mão na barra de apoio existente ou na parede; manter a extensão do membro inferior operado, fazendo o mesmo deslizar para a frente; passar o peso para os membros superiores e fletir o membro inferior são; baixar-se lentamente até ficar sentado;</p>
---	--

4- RESULTADOS

Quadro 2: Resultados obtidos na admissão e após intervenção do EEER

Avaliação	Instrumentos	Admissão	1º dia pós cir.	2º dia pós cir.	4º dia pós-alta
Cognição	Teste de declínio cognitivo de 6 itens	S/ défice cognitivo	S/ défice cognitivo	S/ défice cognitivo	S/ défice cognitivo
Funcionalidade	Índice de Barthel	85/100	60/100	70/100	90/100
	MIF	114/126	94/126		113/126
Equilíbrio	Índice de tinetti	24/28	18/28	18/28	25/28
	TUGT	31seg		44seg	35seg
Risco de queda	Morse	55	65	65	55
Dor	EVA	4/10	5/10	4/10	2/10
Força Muscular (Membro Inferior direito)		MRC			
	Flexão ACF	5	2	3	5
	Extensão J	4	3	4	5
	Dorsiflexão ATT	5	5	5	5
Amplitude Articular (Joelho direito)		Goniometria			
	Flexão J.	80°	60°	65°	80°(edema)
	Extensão J.	0	0		0
Distância percorrida 6min		35metros		35metros	55metros
Escala de esforço Borg		0	2	1	0

Após uma breve análise do quadro acima é perceptível que, com o cumprimento do plano de intervenção definido com a pessoa foi possível obter melhoria em vários parâmetros avaliados, traduzindo alguns ganhos.

Através da análise do resultado do Índice de Barthel (85/100- 90/100) podemos observar melhoria funcional com aumento da independência nas AVDs. A MIF manteve-se estável, refletindo preservação da funcionalidade global (114/126- 113/126). Os valores intermédios mais baixos relacionam-se sobretudo com a dor sentido no pós-operatório que implicava a necessidade de ajuda nas AVD nomeadamente no andar, transferência, uso de sanitário e banho.

Também a distância percorrida, e com boa tolerância, é visivelmente superior ao período pré-cirúrgico, conseguindo andar mais de 50 metros num período de 6 minutos sem esforço.

Relativamente ao equilíbrio, que é fundamental para a capacidade funcional da pessoa, já estava alterado antes da cirurgia, não só pela limitação sentida no joelho direito, mas também pela dor presente no joelho esquerdo, que já tinha prótese total desde 2020, contudo com muita crepitação e dor limitando o andar e principalmente o subir e descer escadas que era incapaz de fazer no presente momento. Assim não é significativa a melhoria no equilíbrio mantendo um risco de queda elevado representado por um score de 55 na escala de Morse e um TUGT de 35 segundos representativo de um risco moderado de queda. Deve então manter-se no domicílio exercícios de estimulação do equilíbrio, tendo sido fornecido no momento da alta material educativo com exercícios para realizar, exercícios esses já realizados nas sessões de reabilitação com possibilidade de treino e correção de movimentos.

A força muscular avaliada recorrendo à MRC, teve um aumento progressivo desde o pós-operatório imediato, sendo que na última avaliação apresentava força normal em todos os segmentos avaliados.

Relativamente à amplitude articular, avaliada através de goniómetro, houve melhoria desde o pós-operatório imediato até última avaliação, contudo ainda não supera a amplitude articular pré ATJ, dificultando ainda o movimento de sentar e levantar. Saliento que, apesar do tratamento de crioterapia aplicado, que continua no período pós alta, aplicando 30 min. 5 vezes ao dia, o joelho ainda apresenta edema acentuado.

Analisando os dados referentes à avaliação da dor, é possível observar uma melhoria significativa. Antes da cirurgia a pessoa apresentava uma dor crónica que avaliava com score 10 em alguns dias, sendo que na maioria dos dias considerava uma dor 5. Após alta clínica considera uma dor 2/10, em repouso, segundo a EVA considerando que agrava apenas quando realiza os exercícios ou no momento de levante e transferências.

Foi realizado um contato telefónico 48h após alta onde foi possível identificar dúvidas e preocupações da pessoa no regresso ao domicílio. Foram validadas e reforçadas algumas indicações sobre segurança e adaptação do domicílio, assim como a adesão ao plano terapêutico, tendo sido percecionado interesse por parte da pessoa pelo seu processo de reabilitação e satisfação pelos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

5- DISCUSSÃO

A intervenção do EEER contemplou uma abordagem com a pessoa, indo ao encontro das necessidades identificadas e de acordo com os objetivos da pessoa, sendo esta o centro dos nossos cuidados. A intervenção objetiva a recuperação funcional e a capacitação para a prevenção de complicações, assim como a realização das AVD e foi iniciada no período pré-operatório integrando o ensino, a instrução e o treino de exercícios de RFR e RFM e cuidados após alta clínica.

A intervenção do EEER junto da pessoa submetida a ATJ deve ser iniciada de forma precoce, privilegiando a avaliação colaborativa das necessidades com o utente e o seu cuidador. Esta abordagem centrada na pessoa constitui um elemento diferenciador na eficácia do programa de reabilitação implementado, promovendo uma capacitação progressiva e sustentada para a gestão da sua condição funcional (Cruz et al., 2021; Sousa & Carvalho, 2023).

Pode-se afirmar que a implementação de um programa individualizado de ER, fundamentado em exercícios de fortalecimento muscular e flexibilidade, estratégias de controlo da dor, treino de autocuidados e técnicas de transferência, foi determinante para a capacitação da pessoa submetida a ATJ, conforme evidenciado por Moreira et al. (2020) e Rocha (2021).

No período pós-operatório, o início da reabilitação nas primeiras 24 horas, permite diminuir o tempo de internamento, assim como minorar o número de sessões necessárias para o utente alcançar a independência funcional (Chen et al., 2020). A implementação de um programa ER no período pós-operatório com a pessoa submetida a ATJ visa, prioritariamente, a redução da dor, a otimização da amplitude de movimento articular, a promoção da funcionalidade e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida (SOUSA; CARVALHO, 2023). Pelos resultados apresentados verifica-se de facto uma redução significativa da dor, aspeto mais relevante para a pessoa cuidada que manifesta grande satisfação e motivação para o plano de reabilitação. A inclusão do treino de equilíbrio neste período, como componente do programa de ER, assume relevância significativa ao contribuir para a redução do risco de quedas, promovendo maior estabilidade funcional e segurança na mobilidade da pessoa submetida a ATJ (Dávila Castrodad et al., 2019). Apesar da melhoria progressiva do período pós-operatório imediato até á alta ainda é notório um elevado risco de queda pelo que se recomenda a continuação dos exercícios no domicílio, que a pessoa mostra vontade em realizar.

A monitorização e controlo da dor é também de extrema importância para o sucesso do programa de reabilitação pois é um dos principais fatores que incapacitam e limitam a realização dos exercícios. Assim o controlo deve ser feito através da crioterapia e analgesia (CONSTANTINA-PINTO, 2024). As sessões de reabilitação eram sempre realizadas, intencionalmente após a administração da terapêutica analgésica de forma a diminuir este fator na realização dos exercícios.

A literatura especializada é consensual ao afirmar que, para se alcançar um resultado funcional satisfatório após ATJ, é essencial que a pessoa atinja uma extensão completa (0°) e uma flexão mínima de 90°, parâmetros considerados necessários para a realização eficaz das atividades básicas de vida diária (Costa et al., 2015). Apesar da melhoria na amplitude articular, o valor alcançado (80° de flexão) não permite classificá-lo como um sucesso funcional pleno, uma vez que permanece abaixo do parâmetro de referência descrito na literatura. Ainda assim, a amplitude obtida é suficiente para permitir à pessoa realizar, com segurança, atividades essenciais como marcha, subida e descida de escadas, entre outras tarefas de vida diária.

A força muscular é também um fator essencial para um bom prognóstico e desempenho das capacidades funcionais da pessoa.

A força muscular constitui um determinante fundamental para o prognóstico e para a otimização do desempenho funcional do indivíduo (Leitão et al., 2022). Foi possível observar a recuperação total da força desde o período pós-operatório imediato e a última avaliação. Conclui-se que a seleção do tipo, intensidade e frequência dos exercícios isométricos e isotônicos, bem como o treino de marcha com canadianas em livre progressão e o treino funcional de escadas, revelou-se adequada e determinante para o fortalecimento muscular.

Mediante os resultados obtidos relativamente ao risco de queda elevado, é importante a continuação de um programa de reabilitação que envolva o treino de equilíbrio estático e dinâmico.

A capacitação para o autocuidado é um dos objetivos primordiais do EEER. Assim, a realização do autocuidado Higiene foi um momento valioso para capacitar a pessoa instrumentos de apoio que podem facilitar a adaptação ao domicílio, prevenção de acidentes, transferência e uso do sanitário.

Segundo Petronilho et al. (2021), uma prática profissional concebida numa lógica de continuidade de cuidados e centrada na pessoa, focada no planeamento do regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado tem potencial para alcançar resultados positivos. A ação do enfermeiro na antecipação do regresso a casa deve ser uma preocupação central no planeamento dos cuidados para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados. Este cuidado de transição deve iniciar-se no momento da admissão, segue durante a alta e permanece no regresso a casa (Baixinho et al., 2019). De forma a garantir a continuidade de cuidados, foi realizado um contacto telefónico 48h após alta no sentido de avaliar o estado geral da pessoa (medos, inseguranças, ansiedade); identificar necessidades sentidas pela pessoa e orientar recursos nesse sentido; avaliar a recuperação, nomeadamente dor e adesão ao regime terapêutico, assim como presença de complicações; promover a independência no autocuidado e perceber a adesão ao plano de reabilitação reforçando ensino para prevenção de acidentes e fornecer algum suporte emocional (Apendice III).

Como limitação a este estudo foi o facto de não ter acompanhado o momento da alta. Assim, não foi possível a aplicação dos instrumentos no momento exato da alta, como também não foi possível realizar os ensinamentos, quer dos exercícios musculó-articulares, quer dos cuidados para realização das AVD e prevenção de acidentes. Desta forma, para conseguir colmatar esta limitação realizei o contacto telefónico e agendei uma avaliação 5 dias após alta clínica.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relato de caso permitiu constatar a importância de um plano de ER com a pessoa submetida a ATJ, iniciado no período pré-operatório até à transição para o domicílio garantindo a continuidade de cuidados e a capacitação da pessoa.

