

**MESTRADO**  
Enfermagem de Reabilitação

## **Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação**

Susana Barreiros  
**2026**



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**  
**Relatório de Estágio Profissionalizante**

**Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar:  
Contributos da Enfermagem de Reabilitação**

**Realizado por:**

Susana Barreiros (n.201893325)

**Orientação:**

Professor Doutor Nelson Guerra

Barcarena, 2026



A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho académico.



“A enfermagem não é apenas cuidar; é permitir que cada pessoa alcance o seu melhor possível.”  
— *Florence Nightingale*



## Agradecimentos

A realização deste relatório final de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação representa o culminar de um percurso académico e profissional profundamente desafiante, transformador e enriquecedor. Nenhuma etapa teria sido possível sem o contributo, a presença e o apoio de várias pessoas e instituições, às quais expresso o meu sincero reconhecimento.

Agradeço, em primeiro lugar, à Escola Superior de Saúde Atlântica, pelo ensino, pela exigência académica e pelo compromisso com a formação de profissionais capazes de intervir com rigor e espírito crítico.

Ao meu Professor Orientador, Professor Doutor Nelson Guerra, manifesto gratidão pela orientação, pela disponibilidade, pelos desafios colocados e pelo rigor científico que sempre incentivou.

Aos enfermeiros especialistas e equipas de Enfermagem de Reabilitação que me acolheram nas diferentes unidades de estágio — Unidade de Cuidados Continuados Integrados, Ortopedia e Pneumologia — agradeço profundamente pela partilha generosa de conhecimento, pela supervisão próxima e pelo exemplo de profissionalismo. Cada ensinamento, momento de reflexão conjunta e intervenção realizada ao lado destes profissionais moldou de forma decisiva a minha identidade enquanto futura Enfermeira Especialista.

Às pessoas e famílias que acompanharam o meu percurso clínico, deixo um agradecimento especial. A confiança demonstrada, a disponibilidade para colaborar e as histórias de vida partilhadas constituíram aprendizagens insubstituíveis, que ultrapassam qualquer manual técnico. São eles a verdadeira razão e motivação para o exercício da Enfermagem de Reabilitação.

Há minha família, agradeço por todo o apoio, paciência e incentivo ao longo deste percurso. A compreensão nos momentos de ausência, o apoio constante e a força emocional permitiram-me manter o foco e a motivação mesmo nos períodos mais exigentes.

Por fim, a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste relatório e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, deixo o meu sincero obrigada.

Cada contributo teve impacto e cada palavra de incentivo reforçou este caminho que agora culmina, mas que representa apenas o início de uma prática especializada, ética, refletida e orientada para a capacitação das pessoas em processo de reabilitação.

A todos o meu profundo obrigada!

Relatório de Estágio Profissionalizante - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação –  
Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**AVD** - Atividades da Vida Diária

**AIVD** - Atividades Instrumentais da Vida Diária

**CATR** - Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

**CDTR** - Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios

**DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EE** - Enfermeiro Especialista

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

**ESSATLA** - Escola Superior de Saúde Atlântica

**FITT-VP** – Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo, Volume e Progressão

**GOLD** - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung

**MRC** - Medical Research Council Scale

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PTA** - Prótese Total da Anca

**RFR** - Reabilitação Funcional Respiratória

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RNAO** - Registered Nurses' Association of Ontario

**RR** - Reabilitação Respiratória

**SWOT** - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

**UCCI** - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

**UMDR** - Unidade de Média Duração e Reabilitação



## **Resumo**

### **Enquadramento:**

O presente relatório de estágio integra o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado e da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, tendo como finalidade sistematizar os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas ao longo deste processo. O relatório centra-se na análise crítico-reflexiva da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), desenvolvida em diferentes contextos clínicos — Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), Ortopedia e Pneumologia — evidenciando a sua intervenção junto de pessoas com necessidades complexas, nomeadamente em processos de reabilitação prolongada, recuperação funcional pós-cirúrgica e gestão da doença respiratória crónica. Este percurso contribuiu, simultaneamente, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

### **Objetivo:**

Descrever e analisar 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 em Enfermagem de Reabilitação, com enfoque na promoção da funcionalidade, na capacitação da pessoa e na garantia de continuidade e segurança dos cuidados nas transições entre contextos assistenciais.

### **Metodologia:**

Adotou-se uma metodologia de natureza reflexiva e descritiva, sustentada na revisão da literatura científica e normativa relevante e na análise crítica das experiências vividas nos diferentes contextos de estágio, com especial destaque para o estágio profissionalizante. A reflexão estruturada incidiu sobre as atividades desenvolvidas, os desafios enfrentados e as estratégias adotadas, tendo como eixo central a implementação do Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, orientado por evidência científica, referenciais da Ordem dos Enfermeiros e boas práticas internacionais.

### **Resultados:**

O desenvolvimento progressivo das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre traduziu-se em resultados positivos ao nível da prática clínica, evidenciados por ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente na melhoria da funcionalidade, independência e capacidade de autogestão das pessoas acompanhadas. Estes

resultados foram sustentados por avaliação funcional sistemática, monitorização de indicadores clínicos, bem como pela valorização dos desfechos e experiências relatados pelas pessoas e cuidadores.

**Conclusão:**

A aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EEER, bem como das competências associadas ao grau de Mestre, encontram-se demonstradas neste relatório através de uma análise estruturada, fundamentada e reflexiva do percurso formativo realizado. O estágio revelou-se determinante para a consolidação de uma prática autónoma, ética e baseada na evidência, reforçando o papel do EEER na promoção da funcionalidade, da independência e da qualidade de vida das pessoas ao longo do continuum de cuidados.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Competências do Enfermeiro Especialista; Funcionalidade; Capacitação; Transições em saúde.

## **Abstract**

### **Background:**

This internship report integrates the educational pathway developed within the Master's Degree and Specialization in Rehabilitation Nursing and aims to systematize the knowledge acquired and competencies developed throughout this process. The report focuses on the critical and reflective analysis of the practice of the Rehabilitation Nurse Specialist, carried out in different clinical settings—Integrated Continuing Care Unit, Orthopedics, and Pulmonology—highlighting interventions addressed to people with complex needs, particularly in prolonged rehabilitation processes, post-surgical functional recovery, and chronic respiratory disease management. This pathway simultaneously contributed to the attainment of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing.

### **Objective:**

To describe and critically analyze the development of common competencies of the Nurse Specialist, specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist, and competencies inherent to the Master's Degree in Rehabilitation Nursing, with a focus on promoting functionality, empowering individuals, and ensuring continuity and safety of care during transitions between care settings.

### **Methods:**

A reflective and descriptive methodology was adopted, supported by a review of relevant scientific and normative literature and a critical analysis of clinical experiences developed across different internship contexts, with particular emphasis on the professional internship. Structured reflection focused on the activities performed, challenges encountered, and strategies implemented, with the Rehabilitation Nursing Care Plan serving as the central element guiding evidence-based practice.

### **Results:**

The progressive development of Nurse Specialist and Master's level competencies resulted in positive outcomes in clinical practice, evidenced by health gains sensitive to rehabilitation nursing care, particularly improvements in functionality, autonomy, and self-management capacity of the individuals receiving care. These outcomes were supported by systematic functional assessment, monitoring of clinical indicators, and the integration of patient-reported outcome measures (PROMs) and patient-reported experience measures (PREMs).

**Conclusion:**

The acquisition and consolidation of common and specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist, as well as competencies associated with the Master's Degree, are demonstrated in this report through a structured, evidence-based, and reflective analysis of the educational pathway undertaken. The internship proved to be essential for consolidating an autonomous, ethical, and evidence-based professional practice, reinforcing the role of the Rehabilitation Nurse Specialist in promoting functionality, autonomy, and quality of life throughout the continuum of care.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Nurse Specialist Competencies; Functionality; Empowerment; Care Transitions.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>19</b>
<b>Enquadramento .....</b>	<b>23</b>
Apreciação dos contextos .....	23
O papel facilitador da Enfermagem de Reabilitação na continuidade e segurança dos cuidados na alta hospitalar .....	29
Enquadramento Clínico.....	38
Enquadramento Teórico .....	42
Teoria do Défice de Autocuidado – Dorothea Orem .....	44
Modelo de Adaptação – Callista Roy .....	46
Teoria das Transições – Afaf Meleis.....	48
<b>Análise critico-reflexiva das competências .....</b>	<b>56</b>
Competências comuns do Enfermeiro Especialista .....	57
Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	66
Competências do Grau de Mestre .....	75
<b>Análise SWOT.....</b>	<b>79</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>82</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>84</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>88</b>
<b>Apêndice 1-</b> Relato de Caso Clínico em contexto Comunitário: “Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC” .....	89
<b>Apêndice 2-</b> Relato de Caso Clínico em contexto hospitalar: “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na continuidade de cuidados do doente ortopédico na transição do hospital ao domicílio.” .....	130

<b>Apêndice 3</b> - Frames do vídeo: “Como entrar e sair do automóvel após prótese total da anca” .....	200
<b>Anexos</b> .....	<b>203</b>
<b>Anexo 1</b> – Certificado de presença nas 1ª Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da ULSLO. ....	204
<b>Anexo 2</b> – Certificado de participação no workshop “Técnicas minimamente invasivas em Reabilitação” .....	205
<b>Anexo 3</b> - Certificado de participação no Workshop da Associação Alzheimer Portugal, “Demências” .....	206

## Introdução

De acordo com as orientações definidas pela Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação acreditado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), a realização de um Estágio Profissionalizante constitui uma etapa essencial do processo formativo. Este período visa integrar a teoria com a prática clínica especializada, permitindo desenvolver, demonstrar e consolidar as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Neste sentido, o presente relatório tem como finalidade documentar, analisar e refletir criticamente sobre o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos de estágio — Serviço de Ortopedia e Traumatologia em contexto hospitalar, Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Serviço de Pneumologia em contexto hospitalar — evidenciando aprendizagens significativas, desafios e contributos para o desenvolvimento profissional.

A elaboração deste relatório assume particular relevância enquanto exercício de síntese, reflexão crítica e autoavaliação. Através da revisão sistemática das experiências vivenciadas, foi possível identificar competências desenvolvidas, necessidades de melhoria, estratégias adotadas e lacunas ainda existentes, num processo contínuo de construção do pensamento clínico e de responsabilização profissional. Esta reflexão aprofundada permitiu reforçar a integração entre teoria e prática, consolidar competências técnicas, relacionais e ético-legais, e estruturar uma visão profissional alinhada com os princípios de uma prática baseada na evidência, tal como preconizado pela OE (OE, 2023).

Importa destacar que este percurso formativo foi enriquecido pela minha experiência profissional enquanto Enfermeira numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Embora este não tenha sido o contexto onde decorreu o estágio, esta vivência contribuiu para uma maior sensibilidade às dificuldades enfrentadas pelas pessoas e famílias aquando da transição do hospital para o domicílio. A observação frequente de limitações funcionais, insegurança na marcha, défices de autogestão e necessidades educativas não totalmente colmatadas, reforçou a pertinência de desenvolver competências em reabilitação que promovam transições mais seguras, estruturadas e centradas na pessoa (Meleis, 2010).

Neste enquadramento, foi-se delineando uma questão orientadora que estruturou o meu pensamento crítico ao longo de todo o percurso formativo: *de que forma o meu contributo, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pode impactar efetivamente a continuidade e a segurança dos cuidados no momento da alta hospitalar?* Esta interrogação emergiu da constatação, em diferentes contextos, de que a transição hospital–domicílio constitui um momento de elevada vulnerabilidade clínica e organizacional. Assim, procurei analisar se a minha intervenção diferenciada — assente numa avaliação funcional sistemática, no planeamento individualizado de cuidados, na capacitação da pessoa e do cuidador e na preparação antecipada da alta — se traduz em ganhos concretos em saúde, maior autonomia e redução de riscos no período pós-alta. Esta questão orientadora atravessa todo o relatório e sustenta a reflexão desenvolvida, permitindo avaliar criticamente de que modo as decisões clínicas e estratégias implementadas contribuíram, de forma consistente e fundamentada, para transições mais seguras, estruturadas e centradas na pessoa.

No contexto comunitário, o estágio decorreu numa UCCI da região da grande Lisboa, onde foi possível acompanhar pessoas com necessidades prolongadas de reabilitação, frequentemente na sequência de eventos incapacitantes, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Este contexto reforçou a importância da avaliação multidimensional, do treino motor orientado para atividades significativas e da promoção da autonomia funcional, em consonância com modelos teóricos como a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) e a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010). A intervenção centrada na funcionalidade e no treino de marcha em superfícies diversas demonstrou-se essencial para a prevenção de quedas e para o fortalecimento da autoconfiança da pessoa (Apêndice 1) (Mehrholtz et al., 2017; Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011).

O estágio no serviço de Ortopedia e Traumatologia permitiu aprofundar conhecimentos e adquirir competências no acompanhamento de pessoas submetidas a Prótese Total da Anca (PTA). O Relato de Caso Clínico (Apêndice 2) desenvolvido neste contexto evidencia a complexidade da intervenção junto de uma pessoa com antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e ablação pulmonar, cuja reabilitação exigiu uma abordagem integrada, envolvendo treino funcional, educação terapêutica e vigilância respiratória, alinhada com o Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015). Este contexto permitiu aplicar a melhor evidência científica disponível e desenvolver estratégias orientadas para a capacitação da pessoa e do cuidador, fundamentais para uma transição segura para o domicílio.

O estágio no serviço de Pneumologia em contexto hospitalar permitiu adquirir competências específicas no âmbito da Reabilitação Respiratória (RR), uma intervenção amplamente reconhecida pela evidência científica e com impacto significativo na qualidade de vida, tolerância ao esforço e autogestão da doença respiratória crónica (Spruit et al., 2013). A integração em programas de treino ventilatório, técnicas de higiene brônquica, conservação de energia e monitorização cardiorrespiratória reforçou o papel do EEER como elemento fundamental na equipa multidisciplinar, contribuindo para a estabilidade clínica e funcional das pessoas internadas.

A articulação entre os diferentes contextos de estágio e a experiência profissional prévia permitiu construir uma visão holística do papel do EEER, destacando a importância da tomada de decisão clínica fundamentada, do planeamento de cuidados diferenciados e da promoção da continuidade de cuidados após a alta. Este relatório, mais do que um requisito avaliativo, constitui uma oportunidade de reflexão aprofundada sobre o percurso académico e clínico, consolidando as bases para uma prática especializada segura, competente e centrada na pessoa.

Os objetivos de aprendizagem definidos para o Estágio Profissionalizante visaram assegurar o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEER, em conformidade com o Perfil de Competências da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023). Assim, foram estabelecidos como objetivos gerais:

- Integrar conhecimentos teóricos e práticos na prestação de cuidados especializados de reabilitação;
- Demonstrar capacidade de avaliação clínica avançada;
- Planear, implementar e monitorizar intervenções reabilitadoras individualizadas;
- Reforçar o papel educativo e capacitador na promoção da independência e da continuidade de cuidados.

Como objetivos específicos de aprendizagem, propus-me a:

- Desenvolver competências de avaliação funcional e respiratória, utilizando instrumentos validados e adequados aos diferentes contextos clínicos;
- Implementar intervenções de reabilitação orientadas para a recuperação da mobilidade, treino de marcha, equilíbrio e capacidade respiratória;
- Promover estratégias de educação terapêutica dirigidas à pessoa e à família, reforçando a autogestão e a segurança no domicílio;

- Fundamentar a prática clínica em evidência científica atual, articulando os referenciais teóricos com as necessidades reais das pessoas acompanhadas;
- Refletir criticamente sobre o desempenho profissional, identificando áreas de melhoria e consolidando competências essenciais ao exercício autónomo e especializado do EEER.

Seguindo as normas orientadoras da Unidade Curricular, este relatório é constituído por: Introdução; Análise dos Contextos de Estágio; Enquadramento Conceptual; Análise Crítico-Reflexiva das Competências; Análise SWOT; e Conclusões, incluindo ainda os respetivos Apêndices e Anexos. O documento foi elaborado de acordo com as normas da American Psychological Association (7.ª edição).

## **Enquadramento**

### **Apreciação dos contextos**

Durante o percurso formativo do Estágio Profissionalizante em Enfermagem de Reabilitação, foram realizados três períodos de prática clínica em contextos distintos, permitindo o contacto com diferentes perfis de complexidade, abordagens terapêuticas e equipas multidisciplinares. Esta diversidade contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das competências específicas e comuns do EEER, em alinhamento com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015; OE, 2023).

#### **Estágio em Unidade de Cuidados Continuados Integrados**

O primeiro período de estágio decorreu numa UCCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), localizada na região da Grande Lisboa, no período de 12 de maio a 19 de julho, completando as 231 horas de estágio preconizadas pela ESSATLA.

A UCCI em questão é uma referência regional nas áreas de Reabilitação Global, Lesão Cerebral, Reabilitação Física e Motora. O seu funcionamento assenta numa equipa multidisciplinar com forte componente terapêutica e reabilitadora.

Este contexto é caracterizado pela prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial a pessoas com perda transitória ou permanente de autonomia, muitas vezes na sequência de doença aguda, agudização de doença crónica ou evento incapacitante, tendo como objetivo principal promover a recuperação funcional possível, possibilitando a transição para o domicílio ou outros níveis de cuidados. (RNCCI, 2006).

O internamento, idealmente de 30 (média duração) até 90 dias (longa duração), tende por vezes a prolongar-se devido à complexidade clínica ou a dificuldades familiares e sociais no planeamento da alta (OE, 2020). A casuística predominante inclui pessoas com sequelas de AVC, fraturas do colo do fémur, défices cognitivos, doenças neurodegenerativas e descompensações de doença crónica. A intervenção prioritária, por parte do EEER, incide no treino funcional, treino de marcha, treino de AVD/AIVD, prevenção de complicações, estimulação sensorial e cognitiva e capacitação da pessoa e do cuidador.

A Unidade é estruturada em quatro pisos e dispõe de uma capacidade total de 83 camas, das quais: 61 camas pertencem à RNCCI (35 em Unidade de Média Duração e Reabilitação e 26 em Unidade de Longa Duração e Manutenção) e 22 camas em regime privado.

A equipa de enfermagem é composta por 33 enfermeiros, dos quais 2 são EEER. Os EEER desempenham aqui um papel fundamental na intervenção multidimensional ao nível motor, cardíaco, respiratório, cognitivo e psicossocial, integrando planos terapêuticos centrados na autonomia, funcionalidade e reintegração social da pessoa.

O ambiente físico apresentava-se relativamente favorável à prática de Enfermagem de Reabilitação. Existiam escadas funcionais, barras de apoio ao longo dos corredores, quadripés, canadianas, bolas terapêuticas e algum material sensorial, permitindo estruturar programas de treino de marcha, equilíbrio e reforço muscular com progressão gradual de complexidade.

Contudo, apesar destes recursos, identifiquei uma lacuna específica entre o treino realizado em piso regular interior e a realidade do domicílio ou do exterior, frequentemente marcado por superfícies irregulares, desníveis e estímulos sensoriais variados. Esta limitação motivou a construção de um tapete com diferentes texturas e pisos, concebido como instrumento intermédio de transição entre o corredor da unidade e o treino no exterior. O desenvolvimento e aplicação deste material permitiram introduzir variabilidade sensorial, promover respostas adaptativas mais realistas e reduzir o risco de queda na fase pós-alta. Este processo evidencia como a identificação crítica de limitações estruturais pode transformar-se numa oportunidade de inovação, reforçando a segurança e a preparação funcional para o regresso à comunidade.

Este estágio, possibilitou o desenvolvimento de competências na avaliação multidimensional, planeamento de intervenções individualizadas e implementação de programas de reabilitação focados na mobilidade, equilíbrio, treino de marcha, força e prevenção de complicações. A articulação diária com a equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) reforçou a importância de práticas colaborativas e centradas na pessoa.

### **Estágio no Serviço de Ortopedia e Traumatologia (Hospitalar)**

O segundo contexto de estágio decorreu num serviço de Ortopedia e Traumatologia de um hospital da região de Lisboa, no período de 9 de setembro a 5 de dezembro, perfazendo um total de 281 horas, onde foi possível acompanhar o internamento de pessoas submetidas a

intervenções cirúrgicas ortopédicas major, nomeadamente a PTA. Este ambiente caracteriza-se por uma elevada rotatividade de doentes, admitidos sobretudo por patologia degenerativa, fraturas osteoporóticas e sequelas de traumatismo sendo estruturado em várias subespecialidades (coluna, anca, joelho, pé/tornozelo, ombro/cotovelo, mão/punho)

O serviço dispõe de 43 camas destinadas ao internamento de doentes ortopédicos e traumatológicos, articulando atividade cirúrgica, consulta externa e apoio à urgência, funciona com uma equipa numerosa e diferenciada. A equipa de enfermagem integra 30 enfermeiros, dos quais 5 são EEER, representando cerca de 17% da equipa

Este contexto revelou-se particularmente pertinente para o desenvolvimento de competências especializadas em mobilização precoce, treino de marcha, prevenção de complicações derivadas da imobilização prolongada e educação terapêutica, áreas fundamentais na prática do EEER.

A articulação entre a estabilidade clínica pós-operatória e a reabilitação motora imediata exigiu a capacidade de avaliar rapidamente a pessoa, identificar riscos, priorizar intervenções e planear cuidados individualizados, competências amplamente descritas no Perfil Profissional do EEER (OE, 2023).

Os recursos materiais disponíveis constituíram uma clara vantagem organizacional. Na sequência da atribuição de um prémio institucional à equipa de Enfermagem de Reabilitação, o serviço foi dotado de diverso material especializado, nomeadamente pedaleiras, bolas terapêuticas, fitas elásticas com diferentes níveis de resistência, pesos para membros superiores e inferiores, para além de escadas, canadianas e andarilhos.

Este investimento material permitiu estruturar planos de reabilitação progressivos e individualizados, ajustando intensidade, carga e complexidade dos exercícios de acordo com o modelo FITT-VP. A possibilidade de graduar resistência e carga facilitou a monitorização objetiva da evolução funcional e potenciou ganhos mensuráveis no curto período de internamento. Assim, os recursos disponíveis constituíram um facilitador direto da segurança da alta, permitindo que a pessoa saísse com melhor capacidade funcional, maior confiança na mobilidade e menor risco de complicações pós-operatórias.

Foi neste contexto que desenvolvi o Relato de Caso Clínico (Apêndice 2), acompanhando uma pessoa submetida a PTA com comorbilidade respiratória significativa (DPOC e antecedente de ablação pulmonar). Esta experiência permitiu integrar componentes ortopédicas e

cardiorrespiratórias, reforçando a importância da abordagem holística e da adaptação das intervenções ao nível de tolerância ao esforço, capacidade ventilatória e segurança funcional.

A colaboração com a equipa multidisciplinar — ortopedistas, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes operacionais e equipa de gestão de altas — dinamizou o processo de aprendizagem e favoreceu decisões clínicas fundamentadas na evidência.

Os EEER desempenham um papel diferenciado na mobilização precoce, treino de marcha, treino de AVD's, prevenção de complicações, planeamento de alta e educação terapêutica estruturada, sendo referência técnica em casos complexos. Também desempenham funções consultivas e formativas dentro da equipa, reforçando a cultura de aprendizagem contínua do serviço.

A elevada complexidade clínica e a diversidade cirúrgica tornam este contexto particularmente relevante para o desenvolvimento de competências em reabilitação ortopédica, mobilidade segura e planeamento da alta centrada na continuidade de cuidados.

### **Estágio em Pneumologia (Hospitalar – Reabilitação Respiratória)**

O terceiro contexto de estágio decorreu num serviço de Pneumologia de uma Unidade Local de Saúde da região metropolitana de Lisboa, perfazendo juntamente com o estágio em Ortopedia um período superior a 300 horas.

A unidade dispõe de 15 camas, distribuídas por seis quartos, incluindo um quarto com duas camas, um quarto individual, um quarto destinado a isolamento sempre que necessário e os restantes quartos com três camas cada. Todos os quartos se encontram equipados com sistemas de pressão positiva. Do total de camas, 12 possuem monitorização por telemetria, cujo sistema de controlo se localiza na sala de enfermagem. A equipa de enfermagem é constituída por 17 profissionais, dos quais quatro são EEER.

A atividade assistencial do internamento de Pneumologia centra-se no diagnóstico, estabilização e tratamento de diversas patologias respiratórias, com particular enfoque nas doenças obstrutivas (como a DPOC e a asma descompensada), doenças do interstício pulmonar (incluindo fibroses e sarcoidose), infeções respiratórias, neoplasias pulmonares e patologias pleurais, tais como derrames pleurais, pneumotórax e empiema. No âmbito da prestação de cuidados, existe a intervenção sistemática de um EEER, assegurando cuidados especializados a todas as pessoas internadas, de acordo com a avaliação individual das suas necessidades, capacidades funcionais e objetivos terapêuticos definidos.

A intervenção do EEER assume um papel central no processo de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e na prevenção de complicações associadas à patologia respiratória e ao internamento.