Com o desenvolvimento deste trabalho ficou evidente a importância das competências do EEER nos cuidados centrados na pessoa e na definição de um plano de intervenção definido com a pessoa segundo as suas necessidades e objetivos. A capacidade do EEER trabalhar ao longo de todas as etapas do ciclo de vida e em diversos contextos, procurando a maximização da funcionalidade e autonomia, tal como a reintegração psicossocial da pessoa e suas limitações, confere grande complexidade à sua atuação.

O aumento da dependência da pessoa submetida a ATJ começa com as limitações impostas pela OA, sendo visíveis na capacidade para a realização das AVD devido à limitação funcional. É da responsabilidade do EEER encontrar estratégias com a pessoa que a capacitem para a autocuidado de forma independente. Para isso requer uma avaliação de todo o contexto da pessoa para o cuidado ser o mais personalizado possível.

Considera-se que foram atingidos os objetivos propostos para a realização deste relato de caso clínico.

A pessoa cuidada demonstrou grande satisfação com os cuidados que foram prestados e a forma como a equipa se relacionou com ela, sentindo-se motivada para o seu processo de recuperação. Sentiu que um dos seus grandes objetivos foi atingido, ficar sem dor ou pelo menos diminuir a sua intensidade.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. dos S., Silva, R. C. G. da, Santos, E. J. F. dos, & Schultz, T. J. (2018). *Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT)*. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1184–1189. DOI: 10.1080/13607863.2017.1348473
- Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2019). Do hospital para a comunidade: A transição (in)segura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e35797. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Borges, S. C. S. (2015). *Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12000>
- Carreiras, C. M. M. (2023). *A pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Intervenção do enfermeiro de reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/3689>
- Constantina Silva Pinto, P. S. (2024). *Enfermagem de reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho* [Relatório profissionalizante de Mestrado, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório Científico da ESSATLA. <https://repositorio.cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1529>
- Costa, J., Silva, M., Arcângelo, J., & Martins, A. (2015). Rigidez pós-artroplastia total do joelho. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 27(2), 13–18.
- 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.
- Chen, C., Zhao, X., Luo, Y., Chen, L., & Kang, P. (2020). *Key elements of enhanced recovery after total joint arthroplasty: A reanalysis of enhanced recovery after surgery guidelines*. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13018-020-01651-5>

- Dávila Castrodad, I. M., Recai, T. M., Abraham, M. M., Etcheson, J. I., Mohamed, N. S., Edalatpour, A., & Delanois, R. E. (2019). Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: A review of study designs and outcome measures. *Annals of Translational Medicine*, 7(Suppl 7), S255. <https://doi.org/10.21037/atm.2019.08.15>
- Dias, J. M. P. A. A. (2018). *Impacto da gonartrose na participação* [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://hdl.handle.net/10316/81862>
- 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.
- Flamínio, J. L. C. (2018). *A pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação e benefícios em saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://www.rcaap.pt>
- Guimarães, A., & Sousa, R. (2018). Prótese total do joelho dolorosa – abordagem diagnóstica. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 26(4), 318–340.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da saúde – 2018*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpubbou=257793024&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2023). Estatísticas demográficas: 2022. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/280978178>
- Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., & Pestana, H. (2022). *Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 51–58. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>
- Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas. (2014). *Osteoartrrose*. <https://www.lpcdr.org.pt/info%20doente/patologias/osteoartrose>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Org.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 281–328). Lidel.

Luthi, F., Pereira, L., & Jolles, B. (2015). Os 12 pontos-chave da reabilitação após artroplastia total do joelho. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 13(4), 303–309.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Molinero, O., Salguero, A., & Márquez, S. (2021). Perceived health, depression and psychological well-being in older adults: Physical activity and osteoarticular disease. *Sustainability*, 13(15), 8157. <https://doi.org/10.3390/su13158157>

Moreira, J., Flaminio, J., & Grilo, E. (2020). *Patients undergoing total knee arthroplasty: Impact of a rehabilitation nursing program*. *Journal of Aging & Innovation*, 9(1), 151–173. Disponível em <https://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/11JAIIV9E1.pdf>. DOI: 10.36957/jai.2182-696X.v9i1-11

Nicolau, C. M. A. P. G. (2021). *Preparação do regresso a casa da pessoa submetida a artroplastia da anca – capacitação para a transição segura* [Tese de Doutoramento, Instituição não especificada]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). <https://www.rcaap.pt>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções para a prática de enfermagem*: (pp. 67–75)

Pinheiro, J. P. (2021). Reabilitação da artroplastia total do joelho. In J. Gamelas (Org.), *Joelho degenerativo: Da artrose à artroplastia* (pp. 410–426). Lidel.

Pinto, A. C. A. (2017). *Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com osteoartrose submetidos a artroplastia total do joelho*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP.

Pires, D. P. C., Monte, F. A. D., Monteiro, L. F., Soares, F. R. D. C., & Faria, J. L. R. (2024). Updates in the Treatment of Knee Osteoarthritis. *Revista brasileira de ortopedia*, 59(3), e337–e348. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1786351>

Preto, L. ., Pinto, C., Novo, A., Mendes, E., Barreira, I., & Lopez-Espuela, F. (2019). Funcionalidade e qualidade de vida em idosos submetidos a artroplastia total do joelho. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(2), 74–78. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4584>

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).

Reis, G., & Bule, M. J. (2016). 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). Loures: Lusodidacta.

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., ... Gagnier, J. J. (2017). *CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>

Silva, A., Almeida, G. J. M., Cassilhas, R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S.,

Mello, M. T. (2007). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte* [On line], 14 (2), 88-93. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>

Sousa, L. M. M., 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), 64–69 DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2023). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In L. Sousa & C. Marques-Vieira (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 55–66). Lisboa: Lusodidacta.

Sousa, L. & Carvalho, M, L (2023). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 405-430). Loures: Lusodidacta.

a. ANEXOS

b. ANEXO 1- Índice de Tinetti

Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti		Atividade	1	2	3	4	5
Nome: _____ Local: _____ Data: _____							
Idade: _____ Sexo: _____							
0. O paciente deve estar sentado em uma cadeira firme e sem braços							
1. Equilíbrio sentado	Escuridão Fim da cadeira	1	1	1	1	1	1
2. Lançamento	Levantar Um dos braços Sem os braços	1	1	1	1	1	1
3. Transferir de levantar	Levantar Mãos em volta do pescoço Um dos braços Sem os braços	2	2	2	2	2	2
4. Apoio que levanta (3-4)	Levantar sem apoiar Apoiar com um braço Apoiar com dois braços	1	1	1	1	1	1
5. Equilíbrio em pé	Desacomodado Apoiar no braço > 42 cm Sem apoiar o braço superior	1	1	1	1	1	1
6. Teste dos 3 tempos levantado	Conter a cadeira Apoiar no braço superior Desacomodado	1	1	1	1	1	1
7. Outros testes para a posição de pé	Desacomodado, instável Instável Instável descomodado	1	1	1	1	1	1
8. Marcha 300 passos	Passos contínuos Passos descomodados Instável descomodado	1	1	1	1	1	1
9. Escalada	Preparar para a descida, com o calcanhar Usar os calcanhais no movimento de subida Subir, descida e voltar	1	1	1	1	1	1
Máxima pontuação de equilíbrio		16	16	16	16	16	16
Pontuação de equilíbrio pelo computador em pé em uma única postura, depois de 10 segundos, com uma ligeira inclinação para trás e suporte lateral, de costas para o avaliador							
10. Apoio de marcha	Preparação do andar com o pé direito Sem levantar	1	1	1	1	1	1
11. Compromisso de apoio dos passos	APR direito Mão à esquerda e pé esquerdo Mão à esquerda e pé direito Mão à direita e pé esquerdo Mão à direita e pé direito Mão à esquerda e pé direito Mão à esquerda e pé esquerdo Sem apoiar o pé direito	1	1	1	1	1	1
12. Marcha com passos	Passos alternados Passos simultâneos	1	1	1	1	1	1
13. Continuidade dos passos	Passos em passos descomodados Passos simultâneos	1	1	1	1	1	1
14. Direção	Desvio Desvio leve ou moderado ao se dar a volta Desvio moderado ou grande ao dar a volta	1	1	1	1	1	1
15. Tempo	Relacionado ao tempo de apoio Não relacionado ao tempo de apoio Sem tempo, tempo não relacionado ao tempo de apoio	1	1	1	1	1	1
16. O paciente deve levantar	Transição para a posição de pé Transição para a posição de pé com o pé direito	1	1	1	1	1	1
Total de pontos		16	16	16	16	16	16
Quanto maior a pontuação, maior o equilíbrio. Pontuação máxima é 16. Abaixo de 10 indica risco de quedas.							

c. ANEXO 2- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

APELIDO _____ NOME _____		IDADE _____ SEXO _____ R.U.Nº _____					
DIAGNÓSTICO _____							
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL							
NÍVEL	7 Independência completa em segurança, em tempo normal 6 Independência moderada (dependente)						SEM AJUDA
	Dependência total 5 Dependente 4 Ajuda mínima (indivíduo < 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo < 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo < 25%) 1 Ajuda total (indivíduo < 25%)						AJUDA
NOME DO SUJEITO		ANTES	1M	3M	6M	12M	
nome		Adriana T. de S. J. Cruz	Adriana	Adriana	Adriana	Adriana	
AUTO-CUIDADOS							
A. Alimentação		4	4	4	4	4	4
B. Higiene pessoal		4	4	4	4	4	4
C. Banho		4	4	4	4	4	4
D. Vestir roupa superior		4	4	4	4	4	4
E. Vestir roupa inferior		4	4	4	4	4	4
F. Utilização de sanita		4	4	4	4	4	4
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES							
G. Sexuais		4	4	4	4	4	4
H. Intestino		4	4	4	4	4	4
MOBILIDADE							
TRANSFERÊNCIAS							
I. Leito, Cadueta, Cadueta de Rodas		4	4	4	4	4	4
J. Saneia		4	4	4	4	4	4
K. Banheira, Duche		4	4	4	4	4	4
LOCOMOÇÃO							
L. Marchar, Zebra de Rodas		4	4	4	4	4	4
M. Escadas		4	4	4	4	4	4
COMUNICAÇÃO							
N. Compreensão		4	4	4	4	4	4
O. Expressão		4	4	4	4	4	4
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR							
P. Interação social		4	4	4	4	4	4
Q. Resolução dos problemas		4	4	4	4	4	4
R. Memória		4	4	4	4	4	4
TOTAL		40/40	40/40	40/40	40/40	40/40	40/40
NOTA: Não deve ser feita a avaliação em situações de emergência.							