Em relação aos recursos materiais disponíveis estes eram ligeiramente mais limitados no que nos contextos anteriores. Existiam espirómetros de incentivo, dispositivos técnicos específicos para intervenção respiratória e alguns bastões para mobilização ativa; contudo, verificava-se escassez de materiais simples de apoio ao treino global, como bolas terapêuticas ou bandas elásticas de resistência.

Esta limitação exigiu maior criatividade na adaptação dos exercícios e reforçou a importância do ensino de técnicas que pudessem ser replicadas no domicílio sem recurso a equipamento específico. Paradoxalmente, esta restrição contribuiu para uma intervenção mais centrada na funcionalidade real e na autogestão, valorizando exercícios baseados no peso corporal, controlo respiratório e estratégias de conservação de energia. Ainda assim, a limitação de recursos pode condicionar a progressão do treino e reduzir a variabilidade terapêutica disponível durante o internamento.

Este estágio permitiu aprofundar competências específicas em Reabilitação Respiratória, uma área com forte suporte científico, reconhecida pela sua eficácia na melhoria da tolerância ao esforço, redução da dispneia e fortalecimento da capacidade de autogestão (Spruit et al., 2013; Bourbeau & Bartlett, 2020). As intervenções realizadas incluíram treino ventilatório (respiração diafragmática, lábios semicerrados, controlo da tosse, huffing), higiene brônquica, utilização de dispositivos (espirómetro de incentivo, flutter, cough assist), técnicas de conservação de energia e programas de exercício físico orientados.

O acompanhamento de pessoas com doenças respiratórias crónicas, evidenciou a complexidade física e emocional associada a estas patologias. A prática em contexto real permitiu consolidar conhecimentos teóricos e aplicar estratégias individualizadas, valorizando a avaliação contínua, a monitorização de sinais respiratórios e a adaptação das intervenções ao estado clínico da pessoa.

A minha experiência profissional prévia numa ECCL permitiu-me reconhecer com maior sensibilidade estas fragilidades no processo de transição hospital-domicílio. Esta perspetiva facilitou a identificação precoce de necessidades ocultas, nomeadamente ao nível da educação

terapêutica, adaptação ambiental, capacidade de autocuidado e apoio familiar, reforçando a relevância da intervenção do EEER como elo facilitador de transições seguras (Meleis, 2010).

## **O papel facilitador da Enfermagem de Reabilitação na continuidade e segurança dos cuidados na alta hospitalar**

A alta hospitalar constitui, no percurso terapêutico, um momento de elevada vulnerabilidade, marcado pela transição de um ambiente altamente estruturado para o contexto de vida quotidiano da pessoa. Esta passagem exige reorganização funcional, emocional e social, bem como um reforço da literacia em saúde e da autogestão, aspetos onde o EEER desempenha um papel decisivo. No contexto português, a importância desta intervenção encontra-se sublinhada pela Direção Geral de Saúde (DGS), pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026 e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015, OE, 2023), que reforçam a necessidade de assegurar transições seguras, integradas e sustentadas entre níveis de cuidados.

A prática vivenciada nos três contextos de estágio — UCCI, Ortopedia e Pneumologia — confirma que a continuidade e a segurança da alta não dependem apenas da estabilização clínica, mas sobretudo da capacidade funcional, da gestão do autocuidado, da adaptação ao ambiente e da efetiva coordenação interprofissional. Neste sentido, o EEER atua como facilitador do processo de transição, mobilizando conhecimentos clínicos especializados, competências educativas e estratégias de capacitação alinhadas com a evidência.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis sustenta este entendimento, descrevendo a transição como um processo dinâmico que implica mudança de papéis, de rotinas e de identidade funcional, que deve ser acompanhado por suporte educativo, emocional e técnico (Meleis, 2010). Esta perspetiva foi particularmente evidente nos estágios analisados, onde pessoas com compromissos músculo-esqueléticos, neurológicos ou respiratórios atravessaram mudanças significativas nas suas AVD's, mobilidade, reintegração familiar e participação social.

No contexto de UCCI, observou-se que a continuidade segura dos cuidados depende da avaliação funcional multidimensional, do treino progressivo das AVD/AIVD, do reforço das capacidades remanescentes e do envolvimento da família no processo. Existindo apenas 2 EEER em 33 enfermeiros na unidade, reforça ainda mais a importância da intervenção diferenciada na capacitação para a alta, refletida na utilização sistemática de escalas, treino motor, educação terapêutica e estratégias de adaptação funcional.

As Unidades de Cuidados Continuados Integrados constituem um espaço privilegiado de reabilitação global, onde pessoas com défices complexos necessitam de intervenção prolongada

e multidimensional. A realidade da UCCI vivenciada em estágio destacou a presença de uma equipa numerosa, o que exige do EEER um papel catalisador na padronização da prática, na educação funcional e no planeamento da transição para o domicílio

Neste contexto, a continuidade dos cuidados depende da monitorização diária da evolução funcional, da progressão do treino motor, da estimulação cognitiva e da reeducação das AVD/AIVD's, o que se articula com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2015). A aplicação sistemática de escalas (Barthel, Ashworth, MRC, Berg) e a utilização da Ontologia de Enfermagem (OE, 2024) permitiram identificar focos de atenção prioritários, como equilíbrio, marcha e mobilidade, bem como planear programas individualizados de reabilitação durante o período de estágio. O treino de marcha iniciou-se em ambientes controlados e superfícies lisas, com recurso a auxiliares de marcha como quadripé ou canadianas, evoluindo progressivamente para contextos mais exigentes e próximos da realidade domiciliária. Foram integrados exercícios de marcha em diferentes superfícies, incluindo tapetes sensoriais e pisos com texturas variadas, concebidos e aplicados em contexto de estágio na comunidade como instrumento terapêutico estruturado. A construção do tapete sensorial resultou da necessidade identificada durante a avaliação funcional de promover estímulos proprioceptivos e táteis adicionais, fundamentais para a reeducação do padrão de marcha e para o treino do equilíbrio em pessoas pós-AVC. O planeamento do instrumento teve por base os princípios da progressividade e da segurança, integrando materiais com diferentes graus de textura, densidade e instabilidade, de forma a simular condições reais do ambiente domiciliário e comunitário. A aplicação do tapete sensorial permitiu treinar a adaptação da marcha a superfícies irregulares, estimular o controlo postural e reforçar a confiança da pessoa na mobilidade funcional, facilitando a transferência das aprendizagens realizadas em contexto terapêutico para o quotidiano, objetivo central da Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário.

Paralelamente, foram implementados exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, tais como treino de transferência de peso, manutenção da postura ortostática, mudanças de direção durante a marcha e realização de tarefas em multitarefa. Estas intervenções revelaram-se fundamentais para a redução do risco de queda e para o aumento da segurança na mobilidade, objetivos centrais no processo de reabilitação pós-AVC em contexto comunitário.

A progressão das intervenções seguiu os princípios do modelo FITT-VP, ajustando a frequência, intensidade, tipo, tempo, volume e progressão de acordo com a evolução funcional observada em cada pessoa. A reavaliação periódica permitiu adaptar os planos de cuidados, evidenciando

melhorias graduais na força muscular, no equilíbrio e na autonomia da marcha, conforme descrito também no relato de caso clínico desenvolvido durante o estágio (Apêndice 1).

Para além da dimensão motora, a intervenção como EEER integrou uma forte componente de educação terapêutica e capacitação, dirigida tanto à pessoa como ao cuidador informal. Foram realizados ensinamentos sobre a utilização segura dos auxiliares de marcha, estratégias de prevenção de quedas e adaptação do ambiente domiciliário, com vista a garantir a continuidade dos cuidados após a alta da unidade. Esta dimensão revelou-se essencial para a transferência das aprendizagens realizadas em contexto institucional para o quotidiano da pessoa, contribuindo para uma transição mais segura e sustentada para o domicílio (Coutinho et al., 2021).

A abordagem adotada esteve alinhada com os princípios da neuroplasticidade, que defendem a importância do treino funcional repetitivo, específico e orientado para tarefas significativas na recuperação pós-AVC (Langhorne et al., 2021). O treino de marcha, tal como desenvolvido no período de estágio, assumiu não apenas uma função técnica, mas também um papel estruturante na reconstrução da identidade funcional da pessoa, promovendo independência e confiança.

O papel do EEER revelou-se ainda aquando da capacitação da pessoa e cuidadores para o regresso ao domicílio, minimizando o risco de institucionalização; da promoção da adaptação ao ambiente físico, identificando barreiras arquitetónicas; dos ensinamentos de técnicas de segurança e de autogestão da condição crónica (ex.: gestão da fadiga, prevenção de quedas) da articulação e referenciação para Cuidados de Saúde Primários ou RNCC, garantindo continuidade efetiva.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) é particularmente visível neste contexto: a UCCI funciona como etapa intermédia da transição entre doença aguda e vida domiciliária, sendo o EEER um facilitador fundamental da adaptação progressiva e da reorganização funcional e familiar.

No Serviço de Ortopedia em contexto hospitalar, a alta revela-se um momento crítico devido ao risco acrescido de queda, dificuldades de mobilidade, dor e necessidade de adaptação a novas limitações pós-cirúrgicas. O EEER assume aqui um papel estruturante na mobilização precoce, no treino de marcha, treino de marcha em escadas, na prevenção de complicações (como a luxação da anca após PTA) e na verificação formal da competência da pessoa e do cuidador, garantindo que o regresso ao domicílio ocorre com autonomia suficiente e em segurança. A literatura reforça a importância da atuação do EEER neste contexto. A Registered Nurses'

Association of Ontario (RNAO, 2023) alerta que transições mal preparadas acarretam risco significativo de queda e readmissão; e a evidência de Wainwright et al. (2020) sublinha que programas estruturados de recuperação pós-artroplastia reduzem tempo de internamento e complicações, o que sustenta a pertinência das intervenções de Enfermagem de Reabilitação planeadas e efetuadas, como o método teach-back, os materiais educativos e o follow-up telefónico na 1.<sup>a</sup> semana pós-alta, amplamente descritos no relatório de Ortopedia (Apêndice 2).

A Enfermagem de Reabilitação assume neste contexto, um papel determinante na recuperação funcional, na promoção da independência e na prevenção de complicações em pessoas com alterações músculo-esqueléticas e respiratórias.

Assim, a atuação do EEER integra intervenções motoras, respiratórias e educativas que favoreçam a autogestão e a continuidade dos ganhos funcionais após a alta (RNAO, 2023).

Em pessoas com antecedentes de DPOC e ablação pulmonar, a capacidade respiratória encontra-se frequentemente diminuída, exigindo cuidados de reabilitação integrados e personalizados. O EEER deve monitorizar a SpO<sub>2</sub>, ajustar a intensidade dos exercícios segundo a escala de Borg, aplicar técnicas de higiene brônquica e promover o ensino de estratégias de conservação de energia e posicionamento funcional (OE, 2015; RNAO, 2023).

No contexto do caso clínico desenvolvido durante o período de estágio, estas intervenções assumiram particular relevância devido à coexistência de DPOC e antecedentes de ablação pulmonar. Foram, por isso, implementadas estratégias específicas, como o ensino do Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios (CDTR) e o Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias (CATR), promovendo uma ventilação mais eficaz e prevenindo a acumulação de secreções.

Adicionalmente, a pessoa foi ensinada a distribuir o esforço ao longo das AVD's, aplicando técnicas de conservação de energia — por exemplo, realizar a higiene pessoal sentado, fracionar tarefas domésticas e evitar curvaturas excessivas do tronco, em consonância com as precauções de luxação da anca. O treino ventilatório e o reforço muscular foram integrados no programa FITT-VP, com exercícios de expansão pulmonar e de fortalecimento dos músculos respiratórios, monitorizados pela escala de Borg. Estas intervenções permitiram aumentar gradualmente a tolerância ao esforço, reduzir a dispneia e melhorar a auto percepção da capacidade funcional, demonstrando o impacto direto da Enfermagem de Reabilitação na recuperação integrada e

segura da pessoa com múltiplas condições clínicas (Ribeiro, 2021; Nogueira et al., 2019; GOLD, 2024).

A articulação entre as dimensões músculo-esquelética e respiratória constitui, assim, a base da intervenção em Enfermagem de Reabilitação, garantindo que as limitações ventilatórias não comprometem o treino motor e a autonomia. O plano de cuidados deve, portanto, ser multidimensional, progressivo e centrado nas necessidades reais da pessoa (OE, 2024).

A prática seguiu um modelo de avaliação – intervenção – reavaliação, integrando:

- Avaliação com escalas validadas (Barthel, Berg, Morse, MRC, dor)
- Mobilização precoce, treino de marcha em plano regular e em escadas
- Ensino estruturado com método teach-back
- Verificação formal de competências antes da alta (Lista de verificação: Prevenção de quedas no Domicílio aplicada em Consulta Pré-Operatória, transferências, marcha, posicionamento, tabela de “Verificação de Competências: Reeducação Funcional e Capacitação” aplicada antes da alta)
- Desenvolvimento de materiais educativos (ex.: folheto “Prótese da anca -Entrada e saída do automóvel”; “Cuidados respiratórios em casa: técnicas de higiene brônquica” e o vídeo “Como entrar e sair do automóvel após prótese total da anca” (apêndice 3))
- Contacto pós-alta na 1.ª semana, reforçando a continuidade dos cuidados (voltando a aplicar a tabela de “Verificação de Competências: Reeducação Funcional e Capacitação”)

O EEER, em Ortopedia, desempenha desta forma, um papel que é simultaneamente técnico, ao garantir treino motor adequado e segurança funcional; educativo, ao assegurar que a pessoa compreende restrições, técnicas e cuidados a manter em casa; interprofissional, ao participar em reuniões clínicas, discutindo metas funcionais e articulando alta com equipa médica e serviço social e regulador de risco, ao detetar precocemente fatores que podem comprometer a segurança no domicílio.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem integra-se organicamente neste contexto, dado que o pós-operatório implica temporariamente incapacidade de realizar autocuidados, exigindo intervenção parcialmente compensatória e ensino contínuo (Orem, 1995).

No Serviço de Pneumologia em contexto hospitalar, a continuidade de cuidados envolve desafios adicionais associados à presença de doenças crónicas. Estes doentes apresentam maior

risco de fadiga, intolerância ao esforço, retenção de secreções e exacerbações respiratórias no domicílio. O EEER desempenha um papel facilitador na educação para técnicas de conservação de energia, treino ventilatório, higiene brônquica e gestão de sintomas — competências essenciais para evitar descompensações e garantir a segurança após a alta, conforme preconizado pelas normas de reabilitação respiratória da DGS e recomendações internacionais (GOLD, 2024).

Durante o estágio, foi possível observar que a avaliação respiratória sistemática realizada pelo EEER — incluindo observação do padrão respiratório, auscultação pulmonar, avaliação da eficácia da tosse e tolerância ao esforço — constitui a base para a definição de intervenções individualizadas. A identificação de retenção de secreções e de tosse ineficaz justificou a aplicação de técnicas de desobstrução brônquica, destacando-se o CATR, enquanto intervenção estruturada e centrada na pessoa.

A aplicação do CATR permitiu compreender a importância da sequência organizada entre controlo da respiração, exercícios de expansão torácica e técnica de expiração forçada, promovendo a mobilização e eliminação de secreções de forma eficaz e com menor dispneia associada. Esta técnica revelou-se particularmente relevante em pessoas com DPOC, infeções respiratórias e pós-procedimento pulmonar, situações frequentemente observadas no internamento de Pneumologia, contribuindo para a melhoria da ventilação e prevenção de complicações respiratórias.

Adicionalmente, foi possível aplicar a técnica de Cough Assist em pessoas com tosse ineficaz, fraqueza muscular respiratória ou incapacidade para eliminar secreções de forma autónoma. A utilização deste dispositivo evidenciou o seu papel na simulação de uma tosse eficaz, facilitando a limpeza das vias aéreas e reduzindo o risco de atelectasias e infeções respiratórias. A observação da resposta clínica imediata — melhoria da oxigenação, redução da dispneia e maior conforto respiratório — reforçou a importância desta intervenção como complemento às técnicas manuais de reabilitação respiratória.

Apesar da curta duração do estágio, a experiência permitiu consolidar conhecimentos fundamentais sobre a atuação do EEER em Pneumologia, nomeadamente no que se refere à prevenção de complicações associadas à imobilidade e à insuficiência respiratória, à educação terapêutica e à promoção da segurança na transição para o domicílio. A capacitação da pessoa e da família relativamente à gestão da dispneia, conservação de energia, posicionamento

terapêutico e reconhecimento de sinais de agravamento revelou-se essencial para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação em contexto de Pneumologia articula-se ainda com os princípios da Teoria das Transições, ao reconhecer a hospitalização e a doença respiratória como momentos críticos de mudança, exigindo apoio estruturado para uma adaptação saudável à nova condição funcional (Meleis, 2010). A atuação do EEER enquanto facilitador desta transição traduz-se na promoção da autonomia possível, no reforço da confiança da pessoa na gestão da sua condição respiratória e na redução do risco de readmissão hospitalar.

Neste contexto, destaca-se também o contributo da Teoria de Adaptação de Callista Roy, particularmente na adaptação fisiológica e no equilíbrio entre exigência do esforço e capacidade funcional (Roy, 1984).

Deste modo, as patologias respiratórias constituem um campo de intervenção prioritário para a Enfermagem de Reabilitação, mesmo em contextos de estágio predominantemente observacionais. A experiência vivida permitiu reconhecer que técnicas como o CATR e o Cough Assist, quando aplicadas de forma criteriosa e integrada num plano de cuidados individualizado, têm impacto significativo na funcionalidade respiratória, no conforto da pessoa e na segurança dos cuidados, reforçando o papel do EEER como elemento-chave na reabilitação respiratória e na continuidade dos cuidados.

A transversalidade dos três contextos de estágio, revela que o papel do EEER na continuidade e segurança da alta se organiza em quatro eixos fundamentais:

### **1. Avaliação funcional especializada e identificação precoce de riscos**

O EEER recorre a instrumentos de avaliação validados, como o Índice de Barthel, a escala Medical Research Council (MRC), a Escala de Equilíbrio de Berg, a Escala de Risco de Quedas de Morse, a goniometria e diferentes instrumentos de avaliação respiratória, com o objetivo de caracterizar a capacidade funcional, identificar riscos clínicos e monitorizar a evolução ao longo do processo de reabilitação.

O Índice de Barthel apresenta elevada viabilidade clínica e boa fiabilidade interobservador, sendo amplamente utilizado para avaliar dependência nas atividades básicas de vida diária. Contudo, a sua responsividade é limitada, sobretudo em pessoas com níveis moderados a

elevados de funcionalidade, devido ao conhecido efeito teto, o que reduz a sensibilidade para detetar pequenas mudanças funcionais (Quinn et al., 2011; Ribeiro, 2021). Assim, revela-se mais adequado para caracterização global do grau de dependência do que para monitorização de ganhos funcionais finos.

A escala MRC, utilizada na avaliação da força muscular, apresenta boa fiabilidade e elevada viabilidade, sendo de aplicação simples e rápida. No entanto, por se tratar de uma escala ordinal, possui sensibilidade limitada à mudança, devendo ser complementada por outros métodos de avaliação funcional, como testes de desempenho (Timed Up and Go, Five Times Sit-to-Stand), escalas de funcionalidade global, instrumentos de avaliação do equilíbrio e resistência ao esforço, bem como pela observação clínica estruturada, permitindo uma compreensão mais abrangente da repercussão da força muscular na funcionalidade e autonomia da pessoa (Hermans et al., 2012).

A Escala de Equilíbrio de Berg destaca-se pela sua elevada validade, fiabilidade e responsividade, sendo particularmente sensível na identificação do risco de queda e na monitorização de ganhos em equilíbrio em pessoas pós-AVC e em contexto ortopédico, apesar de exigir maior tempo de aplicação (Blum & Korner-Bitensky, 2008).

A Escala de Morse apresenta elevada viabilidade e utilidade como instrumento de rastreio do risco de queda, embora a sua responsividade seja limitada, uma vez que não foi concebida para avaliar mudanças ao longo do tempo (Morse, 2009).

A goniometria constitui um método de elevada responsividade e sensibilidade à mudança para avaliação da amplitude articular, sendo a sua fiabilidade dependente da padronização do procedimento e da experiência do avaliador (Norkin & White, 2016).

No âmbito da reabilitação respiratória, a avaliação estruturada do padrão ventilatório, da eficácia da tosse e da tolerância ao esforço foi realizada através de observação clínica sistematizada e recurso a instrumentos validados. O padrão ventilatório foi analisado mediante inspeção do tipo de respiração (torácica vs. diafragmática), presença de uso de músculos acessórios, ritmo respiratório e simetria da expansão torácica, complementado pela monitorização da frequência respiratória e da saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>). A eficácia da tosse foi avaliada pela capacidade de mobilização de secreções, força do fluxo expiratório e necessidade de apoio técnico (ex.: Cough Assist), bem como pela auscultação pulmonar pré e pós-intervenção. A tolerância ao esforço foi monitorizada através da Escala de Borg modificada,

observação da dispneia durante atividades funcionais e variação da SpO<sub>2</sub> em contexto de mobilização ou treino ventilatório. Esta abordagem combinada, de elevada viabilidade clínica e aplicabilidade à beira-leito, permitiu identificar limitação ventilatória, risco de fadiga respiratória e necessidade de ajuste das intervenções, em consonância com as recomendações internacionais para a gestão da DPOC (GOLD, 2024).

A utilização integrada e criteriosa destes instrumentos, nos contextos de UCCI, Ortopedia e Pneumologia, permitiu identificar precocemente barreiras à alta segura, como défices de equilíbrio, dificuldades na marcha ou limitação respiratória, sustentando o planeamento individualizado de cuidados e a monitorização dos ganhos funcionais ao longo do processo de reabilitação.

## **2. Planeamento de programas de reabilitação estruturados (FITT-VP)**

A prática clínica em contexto de estágio, demonstrou a aplicação sistemática do modelo FITT-VP, promovendo uma progressão gradual das capacidades motoras e respiratórias. Estas intervenções fundamentam ganhos sensíveis aos cuidados, como melhoria da marcha, aumento da autonomia e redução do risco de queda, essenciais para uma alta segura.

## **3. Capacitação ativa da pessoa e da família**

A educação terapêutica emerge como eixo central da continuidade dos cuidados por parte do EEER, este:

- Ensina técnicas seguras (entrar/sair do carro, marcha com auxiliares de marcha, conservação de energia);
- Adapta a comunicação ao nível de literacia;
- Assegura compreensão por teach-back;
- Entrega materiais educativos estruturados (folhetos, vídeos);
- Treina e valida competências do cuidador.

Estas estratégias demonstraram, na prática, melhorar a autogestão e promover transições bem-sucedidas, tal como descrito nos relatos de caso de UCCI e Ortopedia (Apêndices 1 e 2).

## **4. Articulação interprofissional e interinstitucional**

A continuidade de cuidados requer comunicação efetiva entre serviços — internamento, cuidados primários, rede de cuidados continuados — e entre profissionais. No estágio em contexto do serviço de Ortopedia, a participação em reuniões clínicas e o planeamento de altas, reforçou o papel do EEER como elo entre setores ou serviços. Na UCCI, embora a participação

formal em reuniões tenha sido limitada, esta necessidade foi identificada como área de desenvolvimento futuro, evidenciando o compromisso com a segurança da transição

O papel do EEER na continuidade e segurança dos cuidados na alta hospitalar é estruturante e insubstituível. Através da avaliação especializada, treino funcional, capacitação educativa e articulação entre níveis de cuidados, o EEER atua como facilitador da transição, promovendo independência, funcionalidade, literacia em saúde e adaptação ao domicílio. As experiências vividas nos diferentes contextos de estágios demonstram que esta intervenção é determinante para reduzir riscos, evitar reinternamentos, potenciar a autogestão e assegurar a continuidade dos ganhos após a alta.

## **Enquadramento Clínico**

### **Estágio em Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)**

O AVC constitui uma das principais causas de incapacidade funcional adquirida em adultos, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde e para a organização dos cuidados de reabilitação. Em Portugal, o AVC mantém-se como a principal causa de morte e de incapacidade permanente, com impacto expressivo na autonomia, funcionalidade e qualidade de vida das pessoas afetadas (DGS, 2022). Estima-se que ocorram anualmente em Portugal, cerca de 25.000 a 30.000 novos casos, dos quais uma percentagem significativa evolui com défices motores, sensoriais e cognitivos persistentes, exigindo acompanhamento especializado e continuidade de cuidados após a fase aguda (INE, 2021).

No contexto do estágio em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade, desenvolvido em UCCI, o AVC revelou-se uma das patologias mais prevalentes entre as pessoas acompanhadas, refletindo a realidade epidemiológica nacional. A maioria das pessoas pós-AVC observadas apresentava dependência parcial para as AVD's, alterações da marcha, défices de equilíbrio e redução da força muscular, condicionando a mobilidade funcional e aumentando o risco de queda. Estas limitações evidenciaram a necessidade de intervenções reabilitativas estruturadas, progressivas e sustentadas no tempo, centradas na funcionalidade e na capacitação da pessoa.