d- ANEXO 3- ÍNDICE DE BARTHEL

21- Índice de Barthel

		Admissão	10 dia pós-c.	30 dia pós-c.	45 dia - saída
1. Alimentação					
Independente	Q10	10	10	10	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	Q5				
Dependente	Q0				
2. Transferências					
Independente	Q15	10	10	10	15
Precisa de alguma ajuda	Q10				
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	Q5				
Dependente, não consegue sentar-se	Q0				
3. Toileta					
Independente a lavar o corpo, lavar a cara, lavar os dentes	Q5	5	5	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	Q0				
4. Utilização do WC					
Independente	Q10	10	5	5	10
Precisa de alguma ajuda	Q5				
Dependente	Q0				
5. Baixo					
Tocha baixa ao (cabe e ao de dedos ou levantar sem ajuda)	Q5	5	0	0	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	Q0				
6. Mobilidade					
Caminha 30 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar calçado)	Q15	15			
Caminha menos de 30 metros, com alguma ajuda	Q10		10	10	15
Independente, em calçado de rodar, pelo menos 30 metros, incluindo rampas	Q5				
Incapaz	Q0				
7. Baixo e Desce Escadas					
Independente, com ou sem alguma ajuda	Q10				
Precisa de ajuda	Q5	0	5	5	5
Dependente	Q0				
8. Vestir					
Independente	Q10	10	5	5	5
Com ajuda	Q5				
Dependente	Q0				
9. Controle Intestinal					
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ocasional	Q10	0	10	10	10
Acidente ocasional	Q5				
Incontinência ou presença de uso de cateter	Q0				
10. Controle Urinário					
Controla perfeitamente, mesmo algo mais desde que seja capaz de enxugar a própria roupa	Q10	10	10	10	
Acidente ocasional (maximo 1 vez por semana)	Q5	0			
Incontinência, em qualquer nível (capaz de usar ou alguma roupa)	Q0				
TOTAL:		60	70	70	70

e- ANEXO 4- Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse, Versão Portuguesa

Item	Pontuação Admissível	3º sem	2º sem	1º sem
1. História de quedas, neste internamento ou nos últimos três meses. Não Sim	0 20	25	25	25
2. Diagnóstico (ou secundário) Não Sim	0 15	15	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma ajuda de enfermagem/cadeira de rodas Muletas/Canações/bergamota andaluz Apóiese no mobilário para andar	0 15 30	15	15	15
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20	0	0	0
5. Posição no andar e na transferência Normal/acomodável Dependente Dependente de ajuda	0 10 20	10	10	0
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	0	0	0
	35	65	65	65

a. APENDICES

b. APENDICE I- 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 assine o consentimento.

Título do estudo: Capacitar com a pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho- Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação- Relato de Caso

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação que está a decorrer na Unidade de Estágio Profissionalizante em enfermagem de reabilitação, a decorrer num serviço de Cirurgia Ortopédica, no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Nelson Guerra e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Emília Ramos, no período de 9 de setembro a 20 de dezembro.

O relato de caso clínico tem como objetivo descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado com a pessoa submetida a Artroplastia total do Joelho.

Explicação 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 estruturada durante o decorrer do estágio (no período de 9 setembro de 2025 a 20 de dezembro de 2025). 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 informação recolhida destina-se exclusivamente à elaboração do relato de caso clínico, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, e os dados serão conservados apenas até à conclusão da dissertação e eliminados de forma definitiva e segura no prazo máximo de 30 dias após defesa pública. 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 para a 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.

Condições e financiamento: A sua participação no presente Relato de Caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

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. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um relato de caso clínico. Os dados serão conservados apenas até à conclusão da dissertação e eliminados de forma definitiva e segura no prazo máximo de 30 dias após defesa pública, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Obrigada pela colaboração

Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Lúcia Maria da Silva Mendes Marques, N.º estudante 202490257.

Contacto: tlm-963687897; E-mail- 202490257@uaatl.pt

¹ <https://www.sbsba.min-saude.pt/en-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdlo/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Assinatura do Investigador Principal:

Declaro que tenho 18 anos ou mais, que tomei conhecimento e compreendi os objetivos do estudo, bem como os procedimentos associados à minha participação. Li integralmente a informação de consentimento informado, considerei o seu conteúdo claro e explícito e concordo com o mesmo, aceitando participar neste estudo.

Confirmando que me foram explicados todos os aspetos relevantes pelo profissional de saúde que assina este documento, que tive oportunidade de colocar todas as questões que considerei necessárias e que recebi respostas esclarecedoras. Foi-me garantido tempo suficiente para refletir sobre esta proposta, bem como assegurado que a minha recusa ou desistência não implicará qualquer prejuízo nos meus direitos assistenciais.

Reconheço ainda que os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e a respetiva Lei de Execução Nacional.

Por fim, autorizo / não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome (participante):

Assinatura (participante): Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(SE O MENOR TIVER DISCERNIMENTO DEVE TAMBÉM ASSINAR EM CIMA, SE CONSENTIR)
NOME:
BI/CD N.º: DATA OU VALIDADE / /
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

c. APENDICE II- Guião de Entrevista

Guião de Entrevista – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação (CARE Framework)

♦ **Objetivo geral:**

Recolher informação compreensiva e estruturada sobre o percurso clínico, funcional e emocional da pessoa em processo de reabilitação, de modo a descrever de forma objetiva e científica o caso clínico.

1. Identificação do participante e contexto

(CARE item: Patient Information)

Objetivo: caracterizar a pessoa, o contexto clínico e a situação de saúde.

Perguntas orientadoras:

- Pode dizer-me a sua idade, sexo e situação familiar?
 - Qual era a sua ocupação antes do evento/doença que motivou a reabilitação?
 - Que diagnóstico clínico levou à necessidade de reabilitação?
 - Há quanto tempo ocorreu a cirurgia?
 - Qual era o seu estado funcional antes do evento, ou seja, quais eram as suas principais atividades diárias e papéis sociais?
-

2. História clínica e antecedentes relevantes

(CARE item: Medical, family and psychosocial history)

Objetivo: identificar condições pré-existent, fatores de risco e contexto psicossocial.

Perguntas:

- Tinha alguma doença ou limitação física antes deste evento?
 - Faz algum tipo de medicação para doença crónica?
 - Há antecedentes familiares relevantes (ex.: doenças neuromusculares, ortopédicas)?
 - Como descreveria o seu apoio familiar e social atual?
 - Há hábitos de vida que possam influenciar a sua recuperação (tabaco, álcool, exercício, alimentação)?
-

3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

(CARE item: Clinical findings and timeline)

Objetivo: descrever a condição inicial e o impacto funcional.

Perguntas:

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após o evento (movimento muscular (ex. através da escala *Medical Research Council* Modificada), equilíbrio corporal (ex. através do índice de tinetti), dor (ex. através da escala visual analógica), andar, transferir-se e autocuidar-se (ex. funcionalidade através da escala de Medida de Independência Funcional e Escala de Bartel; risco de queda através da Escala de Morse)
 - Como se sentia emocionalmente no início do processo de reabilitação?
 - Que limitações identificou nas atividades da vida diária?
 - Que estratégias utilizou inicialmente para lidar com essas dificuldades?
-

4. Intervenções de enfermagem de reabilitação

(CARE item: Therapeutic intervention)

Objetivo: identificar intervenções implementadas, frequência, duração e adesão.

Perguntas:

- Que tipo de intervenções de reabilitação considera mais úteis para si (ex.: exercícios de fortalecimento muscular, treino de marcha, treino de equilíbrio, treino do autocuidado)?
 - O que espera do enfermeiro de reabilitação no seu processo de reabilitação?
 - Que orientações ou ensinamentos considera mais úteis para realizar em casa?
 - Encontra dificuldades em cumprir o plano de enfermagem de reabilitação? Que alternativa propõe.
 - Que recursos ou equipamentos considera que consegue adquirir ou ter acesso (ajudas técnicas, adaptações domiciliares)?
-

5. Resultados e evolução funcional

(CARE item: Follow-up and outcomes)

Objetivo: descrever os ganhos em saúde e impacto da reabilitação que obteve com o plano de enfermagem de reabilitação.

Perguntas:

- Que melhorias sentiu ao longo do processo de reabilitação?
- Que atividades conseguiu retomar?
- Há algo que ainda considera limitado ou difícil de realizar?

- Como avalia a sua autonomia e independência atualmente (escala de independência, mobilidade)?
 - O que acha dos resultados obtidos? (movimento muscular aumentado (ex. através da tolerância ao exercício muscular e articular através da Escala de Intolerância à Atividade de *Borg* e através de melhoria no *score* da escala *Medical Research Council* Modificada e da escala visual analógica), equilíbrio corporal não comprometido (ex. conhecimento e capacidade sobre técnicas de equilíbrio corporal, através de melhoria no *score* do *índice de tinetti* e transferir-se e autocuidar-se (ex. através de melhoria no *score* da escala Medida de Independência Funcional; Índice de Bartel; risco de queda através da Escala de Morse)
 - Sente-se satisfeito com os resultados obtidos?
-

6. Impacto emocional, social e ocupacional

(*CARE item: Patient perspective*)

Objetivo: compreender o significado da reabilitação e a perceção pessoal do processo.

Perguntas:

- Como descreveria a sua experiência durante a reabilitação?
 - O processo influenciou a sua autoestima, imagem corporal ou relações interpessoais?
 - Que estratégias utilizou para lidar com o medo, a dor ou a frustração?
 - Que significado atribui ao papel do enfermeiro de reabilitação na sua recuperação?
 - Sente-se satisfeito com o apoio e processo de reabilitação?
 - Que mensagem gostaria de deixar a outras pessoas em situação semelhante?
-

7. Considerações éticas e consentimento

(*CARE item: Informed consent*)

Antes da entrevista:

- Explicar o objetivo do estudo (relato de caso clínico).
 - Garantir anonimato, confidencialidade e voluntariedade.
 - Obter consentimento informado escrito, conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e as normas éticas de investigação clínica (declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo).
-

8. Observações do entrevistador

(CARE item: Discussion and learning points)

Registrar:

- Impressões clínicas e de comunicação durante a entrevista.
- Indicadores de motivação, coping e envolvimento do participante.
- Pontos fortes e limitações do caso.
- Reflexão crítica sobre as implicações para a prática de enfermagem de reabilitação.

a. APENDICE III- Guião para contacto telefónico após alta

Guião para Contacto telefónico após alta

Contextualização

A pessoa submetida a ATJ, ao longo de todo o processo, vivencia uma fase de transição saúde-doença marcada por alterações significativas na sua qualidade de vida, particularmente no domínio da mobilidade funcional. (Constantina Silva Pinto, 2024).

O EEER implementa um programa de reabilitação individualizado e centrado na pessoa, de acordo com as respostas humanas identificadas, visando a continuidade de cuidados e mostrando-se um facilitador no processo de uma transição segura para o domicílio no momento da alta (Nicolau, 2021; Baixinho, 2020). Nesta perspetiva, a capacitação com a pessoa submetida a ATJ deve ocorrer ao longo do período peri-operatório, prolongando-se ao momento da alta clínica (Constantina Silva Pinto, 2024).

O tempo médio de internamento da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho tende a ser reduzido, o que reforça a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no processo de ensino, instrução e treino funcional. Esta atuação visa maximizar as capacidades da pessoa, assegurando a continuidade do processo de reabilitação em regime ambulatorio. A eficácia dessa continuidade está diretamente relacionada com o sucesso da capacitação da pessoa, sendo que o desenvolvimento de competências para a realização dos autocuidados, bem como para a prevenção e identificação precoce de complicações, constitui um fator determinante na transição segura e eficaz entre os contextos hospitalar e domiciliário. (Lourenço et al., 2021)

Segundo Mendes et al. (2017), as transições entre estados de saúde e diferentes contextos, como ocorre no momento da alta hospitalar para o domicílio, expõem a pessoa a riscos de perda de continuidade dos cuidados. Esta vulnerabilidade exige atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, sendo fundamental que a continuidade de cuidados seja assegurada através de uma preparação estruturada e antecipada do processo de alta, com foco na segurança, autonomia e capacitação da pessoa e da sua rede de apoio.

Segundo Petronilho et al. (2021), uma prática profissional concebida numa lógica de continuidade de cuidados e centrada na pessoa, focada no planeamento do regresso a casa da

pessoa dependente no autocuidado tem potencial para alcançar resultados positivos. A ação do enfermeiro na antecipação do regresso a casa deve ser uma preocupação central no planeamento dos cuidados para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados. Este cuidado de transição deve iniciar-se no momento da admissão, segue durante a alta e permanece no regresso a casa (Baixinho et al., 2019).

Com o objetivo de monitorizar a transição segura dos cuidados hospitalares para o domicílio da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho, sob responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER), foi elaborado o presente instrumento de apoio à intervenção telefónica pós-alta. Este documento orienta a abordagem das temáticas prioritárias, alinhadas com os objetivos previamente definidos no plano de cuidados. O contacto telefónico visa assegurar a continuidade de cuidados, acompanhar a evolução da recuperação, reforçar as estratégias de reabilitação e permitir a identificação precoce de sinais de alerta ou complicações.

Objetivo Geral: Assegurar uma continuidade de cuidados, visando uma transição segura após alta hospitalar tendo como principal foco a capacitação para o autocuidado e independência nas AVD.

Objetivos específicos:

- 1- Avaliar o estado geral da pessoa, medos, inseguranças, ansiedade e preocupações decorrentes do regresso a casa e dar orientações que reforcem a confiança, autonomia e independência
- 2- Avaliar a recuperação após ATI, o controlo da dor e a gestão do regime terapêutico;
- 3- Identificar possíveis complicações, como sinais de infeção da ferida cirúrgica, sinais de TVP;
- 4- Avaliar a adesão ao programa de reabilitação, como a realização dos exercícios músculo-articulares prescritos, dúvidas na sua realização; confirmar e reforçar as medidas de prevenção de acidentes (piso escorregadio, calçado e vestuário inadequado, falta de iluminação; estado dos auxiliares de marcha; ;
- 5- Promover a independência no autocuidado, identificando dificuldades que estejam a ocorrer na higiene, transferências, entrar e sair do carro;
- 6- Reforçar a confiança da pessoa para a independência dos autocuidados e a importância do cumprimento do plano de reabilitação.



Referências Bibliográficas:

- Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2020). Do hospital para a comunidade: A transição (in)segura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e35797. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Constantina Silva Pinto, P. S. (2024). *Enfermagem de reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho* [Relatório profissionalizante de Mestrado, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório Científico da ESSATLA. <https://repositorio.cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1529>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2011). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Org.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 281–328). Lidel.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções para a prática de enfermagem*: (pp. 67–75)
- Mendes, F. R. P., Gentil, 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841–853. https://doi.org/10.1590/1413.81232017223_26292015

**d. APENDICE III- APRESENTAÇÃO PPTX SOBRE LESÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS
RELACIONADAS COM O TRABALHO**



1



2

Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho (LMERT)

Incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor.



Caracterizam-se por sintomas:

- Dor (localizada/irradia);
- Parestesias na área afetada;
- Sensação de peso;
- Fadiga ou desconforto localizado;
- Diminuição da força;
- Edema.

→ Sintomas surgem gradualmente: Agravamento no final do dia, alívio no repouso

São uma das principais causas de absentismo e incapacidade laboral na área da saúde.

DGS (2008); Oliveira (2018)

3

Fatores de risco e epidemiologia

Conjunto de fatores frequentes como:

- Postura inadequada
- Mobilização de cargas pesadas;
- Movimentos repetidos;
- Longos períodos sem pausas. ⁽²⁾

Fernandes et al. (2018)

Áreas mais afetadas:

- Região dorso-lombar;
- Região cervical;
- Ombros;
- Membros superiores. ⁽³⁾

EU-OSHA (2020)

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior incidência de LMERT.

Estudo hospital português:

Taxa de prevalência de sintomatologia músculo-esquelética de 88,6%, com maior incidência na região lombar. ⁽⁴⁾



Torres et al. (2017)

4



5



6

~




- **Ergonomia física** (posturas e movimentos, carga física de trabalho, manuseio manual de materiais, design do local de trabalho);
- **Ergonomia cognitiva** (processamento de informações, carga de trabalho mental, interface profissional-computador, aplicações para a transmissão de informações);
- **Ergonomia organizacional** (coordenação de processos de trabalho, combinações de atividades de trabalho, horários de descanso e trabalho colaborativo, desenvolvimento de atividades de trabalho).


Freire et al, (2017)

7

Ergonomia na Enfermagem de Reabilitação

Adaptação de Equipamentos → Uso de equipamentos ajustáveis para atender às necessidades específicas de cada cliente. 

Postura Corporal → Técnicas para manter a postura adequada durante procedimentos de reabilitação. 

Ambiente Terapêutico → Organização do espaço para facilitar a movimentação e o acesso aos recursos. 

Prevenção de lesões Eficiência Bem estar

Freire et al, (2017)

8

ERGONOMIA NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Altura da cama

Dispositivos para levantar/transferências

Iluminação adequada para reduzir cansaço visual

Treino de posicionamentos e transferências


Freire et al., (2017)

9

Mecânica corporal

Caracteriza-se pelos esforços coordenados dos sistemas músculo esquelético e nervoso para manter o **equilíbrio**, a **postura** e o **alinhamento** do corpo nas diversas atividades, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular (Potter & Perry, 2006).

Forma como os profissionais de saúde utilizam o corpo de forma eficiente e segura durante a transferência e posicionamentos de doentes.



Compreende os princípios fundamentais que devem ser observados ao realizar deslocação ou transporte de um "peso" utilizando o sistema músculo esquelético de forma eficaz, e evitando a fadiga desnecessária e o surgimento de lesões.

Potter e Perry (2006)

10

Princípios da mecânica corporal

Postura

Posicionar o corpo de forma a evitar a sobrecarga das estruturas com menor gasto de energia para o máximo de eficiência na utilização do corpo.

Alinhamento corporal

Manter alinhamento dos segmentos corporais respeitando a anatomia e fisiologia. Diminui a sobrecarga e força aplicada sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos. Utilizar a coluna vertebral como "eixo" para um bom alinhamento.

Equilíbrio

Dividir o peso equitativamente pela superfície de apoio. Implica 3 componentes:

- Base de sustentação
- Centro de gravidade
- Linha de gravidade

Ordem dos Enfermeiros. (2013)

11

A **base de sustentação** é a área onde a pessoa está apoiada. Quanto maior for a base de sustentação, maior será a estabilidade alcançada.

A **linha da gravidade** é uma linha imaginária traçada perpendicularmente ao centro de gravidade do objeto. Quando a linha de gravidade cai dentro da base de sustentação, obtém-se maior estabilidade.

O **centro de gravidade** pode-se alterar, nomeadamente pela inclinação do tronco com ângulo superior a 10° e o transporte de cargas.



Ordem dos Enfermeiros. (2013)v

12

Mecânica corporal nos cuidados de enfermagem

- **Cabeça** - ereta, alinhada com a coluna vertebral;
- **Coluna** - alinhada;
- **Membros superiores** - ao longo do corpo (ligeira flexão dos cotovelos);
- **Membros inferiores** - alinhados com a anca e maléola (joelhos ligeiramente fletidos);
- **Pés** - paralelos, virados para a frente;
- **Músculos** - abdominais e nadegueiros contraídos.

Manter boa articulação dos princípios

Ordem dos Enfermeiros. (2013)

13

POSTURAS CORPORAIS CORRETAS NA MOVIMENTAÇÃO DE DOENTES



- Utilizar movimentos harmonizados e evitar esforços súbitos.
- Levantar ou sentar a pessoa bloqueando os joelhos com apoio dos seus.
- Atender à coordenação e sincronização dos movimentos com a pessoa que dá as ordens, quando presentes duas ou mais pessoas.