As sequelas do AVC resultam da interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral, podendo assumir origem isquémica ou hemorrágica, e manifestam-se frequentemente sob a forma de hemiparesia, alterações do tónus muscular, défices de coordenação e compromisso do controlo

postural. Estas alterações repercutem-se diretamente na capacidade de marcha e na segurança da mobilidade, constituindo um dos principais focos de intervenção da Enfermagem de Reabilitação (Feigin et al., 2021).

Deste modo, o AVC configura-se como uma patologia de elevada relevância para a Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário. A experiência vivida durante o estágio permitiu evidenciar que a atuação especializada do EEER, através da avaliação funcional rigorosa, do treino motor estruturado e da capacitação da pessoa e da sua rede de suporte, é determinante para a maximização da funcionalidade, redução da dependência e promoção de uma reabilitação centrada na pessoa e orientada para a vida em comunidade.

### **Estágio no Serviço de Ortopedia e Traumatologia (Hospitalar)**

No contexto do estágio no serviço de Ortopedia e Traumatologia, destacam-se três áreas clínicas que se apresentaram interligadas em contexto de Relato de Caso Clínico – PTA, DPOC e ablação pulmonar – que exigem uma abordagem integrada e personalizada, centrada na pessoa e na família.

A PTA é uma das cirurgias ortopédicas mais realizadas mundialmente, constituindo uma intervenção eficaz para o alívio da dor e restauração da mobilidade em pessoas com patologia degenerativa da articulação coxo-femoral, como a osteoartrose (Wainwright et al., 2020). O envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida têm conduzido a uma maior incidência deste tipo de procedimentos, sendo estimado que o número de artroplastias da anca duplique até 2050 (WHO, 2021). Esta realidade epidemiológica traduz-se numa elevada necessidade de intervenções estruturadas de reabilitação nos períodos pré e pós-operatório, particularmente orientadas para a preparação da alta hospitalar segura.

Embora a PTA apresente resultados funcionais favoráveis, o sucesso da reabilitação depende da mobilização precoce, da gestão da dor e da prevenção de complicações associadas, nomeadamente a luxação protésica, tromboembolismo e infeção (NICE, 2023). Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel central na avaliação da funcionalidade, no treino de marcha, na reeducação das AVD's e na capacitação da pessoa e cuidador para a alta hospitalar segura (OE, 2015; Ribeiro, 2021).

Importa salientar que uma proporção significativa das pessoas submetidas a PTA apresenta multimorbilidade, nomeadamente doença respiratória crónica, fragilidade ou risco acrescido de

queda, fatores que aumentam a complexidade da transição hospital–domicílio. Dados de registos internacionais de artroplastia confirmam o elevado volume anual de procedimentos e reforçam a relevância da padronização de cuidados perioperatórios e programas de recuperação acelerada (National Joint Registry, 2023). Assim sendo, o Enfermeiro de Reabilitação, assume particular relevância na avaliação funcional sistemática, na monitorização de ganhos sensíveis aos cuidados, na educação terapêutica e na articulação precoce com a rede comunitária, elementos determinantes para reduzir readmissões, prevenir eventos adversos e promover continuidade assistencial.

A DPOC é uma condição respiratória crónica, caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo, geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anómala das vias respiratórias a partículas nocivas ou gases (GOLD, 2024). A doença associa-se a sintomas como dispneia, fadiga, tosse crónica e intolerância ao esforço, interferindo significativamente na funcionalidade, mantendo-se assim entre as principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, representando um problema de saúde pública de elevada magnitude. A Organização Mundial da Saúde identifica a DPOC como uma das principais causas de morte e incapacidade, com impacto significativo na qualidade de vida, na tolerância ao esforço e na utilização recorrente de serviços de saúde (WHO, 2025).

As recomendações internacionais reforçam que a reabilitação respiratória constitui uma das intervenções com maior evidência na melhoria da capacidade funcional, controlo da dispneia e autogestão da doença (GOLD, 2024). Estudos epidemiológicos recentes sublinham ainda que a DPOC é frequentemente subdiagnosticada e coexistente com outras patologias crónicas, potenciando maior vulnerabilidade durante as transições de cuidados (Adeloye et al., 2023). Neste cenário, a intervenção do EEER revela-se fundamental não apenas na aplicação de técnicas respiratórias especializadas, mas também na capacitação da pessoa e do cuidador para o reconhecimento precoce de sinais de agravamento, na promoção da literacia em saúde e na organização de um plano estruturado de alta, contribuindo decisivamente para a segurança clínica e continuidade dos cuidados no domicílio.

Nos contextos cirúrgicos e de reabilitação ortopédica, a DPOC constitui um fator de risco relevante, por aumentar a probabilidade de dessaturação, fadiga precoce e complicações respiratórias no pós-operatório (OE, 2015). O acompanhamento por Enfermagem de Reabilitação deve, portanto, incluir técnicas de conservação de energia, treino ventilatório, higiene brônquica e otimização da tolerância ao esforço, ajustadas à capacidade funcional da pessoa (Silva et al., 2021).

A ablação pulmonar é uma técnica terapêutica minimamente invasiva utilizada no tratamento de neoplasias pulmonares, implicando a destruição tecidual localizada por radiofrequência, micro-ondas ou crioterapia (Ahmed et al., 2019). Apesar de ser uma alternativa menos agressiva à cirurgia convencional, pode provocar redução da função pulmonar, dor torácica e risco de pneumotórax, repercutindo-se na capacidade ventilatória e na tolerância à atividade física (de Baère et al., 2021).

### **Estágio em Pneumologia (Hospitalar – Reabilitação Respiratória)**

As patologias respiratórias crónicas e agudas constituem uma causa relevante de morbilidade, internamento hospitalar e limitação funcional, assumindo particular impacto na população envelhecida e com multimorbilidade. Em Portugal, as doenças respiratórias crónicas, como a DPOC, as doenças do interstício pulmonar e as neoplasias respiratórias, representam um problema de saúde pública significativo, associado a elevados níveis de dependência funcional, readmissões hospitalares e mortalidade precoce (DGS, 2021).

No contexto do estágio em Enfermagem de Reabilitação em Pneumologia, realizado em internamento hospitalar, foi possível observar a complexidade clínica das pessoas internadas, maioritariamente com patologia respiratória crónica descompensada, infeções respiratórias, neoplasia pulmonar ou situação pós-procedimento invasivo, como a ablação pulmonar. Estas pessoas apresentavam frequentemente dispneia, intolerância ao esforço, retenção de secreções, fraqueza muscular e dependência parcial nas atividades de vida diária, condicionando significativamente a sua funcionalidade e autonomia

A patologia respiratória compromete não apenas a função ventilatória, mas também a capacidade funcional global da pessoa, devido à limitação ao esforço, fadiga precoce e medo associado à dispneia. A evidência demonstra que a dispneia constitui um dos principais fatores de limitação da mobilidade e da participação, conduzindo frequentemente à restrição da atividade e ao descondicionamento físico progressivo (GOLD, 2024). Neste contexto, a intervenção da Enfermagem de Reabilitação visa quebrar este ciclo de inatividade, promovendo ventilação eficaz, mobilização precoce e capacitação para a autogestão da doença.

## Enquadramento Teórico

A prática de Enfermagem de Reabilitação é sustentada por modelos e teorias de Enfermagem que orientam o processo de avaliação, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados, garantindo coerência científica, ética e disciplinar à intervenção do EEER. Estes referenciais teóricos permitem estruturar o raciocínio clínico, fundamentar a tomada de decisão e assegurar que a intervenção se desenvolve de forma sistemática, intencional e baseada na evidência, respondendo à complexidade inerente às pessoas em processo de reabilitação.

No presente relatório, optou-se pela integração das teorias de Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis, por se considerar que nenhuma teoria, isoladamente, permite responder de forma adequada à complexidade das pessoas acompanhadas e à diversidade dos contextos clínicos vivenciados ao longo dos estágios. A reabilitação implica uma abordagem holística e dinâmica, uma vez que as pessoas apresentam frequentemente necessidades simultâneas nos domínios motor, respiratório, funcional, emocional, social e educativo, muitas vezes associadas a processos de adaptação e a transições entre diferentes estados de saúde e níveis de cuidados.

As pessoas em processo de reabilitação vivenciam, assim, situações de elevada complexidade, que exigem uma compreensão abrangente da pessoa enquanto ser ativo, dotado de capacidades, recursos e potencial de desenvolvimento, em adaptação contínua e em processo de mudança. Neste sentido, a utilização de múltiplos referenciais teóricos reforça uma prática centrada na pessoa, orientada para a funcionalidade, a autonomia e a continuidade de cuidados, princípios estruturantes da Enfermagem de Reabilitação (Ribeiro, 2021; OE, 2023).

As teorias de Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis pertencem a diferentes escolas de pensamento em enfermagem e enquadram-se em paradigmas distintos, o que constitui uma mais-valia para a prática da Enfermagem de Reabilitação. A diversidade paradigmática não representa uma incoerência conceptual, mas antes um enriquecimento do raciocínio clínico, permitindo ao enfermeiro adaptar a sua intervenção às especificidades da pessoa, do contexto e do momento do processo de reabilitação.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem integra-se no paradigma da integração, centrando-se na pessoa como agente ativo de autocuidado, com capacidade para participar na gestão da sua saúde e na satisfação das suas necessidades básicas e terapêuticas (Orem, 1995). Apesar de não se enquadrar no paradigma mais recente da transformação, a sua escolha

mantém-se plenamente justificada no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a promoção do autocuidado, da autonomia progressiva e da capacitação da pessoa e do cuidador constitui um dos pilares centrais do processo reabilitativo. A teoria de Dorothea Orem oferece um enquadramento claro, operacional e aplicável à prática clínica, permitindo estruturar a intervenção de Enfermagem em função do nível de dependência e das capacidades da pessoa, facilitando a definição de objetivos terapêuticos e a avaliação de ganhos funcionais.

De igual modo, o Modelo de Adaptação de Callista Roy, também integrado no paradigma da integração, conceptualiza a pessoa como um sistema adaptativo em interação constante com o meio, capaz de responder a estímulos internos e externos através de mecanismos fisiológicos e psicossociais (Roy, 1984). Embora não pertença ao paradigma da transformação, esta teoria revela-se particularmente pertinente na Enfermagem de Reabilitação, ao permitir compreender as respostas adaptativas da pessoa face à limitação funcional, dor, fadiga, dispneia e alterações dos papéis sociais. O modelo de Callista Roy orienta o Enfermeiro para a promoção de respostas adaptativas eficazes, ajudando a pessoa a encontrar um novo equilíbrio entre a sua capacidade funcional e as exigências do ambiente, aspeto central nos processos de reabilitação prolongados.

Por sua vez, a Teoria das Transições de Afaf Meleis enquadra-se no paradigma da transformação, distinguindo-se das teorias de Dorothea Orem e Callista Roy ao não se centrar exclusivamente na pessoa enquanto unidade isolada, mas nos processos de mudança vividos ao longo da experiência de saúde-doença, nos contextos em que ocorrem e nas condições que facilitam ou dificultam transições saudáveis (Meleis, 2010). A sua inclusão justifica-se plenamente no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a reabilitação implica inevitavelmente transições complexas — da doença aguda para a condição crónica, do internamento para o domicílio, da dependência para a autonomia possível e da passividade para a participação ativa no cuidado. Esta teoria permite ampliar o foco da intervenção, integrando a preparação para a alta, a clarificação de papéis, a articulação entre níveis de cuidados e a continuidade assistencial.

A conjugação das teorias de Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis permite, assim, integrar de forma complementar a perspetiva da pessoa enquanto agente de autocuidado, do processo de adaptação às limitações funcionais e do acompanhamento das transições em saúde, oferecendo um enquadramento conceptual sólido, abrangente e ajustado à complexidade da prática clínica em Enfermagem de Reabilitação. Esta articulação teórica sustenta uma prática reflexiva, centrada na pessoa e orientada para a promoção da funcionalidade, segurança e

qualidade de vida, conciliando modelos clássicos consolidados com abordagens mais recentes e abrangentes, em consonância com as exigências atuais da Enfermagem Especializada.

### **Teoria do Défice de Autocuidado – Dorothea Orem**

Segundo Dorothea Orem, a Enfermagem tem como objetivo principal ajudar a pessoa a suprir ou compensar os défices de autocuidado, promovendo a sua capacidade para manter a saúde, o bem-estar e a funcionalidade (Orem, 1995). Esta teoria assenta na premissa de que as pessoas possuem, em diferentes graus, capacidade para cuidar de si próprias, sendo a intervenção de Enfermagem necessária quando essa capacidade se encontra diminuída ou temporariamente comprometida. No contexto da Enfermagem de Reabilitação, esta perspetiva revela-se particularmente pertinente, uma vez que o processo reabilitativo visa precisamente potenciar as capacidades remanescentes da pessoa e promover a autonomia progressiva.

A Teoria do Défice de Autocuidado estrutura-se em três sistemas de enfermagem — totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação — que refletem diferentes níveis de dependência e envolvimento da pessoa no cuidado. Estes sistemas permitem ao enfermeiro ajustar a sua intervenção de acordo com a capacidade funcional, cognitiva e emocional da pessoa, constituindo um referencial operativo claro para a prática clínica (Orem, 1995; Ribeiro, 2021).

Na prática de Enfermagem de Reabilitação, esta teoria assume especial relevância por orientar intervenções centradas na capacitação, na educação terapêutica e na promoção da autonomia funcional, pilares fundamentais da reabilitação (OE, 2015). Nos contextos de estágio vivenciados, a minha atuação com futura Enfermeira especialista, situou-se predominantemente nos sistemas parcialmente compensatório e de apoio-educação, refletindo a necessidade de apoiar a pessoa na recuperação funcional, sem substituir indevidamente as suas capacidades.

No contexto comunitário/UCCI, junto de pessoas em fase de reabilitação pós-AVC, a Teoria do Défice de Autocuidado assumiu um papel central na orientação das intervenções do EEER. As pessoas acompanhadas apresentavam, frequentemente, défices na realização das atividades de vida diária, limitações na marcha e dependência parcial, exigindo uma abordagem gradual e ajustada às suas capacidades.

A intervenção baseou-se predominantemente no sistema parcialmente compensatório, apoiando a pessoa na execução de tarefas como o autocuidado, a mobilidade e as transferências, sem comprometer o seu envolvimento ativo. Progressivamente, a atuação evoluiu para o sistema de apoio-educação, promovendo o treino das atividades de vida diária, o ensino da utilização de canadianas ou quadripé e a progressão da marcha em diferentes superfícies, incluindo tapetes sensoriais e pisos com texturas variadas, previamente planeados e construídos como instrumentos terapêuticos.

Esta abordagem permitiu estimular a participação ativa da pessoa no seu processo reabilitativo, reforçando a perceção de competência e promovendo ganhos funcionais sustentados. A teoria de Dorothea Orem revelou-se particularmente útil na definição de objetivos realistas e na avaliação contínua da capacidade de autocuidado, facilitando a adaptação das intervenções ao longo do tempo.

No estágio em Ortopedia, junto de pessoas submetidas a PTA, frequentemente associada a comorbilidades respiratórias, a aplicação da Teoria de Orem revelou-se fundamental para orientar o processo de reabilitação e preparação para a alta hospitalar. A limitação temporária da mobilidade, a dor pós-operatória e o risco de complicações exigiram intervenções que combinassem apoio direto e capacitação progressiva.

Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação atuou maioritariamente no sistema parcialmente compensatório, apoiando a pessoa nas fases iniciais do pós-operatório, nomeadamente no treino de transferências cama-cadeira, na mobilização precoce e no início da marcha com recurso a auxiliares. À medida que a pessoa adquiria maior controlo motor e confiança, a intervenção evoluiu para o sistema de apoio-educação, com enfoque no ensino da utilização correta de auxiliares de marcha, no treino de estratégias seguras para sentar e levantar, e na gestão da fadiga associada à comorbilidade respiratória.

A teoria de Dorothea Orem orientou ainda a educação terapêutica dirigida à pessoa e ao cuidador informal, promovendo a autogestão no domicílio, a prevenção de quedas e a adesão às recomendações pós-cirúrgicas. Desta forma, a teoria sustentou uma abordagem estruturada e centrada na autonomia, contribuindo para uma alta hospitalar mais segura e sustentada.

No estágio em Pneumologia, apesar do carácter maioritariamente observacional, foi possível aplicar pontualmente técnicas específicas de reabilitação respiratória, como o CATR e o Cough Assist, integrando claramente o sistema de apoio-educação proposto por Orem.

A aplicação destas técnicas foi sempre acompanhada de ensino dirigido à pessoa, com explicação dos objetivos, da sequência das manobras e da sua importância na mobilização de secreções e gestão da dispneia. Este processo educativo visou promover a compreensão da técnica e incentivar a sua integração na rotina diária, contribuindo para a autogestão da condição respiratória e para a prevenção de complicações após a alta.

Neste contexto, a Teoria de Dorothea Orem permitiu enquadrar a intervenção do EEER como facilitador da aprendizagem e do autocuidado respiratório, mesmo em situações em que a pessoa apresentava limitações significativas ao esforço. A capacitação progressiva da pessoa revelou-se essencial para reforçar a adesão às estratégias terapêuticas e para promover a continuidade dos cuidados no domicílio.

A aplicação da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem nos diferentes contextos de estágio evidenciou a sua versatilidade e aplicabilidade na Enfermagem de Reabilitação. Ao permitir ajustar a intervenção de enfermagem ao nível de dependência da pessoa e promover a sua participação ativa no cuidado, esta teoria sustentou práticas centradas na autonomia, na educação terapêutica e na funcionalidade. A sua utilização transversal em contexto comunitário/UCCI, Ortopedia e Pneumologia reforça a pertinência deste referencial teórico como suporte estruturante da atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

### **Modelo de Adaptação – Callista Roy**

O Modelo de Adaptação de Callista Roy conceptualiza a pessoa como um sistema adaptativo aberto, em interação contínua com o ambiente, respondendo a estímulos internos e externos através de mecanismos reguladores e cognitivo-emocionais (Roy, 1984). A adaptação é entendida como um processo dinâmico e contínuo, cujo objetivo é manter a integridade da pessoa perante situações de mudança, desafio ou ameaça ao equilíbrio físico, psicológico e social.

Na perspetiva da teórica, os estímulos podem assumir a forma de estímulos focais, contextuais ou residuais, sendo a resposta adaptativa da pessoa influenciada não apenas pela condição clínica, mas também pelas experiências anteriores, pelo suporte social e pelas estratégias de coping disponíveis. Este modelo revela-se particularmente relevante na Enfermagem de Reabilitação, uma vez que o processo reabilitativo implica lidar com múltiplos estímulos

simultâneos, como a dor, a limitação funcional, a dispneia, a fadiga, o medo e a redefinição de papéis sociais (Roy, 1984; Ribeiro, 2021).

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, o Modelo de Adaptação de Callista Roy permite ao enfermeiro compreender e intervir sobre as respostas adaptativas da pessoa face à limitação funcional e à perda temporária ou permanente de capacidades. A atuação do enfermeiro centra-se na identificação de respostas adaptativas eficazes e ineficazes, promovendo intervenções que facilitem a adaptação nos diferentes modos adaptativos — fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência — fundamentais para a recuperação funcional e para a reintegração da pessoa no seu contexto de vida.

No estágio comunitário/UCCI, em pessoas pós-AVC, o Modelo de Adaptação de Roy revelou-se particularmente evidente na abordagem às alterações do equilíbrio, da marcha e da identidade funcional. A perda de autonomia, associada à dificuldade na mobilidade e à dependência parcial, constituiu um estímulo focal com impacto significativo na perceção de si e no papel social da pessoa.

A intervenção do EEER centrou-se na promoção de respostas adaptativas eficazes, através do treino progressivo da marcha, da exposição controlada a superfícies irregulares e da introdução gradual de desafios funcionais ajustados às capacidades da pessoa. A utilização de tapetes sensoriais e pisos com diferentes texturas permitiu simular situações reais do quotidiano, promovendo a adaptação do controlo postural e a confiança na mobilidade.

O reforço positivo e a valorização dos ganhos funcionais, ainda que graduais, contribuíram para o fortalecimento do autoconceito e para a reconstrução da identidade funcional da pessoa, aspetos fundamentais no processo de reabilitação pós-AVC. Desta forma, o modelo de Roy sustentou uma intervenção que integrou a dimensão física e psicossocial da adaptação.

No contexto de Ortopedia, a pessoa submetida a PTA, frequentemente com comorbilidade respiratória, enfrentou múltiplos estímulos adversos, nomeadamente dor pós-operatória, limitação da marcha, medo de queda e dependência temporária para a realização das AVD's. Estes estímulos exigiram uma reorganização funcional e emocional, colocando à prova os mecanismos adaptativos da pessoa.

A intervenção do EEER, orientada pelo Modelo de Callista Roy, centrou-se na facilitação da adaptação progressiva à nova condição funcional. O treino de marcha e de transferências foi

ajustado à tolerância ao esforço e à capacidade respiratória, respeitando os limites individuais e promovendo respostas adaptativas eficazes. Paralelamente, o reforço positivo, a validação das conquistas e a clarificação de expectativas contribuíram para a redução da ansiedade e para o fortalecimento do autoconceito, favorecendo uma adaptação mais eficaz à condição pós-cirúrgica.

Em Pneumologia, a adaptação à dispneia e à limitação ao esforço constituiu um desafio central para as pessoas internadas com patologia respiratória crónica ou agudizada. A sensação de falta de ar, associada ao medo e à ansiedade, representou um estímulo focal que condicionou a mobilidade, a participação nas atividades e a perceção de controlo sobre a doença.

Apesar do âmbito deste estágio, foi possível reconhecer a importância das técnicas de reabilitação respiratória, como o CATR e o Cough Assist, na promoção de respostas adaptativas mais eficazes à doença respiratória. A aplicação destas técnicas, aliada à educação terapêutica e ao apoio emocional, contribuiu para a melhoria do padrão respiratório, para a redução da ansiedade associada à dispneia e para o aumento da confiança da pessoa na gestão dos sintomas, em consonância com as recomendações internacionais (GOLD, 2024).

Neste contexto, o Modelo de Adaptação de Roy permitiu compreender a reabilitação respiratória não apenas como uma intervenção técnica, mas como um processo de facilitação da adaptação fisiológica e emocional da pessoa à sua condição respiratória.

A aplicação do Modelo de Adaptação de Callista Roy nos diferentes contextos de estágio evidenciou a sua relevância para a prática de Enfermagem de Reabilitação. Ao permitir compreender e intervir sobre as respostas adaptativas da pessoa face à limitação funcional, à doença e às alterações dos papéis sociais, este modelo sustentou intervenções orientadas para a promoção do equilíbrio, da funcionalidade e da confiança. A sua utilização transversal em contexto comunitário/UCCI, Ortopedia e Pneumologia reforça a pertinência deste referencial teórico como suporte estruturante de uma prática de reabilitação centrada na pessoa e sensível à complexidade da experiência humana.

### **Teoria das Transições – Afaf Meleis**

A Teoria das Transições de Afaf Meleis conceptualiza as transições como processos complexos, dinâmicos e multifatoriais, vividos pelas pessoas ao longo da experiência de saúde-doença e do

ciclo de vida, exigindo acompanhamento profissional para que ocorram de forma saudável (Meleis, 2010). As transições podem assumir diferentes naturezas — desenvolvimentais, situacionais, organizacionais ou relacionadas com a saúde-doença — e caracterizam-se por períodos de instabilidade, vulnerabilidade e potencial transformação.

Segundo Afaf Meleis (2010), uma transição bem-sucedida depende da interação entre as condições pessoais, condições ambientais e padrões de resposta, sendo o Enfermeiro um agente central na identificação de riscos, no reforço de fatores facilitadores e na prevenção de resultados negativos. Esta abordagem enquadra-se no paradigma da transformação, ao privilegiar a compreensão dos processos de mudança, do significado atribuído pela pessoa à sua experiência e do contexto em que a transição ocorre.

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, esta teoria assume particular relevância, uma vez que o processo reabilitativo está intrinsecamente associado a múltiplas transições, nomeadamente: da doença aguda para a condição crónica, do internamento para o domicílio, da dependência para a autonomia possível e da passividade para a participação ativa no cuidado. Assim, a Teoria das Transições fornece um enquadramento essencial para compreender e intervir nos momentos críticos do percurso da pessoa em reabilitação, promovendo continuidade e segurança dos cuidados (Meleis, 2010; RNAO, 2023).

No estágio comunitário/UCCI, a Teoria das Transições revelou-se particularmente evidente, uma vez que as pessoas pós-AVC se encontravam numa fase prolongada de reconstrução funcional e adaptação à nova condição de vida. A transição da fase aguda para a vida em comunidade representou um processo contínuo, marcado por ganhos graduais, momentos de regressão e necessidade de suporte consistente.