Ordem dos Enfermeiros. (2013)

14

TÉCNICAS DE TRANSFERÊNCIA

- Sempre que possível elevar o nível do leito para uma altura adequada;
- Avaliar a mobilidade e força da pessoa dependente para determinar quanto ele pode ajudar durante a transferência;
- Explicar o procedimento e descrever especificamente o que se espera da pessoa dependente;
- Trabalhar em equipa- o trabalho em equipa deve ser usado quando a carga for excessiva para uma só pessoa;
- Usar meios auxiliares- os meios auxiliares devem ser usados para pesos excessivos ou em situações de dificuldade de manuseio.

Ordem dos Enfermeiros. (2013)

15

Prevenção



APLICAÇÃO DE PRINCÍPIOS ERGONÓMICOS



PROGRAMAS DE TREINO ADEQUADOS

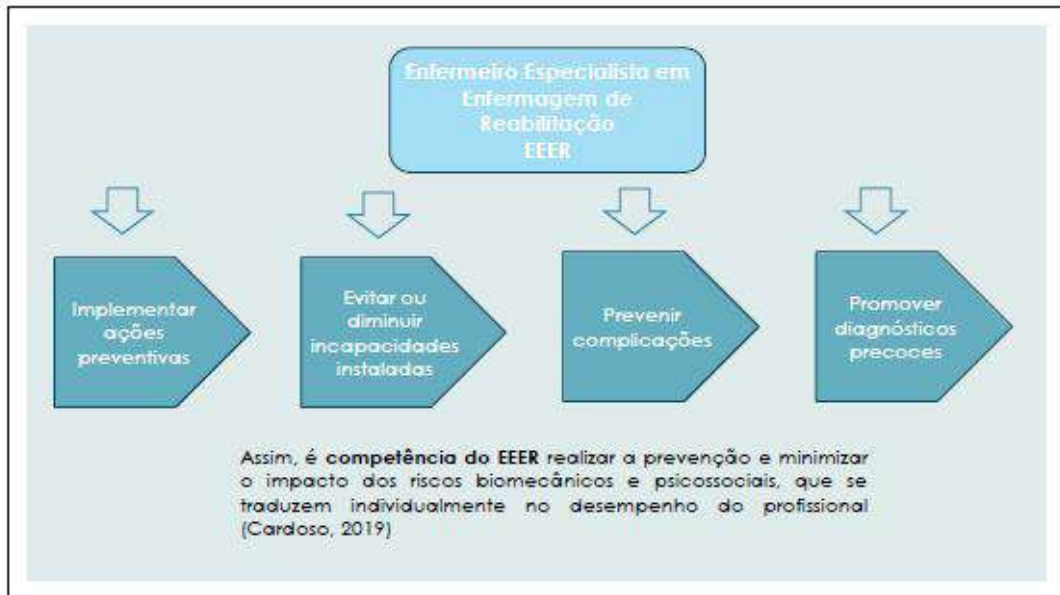


PROMOÇÃO DE PRÁTICAS DE TRABALHO SEGURAS

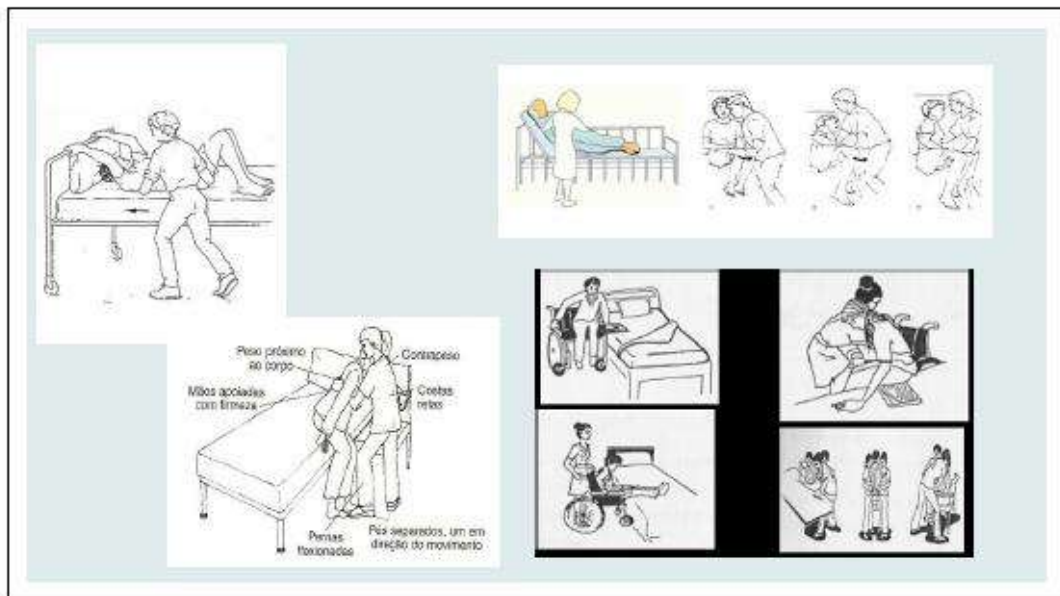
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE- EEER

Prazeres, V.; Rodrigues, T. (2025)

16



17



18



19



20



21



22



23




24

Pausa ativa – Ginástica laboral

Faça destes exercícios uma **prática diária** na sua atividade profissional.

O cuidado dos profissionais contribuem para uma melhoria nos cuidados prestados.



25

A CUIDAR DE QUEM CUIDA

Obrigada

26

Referência Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2008). Lesões músculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: Guia de orientação para a prevenção (Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas). DG3. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/lesoes-musculo-esqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-pdf.aspx>

Oliveira, D. R. M. (2018). Lesões músculo-esqueléticas como causa de absentismo nos profissionais de saúde (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Estudo Geral. <https://estudogeral.ucp.pt/handle/10916/82174>

Fernandes, C. S., Couto, G., Carvalho, R., Fernandes, D., & Ferreira, P. (2018). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autoperferidos por profissionais de saúde de um hospital em Portugal. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(3), 353-359. <https://pesquisa.bvsalud.org/portaol/resource/pdf/biblio-96898>

European Agency for Safety and Health at Work. (2020). Work-related musculoskeletal disorders: Prevalence, costs and demographics in the EU. Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/publications/work-related-musculoskeletal-disorder-prevalence-costs-and-demographics-eu>

European Agency for Safety and Health at Work. (2019). Regulation (EU) 2019/126 of the European Parliament and of the Council of 16 January 2019 establishing the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), and repealing Council Regulation (EC) No 2062/94. Official Journal of the European Union, L 30, 58-73. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2019/126/oj/eng>

27

Freire, L. A., Soares, T. C. N., & Tómes, V. P. dos S. (2017). Influência da ergonomia na biomecânica de profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. *Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde*, 7(24), 72-80. <https://doi.org/10.25242/886872420171149>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). Fundamentos de enfermagem. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação (1.ª ed.). https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documentos/GORP_Mobilidade_VF_site.pdf

Costa, J., Prazeres, V., & Rodrigues, T. (2025). Lesões músculo-esqueléticas em profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados: Estudo piloto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2025.40132>

Castelão, 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). <https://doi.org/10.37914/rii.v2i1.48>

Cardoso, L. L. (2019). Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em cuidados domiciliários: Reabilitar para a promoção da saúde [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2330>

Tómes, M., Carneiro, P., & Azevedo, P. (2017). LMERT em enfermeiros que prestam cuidados em contexto de internamento cirúrgico. *International Journal on Working Conditions*, 14, 33-49. https://icwt.com.pt/artigos/14IWC_14_Tomes_Carneiro_Azevedo_p.33.49.pdf

28

e. APENDICE IV- POSTER COM EXERCICIOS DE RELAXAMENTO E ALONGAMENTOS

Cuide-se para Cuidar

Prevenção De Lesões Musculo Esqueléticas – Ginástica laboral

Rode a cabeça para a dta e esq – 5x

Incline a cabeça para a dta e esq – 5x

Flexão, extensão e hiperextensão cervical

Extensão dos braços na região posterior, entrelaçar os dedos

Extensão dos MS para cima, entrelaçar os dedos

Flexão do tronco

Flexão do tronco, até as mãos tocarem nos dedos dos pés

Flexão do tronco, até as mãos tocarem no centro dos pés

Flexão do joelho, membro contralateral em extensão

Agachamento com tronco em extensão

Rodar o pé para a dta e esq – 5x

Juntar as palmas, empurrar para dta e esq – 5x

Flexão e extensão dos dedos – 5x

Extensão dos MS, dedos entrelaçados – 5x

Extensão dos MS para cima 5x

Extensão dos MS para trás 5x

Ajuda a prevenir lesões, reduzir o stress e a fadiga, melhorar a postura e a concentração, além de aumentar a disposição e o bem-estar.



SANTACASA
Município de Coimbra

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM REABILITAÇÃO
RAINHA DONA LEONOR




Elaborado no contexto
MEER por:
Lúcia Marques
Mariana Lisboa

**f- APENDICE V- PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A
ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO**

Protocolo de atuação de Enfermagem ao doente submetido a Artroplastia Total do Joelho

Enquadramento: A artroplastia total do joelho (ATJ) é uma intervenção cirúrgica eficaz no tratamento da gonartrose avançada, com elevado potencial para restaurar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados (Pinheiro, 2021). A reabilitação pós-operatória é determinante para o sucesso funcional da cirurgia, exigindo uma abordagem estruturada, baseada em evidência e centrada na pessoa.

Objetivo: Estabelecer diretrizes para o cuidado de enfermagem na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia total do joelho, promovendo segurança, funcionalidade e autonomia.