A intervenção do EEER centrou-se na monitorização contínua da transição, através da avaliação funcional regular, do ajuste progressivo das intervenções e do reforço da participação ativa da pessoa no seu processo reabilitativo. O treino de marcha em contextos cada vez mais próximos do ambiente real, a adaptação do domicílio e a capacitação do cuidador informal constituíram estratégias fundamentais para facilitar uma transição sustentada e segura.

Neste contexto, a Teoria das Transições permitiu compreender que a reabilitação pós-AVC não se resume à recuperação de funções, mas envolve a reconstrução da identidade funcional, a redefinição de papéis sociais e a integração gradual da pessoa na comunidade. O

acompanhamento contínuo por parte do enfermeiro de reabilitação revelou-se determinante para prevenir sentimentos de insegurança, dependência excessiva e isolamento social.

No contexto de Ortopedia, a pessoa submetida a PTA, vivenciou uma transição significativa entre o período pós-operatório imediato e o regresso ao domicílio. Esta transição foi marcada por alterações funcionais, redefinição de papéis, necessidade de adaptação a limitações temporárias e reorganização da dinâmica familiar.

A intervenção do EEER, orientada pela Teoria das Transições, centrou-se na preparação estruturada para a alta hospitalar, identificando precocemente fatores de risco para uma transição insegura, como limitações na marcha, medo de queda, fadiga respiratória e dependência do cuidador. O ensino dirigido à pessoa e ao cuidador, o treino funcional progressivo e a clarificação das expectativas relativamente à recuperação permitiram reforçar a confiança e a perceção de controlo sobre a situação.

Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação assumiu o papel de facilitador da transição, promovendo a aquisição de competências funcionais e educativas que asseguraram a continuidade dos cuidados no domicílio, reduzindo o risco de complicações e reinternamentos, conforme preconizado por Meleis (2010).

Em Pneumologia, a hospitalização por descompensação respiratória constituiu uma transição crítica na experiência da pessoa com doença respiratória crónica. A dispneia, a limitação ao esforço e o receio de agravamento clínico representaram fatores de vulnerabilidade que condicionaram a perceção de controlo e a confiança na gestão da doença. Foi possível reconhecer a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na facilitação da transição entre o internamento e o regresso ao domicílio. A aplicação de técnicas de reabilitação respiratória, como o CATR e o Cough Assist, associada à educação terapêutica sobre gestão da dispneia, conservação de energia e reconhecimento de sinais de alerta, constituiu um elemento central para promover uma transição mais segura e informada.

Neste contexto, a Teoria das Transições sustentou a importância da educação estruturada, do reforço da autogestão e da articulação com os cuidados de saúde primários, como estratégias essenciais para reduzir o risco de reinternamento e promover a continuidade dos cuidados, em consonância com as recomendações internacionais (GOLD, 2024; RNAO, 2023).

A aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis nos diferentes contextos de estágio evidenciou a sua relevância como referencial estruturante da prática de Enfermagem de Reabilitação. Ao permitir compreender a reabilitação como um processo de mudança contínua, esta teoria orientou intervenções centradas na preparação para a alta, na capacitação da pessoa e do cuidador e na articulação entre níveis de cuidados.

A utilização transversal deste modelo em contexto comunitário/UCCI, Ortopedia e Pneumologia reforça o papel do enfermeiro de reabilitação enquanto facilitador de transições seguras e sustentadas, promovendo a autonomia possível, a continuidade dos cuidados e a qualidade de vida das pessoas em processo de reabilitação.

A conjugação das teorias de Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis sustentou uma prática de Enfermagem de Reabilitação coerente, abrangente e ajustada à complexidade das pessoas acompanhadas nos diferentes contextos de estágio, permitindo integrar múltiplas dimensões da experiência humana no processo de cuidar. A articulação destes referenciais possibilitou uma abordagem teórica e prática que ultrapassa a leitura fragmentada da pessoa, reconhecendo-a como sujeito ativo, em adaptação contínua e inserido em processos dinâmicos de mudança.

Contudo a aplicação das teorias de Orem, Roy e Meleis ao longo dos estágios não ocorreu de forma abstrata, mas foi profundamente influenciada pelas condições estruturais, organizacionais e clínicas de cada contexto. A análise destas condições permitiu compreender como o ambiente pode potenciar ou limitar a concretização dos princípios teóricos na prática especializada.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem forneceu a base conceptual para orientar intervenções centradas na capacitação progressiva, na educação terapêutica e na promoção da autonomia funcional, elementos estruturantes da Enfermagem de Reabilitação. Esta teoria permitiu identificar os défices de autocuidado, ajustar o nível de apoio prestado pelo enfermeiro e favorecer a participação ativa da pessoa e do cuidador, contribuindo para ganhos funcionais sustentados e para a continuidade dos cuidados no domicílio (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015; Ribeiro, 2021). A teoria de Dorothea Orem pressupõe que o enfermeiro intervém quando existe défice de autocuidado, promovendo sistemas de apoio-educação ou parcialmente compensatórios, com vista à autonomia progressiva da pessoa.

### **Condições facilitadoras**

Na UCCI, o internamento prolongado constituiu uma condição altamente facilitadora da operacionalização do sistema de apoio-educação. O tempo disponível permitiu: avaliação funcional aprofundada; treino repetido de AVD; envolvimento estruturado do cuidador; reforço sistemático do ensino e validação da aprendizagem.

A existência de escadas, barras de apoio e material sensorial favoreceu o treino funcional em contexto realista, permitindo desenvolver competências de autocuidado com maior proximidade ao ambiente domiciliário.

Em Ortopedia, apesar do tempo reduzido de internamento, a disponibilidade de material diversificado (pedaleiras, resistências, pesos) facilitou a progressão funcional rápida, reforçando a capacidade de a pessoa assumir o seu autocuidado antes da alta.

### **Condições dificultadoras**

Em Ortopedia, o principal constrangimento foi o tempo limitado. A necessidade de preparar a alta em poucos dias, em alguns casos, reduziu oportunidades de treino repetido e exigiu elevada eficiência educativa.

Em Pneumologia, a fadiga, a dispneia e a ansiedade limitaram a capacidade de aprendizagem em determinados momentos. Além disso, a escassez de material complementar dificultou a variabilidade do treino funcional, obrigando a maior adaptação das estratégias educativas.

Estas condições demonstraram que a promoção do autocuidado depende não apenas da intenção do EEER, mas também do tempo terapêutico disponível, da estabilidade clínica e dos recursos estruturais.

A teoria de Adaptação de Callista Roy permitiu compreender as respostas adaptativas da pessoa face à limitação funcional, à dor, à dispneia, à fadiga e às alterações dos papéis sociais. A sua aplicação favoreceu intervenções orientadas para a promoção do equilíbrio entre a capacidade funcional da pessoa e as exigências do ambiente, reconhecendo que a reabilitação implica não apenas recuperar funções, mas também facilitar processos de adaptação física, emocional e social. Este enquadramento revelou-se particularmente relevante nos contextos de Ortopedia, UCCI e Pneumologia, onde a adaptação progressiva constituiu um objetivo transversal da intervenção do enfermeiro de reabilitação (Roy, 1984; OE, 2023).

### **Condições facilitadoras**

Na UCCI, o tempo terapêutico prolongado favoreceu a observação da evolução adaptativa ao longo das semanas. Foi possível: ajustar estímulos progressivamente; introduzir treino em superfícies irregulares e trabalhar confiança e identidade funcional. O ambiente estruturado, com barras e escadas, permitiu modular estímulos físicos de forma segura, facilitando respostas adaptativas positivas.

Em Ortopedia, a mobilização precoce estruturada e a monitorização da dor permitiram gerir estímulos fisiológicos intensos (dor, medo de queda), promovendo adaptação funcional em contexto pós-cirúrgico.

### **Condições dificultadoras**

Em Pneumologia, a imprevisibilidade clínica (exacerbações, instabilidade respiratória) condicionava frequentemente a intensidade do treino. A adaptação ficava dependente da tolerância ventilatória diária, exigindo reformulação constante dos planos.

Na UCCI, fatores emocionais como frustração ou baixa perceção de progresso constituíam estímulos negativos que dificultavam respostas adaptativas eficazes, exigindo reforço motivacional contínuo.

Assim, tornou-se evidente que a adaptação não depende exclusivamente da intervenção técnica, mas da interação entre contexto, condição clínica e suporte emocional.

Por sua vez, a Teoria das Transições de Meleis ampliou o foco da prática ao enquadrar a reabilitação como um processo contínuo de mudança, marcado por momentos de vulnerabilidade e potencial transformação. Este referencial permitiu compreender a importância do acompanhamento estruturado das transições entre níveis de cuidados, da preparação para a alta hospitalar e da articulação entre contextos assistenciais. Ao assumir o enfermeiro de reabilitação como facilitador de transições saudáveis, esta teoria reforçou a necessidade de intervenções que promovam segurança, continuidade e integração da pessoa na comunidade (Meleis, 2010; RNAO, 2023). A teoria das transições revelou-se particularmente sensível às condições organizacionais e sociais de cada contexto.

### **Condições facilitadoras**

Na UCCI, a preparação estruturada da alta, com envolvimento do cuidador e treino contextualizado, constituiu um facilitador central de transições saudáveis. No tempo disponível, foi-me permitido: identificar barreiras ambientais; trabalhar competências reais e reduzir inseguranças antes do regresso ao domicílio.

Em Ortopedia, a articulação com a equipa multidisciplinar e o ensino estruturado (incluindo vídeo e folhetos) contribuíram para uma transição hospital-domicílio mais segura.

### **Condições dificultadoras**

Contudo, foram identificadas limitações relevantes. Em Ortopedia, a curta duração do internamento, na maioria dos casos, dificultava a consolidação de ganhos. Em Pneumologia, a ausência de recursos materiais diversificados limitou a simulação de contextos reais. Em alguns casos na UCCI, barreiras sociais e apoio familiar insuficiente constituíam fatores de risco para transições não saudáveis.

Estas condições evidenciaram que a transição segura não depende apenas da competência técnica, mas da articulação entre recursos estruturais, tempo terapêutico e suporte social.

A análise das condições encontradas em cada contexto demonstrou que a aplicação das teorias de Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis foi profundamente influenciada por fatores organizacionais, estruturais e clínicos. Contextos com maior disponibilidade de tempo e recursos favoreceram a capacitação, adaptação e preparação da transição; por outro lado, limitações temporais, instabilidade clínica ou escassez material exigiram maior criatividade e capacidade de priorização.

Esta reflexão reforça que a prática do EEER se desenvolve na interseção entre conhecimento teórico e realidade contextual. O impacto da intervenção especializada na continuidade e segurança da alta hospitalar depende não apenas da competência individual, mas também das condições sistémicas que suportam (ou limitam) a prática.

A integração destes três modelos teóricos permitiu, assim, construir uma prática de Enfermagem de Reabilitação centrada na pessoa, participativa e baseada na evidência, conciliando a promoção do autocuidado, a facilitação da adaptação e o acompanhamento das transições em saúde. Esta abordagem integrada revelou-se fundamental para responder à

complexidade dos casos acompanhados nos diferentes estágios, sustentando intervenções nos domínios motor, respiratório, funcional, educativo e psicossocial, e orientando o enfermeiro especialista para a promoção da funcionalidade, da segurança e da qualidade de vida ao longo do percurso de reabilitação (OE, 2015; OE, 2023).

## **Análise crítico-reflexiva das competências**

O estágio profissionalizante, no âmbito do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, constituiu um período determinante de consolidação identitária e profissional. Mais do que um conjunto de experiências clínicas, representou um processo contínuo de aprendizagem intencional, marcado pela necessidade de pensamento crítico, integração de saberes e adaptação às exigências de contextos distintos e pessoas com necessidades complexas. Esta evolução aproxima-se da perspetiva de desenvolvimento de competência clínica descrita por Benner, na qual a experiência, a reflexão e a contextualização do cuidado são essenciais para a progressiva transformação do desempenho profissional (Benner, 2001).

A diversidade de contextos e a complexidade dos cuidados reforçam a necessidade de formação especializada, capaz de responder a situações clínicas com elevada exigência técnica e ética, alinhada com os padrões de qualidade e com o corpo de conhecimento da Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015; Ribeiro, 2021). Ao longo deste percurso, percebi que “ser EEER” não se resume à aplicação de técnicas: implica avaliar com rigor, intervir com propósito, educar para a autonomia e, sobretudo, garantir continuidade e segurança — particularmente em transições entre níveis de cuidados, reconhecidas como momentos de vulnerabilidade clínica (Meleis, 2010; Registered Nurses’ Association of Ontario [RNAO], 2023).

Os três contextos de estágio — UCCI, Ortopedia e Pneumologia — trouxeram desafios diferentes e complementares. Na UCCI, o foco esteve no tempo prolongado da reabilitação e na reconfiguração do quotidiano pós-evento (por exemplo, pós-AVC), articulando ganhos funcionais com barreiras ambientais e participação social (WHO, 2001). Em Ortopedia, experienciei a exigência do curto tempo do internamento e a necessidade de preparar uma alta segura, muitas vezes com janela temporal reduzida e comorbilidades relevantes. Em Pneumologia, mesmo sendo um estágio de observação, aprofundi a leitura clínica da pessoa com compromisso respiratório e reconheci o valor da intervenção do EEER na gestão da dispneia, higiene brônquica e capacitação para o autocuidado respiratório, em consonância com recomendações internacionais para a DPOC (GOLD, 2024).

A Ordem dos Enfermeiros define que o Enfermeiro Especialista deve possuir competências comuns e específicas, que suportam uma intervenção autónoma, responsável e orientada para ganhos em saúde, funcionalidade e qualidade de vida (OE, 2019a, 2019b). Neste capítulo,

procuro analisar criticamente o meu desenvolvimento, articulando a experiência vivida com os domínios de competência, identificando aprendizagens, desafios e áreas a consolidar.

Este percurso foi orientado pelos referenciais normativos da OE, nomeadamente o *Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015), o *Perfil de Competências do EEER* (OE, 2023) e a *Ontologia da Enfermagem – Área de Enfermagem de Reabilitação* (OE, 2024), articulados com os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (OE, 2015). Complementarmente, recorri às orientações de boas práticas da Registered Nurses' Association of Ontario, com destaque para *Person- and Family-Centred Care* e *Transitions in Care and Services* (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2015, 2023), e à evidência atual relevante para cada área clínica, reforçando o compromisso com uma prática baseada na evidência e orientada para ganhos em saúde (GOLD, 2024; Langhorne et al., 2021; Wainwright et al., 2020).

### **Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

O desenvolvimento das competências comuns decorreu de uma prática sistematizada, orientada pela ética, pela segurança e pela melhoria contínua da qualidade, expressando-se nos quatro domínios definidos para o enfermeiro especialista (OE, 2019).

#### **Domínio: Responsabilidade profissional, ética e legal**

Este domínio foi transversal aos três contextos de estágio e ganhou expressão sempre que a vulnerabilidade clínica, emocional ou social da pessoa condicionava o envolvimento no plano de reabilitação. Ao longo do percurso, fui consolidando a ideia de que a responsabilidade ética não se reduz ao cumprimento formal de normas: concretiza-se no modo como comunico, como obtenho consentimento, como protejo a privacidade, como documento e como sustento decisões clínicas em princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (Beauchamp & Childress, 2019; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Esta postura foi sustentada pelos referenciais profissionais da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o *Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*, que orienta a prática para a segurança, continuidade e rastreabilidade dos cuidados (OE, 2015).

Ao adotar uma prática sistematicamente orientada por princípios éticos e deontológicos, mobilizei o descritor da competência comum relativo à responsabilidade profissional, ética e

legal, assegurando cuidados seguros, respeitadores da autonomia e conformes aos normativos profissionais (OE, 2019a).

Na UCCI, a responsabilidade profissional e ética manifestou-se de forma muito concreta na forma como conduzi intervenções com pessoas em reabilitação prolongada, frequentemente pós-AVC, em que a motivação e a esperança oscilavam com a fadiga e com a perceção de progresso. Um microepisódio marcante ocorreu quando uma pessoa expressou resistência ao treino de marcha por medo de queda. Em vez de insistir na execução técnica da tarefa, priorizei a relação terapêutica, validei o medo e renegociei objetivos a curto prazo, respeitando o ritmo e as escolhas da pessoa. Esta abordagem promoveu autonomia, dignidade e adesão progressiva ao plano de reabilitação, alinhando-se com o princípio da beneficência e com uma prática centrada na pessoa (Beauchamp & Childress, 2019).

Ao renegociar objetivos terapêuticos e integrar as preferências da pessoa no plano de cuidados, desenvolvi o descritor da competência comum que preconiza o respeito pela autonomia e a tomada de decisão partilhada, mesmo em situações de vulnerabilidade funcional (OE, 2019a).

Este contexto reforçou ainda a importância de aspetos éticos menos visíveis, como a proteção da privacidade, o respeito pelo pudor, a adequação da linguagem e a inclusão ativa da pessoa na definição de objetivos. Estes elementos revelaram-se determinantes para a construção de uma relação terapêutica colaborativa e estão alinhados com os princípios do *Person-Centred Care* (McCormack & McCance, 2017).

A atenção deliberada à dignidade, privacidade e inclusão da pessoa no planeamento terapêutico traduziu-se na operacionalização prática do descritor ético-relacional das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a).

Em Ortopedia, esta competência foi particularmente mobilizada em situações de dor, ansiedade e medo de queda associados à mobilização precoce após prótese total da anca. Para garantir uma prática ética e segura, implementei uma comunicação estruturada, explicando objetivos, riscos e limites de segurança, e solicitando consentimento antes de cada intervenção. Esta abordagem reduziu comportamentos de evitamento e reforçou a confiança da pessoa no processo de reabilitação.

Ao garantir consentimento informado antes das intervenções e ao adaptar a comunicação à condição emocional da pessoa, ativei o descritor da competência comum relativo à prática ética, segura e centrada na pessoa (OE, 2015; OE, 2019a).

Paralelamente, mantive rigor na documentação clínica, assegurando que os registos refletiam de forma clara e fidedigna as intervenções realizadas, a resposta da pessoa e os resultados obtidos. Reconheci, assim, que a responsabilidade legal e profissional se expressa também na qualidade dos registos, fundamentais para a continuidade e segurança dos cuidados (OE, 2015).

A produção de registos clínicos completos e orientados para a continuidade dos cuidados corresponde ao descritor da competência comum que integra responsabilidade legal, segurança e qualidade assistencial (OE, 2015; OE, 2019a).

Em Pneumologia, a aplicação de técnicas como o CATR e o Cough Assist exigiu atenção ética redobrada. Antes de cada procedimento, expliquei o objetivo, normalizei a ansiedade associada ao desconforto e monitorizei sinais de intolerância, interrompendo ou ajustando sempre que necessário. Esta prática reforçou o equilíbrio entre beneficência e não-maleficência, particularmente relevante em pessoas com DPOC e medo de dispneia (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2024).

Ao adequar a intervenção à tolerância e vontade da pessoa, desenvolvi o descritor da competência comum que valoriza a segurança clínica e o respeito pela experiência subjetiva do doente (OE, 2019a).

Um microepisódio particularmente formativo ocorreu no acompanhamento de uma pessoa com DPOC avançada que recusava repetidamente a ventilação não invasiva. Apesar do potencial benefício clínico, compreendi que o meu papel enquanto EEER era garantir informação clara e adaptada à literacia da pessoa, respeitando a decisão tomada. Esta situação permitiu-me consolidar a compreensão de que o respeito pela autonomia não se opõe ao cuidado, antes o qualifica (Beauchamp & Childress, 2019).

Este episódio contribuiu para o desenvolvimento do descritor da competência comum relativo à tomada de decisão ética em contextos complexos, conciliando beneficência, autonomia e responsabilidade profissional (OE, 2019a).

De forma integrada, considero que desenvolvi esta competência através da realização intencional de atividades como: comunicação terapêutica estruturada, obtenção sistemática de

consentimento informado, adaptação dos objetivos terapêuticos à pessoa, proteção da dignidade e privacidade, registo clínico rigoroso e tomada de decisão fundamentada em princípios éticos e normativos profissionais. Estas atividades permitiram-me alcançar o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, sustentando uma prática segura, centrada na pessoa e alinhada com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

### **Domínio: Melhoria Contínua da Qualidade**

O domínio da Melhoria Contínua da Qualidade constituiu um eixo estruturante da minha prática ao longo de todos os contextos de estágio, traduzindo-se numa atuação sistemática orientada para a avaliação, monitorização e otimização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Compreendi progressivamente que a qualidade não se constrói apenas através da execução correta de técnicas, mas sobretudo pela capacidade de avaliar resultados sensíveis aos cuidados, identificar oportunidades de melhoria e ajustar intervenções com base na evidência e no contexto real da pessoa (OE, 2015).

Ao integrar a avaliação contínua, a reflexão crítica e a adaptação das intervenções, mobilizei o descritor da competência comum relativo à melhoria contínua da qualidade, orientando a prática para ganhos em saúde mensuráveis e sustentados (OE, 2019a). Neste âmbito, a integração de PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) e PREMs (Patient-Reported Experience Measures) revelou-se fundamental para complementar os dados obtidos através de instrumentos objetivos.

Na UCCI, a melhoria da qualidade concretizou-se de forma clara através da utilização sistemática de instrumentos de avaliação funcional validados, como a Escala de Barthel, a Escala de Equilíbrio de Berg, a Escala de Ashworth Modificada e testes de mobilidade. Estes instrumentos permitiram monitorizar a evolução funcional ao longo do tempo, identificar estagnações precoces e reajustar planos de cuidados de forma fundamentada. Um episódio ilustrativo ocorreu quando, após várias sessões de treino de marcha, a reavaliação do equilíbrio evidenciou progressos inferiores ao esperado. Esta informação levou-me a reformular o plano terapêutico, introduzindo treino em superfícies diferenciadas, estímulos sensoriais e tarefas funcionais mais contextualizadas, promovendo respostas adaptativas mais eficazes. Outro episódio relevante ocorreu quando, perante progressos limitados no equilíbrio, introduzi a construção e aplicação de um tapete de piso irregular e sensorial, planeado especificamente para o contexto comunitário. Este recurso permitiu diversificar estímulos proprioceptivos, desafiar o equilíbrio de forma segura e aproximar o treino das exigências reais do ambiente domiciliário. A aplicação

progressiva do tapete, integrada em exercícios funcionais, traduziu-se não apenas em ganhos observáveis de equilíbrio, mas também numa melhoria reportada pela própria pessoa ao nível da confiança na marcha (PROM) e numa experiência mais motivadora do processo terapêutico (PREM).

A utilização sistemática de instrumentos válidos e a reformulação do plano de cuidados com base nos resultados obtidos corresponde ao descritor da competência comum que preconiza a avaliação de resultados e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015; OE, 2019a).

Em Ortopedia, a melhoria contínua da qualidade foi particularmente evidente na criação, implementação e validação de materiais educativos estruturados, nomeadamente folhetos informativos e um vídeo sobre entrada e saída do automóvel após prótese total da anca (apêndice 3). Estas intervenções surgiram da identificação de um risco recorrente para a integridade da prótese e segurança da pessoa, frequentemente subvalorizado no ensino convencional. Ao padronizar esta informação, garanti maior consistência nos ensinamentos, reduzi a variabilidade da prática e aumentei a literacia em saúde da pessoa e do cuidador.

Ao desenvolver e implementar materiais educativos baseados na evidência, ativei o descritor da competência comum relativo à inovação, padronização de práticas e promoção da qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2015; OE, 2019a).

A aplicação do método teach-back permitiu ainda avaliar a eficácia dos ensinamentos e identificar necessidades adicionais de esclarecimento, reforçando a qualidade do processo educativo e a capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio (Ha Dinh et al., 2016; Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2023).

A validação da compreensão da pessoa e do cuidador através do teach-back corresponde ao descritor da competência comum orientado para a avaliação da eficácia das intervenções e melhoria contínua dos cuidados (OE, 2019a).

Em Pneumologia, a melhoria contínua da qualidade esteve presente na análise crítica das práticas observadas e na monitorização da resposta da pessoa às técnicas de reabilitação respiratória, como o CATR e o Cough Assist. A observação sistemática da tolerância, da eficácia da tosse e da perceção de dispneia permitiu compreender a importância de ajustar a intensidade e duração das técnicas, prevenindo desconforto excessivo e promovendo segurança clínica.

A monitorização contínua da resposta da pessoa às intervenções respiratórias operacionaliza o descritor da competência comum que valoriza a segurança, a prevenção de complicações e a qualidade técnica dos cuidados (OE, 2015; GOLD, 2024).

De forma transversal aos três contextos, a melhoria contínua da qualidade foi ainda reforçada pela documentação rigorosa e estruturada dos cuidados, assegurando a comunicação eficaz entre profissionais e a continuidade assistencial. O registo sistemático permitiu tornar visíveis os ganhos em funcionalidade, justificar decisões clínicas e sustentar a prática em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015; OE, 2024).

A produção de registos clínicos orientados para resultados e continuidade corresponde ao descritor da competência comum associado à qualidade, segurança e responsabilização profissional (OE, 2019a).

Em síntese, considero que desenvolvi esta competência através de atividades concretas como a avaliação funcional sistemática, a monitorização de resultados, a adaptação contínua dos planos de cuidados, a criação de materiais educativos baseados na evidência, a validação da eficácia dos ensinamentos e o registo clínico rigoroso. Estas práticas permitiram-me integrar a melhoria contínua da qualidade como princípio orientador da intervenção do EEER, reforçando uma prática segura, eficaz e centrada na pessoa, alinhada com os padrões da Ordem dos Enfermeiros e com as recomendações internacionais de boas práticas (OE, 2015; OE, 2019a; RNAO, 2023).

### **Domínio: Gestão dos Cuidados**

O domínio da Gestão dos Cuidados revelou-se central ao longo de todo o percurso de estágio, uma vez que a prática em Enfermagem de Reabilitação exige não apenas competência técnica, mas também a capacidade de planear, priorizar, coordenar, executar e avaliar cuidados complexos, assegurando a sua continuidade, segurança e adequação ao contexto da pessoa (OE, 2019a). Nos diferentes campos de estágio, fui progressivamente integrando uma visão mais estruturada e deliberada da gestão dos cuidados, reconhecendo que esta competência se materializa na articulação entre avaliação clínica, tomada de decisão, comunicação eficaz e adaptação ao contexto organizacional.

Ao planear, coordenar e avaliar intervenções de reabilitação de forma integrada e ajustada ao contexto clínico e organizacional, mobilizei o descritor da competência comum relativo à gestão dos cuidados, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a).

Na UCCI, a gestão dos cuidados assumiu particular relevância devido à complexidade dos

doentes, caracterizada por internamentos prolongados, múltiplas comorbilidades e dependência funcional variável. A necessidade de articular cuidados de reabilitação com a dinâmica diária da unidade exigiu um planeamento rigoroso das sessões, priorizando objetivos terapêuticos realistas e clinicamente relevantes. Um episódio ilustrativo ocorreu quando, perante a fadiga acentuada de uma pessoa pós-AVC, tive de reajustar o plano diário de intervenção, redistribuindo atividades, encurtando tempos de treino intensivo e reforçando estratégias de conservação de energia, sem comprometer os objetivos de funcionalidade. Esta decisão permitiu manter a adesão ao plano e prevenir descondicionamento adicional.

A adaptação do plano de cuidados à tolerância, prioridades clínicas e contexto organizacional corresponde ao descritor da competência comum que valoriza a gestão eficaz e segura dos cuidados especializados (OE, 2019a).

Neste contexto, a articulação com a equipa multidisciplinar foi essencial para assegurar coerência e continuidade. A partilha sistemática de informação sobre evolução funcional, riscos identificados e necessidades de apoio no domicílio permitiu alinhar intervenções e preparar de forma mais consistente a transição de cuidados, em consonância com as recomendações para cuidados integrados e centrados na pessoa (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2023).

Ao articular intervenções com a equipa multidisciplinar e contribuir para a preparação da transição de cuidados, ativei o descritor da competência comum relativo à coordenação e continuidade assistencial (OE, 2019a; RNAO, 2023).

Em Ortopedia, a gestão dos cuidados assumiu uma natureza distinta, marcada por internamentos curtos e necessidade de resultados funcionais rápidos. A gestão eficaz implicou priorizar intervenções com maior impacto na alta segura, como o treino de transferências, marcha com auxiliar, prevenção de luxação da prótese e capacitação do cuidador. Um microepisódio particularmente relevante ocorreu quando, perante a limitação temporal do internamento, optei por integrar simultaneamente treino funcional e ensino ao cuidador durante as sessões, maximizando o tempo disponível e garantindo que ambos compreendiam as estratégias de segurança a adotar no domicílio.

A priorização de intervenções com impacto direto na segurança e continuidade de cuidados reflete o descritor da competência comum orientado para a gestão eficiente dos cuidados e dos recursos disponíveis (OE, 2019a).

A gestão dos cuidados incluiu ainda a monitorização sistemática de riscos clínicos, como dor mal controlada, fadiga respiratória e risco de queda, com ajuste imediato das intervenções e articulação com outros profissionais sempre que necessário. Esta prática reforçou a segurança e a qualidade dos cuidados, alinhando-se com os padrões de prevenção de complicações

definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015).

Em Pneumologia, a gestão dos cuidados esteve presente na análise crítica da organização das intervenções respiratórias e na compreensão da importância de integrar técnicas como o CATR e o Cough Assist no plano global de cuidados da pessoa. A observação da necessidade de ajustar horários, intensidade e frequência das técnicas em função do estado clínico e da fadiga reforçou a importância de uma gestão individualizada e dinâmica dos cuidados.

A integração das intervenções respiratórias no plano global de cuidados corresponde ao descritor da competência comum que preconiza a gestão integrada, segura e centrada na pessoa (OE, 2019a; GOLD, 2024).

De forma transversal aos três contextos, a gestão dos cuidados foi ainda sustentada por uma documentação rigorosa e orientada para a continuidade, permitindo comunicar prioridades, decisões clínicas e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Reconheci que a qualidade da gestão depende, em grande medida, da clareza dos registos e da sua utilidade prática para os profissionais que asseguram a continuidade assistencial (OE, 2015; OE, 2024).

A utilização do registo clínico como instrumento de gestão e continuidade dos cuidados operacionaliza o descritor da competência comum associado à coordenação, segurança e qualidade assistencial (OE, 2019a).

Em síntese, considero que desenvolvi o domínio da Gestão dos Cuidados através da realização de atividades como o planeamento estruturado de intervenções, a priorização de objetivos terapêuticos, a adaptação contínua dos planos de cuidados, a articulação com a equipa multidisciplinar, a monitorização de riscos e a documentação rigorosa. Estas atividades permitiram-me consolidar uma prática de Enfermagem de Reabilitação organizada, segura e centrada na pessoa, coerente com os padrões da Ordem dos Enfermeiros e com as recomendações internacionais para cuidados integrados e de transição segura (OE, 2015; OE, 2019a; RNAO, 2023).

### **Domínio: Desenvolvimento da Prática Profissional**

O domínio do Desenvolvimento da Prática Profissional constituiu um eixo transversal e estruturante de todo o percurso de estágio, traduzindo-se num processo contínuo de aprendizagem reflexiva, integração da evidência científica, construção da identidade profissional especializada e progressiva autonomia clínica. Ao longo dos três contextos de estágio, fui consolidando a compreensão de que desenvolver a prática profissional não se limita à aquisição de novos conhecimentos técnicos, mas implica a capacidade de questionar, refletir

criticamente, ajustar intervenções e transformar a prática à luz da evidência e da experiência clínica (OE, 2019a; Benner, 2001).

Ao refletir sistematicamente sobre a prática, integrar evidência científica atual e promover a melhoria das intervenções especializadas, mobilizei o descritor da competência comum relativo ao desenvolvimento da prática profissional, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a).

Na UCCI, este domínio ganhou especial relevância devido à complexidade e cronicidade das situações acompanhadas. O contacto continuado com pessoas pós-AVC e com dependência funcional prolongada levou-me a reconhecer a necessidade de aprofundar conhecimentos específicos em áreas como neuroplasticidade, reeducação motora e estratégias de adaptação funcional. Um exemplo ilustrativo ocorreu quando, perante a estagnação funcional de uma pessoa em fase subaguda pós-AVC, senti necessidade de rever literatura atual sobre treino orientado à tarefa e progressão do equilíbrio. A incorporação de pequenas alterações na forma de estruturar o treino — maior variabilidade de contextos e reforço positivo — resultou numa melhoria gradual da participação e confiança da pessoa.

A incorporação consciente de evidência científica para ajustar intervenções clínicas operacionaliza o descritor da competência comum associado ao desenvolvimento e melhoria da prática profissional (OE, 2019a; Benner, 2001).

Neste contexto, a reflexão crítica após cada sessão revelou-se fundamental. A análise do que resultava, do que precisava de ser ajustado e do impacto das intervenções no desempenho funcional permitiu-me evoluir de uma execução mais técnica para uma prática deliberada e intencional, alinhada com os princípios da prática reflexiva em enfermagem especializada.

Em Ortopedia, o desenvolvimento da prática profissional manifestou-se de forma clara na construção e validação de materiais educativos (folhetos e vídeo informativo), que exigiram pesquisa bibliográfica atualizada, seleção crítica da informação e adaptação à literacia da pessoa e do cuidador. Este processo representou um exercício concreto de translação do conhecimento científico para a prática clínica, reforçando a minha compreensão do papel do EEER enquanto produtor e mediador de conhecimento em contexto assistencial.

Ao transformar evidência científica em recursos educativos aplicáveis à prática clínica, ativei o descritor da competência comum relativo ao desenvolvimento da prática profissional e à disseminação de boas práticas (OE, 2019a; Ribeiro, 2021).

A participação em momentos formativos, como as I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação (anexo....) e a sessão sobre Técnicas Minimamente Invasivas em Reabilitação (anexo....), constituíram outro contributo relevante para este domínio. Estas experiências permitiram-me contactar com práticas emergentes, refletir sobre a sua aplicabilidade clínica e

consolidar a noção de que o desenvolvimento profissional exige atualização contínua e abertura à inovação, mesmo quando determinadas técnicas não são imediatamente aplicáveis ao contexto específico do estágio.

A participação em atividades de formação e atualização científica corresponde ao descritor da competência comum que valoriza a aprendizagem ao longo da vida e o desenvolvimento contínuo da prática profissional (OE, 2019a).

Em Pneumologia, o desenvolvimento da prática profissional foi evidente na forma como procurei compreender o racional clínico subjacente às intervenções respiratórias, questionando indicações, contraindicações e critérios de monitorização de técnicas como o CATR e o Cough Assist. Este exercício de observação ativa e reflexão crítica permitiu-me integrar conhecimento teórico com a prática clínica observada, reforçando a minha capacidade de julgamento clínico e preparando-me para uma futura aplicação autónoma destas técnicas.

A observação crítica e fundamentada da prática clínica constitui uma estratégia válida de desenvolvimento da prática profissional especializada (OE, 2019a; Benner, 2001).

De forma transversal aos três contextos, a relação próxima com os enfermeiros orientadores revelou-se determinante para o meu crescimento profissional. A discussão de casos, o feedback contínuo e a reflexão partilhada permitiram-me identificar áreas de melhoria, consolidar competências e ganhar segurança na tomada de decisão. Este processo refletiu uma progressão gradual no continuum descrito por Benner (2001), aproximando-me de uma prática mais autónoma, consciente e fundamentada.

A utilização do feedback clínico e da reflexão partilhada como instrumentos de aprendizagem operacionaliza o descritor da competência comum orientado para o desenvolvimento da prática profissional (OE, 2019a).

Em síntese, considero que desenvolvi o domínio do Desenvolvimento da Prática Profissional através da realização de atividades como a reflexão sistemática sobre a prática, a integração da evidência científica na tomada de decisão, a participação em formação contínua, a produção de materiais educativos, a observação crítica de práticas especializadas e a utilização do feedback como motor de aprendizagem. Estas experiências permitiram-me consolidar uma identidade profissional enquanto futura EEER, comprometida com a qualidade, a inovação e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015; OE, 2019a).

### **Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

As competências específicas do EEER constituem o núcleo distintivo da prática especializada, traduzindo-se na capacidade de intervir de forma autónoma, diferenciada e fundamentada

junto de pessoas com limitações da funcionalidade, restrições da participação e necessidades especiais ao longo do ciclo de vida. Estas competências, definidas no Regulamento n.º 392/2019 da OE, orientam uma prática centrada na pessoa, sustentada na avaliação rigorosa, no julgamento clínico especializado, na capacitação para a autonomia e na maximização da funcionalidade. A análise que se segue procura evidenciar como estas competências foram mobilizadas de forma integrada nos diferentes contextos de estágio, articulando a intervenção clínica com os princípios éticos, os padrões de qualidade e a evidência científica que sustentam a Enfermagem de Reabilitação.

### **J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida**

A competência J1, definida no Regulamento n.º 392/2019, refere-se à capacidade do EEER para prestar cuidados especializados a pessoas com necessidades especiais, em todas as fases do ciclo de vida e em diferentes contextos de prática, integrando avaliação rigorosa, planeamento individualizado, intervenção especializada e acompanhamento contínuo (OE, 2019b). Ao longo dos estágios realizados em Ortopedia, UCCI e Pneumologia, esta competência foi transversal e estruturante da minha prática, exigindo uma abordagem holística, ética e tecnicamente fundamentada.

Na UCCI, esta competência manifestou-se de forma particularmente expressiva devido à diversidade etária, clínica e funcional das pessoas acompanhadas, maioritariamente com sequelas neurológicas, nomeadamente pós-AVC. A avaliação inicial e contínua da funcionalidade constituiu um pilar essencial da intervenção, recorrendo a instrumentos validados como o Índice de Barthel, a Escala de Ashworth Modificada, a Escala de Berg e provas de mobilidade e equilíbrio.

Neste contexto a competência J1 foi mobilizada no acompanhamento de uma pessoa pós-AVC com hemiparesia, que à admissão apresentava 4 pontos na Escala de Equilíbrio de Berg, MRC 0–1 no hemicorpo afetado, Ashworth 4 e Borg 8/10, evidenciando elevado risco de queda, défice motor grave, espasticidade marcada e elevada perceção de esforço. A intervenção desenvolvida integrou avaliação multidimensional, treino motor progressivo, reeducação da marcha com apoio bilateral, estimulação sensorial e adaptação gradual ao ortostatismo, respeitando a tolerância e vulnerabilidade funcional. Desta forma ajustei o plano de cuidados, reduzindo inicialmente a exigência motora e privilegiando a exposição gradual a contextos seguros. Esta avaliação permitiu identificar limitações da atividade e restrições da participação, enquadrando

a intervenção numa perspetiva biopsicossocial, alinhada com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2001).

Ao fim de cinco semanas, verificou-se evolução para 27 pontos na Escala de Berg, MRC 2, redução da espasticidade para Ashworth 2 e Borg 5, traduzindo melhoria significativa do controlo postural, da força muscular e da tolerância ao esforço. Estes resultados evidenciam a operacionalização da competência J1, ao assegurar cuidados especializados diferenciados, ajustados às necessidades específicas da pessoa, integrando avaliação rigorosa, julgamento clínico e adaptação contínua da intervenção (OE, 2019b).

Em Ortopedia, a competência J1 foi mobilizada no cuidado a pessoas adultas submetidas a prótese total da anca, frequentemente com comorbilidades respiratórias e elevado risco funcional no pós-operatório imediato. A necessidade de conciliar limitações ortopédicas, dor, medo de queda e condicionamento ventilatório exigiu uma intervenção especializada e integrada. A avaliação funcional sistemática, associada à monitorização da dor, da tolerância ao esforço e do equilíbrio, permitiu planejar intervenções seguras e individualizadas, respeitando os limites impostos pela cirurgia e pelas condições clínicas associadas. Num doente submetido a PTA, com antecedentes de DPOC e ansiedade marcada face à mobilização precoce, a intervenção iniciou-se com treino de transferências e marcha em contexto controlado, associado a ensino respiratório e técnicas de conservação de energia. A adaptação do ritmo e da intensidade das sessões permitiu evitar exacerbação respiratória e reforçar a confiança da pessoa, evidenciando a capacidade de cuidar de uma pessoa com necessidades especiais decorrentes da conjugação de défices ortopédicos e respiratórios, conforme previsto na competência J1 (OE, 2019b; NICE, 2023; GOLD, 2024).

Em Pneumologia, a competência J1 esteve presente na abordagem a pessoas com doença respiratória crónica avançada, frequentemente com elevado grau de dependência funcional e vulnerabilidade emocional. A observação e participação na aplicação de técnicas como o CATR e o Cough Assist permitiram-me compreender a complexidade do cuidado a estas pessoas, cuja necessidade especial não se limita à função respiratória, mas envolve aspetos emocionais, cognitivos e sociais. Durante a aplicação de Cough Assist a uma pessoa com DPOC avançada, foi necessário interromper temporariamente a técnica devido à ansiedade e sensação de dispneia. A explicação pausada do procedimento, a adaptação da intensidade e o reforço da comunicação não verbal permitiram retomar a intervenção de forma segura. Este episódio evidenciou que cuidar de pessoas com necessidades especiais implica reconhecer limites, ajustar intervenções

e priorizar o conforto e a dignidade da pessoa, operacionalizando a competência J1 de forma ética e centrada na pessoa (OE, 2019b; GOLD, 2024).

Ao longo dos três contextos, a prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais exigiu uma atenção constante às dimensões menos visíveis da funcionalidade, como a motivação, a esperança, a perceção de progresso e o impacto da dependência na identidade pessoal. A integração destas dimensões no plano de cuidados reforçou a qualidade da intervenção e contribuiu para ganhos funcionais e relacionais, alinhando-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente na promoção do bem-estar, da autonomia e da readaptação funcional (OE, 2015).

Deste modo, considero que desenvolvi a competência J1 através da avaliação especializada, da adaptação contínua das intervenções, da integração de múltiplas dimensões da funcionalidade e da prestação de cuidados éticos e individualizados a pessoas com necessidades especiais, em diferentes fases do ciclo de vida e contextos de prática. Esta competência revelou-se fundamental para a consolidação do meu papel enquanto futura EEER, capaz de intervir com rigor científico, sensibilidade clínica e responsabilidade profissional (OE, 2019b; Ribeiro, 2021).

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

A competência J2, conforme definida no Regulamento n.º 392/2019, centra-se na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para o exercício da cidadania, autonomia e reintegração social, através de intervenções educativas, funcionais e relacionais que promovam a autodeterminação, a participação ativa e a continuidade dos cuidados (OE, 2019b). Ao longo dos estágios realizados, esta competência foi operacionalizada de forma consistente, sobretudo nos contextos de UCCI e Pneumologia, sem descurar a sua relevância no contexto hospitalar de Ortopedia.

Na UCCI, a capacitação para a cidadania revelou-se um eixo central da intervenção, uma vez que muitas das pessoas acompanhadas apresentavam limitações persistentes decorrentes de AVC, com impacto significativo na participação social, no papel familiar e na perceção de utilidade pessoal. A minha intervenção procurou ir além da recuperação funcional, integrando estratégias que favorecessem a autonomia, a corresponsabilização e a preparação para o regresso ao domicílio e à comunidade. Durante o acompanhamento de uma pessoa pós-AVC, com dependência parcial nas atividades de vida diária, identifiquei uma forte tendência para delegar

todas as decisões no cuidador informal. Em conjunto com a equipa, promovi momentos estruturados de ensino e treino funcional em que a própria pessoa era chamada a definir prioridades e objetivos realistas, nomeadamente no treino de higiene e mobilidade doméstica. Esta abordagem permitiu reforçar a sua perceção de controlo e participação ativa, traduzindo-se numa maior adesão ao plano terapêutico e numa postura mais autónoma nas decisões quotidianas. Este episódio evidencia a operacionalização da competência J2 ao promover a autodeterminação e o exercício da cidadania, mesmo em contexto de limitação funcional (OE, 2019b; McCormack & McCance, 2017).

A capacitação dos cuidadores informais constituiu igualmente uma dimensão essencial desta competência. Ao longo do estágio em UCCI, participei ativamente em ensinamentos dirigidos aos cuidadores, focados na prevenção de complicações, posicionamento adequado, ergonomia nas transferências e adaptação do ambiente domiciliário. Estes ensinamentos foram fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados e reduzir o risco de institucionalização, promovendo uma reintegração social mais segura e sustentável. Num caso específico, uma cuidadora demonstrava receio em permitir que a pessoa realizasse tarefas simples, por medo de queda. Através de ensino prático e demonstração de estratégias de segurança, foi possível aumentar a confiança da cuidadora e favorecer a participação ativa da pessoa nas AVD. Este episódio reforçou a compreensão de que capacitar para a cidadania implica também capacitar quem cuida, promovendo contextos facilitadores da participação (OE, 2019b; Ribeiro, 2021).

Em Pneumologia, a competência J2 manifestou-se sobretudo na capacitação para a autogestão da doença respiratória crónica, condição frequentemente associada a restrições significativas da participação social. A aplicação de técnicas de reabilitação respiratória foi sempre acompanhada de ensino estruturado, adaptado ao nível de literacia da pessoa, com foco na compreensão dos sinais de alerta, na utilização correta de dispositivos e na gestão da dispneia no quotidiano. Durante o acompanhamento de uma pessoa com DPOC que revelava baixa adesão às estratégias terapêuticas, identifiquei que a principal barreira era a dificuldade em compreender a relação entre os exercícios respiratórios e a melhoria da qualidade de vida. Através de linguagem simples e exemplos práticos do quotidiano, foi possível reforçar a perceção de benefício e aumentar a adesão às intervenções. Este episódio demonstrou que capacitar para a cidadania passa por tornar a pessoa capaz de gerir a sua condição de saúde de forma informada e autónoma, reduzindo dependências evitáveis (GOLD, 2024; RNAO, 2023).

No contexto de Ortopedia, embora o internamento seja geralmente de curta duração, a competência J2 esteve presente na preparação para o regresso à vida ativa e à participação

social. A capacitação para o uso seguro de auxiliares de marcha, a adaptação de atividades quotidianas e a gestão do risco permitiram minimizar restrições à participação após a alta.

A competência J2 foi particularmente evidente no acompanhamento de uma pessoa submetida a Prótese Total da Anca com antecedentes de DPOC. À admissão, o Índice de Barthel situava-se nos 40/100, a distância de marcha era nula e o esforço percebido era Borg 8, com SpO<sub>2</sub> de 90%, traduzindo dependência moderada e limitação funcional relevante para o regresso ao domicílio. A intervenção desenvolvida incluiu treino funcional estruturado, ensino sistematizado (incluindo entrada e saída do automóvel), aplicação do método teach-back e capacitação do cuidador informal, com recurso a material educativo desenvolvido no serviço. Na 7.<sup>a</sup> semana, o Barthel evoluiu para 90/100, a marcha atingiu 75–100 metros com auxiliares, o Borg reduziu para 4 e a SpO<sub>2</sub> estabilizou em 94%, tendo sido adquiridas 16/16 competências previstas na lista de verificação de capacitação. Estes resultados demonstram não apenas ganhos funcionais, mas sobretudo preparação efetiva para a reintegração social e segurança na alta, traduzindo a concretização da competência J2 enquanto promotora de autonomia, participação e exercício da cidadania (OE, 2019b).

Ao longo dos três contextos de estágio, compreendi que a competência J2 exige uma visão alargada da reabilitação, onde a funcionalidade se articula com a participação, a autodeterminação e a inclusão social. A promoção da cidadania não se esgota na recuperação física, mas concretiza-se na capacidade da pessoa tomar decisões, participar na vida familiar e comunitária e exercer os seus direitos, mesmo perante limitações persistentes.

Assim, considero que desenvolvi a competência J2 através de intervenções educativas, funcionais e relacionais que capacitaram pessoas e cuidadores para a autogestão, a participação ativa e a reintegração social, em consonância com o Regulamento n.º 392/2019, os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e as orientações internacionais para cuidados centrados na pessoa (OE, 2015; OE, 2019b; RNAO, 2023; Ribeiro, 2021).

### **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

A competência J3, conforme definida no Regulamento n.º 392/2019, refere-se à capacidade do EEER para maximizar a funcionalidade da pessoa, desenvolvendo as suas capacidades remanescentes, prevenindo incapacidades secundárias e promovendo ganhos funcionais sustentados ao longo do tempo (OE, 2019b). Esta competência traduz-se numa intervenção sistemática, progressiva e individualizada, sustentada por avaliação rigorosa, planeamento

estruturado, implementação de programas de reabilitação e monitorização contínua dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Ao longo dos estágios realizados em Ortopedia, UCCI e Pneumologia, esta competência assumiu um papel central na minha prática clínica, uma vez que a maximização da funcionalidade constituiu o objetivo último de todas as intervenções desenvolvidas, independentemente do contexto ou da patologia de base.

Na UCCI, a competência J3 foi particularmente evidente no acompanhamento prolongado de pessoas com sequelas neurológicas, sobretudo pós-AVC, em que a recuperação funcional é frequentemente lenta, heterogénea e marcada por flutuações no desempenho. A implementação de programas de reabilitação personalizados integrou treino de marcha em diferentes superfícies, reforço muscular progressivo, estimulação sensorial, treino de equilíbrio e reeducação das atividades de vida diária, sempre ajustados ao potencial funcional e à tolerância da pessoa.

Durante o acompanhamento de uma pessoa pós-AVC com hemiparesia e défice de equilíbrio, a progressão da Escala de Berg de 4 para 27 pontos e a melhoria do MRC de 0–1 para 2 refletem a eficácia de um programa estruturado de treino funcional em contexto controlado, com apoio bilateral e superfícies estáveis. À medida que a confiança e a capacidade funcional foram evoluindo, introduzi progressivamente superfícies irregulares (incluindo o tapete sensorial desenvolvido), obstáculos e tarefas dual-task. A monitorização sistemática através da Escala de Berg e do Índice de Barthel permitiu objetivar os ganhos funcionais e ajustar o plano de cuidados, evidenciando a aplicação concreta da competência J3 na maximização da funcionalidade (OE, 2019b; Sousa et al., 2023; Ribeiro, 2021).