Aplicações: Todos os enfermeiros dos serviços de internamento do HOSA

Procedimento:

Pré-Operatório

1º Dia de internamento

Acolhimento:

- Apresentação do enfermeiro e restante equipa;
- Entrega do guia de acolhimento ao serviço;

Entrevista à pessoa:

- Preenchimento/confirmação da folha de colheita de dados;
- Exames complementares de diagnóstico
- Medicação habitual no domicílio
- Condições habitacionais e possíveis barreiras arquitetónicas

Realizar avaliação inicial da pessoa recorrendo a instrumentos de avaliação como:

- Índice de Barthel
- Escala de Berg ou Índice de Tinetti;
- Timed Up and Go Test (TUGT);
- Goniometria;

- Medical Research Council Muscle (MRC);
- Escala visual analógica
- Escala de Braden
- Escala de Morse

Transmitir a informação ao utente sobre:

- Os procedimentos a realizar no pré-operatório;
- A importância de vestuário e calçado adequado;
- Ensino, instrução e treino sobre a utilização de auxiliares de marcha;
- O pós-operatório imediato no sentido de minimizar ansiedade: presença de sonda vesical; soroterapia; penso operatório e sistema de drenagem por vácuo;
- Avaliar o estado cognitivo da pessoa e os seus receios relativos á intervenção cirúrgica;
- Esclarecer dúvidas, mostrar disponibilidade, estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e gerir expectativas do pós-operatório.

Elaborar processo clínico do Utente:

- Preenchimento/confirmação dos dados do processo de Enfermagem;
- Verificação de exames complementares de Diagnóstico (ECG; Análises; RX Joelho e Tórax)
- Preenchimento da folha de “check-list”
- Resultado dos testes efetuados

Realização / reforço do ensino pré-operatório

Tabela 1- Intervenção do EEER no período pré-operatório.

Pré-Operatório ATJ
Reeducação Funcional Respiratória
<ul style="list-style-type: none">• Em caso de patologia cardiorrespiratória: fazer ensino dirigido;• Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;• Respiração abdómino-diafragmática;• Exercícios de reeducação costal; <p>Tosse dirigida e assistida</p>

Reeducação Funcional Motora				
Exercícios Isométricos				
Contrações isométricas abdominais; Contrações isométricas dos glúteos; Contrações isométricas dos quadricípites Contrações isométricas dos isquiotibiais	Frequência	1 série de 8-10 repetições, 3 a 4 vezes por dia.	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira • Bola • Rolo
Exercícios Isotônicos				
Mobilizações ativas livres/ assistidas/ resistidas dos membros	Frequência	2 séries de 10 repetições, 3-4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira • Bola • Rolo
Mobilizações ativas assistidas/ resistidas do membro a operar de acordo com tolerância da pessoa: Flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão e flexão do joelho; Abdução/adução da articulação coxofemoral (até á linha média do corpo); Flexão/extensão do joelho; Dorsiflexão/ Flexão plantar da articulação tibiotársica.	Frequência	3 séries de 10 repetições, 3-4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira • Bola • Rolo

Fonte: Adaptado de Pinto et al 2025.

Preparação física da pessoa:

Cuidados à pele:

- Observação da integridade cutânea
- Verificação da existência de verniz nas unhas e retirar.

Dieta Alimentar:

- Sopa e fruta assada ou cozida ao jantar;
- Iogurte/chá/leite e bolachas à ceia;
- Jejum após as 00h00.

Prevenção de fenómenos tromboembólicos:

- Administração de heparina de baixo peso molecular (HBPM) segundo prescrição médica.

Administração de pré-medicação- segundo prescrição médica.

- Punção de acesso venoso periférico a pessoas diabéticas e com protocolo de prevenção de endocardites;
- Administrar terapêutica pré-anestésica

Verificação:

Identificação da cama do utente com etiqueta própria;

Preparação de material:

- 2 almofadas pequenas;
- 1 suporte de alívio de pressão das extremidades inferiores (gaiola);
- 1 par de meias de contenção elástica;
- 1 kit de roupa cirúrgica (camisa adaptada para bloco operatório e cueca cirúrgica);

Colocação da placa de jejum operatório.

2º dia de internamento

- Higiene total da pessoa com sabonete líquido PH neutro;
- Recomendação quanto á não aplicação de quaisquer cremes ou desodorizantes;

- Colocação do Kit de roupa cirúrgica;
- Colocação de meia de contenção elástica no membro contralateral ao membro a ser intervencionado;
- Retirar adornos e prótese (dentárias, auditivas, lentes de contacto);
- Avaliar sinais vitais;
- Incentivar a eliminação urinária/intestinal antes da ida para o bloco operatório;
- Colocar a pessoa na cama, previamente limpa e desinfetada, para ser transportado para o BO;
- Administrar terapêutica pré-anestésica e colocar soroterapia em curso nas situações aplicáveis;
- Verificar o processo clínico, exames complementares de diagnóstico e material necessário acompanham a pessoa;
- Conferir com a pessoa a folha de check list, com assinatura do enfermeiro perceptível;
- Às 8h00, transportar a pessoa preparada para a cirurgia em 1º tempo até ao BO, onde será recebido pela enfermeira de Bloco Operatório. Após o primeiro tempo cirúrgico a pessoa é encaminhada ao BO à chamada.

3º dia de internamento (24 horas pós-operatório)

Receção da pessoa vinda do recobro;

Vigilância:

- Estado de consciência
- Posicionamento e correta posição das almofadas
- Sinais vitais
- Integridade e limpeza da imobilização Robert Jones (penso operatório)
- Permeabilidade dos sistemas de drenagem (drenagem por vácuo e drenagem vesical), funcionalidade, características e níveis

- Permeabilidade dos acessos venosos
 - Funcionalidade do DIB Epidural e da integridade do respetivo penso
 - Dor
 - Aparecimento de sinais sugestivos de complicações pós-operatórias:
 - Anestésicos (náuseas, vómitos, prurido, cefaleias)
 - Compromisso neurocirculatório dos membros inferiores (sensibilidade, mobilidade, pulso, temperatura, coloração)
 - Integridade cutânea (a meia de contenção elástica do membro não intervencionado deverá ser retirada para a prestação de cuidados de higiene e verificação da integridade da pele, sendo posteriormente colocada.
 - Valores analíticos
- Promoção da ingestão alimentar (dieta cozidos e grelhados), de acordo com a tolerância da pessoa;
- Assegurar a aplicação local de crioterapia, por períodos e de acordo com prescrição médica;
- Verificação das indicações médicas registadas em diário clínico
- Ensinar, incentivar e supervisionar o utente sobre:
- Uso do trapézio;
 - Mobilização da articulação tibiotársica, para facilitar o retorno venoso
- Posicionamento a adotar:
- Decúbito dorsal com o membro operado em extensão, com uma almofada pequena sob a região do tendão de Aquiles;
 - Restantes decúbitos de acordo com a tolerância da pessoa, mantendo a extensão do membro inferior operado.
- Realizar o primeiro levante o mais precocemente possível, desde que não exista contra-indicação médica:
- Elevar a cabeceira da cama a cerca de 45º

- Avaliar sinais vitais;
- Confirmar se reverteu bloqueio anestésico;
- Despistar rigidez articular e alterações da integridade cutânea;
- Despistar possíveis complicações que possam surgir após o levante (lipotimia, tontura, hipotensão ortostática, náusea, vômito, perturbações da visão; sudorese intensa, dor...);
- Colocar as meias trombofiláticas antes de efetuar o levante;
- Colocar a pessoa sentada na cama com os pés assentes no chão, mantendo o correto alinhamento corporal
- Transferir a pessoa para a cadeira solicitando a sua participação;
- Vigiar e fazer ensino à pessoa de possível edema dos membros inferiores;
- A pessoa deverá ficar sentada o tempo que tolerar, mantendo o membro operado preferencialmente em extensão.
- Iniciar marcha com auxiliar de marcha o mais precocemente possível, acompanhado por EEER ou fisioterapeuta.

Deverá iniciar-se o mais precocemente possível as intervenções de enfermagem de reabilitação á pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho referentes ao período pós-operatório, que se encontram descritas na Tabela 2.

Tabela 2- Intervenção do EEER no período pós-operatório.

Pós-Operatório ATJ				
Ensinar, Instruir e Treinar				
Exercícios Isométricos				
Contrações isométricas abdominais; Contrações isométricas dos glúteos;	Frequência	2 série de 8-10 repetições,	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira

Contrações isométricas dos quadricípites Contrações isométricas dos isquiotibiais		3 a 4 vezes por dia.		
Exercícios Isotônicos				
Mobilização da articulação tibiotársica	Frequência	2 séries de 8 a 10 repetições, 3-4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • Cadeira
Mobilizações passivas do membro operado: - Mobilização passiva da rótula: o EEER, utilizando o polegar e o indicador, mobiliza a rótula da pessoa no sentido céfalo-caudal e latero-medial; - Com o artromotor: movimento de flexão/extensão do joelho, iniciando com 0-30º de amplitude e aumentar progressivamente até 90º de amplitude (se, e de acordo com prescrição médica e tolerância)	Frequência	45 -50 minutos, 2 vezes por dia.	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Artromotor
Posicionamento no leito Decúbito dorsal: manter o joelho em extensão completa com a região poplíteia completamente apoiada sobre a superfície, sem uso de almofada ou rolo por baixo do joelho; Decúbito lateral: manter o membro operado alinhado com o joelho em extensão; Evitar períodos longos na posição de sentado ou com flexão do joelho				
Extensão lombo-pélvica ou meia ponte: 4- Colocar o membro operado em extensão 5- Fletir o membro não operado 6- Usar a força de ambos os membros superiores (cotovelos apoiados na cama) e elevar a região lombo-pélvica	Frequência	2 séries de 8-10 repetições	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • cama

<p>Treino de equilíbrio</p> <p>Sentado:</p> <p>4- sentado na beira da cama</p> <p>5- pés apoiados no chão ou degrau</p> <p>6- dar instruções: levantar os braços para a frente/cima; levantar os braços para a esquerda e para a direita</p>	Frequência	10 repetições 3 a 4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • cadeira
<p>Treino de equilíbrio</p> <p>Sentado</p> <p>6- sentado na cama/cadeira;</p> <p>7- pés para trás abaixo do corpo;</p> <p>8- empurrar com as pernas e os braços, inclinando-se para a frente até chegar á posição de pé;</p> <p>9- Fase inicial: mobilizar os membros e o tronco na posição de pé;</p> <p>10- Fase posterior: sem apoio- agachamentos; ficar apoiado sobre os dedos dos pés após elevar os calcanhares do chão; ficar apoiado nos calcanhares após levantar a ponta dos pés; realizar movimentos de abdução e adução até á linha média; realizar o movimento de flexão e extensão do joelho.</p>	Frequência	10 repetições 3 a 4 vezes por dia	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Cama ou superfície estável
<p>Transferência cama / cadeira</p> <p>Sair pelo lado do membro operado:</p> <p>6- Manter o membro operado em extensão;</p> <p>7- Fletir o membro inferior são e deslizar até á extremidade da cama;</p>				