Em Ortopedia, a maximização da funcionalidade esteve fortemente associada à recuperação da mobilidade, da autonomia nas transferências e da tolerância ao esforço após cirurgia ortopédica major, nomeadamente prótese total da anca. A intervenção centrou-se na mobilização precoce, no treino progressivo de marcha, no reforço muscular e na reeducação funcional, integrando simultaneamente estratégias de proteção articular e gestão da dor.

Num doente submetido a PTA, com antecedentes respiratórios, a progressão funcional exigiu um equilíbrio cuidadoso entre mobilização precoce e gestão da fadiga, a evolução do Índice de Barthel de 40 para 90 pontos e o aumento da distância de marcha de 0 para 100 metros traduzem recuperação funcional sustentada. A utilização do modelo FITT-VP permitiu estruturar

a intensidade e duração das sessões, monitorizando a perceção de esforço através da escala de Borg. Esta abordagem resultou num aumento gradual da tolerância à marcha e da autonomia nas AVD, sem exacerbação respiratória, ilustrando a aplicação da competência J3 de forma segura e baseada na evidência (NICE, 2023; Wainwright et al., 2020; GOLD, 2024).

No contexto de Pneumologia, a competência J3 traduziu-se na promoção da funcionalidade respiratória e na otimização da capacidade para realizar atividades quotidianas, mesmo perante limitação ventilatória significativa. A reabilitação respiratória foi entendida como um meio para desenvolver capacidades funcionais e não apenas como um conjunto de técnicas isoladas. Durante o acompanhamento de uma pessoa com DPOC avançada, observei que a dispneia limitava significativamente a realização das AVD. A integração de técnicas de controlo respiratório, treino ventilatório e estratégias de conservação de energia permitiu melhorar a tolerância ao esforço e reduzir o impacto da dispneia nas atividades quotidianas. A funcionalidade foi avaliada não apenas em termos de parâmetros fisiológicos, mas também pela capacidade da pessoa realizar tarefas significativas para o seu dia a dia, operacionalizando a competência J3 numa perspetiva centrada na pessoa (GOLD, 2024; Spruit et al., 2013).

Transversalmente aos três contextos, a maximização da funcionalidade foi sustentada por avaliações sistemáticas e reavaliações periódicas, recorrendo a instrumentos válidos e adequados ao contexto (Barthel, MIF, Berg, MRC, goniometria, escalas respiratórias). Esta prática permitiu monitorizar a evolução funcional, identificar plateau ou regressões e reformular estratégias de intervenção, garantindo uma abordagem dinâmica e responsiva aos cuidados prestados (OE, 2015; Sousa et al., 2023).

A competência J3 articulou-se ainda com a educação terapêutica e capacitação, uma vez que o desenvolvimento das capacidades da pessoa só se revelou sustentável quando associado à compreensão do processo de reabilitação e à participação ativa no plano de cuidados. O recurso a estratégias como o teach-back e o treino funcional orientado para objetivos significativos reforçou a autonomia e a manutenção dos ganhos após a alta (Ha Dinh et al., 2016; RNAO, 2023).

Assim, considero que desenvolvi a competência J3 através da implementação de programas de reabilitação individualizados, progressivos e fundamentados na evidência, orientados para a maximização da funcionalidade e para a valorização das capacidades remanescentes da pessoa. Esta competência consolidou o meu papel enquanto futura EEER, capaz de transformar limitações em potencial funcional, com rigor científico, sensibilidade clínica e compromisso ético (OE, 2019b; Ribeiro, 2021).

A análise integrada das competências específicas J1, J2 e J3 evidencia que a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação se constrói numa lógica contínua, dinâmica e interdependente, em que cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade não são atos isolados, mas dimensões complementares de um mesmo processo terapêutico centrado na pessoa. Ao longo dos diferentes contextos de estágio — UCCI, Ortopedia e Pneumologia — estas competências foram mobilizadas de forma articulada, ajustando-se às necessidades, potencialidades e projetos de vida de cada pessoa, em diferentes momentos do ciclo de vida e do percurso de saúde-doença.

A competência **J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida** constituiu a base estruturante da intervenção especializada, traduzindo-se na capacidade de reconhecer a complexidade clínica, funcional, emocional e social das pessoas acompanhadas. A avaliação sistemática da funcionalidade, o julgamento clínico especializado e a adaptação das intervenções às necessidades específicas permitiram assegurar cuidados diferenciados, éticos e seguros, em consonância com o Regulamento n.º 392/2019. Esta competência revelou-se essencial para compreender que a reabilitação não se limita à recuperação de funções, mas implica cuidar de pessoas em contextos de vulnerabilidade, muitas vezes marcados por perdas, incertezas e redefinição de papéis.

A partir desta base, a competência **J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania** aprofundou a dimensão emancipatória da prática do EEER. A capacitação para a autogestão, a participação ativa nas decisões e a preparação para o regresso ao domicílio e à comunidade permitiram transformar o cuidado em oportunidade de empowerment. Nos contextos de UCCI e Pneumologia, tornou-se evidente que a promoção da cidadania se concretiza através da educação terapêutica, da adaptação da linguagem à literacia da pessoa, da inclusão dos cuidadores informais e da valorização da autodeterminação, mesmo perante limitações persistentes. Esta competência reforçou a visão da reabilitação como processo de inclusão social e não apenas de recuperação funcional.

Por sua vez, a competência **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa** operacionalizou, de forma prática e mensurável, os objetivos da intervenção em Enfermagem de Reabilitação. A implementação de programas individualizados, progressivos e baseados na evidência permitiu potenciar capacidades remanescentes, prevenir incapacidades secundárias e promover ganhos funcionais sustentados. A utilização sistemática de instrumentos de avaliação válidos e a reavaliação contínua dos resultados sensíveis aos cuidados

asseguraram uma prática responsiva e ajustada à evolução funcional da pessoa. Esta competência revelou-se transversal a todos os contextos de estágio, demonstrando que a maximização da funcionalidade deve ser entendida como um processo contínuo, orientado para objetivos significativos para a pessoa e para a sua qualidade de vida.

A integração destas três competências permitiu consolidar uma prática de Enfermagem de Reabilitação coerente, holística e centrada na pessoa, em que o cuidado especializado (J1), a capacitação para a participação e cidadania (J2) e o desenvolvimento das capacidades funcionais (J3) se reforçam mutuamente. Esta articulação refletiu-se numa intervenção que respeita a singularidade de cada pessoa, promove a autonomia possível e assegura a continuidade dos cuidados, alinhando-se com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e com as orientações internacionais para cuidados centrados na pessoa.

Assim, a mobilização integrada das competências específicas J1, J2 e J3 foi determinante para a construção da minha identidade profissional enquanto futura EEER, permitindo-me transitar de uma lógica predominantemente técnica para uma prática reflexiva, ética e transformadora. Esta síntese evidencia que ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é assumir um papel ativo na reconstrução da funcionalidade, da autonomia e do sentido de vida das pessoas, contribuindo para ganhos em saúde que ultrapassam o domínio físico e se projetam na participação social, na dignidade e na cidadania.

### **Competências do Grau de Mestre**

O desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação constituiu um eixo transversal a todo o percurso formativo e clínico, manifestando-se na capacidade de integrar conhecimentos avançados, analisar situações complexas, mobilizar evidência científica, produzir conhecimento aplicado e assumir uma postura reflexiva, autónoma e ética perante a prática profissional. De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre pressupõe a aptidão para aplicar conhecimentos em contextos novos e multidisciplinares, formular juízos críticos com base em informação incompleta e comunicar de forma clara com públicos especializados e não especializados.

Ao longo dos estágios em UCCI, Ortopedia e Pneumologia, estas competências foram sendo progressivamente consolidadas, numa lógica de articulação entre prática clínica avançada, reflexão crítica e fundamentação científica, reforçando a transição de estudante para profissional com pensamento autónomo e identidade especializada.

A **mobilização e integração de conhecimento científico** foi uma constante na minha prática. A seleção de instrumentos de avaliação funcional, a construção de planos de cuidados individualizados e a adaptação das intervenções basearam-se numa análise crítica da literatura atual, das orientações da Ordem dos Enfermeiros e das Best Practice Guidelines da Registered Nurses' Association of Ontario. Esta integração permitiu sustentar decisões clínicas com base na melhor evidência disponível, assegurando cuidados seguros, eficazes e ajustados ao contexto real de prática (Ribeiro, 2021; OE, 2023; RNAO, 2023).

No estágio em Ortopedia, a necessidade de capacitar pessoas submetidas a prótese total da anca para uma alta segura levou-me a consultar guidelines internacionais (NICE, ERAS®) e literatura recente sobre mobilização precoce e prevenção de complicações. Esta análise fundamentou a criação de materiais educativos (folhetos e vídeo) e a adaptação das estratégias de ensino ao perfil funcional e cognitivo das pessoas, evidenciando a aplicação concreta da competência de mestre na tradução do conhecimento científico em prática clínica.

A **capacidade de análise crítica e tomada de decisão em contextos complexos** foi particularmente exigida na UCCI, onde os doentes apresentavam múltiplas comorbilidades, trajetórias de reabilitação prolongadas e contextos sociais frequentemente frágeis. Nestes cenários, nem sempre existiam respostas lineares ou soluções ideais, exigindo ponderação ética, priorização de objetivos realistas e adaptação contínua dos planos de cuidados. Durante o acompanhamento de uma pessoa pós-AVC com baixo potencial de recuperação motora, surgiu o dilema entre insistir em objetivos ambiciosos ou redefinir metas centradas na qualidade de vida e participação. A reflexão crítica, sustentada pela evidência e pela discussão com a equipa, levou à redefinição do plano de cuidados, privilegiando autonomia nas AVD e conforto, evidenciando a capacidade de formular juízos clínicos complexos, característica do grau de mestre.

A **produção e sistematização de conhecimento aplicado** constituiu outra dimensão central das competências de mestre. O desenvolvimento de instrumentos como listas de verificação, materiais educativos e propostas de seguimento pós-alta resultou da identificação de lacunas na prática e da necessidade de respostas estruturadas e sustentáveis. Estes produtos não se limitaram ao contexto académico, tendo potencial de aplicação prática e replicabilidade, reforçando a ligação entre investigação, prática e melhoria contínua da qualidade.

A elaboração de um vídeo educativo sobre entrada e saída do automóvel no pós-PTA (apêndice 3) surgiu da observação repetida de dúvidas e insegurança manifestadas pelas pessoas e

cuidadores. Este recurso permitiu padronizar a informação, melhorar a literacia em saúde e apoiar a equipa na prática diária, evidenciando a competência de mestre na criação de soluções inovadoras baseadas na observação crítica da prática clínica.

A **comunicação científica e clínica**, outra dimensão essencial do grau de mestre, foi desenvolvida através da capacidade de adaptar a linguagem a diferentes interlocutores — equipa multiprofissional, pessoas e cuidadores — assegurando compreensão, envolvimento e tomada de decisão partilhada. A participação em reuniões de equipa, a discussão de casos e a apresentação fundamentada de propostas de intervenção reforçaram esta competência, promovendo uma prática colaborativa e centrada na pessoa.

Por fim, a **aprendizagem autónoma e ao longo da vida** revelou-se um elemento estruturante deste percurso. A participação em formações como o workshop com o tema “Técnicas minimamente invasivas em Reabilitação” (anexo 2), jornadas científicas como as 1ª Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do NER-ULSLO subjugada ao tema pertinente do trabalho presente “A Transição de Cuidados de Reabilitação” (anexo 1) e sessões de atualização como o workshop orientado pela Associação Alzheimer Portugal com o título “Demências” onde foram salientadas diferentes estratégias de comunicação e interação com a pessoa com demência (anexo 3), aliada à pesquisa contínua de literatura, consolidou uma postura profissional reflexiva e proativa. Esta atitude permitiu-me reconhecer limites, identificar áreas de desenvolvimento e assumir a responsabilidade pelo meu crescimento enquanto futura EEER e mestre, em consonância com as exigências contemporâneas da profissão (Benner, 2001; OE, 2023).

Em síntese, o desenvolvimento das competências do grau de mestre permitiu-me integrar conhecimento científico, prática clínica avançada e reflexão crítica, transformando a experiência de estágio num processo de construção identitária e profissional. Estas competências não se encerram com a conclusão do mestrado, mas constituem a base para uma prática futura autónoma, ética, inovadora e comprometida com a melhoria contínua dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação.

O percurso desenvolvido ao longo destes três contextos de estágio permitiu-me consolidar uma prática de Enfermagem de Reabilitação mais intencional, reflexiva e centrada na pessoa, sustentada na articulação entre os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros e a evidência científica atual. A mobilização integrada das competências comuns, específicas e de mestre traduziu-se numa evolução clara do meu raciocínio clínico, da minha capacidade de decisão em contextos complexos e da forma como passei a valorizar, para além dos indicadores

funcionais objetivos, os PROMs e PREMs como expressão legítima dos ganhos em saúde e da qualidade da assistência. Reconheço que este processo não se encerra com a conclusão do estágio nem com a obtenção do grau académico, mas constitui a base de uma identidade profissional em construção contínua, comprometida com a segurança, a continuidade e a humanização dos cuidados. Assim, assumo a convicção de que ser EEER é integrar um papel transformador: ajudar a pessoa a recuperar capacidades, reconstruir autonomia e ressignificar a sua vida após a doença, contribuindo para uma reabilitação que não se mede apenas em função motora, mas também em dignidade, participação e cidadania.

## Análise SWOT

A análise SWOT do meu percurso formativo, desenvolvido nos estágios em UCCI/comunidade, Ortopedia e Pneumologia, permitiu-me refletir de forma estruturada sobre os fatores que influenciaram o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Este exercício revelou-se fundamental para compreender como as experiências vividas contribuíram para a consolidação das competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, bem como para a interiorização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

No que se refere às **forças**, reconheço que a minha motivação pessoal e o compromisso com a aprendizagem contínua foram determinantes ao longo de todo o percurso. Desde o início dos estágios procurei adotar uma postura proactiva, questionando a prática, procurando fundamentação científica atual e integrando a evidência nas decisões clínicas. Esta atitude refletiu-se diretamente no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, e da melhoria contínua da qualidade. A experiência profissional prévia facilitou a adaptação rápida aos diferentes contextos e permitiu-me estabelecer relações terapêuticas seguras e eficazes com as pessoas, cuidadores e equipas multidisciplinares. Em Ortopedia, esta força foi particularmente evidente na capacidade de priorizar intervenções num contexto de internamento curto e exigente; na UCCI/comunidade, traduziu-se na gestão do tempo longo da reabilitação e na adaptação das intervenções ao contexto domiciliário; e em Pneumologia, na leitura clínica da pessoa com patologia respiratória crónica e na valorização da educação terapêutica como ferramenta central da intervenção do EEER. Estas experiências contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento das competências específicas J1 e J3, ao permitir cuidar da pessoa com necessidades especiais e maximizar a sua funcionalidade de forma contextualizada.

Relativamente às **fraquezas**, identifiquei como principal desafio o conhecimento inicial mais limitado na área da reabilitação respiratória, particularmente no início do estágio em Pneumologia. Esta lacuna refletiu-se numa maior insegurança inicial na interpretação de parâmetros respiratórios e no planeamento de intervenções específicas, condicionando temporariamente o desenvolvimento da competência J1 neste contexto. No entanto, esta fragilidade funcionou como um motor de aprendizagem, levando-me a investir de forma

autónoma no estudo da fisiologia respiratória, das técnicas de higiene brônquica e da reabilitação respiratória, o que contribuiu para o reforço das competências comuns relacionadas com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A gestão do tempo constituiu outra fragilidade sentida ao longo do percurso, sobretudo pela necessidade de conciliar atividade profissional, exigências académicas e estágios em contextos distintos. Em determinados momentos, esta dificuldade teve impacto na minha disponibilidade física e emocional, interferindo com a perceção de equilíbrio entre vida pessoal e profissional. Ainda assim, esta fragilidade permitiu-me desenvolver competências de organização, priorização e autorregulação, essenciais para a prática futura enquanto EEER em contextos clínicos exigentes.

No que diz respeito às **oportunidades**, considero que a diversidade dos contextos de estágio foi uma das mais significativas. A possibilidade de acompanhar a pessoa ao longo do seu percurso de reabilitação — desde o internamento agudo em Ortopedia, passando pela continuidade de cuidados na UCCI, até à gestão da doença crónica em Pneumologia — permitiu-me compreender a Enfermagem de Reabilitação numa lógica integrada e longitudinal. Esta visão reforçou o desenvolvimento das competências específicas J2 e J3, particularmente no que respeita à capacitação da pessoa e do cuidador e à maximização da funcionalidade em contextos reais de vida.

A participação em formações complementares, seminários e momentos de aprendizagem informal foi outra oportunidade relevante, sobretudo na área da reabilitação respiratória. A observação e aplicação de técnicas específicas, bem como a adaptação de programas de reabilitação ao contexto domiciliário, contribuíram para uma prática mais autónoma, confiante e alinhada com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente na promoção da saúde, prevenção de complicações e readaptação funcional.

Por fim, relativamente às **ameaças**, identifiquei constrangimentos organizacionais que condicionaram, em alguns momentos, o desenvolvimento pleno das competências especializadas. A escassez de EEER em determinados contextos limitou o acompanhamento direto e a supervisão contínua, sobretudo em situações clínicas mais complexas, impactando o desenvolvimento das competências J1 e J3. A sobrecarga das equipas de enfermagem geral, associada à limitação de recursos humanos e materiais, obrigou-me por vezes a redirecionar a intervenção para cuidados gerais, reduzindo o tempo disponível para cuidados especializados de reabilitação. Adicionalmente, as dificuldades na articulação com a rede comunitária após a alta hospitalar representaram uma ameaça à continuidade dos cuidados e à plena concretização

da competência J2, ao dificultar a manutenção das estratégias de reabilitação no domicílio e a reinserção da pessoa no seu contexto de vida.

Em síntese, esta análise permitiu-me reconhecer de forma consciente as forças que sustentaram o meu crescimento, as fragilidades que impulsionaram a aprendizagem, as oportunidades que enriqueceram a minha formação e as ameaças que exigiram adaptação e resiliência. Este exercício crítico-reflexivo foi determinante para consolidar a minha identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, reforçando uma prática centrada na pessoa, fundamentada na evidência e alinhada com as competências e valores da Ordem dos Enfermeiros.

## Conclusão

O percurso desenvolvido ao longo do Mestrado e da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação constituiu uma etapa determinante de crescimento pessoal, académico e profissional, marcada por um processo contínuo de aprendizagem reflexiva e de consolidação identitária enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mais do que a aquisição de competências técnicas avançadas, este trajeto permitiu integrar conhecimento científico, pensamento crítico e prática clínica diferenciada, orientada para a pessoa, a funcionalidade e a continuidade dos cuidados.

A experiência de estágio nos diferentes contextos — UCCI, Ortopedia e Pneumologia — revelou-se particularmente enriquecedora pela diversidade de realidades clínicas e organizacionais, exigindo constante adaptação, capacidade de análise e tomada de decisão fundamentada. A articulação entre cuidados hospitalares e comunitários evidenciou-se como um desafio permanente, mas também como uma oportunidade privilegiada para compreender a reabilitação como um processo contínuo, que se inicia no internamento, se prolonga no domicílio e se consolida na participação ativa da pessoa na sua vida quotidiana.

Ao longo deste percurso, foi possível desenvolver e integrar de forma consistente as competências comuns, específicas e de mestre, conforme definidas pela OE e pelo enquadramento legal do grau académico. A prática baseada na evidência, sustentada por referenciais normativos e por recomendações internacionais, permitiu assegurar intervenções seguras, eficazes e ajustadas às necessidades reais das pessoas acompanhadas. A valorização dos resultados sensíveis aos cuidados, incluindo não apenas indicadores funcionais objetivos, mas também os desfechos e a experiência relatados pelas próprias pessoas (PROMs e PREMs), reforçou uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e na qualidade da assistência.

Este relatório constituiu, simultaneamente, um instrumento de sistematização do percurso formativo e um espaço de reflexão crítica sobre a prática desenvolvida. A escrita reflexiva permitiu reconhecer fragilidades, valorizar conquistas e identificar estratégias de melhoria contínua, contribuindo para uma maior consciência do papel do EEER enquanto profissional diferenciado, com responsabilidade clínica, ética e social acrescida.

Aprendi que ser EEER implica olhar para além da doença, da limitação ou da incapacidade. Implica compreender o impacto que a perda funcional tem na identidade, nos projetos de vida

e na participação social da pessoa, e ser capaz de construir, em conjunto, caminhos possíveis para a autonomia, a dignidade e a cidadania. Esta prática exige não apenas conhecimento técnico e científico, mas também escuta ativa, empatia, flexibilidade e capacidade de adaptação contínua aos contextos e às pessoas.

Para além da consolidação formal de competências comuns, específicas e de mestre, este percurso representou uma transformação profunda na forma como compreendo e exerço a Enfermagem de Reabilitação. Se antes a minha prática se apoiava sobretudo na execução técnica e na experiência profissional acumulada, hoje reconheço que a diferença reside na intencionalidade clínica, na fundamentação científica das decisões e na capacidade de antecipar riscos e necessidades futuras, particularmente no momento da alta hospitalar. Aprendi a avaliar com maior profundidade, a interpretar indicadores funcionais com sentido clínico, a estruturar planos de cuidados orientados para resultados mensuráveis e a integrar a pessoa e a família como parceiros ativos no processo terapêutico.

Esta experiência permitiu-me desenvolver um olhar mais crítico, mais analítico e simultaneamente mais humano, capaz de articular funcionalidade, participação e qualidade de vida numa lógica de continuidade de cuidados. Só após vivenciar estes contextos de estágio — confrontando-me com limitações reais, dilemas éticos e decisões complexas — compreendi verdadeiramente o que significa prestar cuidados diferenciados enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Hoje intervenho com maior consciência, responsabilidade e segurança, sustentada por evidência, reflexão crítica e experiência prática integrada. Em síntese, este percurso formativo permitiu-me consolidar uma prática mais consciente, reflexiva e intencional, reforçando o compromisso com a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação.

A conclusão deste ciclo académico não representa um ponto final, mas antes o início de uma prática profissional mais autónoma, responsável e comprometida com a aprendizagem ao longo da vida, com a produção de conhecimento e com a melhoria contínua dos cuidados prestados às pessoas, famílias e comunidades.

Ser EEER é, assim, assumir um compromisso permanente com o crescimento — o meu e o das pessoas que acompanho — reconhecendo que a reabilitação não se limita a maximizar capacidades físicas, mas se traduz, sobretudo, na promoção da esperança, da participação e do sentido de vida após a doença.

## Referências Bibliográficas

Adeloye, D., Song, P., Zhu, Y., Campbell, H., Sheikh, A., & Rudan, I. (2023). Global, regional, and national prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and risk factors, 1990–2019: A systematic analysis. *JAMA Network Open*.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Prentice Hall.

Blum, L., & Korner-Bitensky, N. (2008). Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: A systematic review. *Physical Therapy*, 88(5), 559–566.  
<https://doi.org/10.2522/ptj.20070205>

Bourbeau, J., & Bartlett, S. J. (2020). Patient adherence in COPD. *Patient Preference and Adherence*, 14, 213–225. <https://doi.org/10.2147/PPA.S219415>

Coutinho, C. P., Neto, A. M., Lopes, A. J., & Cruz, A. J. (2021). Continuity of rehabilitation care in integrated health services: Challenges and opportunities. *Journal of Integrated Care*, 29(3), 345–357. <https://doi.org/10.1108/JICA-03-2020-0010>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República n.º 157/2018, Série I.  
<https://dre.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma para a transição segura de cuidados*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026*. DGS.  
<https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional para as doenças respiratórias*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. DGS.

Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., et al. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795–820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)

Global Burden of Disease. (2024). Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020, and projections to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. GOLD. <https://goldcopd.org>

Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>

Hermans, G., Clerckx, B., Vanhullebusch, T., Segers, J., Vanpee, G., Robbeets, C., & Gosselink, R. (2012). Interobserver agreement of Medical Research Council sum-score and handgrip strength in the intensive care unit. *Muscle & Nerve*, 45(1), 18–25. <https://doi.org/10.1002/mus.22219>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da saúde*. INE.

Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2021). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 397(10279), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30840-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30840-3)

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Mehrholz, J., Thomas, S., Elsner, B., et al. (2020). Electromechanical-assisted training for walking after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD006185. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006185.pub5>

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

Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Hip fracture: Management* (NICE guideline CG124). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>

National Joint Registry. (2023). *NJR 20th annual report 2023*. National Joint Registry (Reino Unido).

Norkin, C. C., & White, D. J. (2016). *Measurement of joint motion: A guide to goniometry* (5th ed.). F. A. Davis.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Código deontológico do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Ontologia da enfermagem – Área de enfermagem de reabilitação* (v2.0). Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2001). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. OMS.