- 8- Colocar o pé do membro são por baixo do pé do membro operado de modo a suportar o peso do membro e evitar a flexão brusca;
- 9- Rodar o tronco e os membros inferiores até tocar no chão;
- 10- Manter o membro inferior operado em extensão e levantar-se com o auxílio dos membros superiores e membro inferior são;

*para entrar na cama fazer o inverso

Sentar e levantar da cadeira

- 3- Manter o membro inferior operado em extensão antes de se levantar;
- 4- Baixar-se lentamente, utilizando a força dos membros superiores nos braços de apoio da cadeira

*para se levantar fazer o inverso

Uso do Sanitário

Colocar-se de costas para a sanita apoiando uma mão na barra de apoio existente ou na parede;

- 4- Manter a extensão do membro inferior operado, fazendo o mesmo deslizar para a frente;
- 5- Passar o peso para os membros superiores e fletir o membro inferior são;
- 6- Baixar-se lentamente até ficar sentado;

*para se levantar fazer o inverso

Uso de banheira ou poliban

Utilizar barras de apoio;

Tomar banho sentado (banheira: tábua de banho; base de duche: cadeira de banho)

- 3- Primeiro entra o membro são;
- 4- Depois sai o membro operado em extensão

Vestir/ Despir

Vestir:

- 3- Primeiro veste o membro operado;
- 4- Depois veste o membro são;

*para despir fazer o inverso

Marcha com canadianas ou Andarilho

Técnica de marcha a três pontos:

- 5- Avança o andarilho ou canadianas;
- 6- Avança o membro inferior operado até ao nível do auxiliar de marcha;
- 7- Avança o membro inferior são;

8- Mudar de direção virando sobre o lado são

Técnica de marcha a dois pontos:

- 6- Fazer ligeira flexão do membro inferior operado para não tocar no chão;
- 7- Avançar o andarilho ou as canadianas;
- 8- Passar o peso corporal para os membros superiores;
- 9- Dar impulso para avançar com o membro inferior são até ao auxiliar de marcha;
- 10- Mudar de direção sobre o lado são.

Subir escadas

- 4- Avançar o membro inferior são;
- 5- Avançar o membro inferior operado;
- 6- Avançam as canadianas para o degrau onde estão os pés.

Descer escadas

- 4- Avançar as canadianas
- 5- Avançar o membro inferior operado
- 6- Avançar o membro inferior são.

Entrar e sair do carro

- 4- Sentar-se com os membros inferiores de fora do carro;
- 5- Manter o membro operado em extensão;
- 6- Rodar os membros inferiores para dentro do carro

*para sair do carro fazer o inverso.

Apanhar objetos do chão

Utilizar dispositivo auxiliar: pinça;

Evitar ajoelhar-se, se for mesmo necessário:

- 4- Utilizar os membros superiores para se apoiar;
- 5- Membro operado em extensão para trás;
- 6- Fletir a perna não operada.

<p>Exercícios sentado na cadeira/cama</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o membro inferior em extensão e mobilizá-lo com o auxílio do membro inferior são 	<p>Frequência</p>	<p>2 séries de 8 a 10 repetições</p>	<p>Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cama • cadeira
--	---	--------------------------	--------------------------------------	------------------------	---

			3ª 4 vezes dia		
Exercícios ativos do joelho operado	Apoiado numa superfície firme: 3- realizar o movimento de flexão/extensão do membro operado e flexão da coxofemoral; 4- realizar agachamentos.	Frequência	2 séries de 8 a 10 repetições 3ª 4 vezes dia	Recursos	-Cama -Superfície estável

Fonte: Adaptado de Pinto et al 2025.

4º Dia de Internamento (48h pós-operatório)

- Realizar o 1º penso pós-operatório, retirar o sistema de drenagem por vácuo (caso tenha drenado nas últimas 8h um volume inferior ou igual a 15cc, despistando sinais inflamatórios;
- Retirar cateter epidural, após terminar DIB e nunca antes de 6h após a última administração de heparina de baixo peso molecular, verificando a integridade da extremidade do mesmo;
- Avaliar sinais vitais;
- Despistar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Efetuar levante com meias tromboproláticas;
- Desalgaliar 6h após retirar cateter epidural;
- Vigiar primeira micção espontânea;
- Vigiar transito intestinal;
- Retirar soroterapia mantendo acesso venoso periférico obturado para realização de terapêutica via endovenosa, exceto prescrição médica em contrário;
- Vigiar valores analíticos;
- Vigiar sinais e sintomas sugestivos de complicações (úlceras de pressão; Infecção do trato urinário; trombose venosa profunda; Íleo paralítico; infecção respiratória entre outras);
- A pessoa deverá ingerir a dieta alimentar inicialmente prescrita;

- Realizar ensinamentos sobre administração de Heparina de Baixo peso Molecular à pessoa e cuidador;

5º Dia de Internamento (72 horas pós-operatório)

- Remover acesso venoso periférico se terapêutica exclusivamente per-ós;
- Reforçar ensinamentos à pessoa e cuidador promovendo a sua independência e alta precoce;
- Ensinar, instruir e treinar exercícios de equilíbrio; atividades de vida; exercícios ativos do joelho;

Realizar ensinamentos sobre prevenção de quedas:

Evitar o apoio em móveis pequenos ou superfícies instáveis;

Ter atenção aos animais de estimação para não tropeçar;

Calçado:

Utilizar calçado fechado e antiderrapante;

Evitar chinelos ou sapatos de salto alto;

Chão:

Evitar chão molhado;

Retirar ou fixar os tapetes ao chão;

Fixar fios soltos ou espalhados pelo chão;

Iluminação:

Assegurar adequada iluminação em todas as divisões da casa;

Assegurar a iluminação noturna entre casa de banho e quarto;

Ter luz de presença na mesa de cabeceira.

Casa de Banho:

Prepara a roupa antes do início do banho;

Utilizar barras de apoio na parede da casa de banho;

Evitar o chão molhado;

Utilizar cadeira ou banco de apoio no duche;

Utilizar sabonete líquido em vez de sabonete em barra;

Utilizar tapete antiderrapante.

Quarto:

Assegurar que quando estiver sentado na cama, os pés da pessoa tocam no chão.

Andar com Auxiliar de Marcha:

Assegurar o bom estado das borrachas dos auxiliares de marcha;

Arrumar os móveis de modo a permitir a marcha com os auxiliares de marcha.

Dia da Alta Hospitalar

- Entrega da documentação da alta;
- Esclarecimento de qualquer dúvida solicitada pela pessoa e/ou cuidador;
- Entrega da carta de alta de enfermagem onde deve estar descrito o plano de enfermagem de reabilitação efetuado com a pessoa para permitir uma continuidade de cuidados na comunidade

g- APENDICE VI- FOLHETO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Exercícios que pode realizar na sua casa e que vão melhorar a sua flexibilidade e mobilidade muscular e articular

Tenha uma cadeira estável
Pés afastados e apoiados no chão
Costas direitas
Ombros relaxados e alinhados



- Tente sentar a pessoa no chão
- Coloque uma cadeira perto
- Ajude-o a levantar-se colocando-se por trás e segurando com as duas mãos no cinto das calças ou cós das calças








Em caso de queda o que devo fazer?



- Tente sentar a pessoa no chão
- Coloque uma cadeira perto
- Ajude-o a levantar-se colocando-se por trás e segurando com as duas mãos no cinto ou cós das calças

Se a pessoa tiver uma dor muito intensa, localizada e não conseguir mexer-se

NÃO DEVE TENTAR LEVANTÁ-LO.

Nesta situação deve: Pedir assistência médica e manter o idoso quente até chegar ajuda

SE A PESSOA VIVE SOZINHA
Deve ter o telefone fixo num local de fácil acesso.
Idealmente deve trazer consigo o telemóvel (por exemplo numa bolsinha ao peito)

Se após a queda tiver uma dor muito intensa e não conseguir levantar-se o idoso deve pedir ajuda (telemóvel) ou fazer barulho com um objeto para chamar a atenção dos vizinhos.

Referência Bibliográfica

Realizado por EMER Lúcia Marques, nº200490257 ESSATLA
Euf Orientadora: EEFER, Emília Ramos

VAMOS PREVENIR PARA NÃO CAIR



A enfermagem de reabilitação intervém na prevenção de quedas no domicílio, atuando com avaliação, intervenção e educação personalizada para promover segurança e independência

Uma queda pode ter várias consequências para a sua mobilidade e independência

Vamos prevenir!

As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustes na casa e no estilo de vida.

- Evitar o apoio em móveis pequenos ou superfícies instáveis;
- Ter atenção aos animais de estimação, para não tropeçar.

Calçado e vestuário

- Utilizar calçado fechado e antiderrapante
- Evitar chinelos ou sapatos de salto alto.
- As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece. Retire também os cintos dos roupões para que não tropece

Chão

- Evitar chão molhado;
- Retirar ou fixar os tapetes ao chão;
- Fixar fios soltos e objetos espalhados pelo chão.

Iluminação

- Assegurar adequada iluminação de todas as divisões da casa;
- Assegurar iluminação noturna entre casa de banho e quarto;
- Ter luz de presença na mesa de cabeceira.
- Garantir a iluminação das escadas

Casa de Banho

Preparar a roupa antes do início do banho; Se possível utilizar barras de apoio na parede da casa de banho;

Evitar chão molhado;

Utilizar cadeira ou banco de apoio no banho;

Utilizar sabonete líquido em vez de sabonete em barra;

Utilizar tapete antiderrapante.

Alteador de sanita se for muito baixa

Quarto

Assegurar que quando estiver sentado na cama, os pés da pessoa tocam no chão.

Cadeira deve ter descanso para os braços e uma altura que permita à pessoa estar sentada com os dois pés no chão e com os joelhos dobrados a 90°;

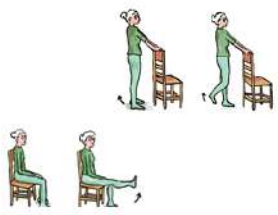
Andar com auxiliar de marcha

Deve estar adaptado à altura da pessoa. Assegurar o bom estado de borrachas de auxiliares de marcha; Arrumar os móveis de modo a permitir andar com auxiliar de marcha.