Pita, J. (2024). *Vozes de Quem Cuida* [Podcast].

Quinn, T. J., Langhorne, P., & Stott, D. J. (2011). Barthel Index for stroke trials: Development, properties, and application. *Stroke*, 42(4), 1146–1151. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.598540>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). *Transitions overview and transitions in care and services* (2nd ed.). RNAO. <https://rnao.ca>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Abordagem especializada ao longo do ciclo de vida* (2.ª ed.). LIDEL.

Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Prentice Hall.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., et al. (2013). An official ATS/ERS statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13–e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Yates, P., & Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

World Health Organization. (2022). *Global report on chronic respiratory diseases*. WHO.

World Health Organization. (2025). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Key facts / update*. WHO.

## **Apêndices**

**Apêndice 1-** Relato de Caso Clínico em contexto Comunitário: “Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC”



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Estágio em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade

**Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação  
no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC**

**Relato de Caso Clínico**

**Professora Orientadora:**

Mestre Sandy Severino

**Enfermeiro Orientador:**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Hélio Sousa

**Discente:**

Susana Barreiros nº:201893325

Barcarena, junho 2025

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Estágio em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade

**Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação  
no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC**  
**Relato de Caso Clínico**

**Professora Orientadora:**

Mestre Sandy Severino

**Enfermeiro Orientador:**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Hélio Sousa

**Discente:**

Susana Barreiros nº:201893325

Barcarena, junho 2025

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste plano de atividades.”

Susana Barreiros

junho 2025

Atlântica

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FITT-VP – Frequência, Intensidade, Tipo, Tempo – Volume, Progressão

MRC – Medical Research Council

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## Índice

Introdução.....	10
Materiais e métodos.....	12
Enquadramento Teórico .....	13
Apresentação do caso .....	15
Anamnese.....	15
Avaliação de enfermagem de reabilitação .....	16
Resultados.....	19
Discussão .....	24
Considerações finais.....	25
Referências bibliográficas .....	28

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Plano de Cuidados delineado no contexto de Enfermagem de Reabilitação...	18
<b>Tabela 2</b> – Síntese das principais conclusões.....	19
<b>Tabela 3</b> - - Semana 1 – Plano de intervenção inicial segundo a FITT-VP após avaliação inicial .....	20
<b>Tabela 4</b> – Semana 2 – Plano de intervenção segundo a FITT-VP progressivo .....	20
<b>Tabela 5</b> – Semana 3 – Plano de intervenção segundo a FITT-VP após avaliação intermédia .....	22
<b>Tabela 6</b> – Semana 4 – Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP.....	22
<b>Tabela 7</b> – Semana 5 - Plano de intervenção segundo a FITT-VP anterior à avaliação final.....	23

## Índice de Imagens

<b>Imagens 1 e 2</b> – Tapete com superfícies irregulares e sensorial.....	21
--	----

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## **Resumo**

### **Introdução:**

A reabilitação funcional de clientes com défice neurológico, como o Acidente Vascular Cerebral, representa um dos principais desafios nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados. O treino de marcha e a readaptação a diferentes superfícies constituem uma etapa crucial para a recuperação da autonomia e prevenção de quedas. O presente estudo de caso pretende analisar o impacto das intervenções de enfermagem no treino de mobilidade de uma cliente com Acidente Vascular Cerebral isquémico, com foco no treino de marcha com canadianas e reforço do equilíbrio.

### **Objetivos:**

Geral: Avaliar o impacto das intervenções de enfermagem no treino de marcha em diferentes superfícies, na reabilitação funcional motora de uma cliente pós- Acidente Vascular Cerebral.

Específicos: Identificar dificuldades da cliente no desempenho da marcha com apoio / Implementar intervenções de treino de equilíbrio e mobilidade funcional / Avaliar a evolução da cliente na realização da marcha em diferentes superfícies.

### **Método:**

Estudo de caso aplicado a pessoa em situação de internamento de Média duração com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral isquémico. Uso de abordagem descritiva seguindo as guidelines da CAsE REports. Dados recolhidos através da observação, planos de cuidados e registos clínicos. Implementado o processo de enfermagem abordando o Padrão Documental dos Cuidados da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

### **Resultados:**

Ao longo das semanas de reabilitação, observou-se progressiva melhoria na força muscular e no equilíbrio estático e dinâmico da cliente, dados avaliados e mensuráveis através das escalas utilizadas (em apêndice). A marcha com auxiliar de marcha tornou-se mais estável e segura, segundo perceção da cliente. A cliente passou a realizar trajetos curtos em pisos irregulares com menor apoio e demonstrou maior confiança na mobilidade funcional, reduzindo o risco de quedas e a dependência de terceiros.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

**Conclusão:**

As intervenções de enfermagem no treino de marcha, com foco no reforço muscular e equilíbrio em diferentes pisos, demonstraram ter um impacto positivo na recuperação funcional de uma cliente com Acidente Vascular Cerebral. A progressiva autonomia alcançada reflete a importância de cuidados individualizados e centrados no doente em contexto de reabilitação neurológica.

**Palavras – Chave:** Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação Funcional; Treino de Marcha; Mobilidade; Equilíbrio.

**Abstract**

**Introduction:**

Functional rehabilitation of patients with neurological deficits, such as stroke, represents one of the main challenges in Integrated Continuing Care Units. Gait training and readaptation to different surfaces constitute a crucial step in the recovery of autonomy and prevention of falls. This case study aims to analyze the impact of nursing interventions on the mobility training of a patient with ischemic stroke, focusing on walking training with crutches and strengthening balance.

**Objectives:**

General: To evaluate the impact of nursing interventions in gait training on different surfaces, in the functional motor rehabilitation of a post-stroke patient. Specific: To identify the difficulties of the patient in performing walking with support / To implement balance and functional mobility training interventions / To evaluate the patient's progress in performing walking on different surfaces.

**Method:**

Case study applied to a person in a medium-term hospitalization situation with a diagnosis of ischemic stroke. Use of descriptive approach following CAsE REports guidelines. Data collected through observation, care plans and clinical records. Implementation of the

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

nursing process addressing the Documentary Care Standard of the Nursing Specialty in Rehabilitation.

**Results:**

Over the weeks of rehabilitation, progressive improvement in the user's muscle strength and static and dynamic balance was observed, data evaluated and measurable through the scales used (attached). Walking with a walking aid became more stable and safe, according to the client's perception. The client began to take short distances on uneven floors with less support and demonstrated greater confidence in functional mobility, reducing the risk of falls and dependence on others.

**Conclusion:**

Nursing interventions in gait training, focusing on muscle strengthening and balance on different floors, demonstrated a positive impact on the functional recovery of a user with Stroke. The progressive autonomy achieved reflects the importance of individualized and patient-centered care in a context of neurological rehabilitation.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Functional Rehabilitation; Gait Training; Mobility; Balance.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## **Introdução**

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade, integrada no 1º ano, 2º semestre do 3º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi proposta a descrição de um Caso Clínico acompanhado durante o período de Estágio que decorre numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) localizada na região da grande Lisboa.

O decorrente estágio, tem sido fundamental para dinamizar as minhas competências na área da enfermagem de reabilitação, contribuindo diretamente para a qualidade dos cuidados que poderei prestar. A elaboração deste caso clínico é o reflexo do processo de reflexão, prática e aprendizagem contínua que esta formação me proporcionou.

A escolha da temática “Descrição do impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC” é fundamentada por ser uma temática que se alinha com as necessidades de reabilitação dos clientes pós- Acidente Vascular Cerebral (AVC) e aborda o papel crucial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção da recuperação funcional e prevenção de complicações.

Desta forma, e com o intuito de dar resposta à questão norteadora do presente Relato de Caso, foi definido como objetivo geral: “*Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC*”

E como objetivos específicos:

- Identificar dificuldades da cliente no desempenho da marcha com apoio
- Implementar intervenções de treino de equilíbrio e mobilidade funcional
- Avaliar a evolução da cliente na realização da marcha em diferentes superfícies

O AVC é uma das principais causas de incapacidade em adultos, com consequências significativas na mobilidade e na autonomia dos clientes. A recuperação da funcionalidade motora após um AVC depende de uma abordagem de reabilitação focada

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

e personalizada. Segundo a American Stroke Association (2020), o treino da marcha e da mobilidade funcional é essencial para promover a recuperação da capacidade de andar e a independência funcional. Um plano de intervenção que envolva o treino de marcha, especialmente em diferentes superfícies, é uma estratégia eficaz para estimular a propriocepção, o equilíbrio e a adaptação motora do cliente (Mehrholz et al.,2017).

O treino de marcha não se deve limitar a ambientes com superfícies lisas, pois as superfícies irregulares oferecem desafios adicionais que são cruciais para a recuperação do equilíbrio e da mobilidade. Segundo estudos de Mehrholz et al. (2017), o treino de marcha em superfícies irregulares (como tapetes, pisos de madeira ou pisos com texturas variadas) melhora significativamente a percepção postural e o controle motor dos clientes pós-AVC. Segundo o mesmo autor, essas superfícies ajudam os clientes a melhorar a sua capacidade de adaptar-se a diferentes condições e a fortalecer a musculatura estabilizadora, o que reduz o risco de quedas, um problema comum no pós-AVC.

A reabilitação deve ter em conta a recuperação da autonomia funcional do cliente. O treino de marcha, além de promover a recuperação do andar, também impacta diretamente na qualidade de vida do cliente. A melhoria da capacidade de marcha e da independência nas atividades diárias está fortemente correlacionada com a percepção de bem-estar e a autoestima dos clientes, promovendo uma recuperação mais holística (Kwakkel et al., 2013). O treino de marcha em diferentes superfícies, ao expor o paciente a desafios variados, potencia a adaptação e a confiança na mobilidade, aspetos essenciais para a autonomia (Mehrholz et al.,2017).

Além de melhorar a mobilidade, o treino de marcha também desempenha um papel importante na prevenção de complicações secundárias ao AVC, como as úlceras de pressão, a perda de massa muscular e a rigidez articular. Estudos como o de Langhorne et al. (2011) destacam que programas de reabilitação precoce, incluindo o treino de marcha, podem prevenir essas complicações e melhorar significativamente a funcionalidade a longo prazo. Em UCCI's, onde o doente permanece internado por longos períodos, a mobilização regular e o treino de marcha são cruciais para evitar a diminuição da força muscular e as complicações associadas à imobilização prolongada.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

O EEER, desempenha um papel central na implementação de planos de intervenção de marcha, atuando não apenas na supervisão da mobilidade, mas também no acompanhamento do progresso do cliente, ajustando as intervenções conforme necessário, como é descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2023); este colabora com a pessoa na realização de atividades orientadas para o fortalecimento das suas capacidades funcionais, promovendo uma melhoria do desempenho motor, cardiovascular e respiratório, com o objetivo de potenciar o rendimento, a autonomia e o desenvolvimento pessoal. A educação do cliente e da família sobre o treino de marcha, o uso adequado de dispositivos de apoio (como canadianas ou quadripés) e a promoção da segurança durante o treino são aspetos fundamentais da atuação do EEER. No estudo de Theofanidis (2016) enfatizam que a intervenção ativa da enfermagem de reabilitação é crucial para garantir que o treino de marcha seja realizado de forma segura e eficaz, adaptando-se às necessidades individuais de cada cliente.

## **Materiais e métodos**

A abordagem metodológica adotada para a realização deste relato de caso clínico foi o Relato de Caso, utilizado em contexto de criação de conhecimento científico, especialmente nas várias áreas da Enfermagem (Andrade et al., 2017). Este tipo de estudo é classificado como descritivo e caracteriza-se por uma investigação empírica, ou seja, fundamentada na prática e na observação direta de um fenómeno atual, com o objetivo de compreendê-lo em profundidade dentro do seu contexto, usando uma abordagem metodológica qualitativa. O relato abrange o planeamento da pesquisa, incluindo a definição dos conceitos e componentes envolvidos, bem como a escolha dos instrumentos e técnicas para a recolha de dados, além das abordagens específicas para a análise dos mesmos. Os relatos de caso podem ser conduzidos a nível individual ou em grupo, classificando-se como "relatos de caso único" ou "relatos de múltiplos casos", quando são analisados mais de um caso (Andrade et al., 2017)

No presente caso, a recolha de dados foi efetuada através de anamnese, complementada pela recolha de informações utilizando o sistema de gestão integrado do serviço e pesquisa bibliográfica.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

A linguagem utilizada segue os padrões estabelecidos pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a qual apliquei para estruturar os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e as intervenções específicas correspondentes. Devido à complexidade do caso abordado, foram utilizados como referências, o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o Instrumento de Recolha de Dados para Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016), e a mais recente Ontologia da Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2024), que definem os domínios de intervenção e os focos clínicos de atenção do enfermeiro de reabilitação, constituem-se como documentos essenciais para a implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação.

12

Durante o desenvolvimento deste caso clínico, tive a oportunidade de fornecer informações detalhadas à pessoa submetida a estudo, garantindo que o consentimento livre e informado fosse adequadamente esclarecido e assinado, conforme os princípios éticos (Oliveira et al., 2021) consentimento este, revisto e aprovado pela comissão de ética da Escola Superior de Saúde Atlântica. O referido consentimento será apresentado em apêndice.

A estrutura deste trabalho seguiu as diretrizes para relatórios de caso "CARE" - CARE, estabelecido pela Equator (Riley et al., 2017) com o objetivo de aumentar a precisão, transparência e utilidade dos relatos de caso, promovendo uma comunicação clara e eficaz, com impacto positivo na prática clínica. Quando aplicadas, essas diretrizes permitem a divulgação de informações sobre novas condições de saúde, avaliação dos benefícios e riscos das intervenções, geração de conhecimento e promoção da educação em saúde, objetivos fundamentais deste estudo na área da Enfermagem de Reabilitação.

A elaboração deste documento seguiu as normas da American Psychological Association (APA) 7ª edição.

## **Enquadramento Teórico**

O AVC constitui uma das principais causas de incapacidade em adultos a nível mundial, sendo frequentemente responsável por défices neurológicos que comprometem a mobilidade, o equilíbrio e a autonomia nas atividades de vida diária (Feigin et al., 2021).

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

Neste cenário, a enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental na promoção da funcionalidade e da reintegração da pessoa, através de intervenções sistematizadas como o treino de marcha em diferentes superfícies. A fundamentação teórica dessas intervenções pode ser realizada à luz de duas abordagens relevantes: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

De acordo com Meleis (2010), as transições em saúde são processos vivenciados quando ocorrem mudanças significativas na vida ou no estado de saúde da pessoa. O AVC representa uma transição de saúde/doença e de desenvolvimento, exigindo reorganização pessoal, familiar e funcional. O papel do enfermeiro de reabilitação, neste contexto, é o de facilitador da transição saudável, através de intervenções que promovam a adaptação à nova realidade, incentivem a participação ativa no processo de reabilitação e melhorem o bem-estar global do cliente (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). No caso do treino de marcha, o enfermeiro de reabilitação contribui para a progressiva readaptação motora da pessoa, apoiando-a no desenvolvimento da sua confiança e segurança na locomoção, essenciais para uma transição bem-sucedida.

Simultaneamente, a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) apresenta-se como um referencial fundamental na prática da enfermagem de reabilitação. Após um AVC, a pessoa encontra-se frequentemente num estado de défice de autocuidado, necessitando de cuidados profissionais para suprir limitações nas suas capacidades funcionais. Segundo Orem, o sistema parcialmente compensatório é o mais adequado nestes casos, pois permite ao enfermeiro apoiar a pessoa nas tarefas que ainda não consegue realizar de forma autónoma, ao mesmo tempo que a incentiva a recuperar essas competências (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 2001). O treino de marcha representa, neste sentido, uma intervenção que respeita o ritmo individual de recuperação e estimula a participação ativa da pessoa, promovendo a sua capacitação e autonomia.

Além disso, a reabilitação da pessoa pós-AVC deve seguir os princípios da neuroplasticidade, baseando-se em treino funcional repetitivo, específico e orientado para tarefas significativas (Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011). O treino de marcha permite aplicar estes princípios, adaptando as superfícies e os contextos ambientais de forma progressiva, para potenciar a aprendizagem motora e a independência funcional. O papel do enfermeiro de reabilitação, neste processo, não se limita à componente técnica,

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

mas inclui uma dimensão relacional e educativa, que fortalece o empoderamento da pessoa (Kirkevold, 2010).

Assim, as teorias de Meleis e Orem oferecem um suporte conceptual robusto para a prática da enfermagem de reabilitação em contexto de AVC. Ambas colocam o foco na pessoa em processo de mudança, destacando a importância do cuidado centrado na individualidade, no apoio à autonomia e na promoção de uma transição saudável. Neste enquadramento, o treino de marcha emerge como uma intervenção que não apenas melhora o desempenho físico, mas também contribui para a reconstrução da identidade funcional da pessoa, facilitando a sua reintegração social e qualidade de vida.

## **Apresentação do caso**

### **Anamnese**

Doente do sexo feminino, 64 anos, caucasiana, de nacionalidade portuguesa, reformada e casada, admitida na unidade de cuidados continuados integrados após ter sofrido um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico do hemisfério esquerdo em abril de 2024.

No que concerne aos antecedentes pessoais, apresenta história clínica de síndrome depressivo, hipernatremia, hipertensão e diabetes mellitus tipo II insulino dependente.

Medicação habitual: Acido acetilsalicílico 150mg; Atorvastatina 80mg; Ramipril 2.5mg; Empagliflozina 25mg; Pantoprazol 40mg; Alprazolam 0.5mg; Escitalopram 20mg; Insulina glargina 10U; Ticagrelor 90mg.

O contexto social da cliente indica apoio familiar. Encontrando-se casada, esse fato revela-se de todo significativo para o planeamento da reabilitação e continuidade dos cuidados no domicílio aquando da alta. Tanto o esposo como o irmão realizam visitas diárias e levam a cliente em cadeira de rodas ao exterior das instalações.

À admissão na unidade, a doente apresentava uma maceração inguinal bilateral, relacionada com imobilidade e alterações do estado nutricional e cutâneo após o AVC, à data da avaliação inicial já resolvida. Foi delineado plano diário de fisioterapia instituída à entrada da Unidade por Fisiatra, que cumpre.

Susana Barreiros

junho 2025

Atlântica

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

A avaliação inicial a 17/05/2025, na qual apliquei a escala de Barthel – 40 (em apêndice) revela sinais de dependência parcial para atividades da vida diária, com limitações motoras do hemicorpo direito, reflexo do AVC isquémico cerebral esquerdo, bem como comprometimento da mobilidade e deambulação.

### **Avaliação de enfermagem de reabilitação**

O AVC é uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde e para os próprios indivíduos afetados (Feigin et al., 2021). As sequelas resultantes de um AVC são frequentemente complexas e multidimensionais, abrangendo défices motores, sensoriais, cognitivos, de linguagem e emocionais. Entre estas, as alterações no movimento corporal, na força muscular, no equilíbrio e o surgimento de fenómenos como a espasticidade assumem um papel central na limitação da funcionalidade e na redução da qualidade de vida (Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011).

Face à complexidade destas alterações, a intervenção do EEER revela-se fundamental. Com competências específicas na avaliação, planeamento e implementação de cuidados de reabilitação, o EEER contribui ativamente para a maximização da funcionalidade, da autonomia e da reintegração social da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A sua atuação é norteada por referenciais normativos e instrumentos específicos, como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o Instrumento de Recolha de Dados para Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e a mais recente Ontologia da Enfermagem – Versão Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2024), que definem os focos clínicos de atenção e os domínios de intervenção especializados.

Através de um processo sistemático e individualizado, o EEER identifica necessidades, formula diagnósticos e desenvolve planos de intervenção orientados por evidência e centrados na pessoa. No contexto do AVC, os cuidados dirigem-se frequentemente à reeducação da marcha, treino de equilíbrio, promoção da força muscular, controlo da espasticidade e recuperação do movimento funcional dos membros. Estas intervenções são acompanhadas por instrumentos validados pela Ordem dos Enfermeiros, como a

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

escala de força muscular do Medical Research Council (MRC), a escala de Ashworth Modificada para avaliação da espasticidade, e a Escala de Equilíbrio de Berg, que me permitiram avaliar gradualmente e de forma sistemática a evolução da cliente em causa no caso apresentado.

Seguidamente, serão abordados os focos clínicos relevantes para a pessoa pós-AVC, com a identificação dos diagnósticos de enfermagem especializados e das respetivas intervenções de reabilitação, organizadas segundo o modelo FITT-VP (frequência, intensidade, tipo, tempo, volume e progressão). Este enquadramento visa evidenciar o papel determinante do EEER na promoção da recuperação funcional e no aumento da autonomia da pessoa em reabilitação.

Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação –  
 Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

Tabela 1: Plano de Cuidados delineado no contexto de Enfermagem de Reabilitação

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos de Reabilitação	Intervenções Especializadas (FITTVP)	Escalas de Avaliação
<b>Movimento Corporal – MI</b>	Movimento corporal comprometido  (MI, com alterações na marcha e uso necessário de auxiliar)	Melhorar o padrão de marcha, adaptando-o ao uso de auxiliar e promovendo a autonomia em superfícies diversas.	<b>Frequência:</b> 1 a 2x/dia <b>Intensidade:</b> moderada (nível de esforço percebido 4-6/10) <b>Tipo:</b> treino de marcha com andarilho ou canadiana <b>Tempo:</b> sessões de 20-30 min <b>Volume:</b> progressivo com nº de passos/duração <b>Progressão:</b> aumentar irregularidade/superfícies	<b>MRC:</b> força MI <b>Ashworth:</b> tónus de extensores/flexores <b>Berg:</b> mobilidade e estabilidade na marcha
<b>Equilíbrio</b>	Equilíbrio instável  (Déficit de equilíbrio estático e dinâmico, dificultando marcha em superfícies instáveis)	Promover estabilidade postural em marcha e prevenir quedas em ambientes não controlados.	- Exercícios de equilíbrio dinâmico em marcha (ex: báltica, transferência de peso entre os MI's, marcha em tapete com textura, relva artificial, acolchoado) - Redução de apoio progressivo: barras → andarilho → quadripé - Feedback verbal e visual constante	<b>Escala de Berg:</b> avaliar risco de queda <b>MRC:</b> estabilidade relacionada à força muscular
<b>Espasticidade</b>	Espasticidade presente  (Tónus aumentado no tricipite sural e isquiotibiais, interferindo no contacto do pé com o solo e impulsão na marcha).	Reduzir a espasticidade para permitir padrão de marcha mais fluido e com menos gasto energético.	- Alongamento passivo dos MI's antes da marcha (20 a 30 seg. 3 repetições) - Posicionamento funcional com ortótese se indicado - Marcha com atenção ao contacto do calcanhar primeiro	<b>Ashworth Modificada:</b> monitorização do tónus <b>MRC:</b> avaliar impacto na força funcional
<b>Força Muscular</b>	Força muscular comprometida  (Redução da força nos músculos extensores do joelho e dorsiflexores do tornozelo, limitando fase de apoio da marcha)	Reforçar musculatura envolvida na marcha para garantir segurança e eficácia do padrão motor.	- Exercícios resistidos (elásticos, step, treino excêntrico) (o número de repetições e séries é ajustado à percepção de esforço da cliente, e descritos nas tabelas seguintes) - Integração da força em caminhada funcional: rampas, tapetes, superfícies inclinadas (a evolução é marcada semanalmente e ajustada conforme a escala de Borg avaliada na cliente) - Progressão do apoio total para apoio parcial	<b>MRC (0-5):</b> força muscular específica <b>Berg:</b> equilíbrio afetado por fraqueza muscular <b>Borg:</b> percepção do esforço

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## Resultados

Este capítulo apresenta os resultados obtidos ao longo do plano de treino de marcha pós-AVC, com a duração de cinco semanas. A evolução da cliente foi monitorizada em três momentos: avaliação inicial (1ª semana - 17/05/2025), intermédia (3ª semana - 28/05/2025) e final (5ª semana - 16/06/2025), com recurso às seguintes escalas: Escala de Borg, Berg Balance Scale, MRC e Modified Ashworth Scale (em apêndice) e implementados e ajustados planos de intervenção que se encontram nas tabelas abaixo.

Os resultados evidenciam uma progressão funcional consistente e significativa ao longo do programa de treino, com melhorias notórias na força muscular, equilíbrio, controlo da espasticidade, tolerância ao esforço e independência nas atividades da vida diária.

**Tabela 2** – Síntese dos principais resultados

Datas de avaliação	17/05	28/5	16/06	Resultados
Escalas				
MRC	0/1	0/1	1/2	Evolução de 1 valor
Berg	4	13	27	Evolução de 23 pontos
Ashworth	4	3	2	Evolução de 2 pontos
Borg	8	7	5	Evolução de 3 pontos

Estes ganhos são indicativos da eficácia de um plano estruturado, progressivo e orientado para as necessidades específicas da pessoa no pós-AVC, reforçando a importância da avaliação contínua e do ajuste das intervenções em contexto de enfermagem de reabilitação.