Verifique periodicamente se a cadeira de rodas mantém as condições de segurança: pneus e sistema de travagem. Trave sempre a cadeira de rodas e remova os descansos de pés antes das transferências.

EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício ajuda a que o idoso se movimente melhor e tenha menor risco de queda.



O enfermeiro de reabilitação ajuda a tornar a sua casa mais segura e sua vida mais ativa!

h- APENDICE VII- GUIÃO PARA CONTACTO TELEFÓNICO

Guião para Contacto telefónico após alta

Contextualização

A pessoa submetida a ATJ, ao longo de todo o processo, vivencia uma fase de transição saúde-doença marcada por alterações significativas na sua qualidade de vida, particularmente no domínio da mobilidade funcional. (Constantina Silva Pinto, 2024).

O EEER implementa um programa de reabilitação individualizado e centrado na pessoa, de acordo com as respostas humanas identificadas, visando a continuidade de cuidados e mostrando-se um facilitador no processo de uma transição segura para o domicílio no momento da alta (Nicolau, 2021; Baixinho, 2020). Nesta perspetiva, a capacitação com a pessoa submetida a ATJ deve ocorrer ao longo do período péri-operatório, prolongando-se ao momento da alta clínica (Constantina Silva Pinto, 2024).

O tempo médio de internamento da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho tende a ser reduzido, o que reforça a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no processo de ensino, instrução e treino funcional. Esta atuação visa maximizar as capacidades da pessoa, assegurando a continuidade do processo de reabilitação em regime ambulatorio. A eficácia dessa continuidade está diretamente relacionada com o sucesso da capacitação da pessoa, sendo que o desenvolvimento de competências para a

realização dos autocuidados, bem como para a prevenção e identificação precoce de complicações, constitui um fator determinante na transição segura e eficaz entre os contextos hospitalar e domiciliário. (Lourenço et al., 2021)

Segundo Mendes et al. (2017), as transições entre estados de saúde e diferentes contextos, como ocorre no momento da alta hospitalar para o domicílio, expõem a pessoa a riscos de perda de continuidade dos cuidados. Esta vulnerabilidade exige atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, sendo fundamental que a continuidade de cuidados seja assegurada através de uma preparação estruturada e antecipada do processo de alta, com foco na segurança, autonomia e capacitação da pessoa e da sua rede de apoio.

Segundo Petronilho et al. (2021), uma prática profissional concebida numa lógica de continuidade de cuidados e centrada na pessoa, focada no planeamento do regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado tem potencial para alcançar resultados positivos. A ação do enfermeiro na antecipação do regresso a casa deve ser uma preocupação central no planeamento dos cuidados para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados. Este cuidado de transição

deve iniciar-se no momento da admissão, segue durante a alta e permanece no regresso a casa (Baixinho ~~et~~ al., 2019).

Com o objetivo de monitorizar a transição segura dos cuidados hospitalares para o domicílio da pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho, sob responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), foi elaborado o presente instrumento de apoio à intervenção telefónica pós-alta. Este documento orienta a abordagem das temáticas prioritárias, alinhadas com os objetivos previamente definidos no plano de cuidados. O contacto telefónico visa assegurar a continuidade de cuidados, acompanhar a evolução da recuperação, reforçar as estratégias de reabilitação e permitir a identificação precoce de sinais de alerta ou complicações.

Objetivo Geral: Assegurar uma continuidade de cuidados, visando uma transição segura após alta hospitalar tendo como principal foco a capacitação para o autocuidado e independência nas AVD.

Objetivos específicos:

- 1- Avaliar o estado geral da pessoa, medos, inseguranças, ansiedade e preocupações decorrentes do regresso a casa e dar orientações que roforcem a confiança, autonomia e independência.
- 2- Avaliar a recuperação após ATJ, o controlo da dor e a gestão do regime terapêutico;
- 3- Identificar possíveis complicações, como sinais de infeção da ferida cirurgica, sinais de TVP;
- 4- Avaliar a adesão ao programa de reabilitação, como a realização dos exercícios musculo-articulares prescritos, dúvidas na sua realização; confirmar e reforçar as medida de prevenção de acidentes (piso escorregadio, calçado e vestuário inapropriado, falta de iluminação; estado dos auxiliares de marcha; ;
- 5- Promover a independência no autocuidado, identificando dificuldades que estejam a ocorrer na higiene, tranferencias, entrar e sair do carro;
- 6- Reforçar a confiança da passoa para a independência dos autocuidados e a importância do cumprimentos do plano de reabilitação.

Referências Bibliográficas:

Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2020). Do hospital para a comunidade: A transição (in)segura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e35797. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>

Constantina Silva Pinto, P. S. (2024). *Enfermagem de reabilitação na capacitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho* [Relatório profissionalizante de Mestrado, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório Científico da ESSATLA. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1529>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Org.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 281–328). Lidel.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções para a prática de enfermagem*: (pp. 67–75)

Mendes, F. R. P., Gentil, 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841–853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>

ANEXOS

**Anexo I- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO LABORATÓRIOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM
ORTOTRAUMATOLOGIA**



CERTIFICADO

Certifica-se que a Enfermeira **Lúcia M^a da Silva Mendes Marques**, Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da ESSATLA participou no Curso "Laboratórios de Enfermagem de Reabilitação em Ortopneumatologia" nos seguintes temas:

- Laboratório 1 - Reabilitação do utente submetido a Artroplastia da Anca e do joelho - o que há de novo
- Laboratório 2 - Reabilitação no pré-operatório em ortopneumatologia
- Laboratório 3 - Reeducação funcional respiratória no utente cirúrgico
- Laboratório 4 - Reeducação funcional respiratória no pós-operatório imediato
- Laboratório 5 - A criatividade na implementação de um plano de reabilitação

Realizado no Hospital Ortopédico de Sant'Ana, de 20 outubro a 16 de novembro de 2025 com a duração de vinte uma horas.

Hospital Ortopédico de Sant'Ana, 26 de novembro de 2025.

PI'o Núcleo de Formação

**Helena
Maria Soares**

Assinado de forma digital
por Helena Maria Soares
Dados: 2025.11.26
15:02:23 Z

Mod. HOSA-71/2021

**Anexo II- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: “NEUROREABILITAÇÃO: FOCO DE
INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”**



COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO

Para os devidos efeitos comprova-se que/o Senhor/a Enfermeiro/a **LÚCIA MARIA DA SILVA MENDES** membro nº **80924** desta Ordem, está inscrito/a no/a "Webinar - Neuroreabilitação: Foco de intervenção em Enfermagem de Reabilitação", que decorrerá no/s dia/s no dia **17 de Dezembro de 2025**, no/a Plataforma digital "Cisco Webex Events", em Lisboa.

Lisboa, 17 de Dezembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Anexo III- PUBLICAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: “Eficácia de intervenções baseadas em realidade virtual e aumentada no treinamento de cuidadores informais de pessoas com demência: uma revisão rápida”



Autonomous City of Buenos Aires, March 21, 2025

Dear researcher,

Through this letter, we certify the acceptance of the scientific article entitled *"Effectiveness of virtual and augmented reality-based interventions in training informal carers of people with dementia: a rapid review"*, authored by *Tiago Branco, Lúcia Marques, Marta Andrade, Isabel Rabiais, João Tomás, Sandy Severino, Helena José, Luís Sousa*, following the peer review process in the journal **Gamification and Augmented Reality**.

The article has been published on the journal's website with the persistent identifier: <https://doi.org/10.56294/gr2025109>.

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.

Gamification and Augmented Reality 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,



Dr. Adrián Alejandro Vitón-Castillo
Editorial Salud, Ciencia y Tecnología
<https://gr.ageditor.ar/index.php/gr>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7811-2470>

William
Castillo-
González

Firmado digitalmente
por William Castillo-
González
Fecha: 2025.03.21
11:31:44 -03'00'

Anexo IV - PUBLICAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: “Reabilitação Intervenções de enfermagem que facilitam a continuidade do cuidado entre hospitais e comunidades”















Nursing Depths Series. 2025; 4:405
doi: 10.56294/nds2025405



SHORT COMMUNICATION

Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings

Intervenciones de enfermería de rehabilitación que facilitan la continuidad de los cuidados entre el hospital y la comunidad

Ana Margarida Gomes^{1,2}  , Lúcia Marques^{1,3}  , Susana Barreiros^{1,4}  , Sofia Ribeiro^{1,2}  , Nelson Guerra^{1,5}  , Luís Sousa^{1,5,6}  , Sandy Severino^{1,7}  

¹Higher School of Atlantic Health, Atlantic University, Nursing Department. Barcarena, Portugal.

²Santa Maria Local Health Unit, Santa Maria Hospital. Lisboa, Portugal.

³Armed Forces Hospital. Lisboa, Portugal.

⁴Amadora-Sintra Local Health Unit, Continuous Community Care Unit - Sintra Saludem. Sintra, Portugal.

⁵RISE - Health Research Network. Porto, Portugal.

⁶Comprehensive Health Research Centre, University of Evora, Évora, Portugal.

⁷Nursing Research Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Nursing School of Lisbon (ESEL). Lisbon. Portugal.

Cite as: Gomes AM, Marques L, Barreiros S, Ribeiro S, Guerra N, Sousa L, et al. Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings. *Nursing Depths Series*. 2025; 4:405. <https://doi.org/10.56294/nds2025405>


Submitted: 18-01-2025

Revised: 02-04-2025

Accepted: 12-07-2025

Published: 13-07-2025

Editor: Dra. Mileydis Cruz Quevedo 

Corresponding author: Ana Margarida Gomes 

ABSTRACT

The transition from hospital to community care should begin during hospitalization and requires structured and collaborative planning. In this context, the Rehabilitation Nurse Specialist plays a key role in outlining a transdisciplinary plan that ensures continuity and effectiveness of care, promoting the client's autonomy and responding to their needs and those of the caregiver. This critical-reflective study analyzed relevant studies on the subject, with the aim of identifying interventions that can be implemented by the Rehabilitation Nurse Specialist to ensure a safe transition between different care settings. The results show that formal