Na avaliação inicial (1ª semana - 17/05/2025), a cliente apresentava uma perceção elevada do esforço durante a marcha, com um valor na escala de Borg próximo de 8, indicando fadiga precoce e baixa tolerância ao exercício. A pontuação na Berg Balance Scale foi baixa (4 pontos), evidenciando défices no controlo postural e um risco elevado de queda. A força muscular avaliada pela escala MRC situava-se entre os níveis 0 e 1 do lado hemiparético, demonstrando incapacidade para realizar movimentos contra resistência, o que limitava significativamente a marcha funcional. Por fim, a espasticidade dos

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

membros inferiores, avaliada pela Escala de Ashworth Modificada, foi moderada, com um valor de cerca de 4, interferindo no controlo motor eficiente (escalas em apêndice)

**Tabela 3** - Semana 1 – Plano de intervenção inicial segundo a FITT-VP após avaliação inicial - 17/05/2025 (escalas em apêndice)

Objetivo: Familiarização com marcha assistida, segurança e confiança						
<b>Exercícios:</b> Marcha com quadripé, supervisionada, em piso plano (corredor, sala) — 10 metros Exercícios de equilíbrio estático em pé, apoio com quadripé: ficar em pé, manter postura, transferir peso de um pé para o outro (2 séries de 5-10 repetições) Mobilização passiva e ativa assistida de membros inferiores (para prevenir rigidez)						
F - frequência	I - intensidade	T - tempo por sessão	T - tipo de treino	V - volume	P - progressão	Escalas a aplicar
3x/sem	Baixa, marcha assistida	20 Min.	Marcha assistida em superfície plana e firme	2 Séries de 5-10 repetições	Familiarização, foco na segurança	MRC, Berg, Ashworth, Borg. (Avaliação inicial para estabelecer basal)

**Tabela 4** – Semana 2 – Plano de intervenção segundo a FITT-VP progressivo

Objetivo: Aumento da autonomia e resistência básica						
<b>Exercícios:</b> Marcha assistida com redução gradual do apoio do ER (se possível) em piso plano – 10 metros Exercícios de equilíbrio dinâmico: andar em linha reta, marcha com paragem e reinício Transferências sentado-em-pé e vice-versa com menor auxílio - 3 séries de 5 a 10 repetições Exercícios de fortalecimento leve para membros inferiores (ex.: levantar calcanhars, extensões de joelho - 3 séries de 5 a 10 repetições)						
F - frequência	I - intensidade	T - tempo por sessão	T - tipo de treino	V - volume	P - progressão	Escalas a aplicar
3-4x/sem	Baixa-média, redução do apoio	25 Min.	Marcha em superfície plana; equilíbrio estático	3 Séries de 5-10 repetições	Aumento da autonomia e confiança	Borg

Na avaliação intermédia (3ª semana - 28/05/2025), observou-se uma melhoria progressiva em todas as dimensões avaliadas. O esforço percebido diminuiu para cerca de 7 na escala de Borg, refletindo uma adaptação gradual da cliente ao programa de treino. A pontuação na Berg Balance Scale aumentou (13 pontos), sugerindo um controlo postural mais eficaz mas mantendo o risco de queda. A força muscular, medida pela escala MRC, manteve-se entre 0 e 1 no lado hemiparético. A espasticidade diminuiu para um valor de 3 na Ashworth Modificada, facilitando a execução dos movimentos, traduzindo uma melhoria substancial na autonomia durante a marcha e nas atividades quotidianas (escalas em apêndice).

Durante a terceira semana de intervenção, foi introduzida na rotina de exercícios, a marcha no tapete de diferentes superfícies, ferramenta discutida com o enfermeiro

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

orientador e desenvolvida por mim com dupla aplicabilidade, primeiro usado no sentido de simulação de treino de marcha em superfícies alternativas com a cliente calçada (relva, tapete, acolchoado) e segundo usado como tapete sensorial, estimulando a sensibilidade plantar devido às diferentes texturas e temperaturas dos materiais utilizados. A utilização desta ferramenta, demonstrou ser bastante estimulante para a cliente no sentido participativo na própria recuperação. O desenvolver deste tapete, surgiu da necessidade de uma evolução gradual entre o treino de marcha numa superfície lisa e estável, como o corredor do serviço, e o passo seguinte que seria o treino de marcha na rua com todas as alterações de superfície e inclinação que isso envolve. Desta forma, a introdução do treino de marcha no tapete com diferentes texturas, veio criar um patamar intermédio de evolução no plano de reabilitação da marcha, incutindo uma consolidação de competências e capacidades na cliente.



**Imagens 1 e 2** – Tapete com superfícies irregulares e sensorial

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

**Tabela 5** – Semana 3 – Plano de intervenção segundo a FITT-VP após avaliação intermédia - 28/05/2025 (escalas em apêndice)

Objetivo: Introdução a superfícies irregulares simuladas e melhoria do controlo postural						
<b>Exercícios:</b> Marcha sem auxílio ou com mínimo auxílio, em tapetes com diferentes texturas, relva artificial, piso acolchoado — 10 metros Marcha em superfície firme com pequenas variações de altura (ex.: rampas suaves, exterior) Exercícios de equilíbrio em um pé só com apoio mínimo - 3 Séries de 5 a 10 repetições Exercícios respiratórios para controlo e resistência						
F - frequência	I - intensidade	T - tempo por sessão	T - tipo de treino	V - volume	P - progressão	Escalas a aplicar
4x/sem	Média, marcha sem auxílio parcial	30 Min.	Marcha em superfícies irregulares simuladas (tapetes, relva artificial)	3 Séries de 5-10 repetições	Introdução de superfícies variadas	MRC, Berg, Ashworth, Borg (Avaliação intermédia, ajuste de plano)

**Tabela 6** – Semana 4 – Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP

Objetivo: Treino em superfícies externas e com obstáculos leves, maior complexidade						
<b>Exercícios:</b> Marcha em rampas suaves e calçadas com obstáculos (cones, almofadas para contornar) — 10-12 metros Marcha em superfícies variadas: calçada irregular, tapetes com elevações pequenas Exercícios de equilíbrio e coordenação com multitarefa (segurar objetos leves, virar a cabeça durante a marcha) Treino de resistência muscular de membros inferiores (ex.: agachamentos parciais assistidos)						
F - frequência	I - intensidade	T - tempo por sessão	T - tipo de treino	V - volume	P - progressão	Escalas a aplicar
4-5x/sem	Média, treino com obstáculos	35 Min.	Marcha em rampas suaves, superfícies externas (calçada) com obstáculos leves	3-4 Séries de 5-10 repetições	Maior complexidade e resistência	Borg

Na avaliação final (5ª semana - 16/06/2025), o esforço percebido durante o treino reduziu ainda mais, situando-se próximo do valor 5 na escala de Borg, indicativo de melhor eficiência cardiorrespiratória e motora. A pontuação na Berg Balance Scale atingiu os 27 pontos, demonstrando uma melhoria significativa no equilíbrio e segurança na marcha em diversas superfícies e contextos. A força muscular, avaliada pela escala MRC, com valores entre 1 e 2, permitindo à cliente realizar marcha com menor assistência. Finalmente, a espasticidade manteve-se, mas atingindo um valor de 2 na Ashworth Modificada, limitando ligeiramente a função motora. A cliente apresentou uma progressão consistente em todas as dimensões avaliadas, com melhorias significativas na força muscular, equilíbrio, redução da espasticidade, menor perceção de esforço e maior independência funcional. Estes resultados refletem a eficácia do plano de treino estruturado, progressivo e focado na funcionalidade e segurança da marcha pós-AVC.

Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação –  
 Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

**Tabela 7** – Semana 5 - Plano de intervenção segundo a FITT-VP anterior à avaliação final - 16/06/2025 (escalas em apêndice)

Objetivo: Consolidar marcha funcional, em diferentes condições e multitarefa						
<b>Exercícios:</b> Marcha independente em superfícies variadas com maior grau de dificuldade (declives, piso molhado simulado, areia compacta) — 12-15 metros Marcha com multitarefa (carregar objetos, conversar, olhar para lados) Exercícios avançados de equilíbrio: manter equilíbrio após deslocamentos rápidos e mudanças de direção - 4 Séries de 5 a 10 repetições Fortalecimento funcional e treino de resistência: subir e descer escadas com auxílio mínimo						
F - frequência	I - intensidade	T - tempo por sessão	T - tipo de treino	V - volume	P - progressão	Escalas a aplicar
5x/sem	Média-alta, marcha independente	40-45 Min.	Marcha em superfícies variadas com maior grau de dificuldade (declives, piso molhado), multitarefa	4 Séries de 5-10 repetições	Consolidar marcha funcional segura	MRC, Berg, Ashworth, Borg (Avaliação final)

Susana Barreiros

junho 2025

Atlântica

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## **Discussão**

A marcha é uma das competências funcionais mais impactadas após o AVC. A reabilitação dirigida à sua recuperação requer uma abordagem multidimensional e progressiva, centrada nos princípios do treino orientado para tarefas e da neuroplasticidade (Feigin et al., 2021). Os resultados deste caso clínico evidenciam os benefícios dessa abordagem na evolução da força muscular, equilíbrio e esforço percebido (escalas preenchidas em apêndice).

Ganhos de Força Muscular: A força muscular é essencial para a locomoção eficaz. A evolução na escala MRC, de nível 0 para 2, representa um ganho funcional significativo, permitindo à cliente passar da incapacidade de criação de tónus à capacidade de gerar força contra resistência em alguns grupos musculares, essencial para a marcha em superfícies irregulares ou com obstáculos. Estes resultados vão ao encontro da evidência científica, nomeadamente dos estudos de Ada et al. (2010), que demonstram que o treino de força e o treino de marcha combinados promovem melhorias superiores comparativamente a intervenções isoladas.

Equilíbrio e Espasticidade: A melhoria do equilíbrio (Berg: +25 pontos) foi sustentada por um plano que incorporou variação de superfícies e obstáculos, favorecendo o recrutamento motor e sensorial. A redução da espasticidade (Ashworth: de 4 para 2) permitiu ganhos adicionais na eficiência da marcha. Estudos como os de Tyson e Rogerson (2009) confirmam que a redução da espasticidade, aliada à melhoria do controlo motor, está associada a maior autonomia funcional, o que se verificou neste caso.

A redução do esforço percebido (Escala de Borg) também reflete uma melhoria da eficiência cardiovascular e motora, em linha com os objetivos da reabilitação neurológica e funcional.

### **Principais conclusões:**

- Força muscular (MRC): evolução de níveis 0 para 2;
- Equilíbrio (Berg Balance Scale): +25 pontos, atingindo limiar de segurança funcional;
- Espasticidade (Ashworth): redução significativa, sem impacto funcional final;
- Perceção de esforço (Borg): redução de 3 pontos, sinalizando maior tolerância;

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## Considerações finais

A realização do presente relato de caso clínico, com o objetivo geral de: *Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC*, permitiu-me integrar os conhecimentos teóricos, científicos e técnicos adquiridos ao longo do período teórico do mestrado, bem como aprofundar o desenvolvimento das competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2021). No contexto de uma UCCI, este trabalho teve um impacto significativo na forma como compreendo e operacionalizo o cuidado especializado à pessoa com alterações da funcionalidade motora.

Através da implementação de um plano de cuidados individualizado, centrado na pessoa e orientado por diagnósticos e intervenções da CIPE, foi possível atingir os objetivos propostos, promovendo a reabilitação motora e funcional.

Através da implementação dos objetivos específicos delineados, consegui:

1. **Identificar dificuldades da cliente no desempenho da marcha com apoio**, realizando uma avaliação detalhada com recurso a instrumentos padronizados, nomeadamente a escala de Força muscular (MRC); Equilíbrio (Berg Balance Scale), Espasticidade (Ashworth) e Perceção de esforço (Borg) e a observação clínica da marcha em diferentes superfícies, o que me permitiu caracterizar as limitações no equilíbrio postural, apoio unilateral e adaptabilidade ao meio.
2. **Implementar intervenções de treino de equilíbrio e mobilidade funcional**, com enfoque na promoção da estabilidade dinâmica, na capacidade de reação a desafios do ambiente e na execução de marcha funcional em superfícies lisas e irregulares.
3. **Avaliar a evolução da cliente**, através de reavaliações sistemáticas e registos comparativos que evidenciaram melhorias significativas na autonomia e segurança da marcha, refletindo-se na progressiva diminuição da dependência funcional.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

Estes objetivos operacionais permitiram-me desenvolver diversas competências específicas do enfermeiro de reabilitação, definidas pela OE no Regulamento n.º 122/2021, entre as quais destaco:

- A **competência 3.2.1**, que refere a “capacidade de realizar uma avaliação sistemática e contínua das alterações da funcionalidade e da sua repercussão nas atividades de vida” – essencial na identificação inicial das dificuldades de marcha da cliente;
- A **competência 3.2.4**, que envolve “planear, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação dirigidas à promoção, manutenção ou recuperação da funcionalidade, prevenção de complicações e capacitação da pessoa” – concretizada nas intervenções realizadas ao longo do processo;
- A **competência 3.2.5**, relacionada com a “utilização de raciocínio clínico e julgamento crítico na tomada de decisão”, que esteve sempre presente na adaptação das intervenções às respostas individuais da cliente e na gestão da sua progressão;

Inicialmente, foram identificadas dificuldades significativas da cliente no desempenho da marcha com apoio, refletindo limitações ao nível do equilíbrio, força muscular e controlo postural. As intervenções de enfermagem de reabilitação, focaram-se no treino de equilíbrio estático e dinâmico, na marcha assistida e na progressiva adaptação a diferentes superfícies (lisas e irregulares). Este processo terapêutico seguiu os princípios da neuroplasticidade e da reabilitação funcional centrada na funcionalidade e participação da pessoa (Langhorne et al., 2011; Teasell et al., 2020).

Ao longo das sessões, a evolução da cliente foi evidente, observando-se melhorias na simetria da marcha, na tolerância ao esforço, na estabilidade postural e na confiança ao caminhar em contextos mais exigentes. Estas melhorias resultaram da combinação entre a repetição de tarefas significativas e o reforço positivo, fundamentais para estimular a reaprendizagem motora após lesão neurológica (American Stroke Association, 2020).

A avaliação final confirmou ganhos concretos na funcionalidade da cliente, com impacto direto na sua qualidade de vida. Estes resultados vêm reforçar o papel diferenciado do EEER na gestão do processo de reabilitação, nomeadamente no planeamento de

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

intervenções baseadas na evidência científica e adaptadas ao contexto clínico e pessoal da pessoa em recuperação

A elaboração e execução deste caso clínico proporcionaram um crescimento profissional marcante, permitindo-me aplicar a prática baseada na evidência em contexto real, integrando conhecimentos sobre neuroplasticidade, controlo motor e estratégias de treino funcional (Teasell et al., 2020; Winstein et al., 2016).

Em termos de impacto na minha prática clínica, esta experiência promoveu uma melhoria significativa na minha capacidade de cuidar centrado na pessoa, considerando as suas necessidades reais e potenciais, os seus objetivos e o seu contexto de vida. A interação terapêutica com a cliente e a adequação das intervenções à sua evolução funcional reforçaram a importância da humanização e da flexibilidade clínica.

Durante o estágio, enfrentei dificuldades importantes, nomeadamente a limitação de recursos materiais para realizar treinos em ambientes simulados, bem como alguma resistência da cliente a determinadas propostas terapêuticas por medo de queda. Para ultrapassar estes obstáculos, utilizei estratégias como a motivação terapêutica baseada em objetivos funcionais, a divisão das tarefas complexas em etapas simples, e a construção do tapete com diferentes texturas.

Em suma, este relato de caso clínico permitiu a consolidação de competências avançadas em enfermagem de reabilitação, valorizando a importância de uma prática especializada, crítica e reflexiva, e reforçando o contributo do enfermeiro especialista para a recuperação funcional e a qualidade de vida da pessoa após AVC.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## Referências bibliográficas

Ada, L., Dean, C. M., Hall, J. M., Bampton, J., & Crompton, S. (2010). A treadmill and overground walking program improves walking in persons residing in the community after stroke: a placebo-controlled, randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(3), 404–412. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(03\)00349-6](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(03)00349-6)

American Stroke Association. (2020). *Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke*. *Stroke*, 51(2), e144-e163. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>

Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(4), e5360016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Pandian, J. D., & Lindsay, P. (2021). World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>

Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: An extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*, 33(1), E27–E40. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181cd837f>

Kwakkel, G., & Kollen, B. J. (2013). Predicting activities after stroke: What is clinically relevant? *International Journal of Stroke*, 8(1), 25–32. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00967.x>

Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011, May 14). *Stroke rehabilitation*. *Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

Mehrholz, J., Thomas, S., Werner, C., Kugler, J., Pohl, M., & Elsner, B. (2017, May 10). *Electromechanical-assisted training for walking after stroke*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD006185. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006185.pub4>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

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

Oliveira, L. M. S., Almeida, M. L. S., Silva, C. P. B., Rosa, D. O., Gomes, N. P., & Pedreira, L. C. (2021). Aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. *Enfermagem em Foco*, 12(2), 393–399. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumento de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Ontologia da Enfermagem – Área de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

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

Susana Barreiros

junho 2025

Atlântica

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

Riley, D., Niven, D., Barlow, J. *et al.* CAse REport (CARE) Guidelines: Enhancing case report accuracy and transparency. *Journal of Medical Case Reports*. 2017;11(1):84-90. Disponível em: [www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/](http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/)

Taylor, S. G., Renpenning, K. M., Geden, E., Neuman, B., & Hart, M. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39–47. <https://doi.org/10.1177/08943180122108030>

Teasell, R., Hussein, N., Mirkowski, M., Foley, N., Cotoi, A., & Lindsay, M. (2020). *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*. Canadian Partnership for Stroke Recovery. <http://www.ebrsr.com>

Theofanidis, D., & Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *Journal of Vascular Nursing*, 34(4), 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.07.001>

Tyson, S. F., & Rogerson, L. (2009). Assistive walking devices in nonambulant patients undergoing rehabilitation after stroke: The effects on functional mobility, walking impairments, and patients' opinion. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(3), 475–479. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.09.563>

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## **Apêndices**

Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação –  
 Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

**1 - Escalas utilizadas durante o Caso Clínico**

ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG		
NOME: C	Sexo: Feminino	Prontuário:
	Idade: 64	Data da Lesão: 04/2024
Lado Dominante ou parético: (D) (E)	Data da Avaliação: 17/05 28/5 16/06	
Diagnóstico: AVC Isquémico à esq	Avaliador: enª Susana Barreiros	
ITEM	SUBTOTAL	
<b>1. POSIÇÃO SENTADA PARA POSIÇÃO EM PÉ</b> Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, na recuperação da autonomia funcional motora de pessoa pós-AVC.  INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente. 3. Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos. 2. Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas. 1. Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se. 0. Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.	0 1 2
<b>2. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO</b> INSTRUÇÕES: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.	4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos. 3. Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão. 2. Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. 1. Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 seg. sem apoio. 0. Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	0 0 0
<b>3. PERMANECER SENTADO SEM APOIO NAS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU NUM BANQUINHO</b> INSTRUÇÕES: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.	4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos. 3. Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão. 2. Capaz de permanecer sentado por 30 segundos. 1. Capaz de permanecer sentado por 10 segundos. 0. Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos.	2 3 4
<b>4. POSIÇÃO EM PÉ PARA POSIÇÃO SENTADA</b> INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.	4. Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos. 3. Controla a descida utilizando as mãos. 2. Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida. 1. Senta-se independentemente, mas tem descida sem controlo. 0. Necessita de ajuda para sentar-se.	0 1 3
<b>5. TRANSFERÊNCIAS</b> INSTRUÇÕES: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.	4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos. 3. Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos. 2. Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão. 1. Necessita de uma pessoa para ajudar. 0. Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança.	1 1 2
<b>6. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS OLHOS FECHADOS</b> INSTRUÇÕES: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança. 3. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão. 2. Capaz de permanecer em pé por 3 segundos. 1. Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé. 0. Necessita de ajuda para não cair.	0 2 2
<b>7. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS PÉS JUNTOS</b> INSTRUÇÕES: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.	4. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança. 3. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão. 2. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos.	0 0 1

Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação –  
 Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

	1. Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.	
	0. Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.	
8. ALCANÇAR A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO PERMANECENDO EM PÉ INSTRUÇÕES: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. (O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).	4. Pode avançar a frente > 25 cm com segurança. 3. Pode avançar a frente > 12,5 cm com segurança. 2. Pode avançar a frente > 5 cm com segurança. 1. Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão. 0. Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.	0 1 2
9. PEGAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO EM PÉ Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino da marcha em diferentes superfícies, na recuperação da autonomia funcional motora de pessoas pós-AVC. INSTRUÇÕES: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.	4. Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança. 3. Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão. 2. Incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente. 1. Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando. 0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	0 1 3
10. VIRAR-SE E OLHAR PARA TRÁS POR CIMA DOS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ INSTRUÇÕES: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. (O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)	4. Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso. 3. Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso. 2. Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio. 1. Necessita de supervisão para virar. 0. Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	1 2 4
11. GIRAR 360 GRAUS INSTRUÇÕES: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.	4. Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos. 3. Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 seg. ou menos. 2. Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente. 1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais. 0. Necessita de ajuda enquanto gira.	0 0 1
12. POSICIONAR OS PÉS ALTERNADAMENTE NO DEGRAU OU BANQUINHO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ SEM APOIO INSTRUÇÕES: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.	4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos. 3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em > 20 segundos. 2. Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda. 1. Capaz de completar > 2 movimentos com o mínimo de ajuda. 0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.	0 1 1
13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE INSTRUÇÕES: (DEMONSTRE PARA O PACIENTE) Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e leve para o lado.	4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos. 3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos. 2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos. 1. Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos. 0. Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé.	0 0 1
14. PERMANECER EM PÉ SOBRE UMA PERNA INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar	4. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por > 10 seg. 3. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 seg. 2. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 seg. 1. Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 seg., embora permaneça em pé independentemente. 0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.	0 0 1
Considerações: A pontuação global é de 56 possíveis pontos. Os itens são pontuados 0-4 sendo que 0 representa a incapacidade de completar a tarefa e 4 a capacidade de concluir independente a tarefa proposta. Pontuação de 0 a 20 representa prejuízo do equilíbrio, 21 a 40 equilíbrio acetável e 41-56 um bom equilíbrio. Escore Total:		4 13 27

FORNTE: 1) MIYAMOTO, S. T. JUNIOR, L. J.; BERG, K. O. RAMOS, L. R.; NATOUR, J. Brazilian version of the Berg balance scale. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, vol. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004; 2) BLUM L, KORNER-BITENSKY N. Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. Phys Ther. 88(5):659-66, 2008.

Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação –  
Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA		
NOME: C	Sexo: F	Prontuário:
	Idade: 64	Data da Lesão: 04/2024
Lado parético: drt.		Data da Avaliação: 17/05 28/05 16/06
Diagnóstico: AVC isquémico à esq.		Avaliador: enP Susana Barreiros
Escores	Descrição	
0	Tónus Muscular normal	
1	Discreto aumento do tónus muscular, manifestado por contração e relaxamento ou por resistência mínima no final do arco de movimento quando o segmento afetado é movido em flexão ou extensão.	
1+	Discreto aumento do tónus muscular, manifestado por contração associado a uma resistência mínima durante o restante da ADM (menos da metade).	
2	Aumento mais acentuado do tónus muscular durante a maior parte da ADM, porém o segmento é movido facilmente.	
3	Aumento considerável do tónus muscular, o movimento passivo é realizado com dificuldade.	
4	O segmento afetado está rígido em flexão ou extensão.	
Músculos avaliados MI Drt		Escores
Quadrípide		4 3 2
Isquiotibiais		4 3 2
Gêmeos		4 3 2

FONTE: 1) Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*. Vol. p 67:206 –207, 1987. 2) Gregson JM, Leathley MJ, Moore AP, Smith TL, Sharma AK, Watkins CL. Reliability of measurements of muscle tone and muscle power in stroke patients. *Age Ageing*. Vol. 29(3):223-8, 2000.

Escala de Percepção de Esforço (Escala de Borg Modificada)			
17/05	28/05	16/06	Resultado
8 - Intensa	7 - Intensa	5 - Moderada	Melhoria de 3 valores
Escala de Percepção Subjetiva de Esforço (Escala de Borg Modificada)			
Intensidade da Atividade			
0 - 1	Nenhuma a Muito Leve (qualquer atividade exceto dormir, ver TV, andar de carro, etc.)		
2 - 3	Leve (Sensação de ser possível manter a atividade por horas. Respiração fácil e consegue manter uma conversa com facilidade)		
4 - 6	Moderada (Sensação de ser possível manter o exercício por horas. Respiração rápida e consegue manter conversas curtas)		
7 - 8	Intensa (Quase desconfortável, alguma sensação de falta de ar, consegue verbalizar não mais que uma frase curta)		
9	Muito, Muito Intensa (Muito difícil manter esta intensidade, dificuldade para respirar e dizer uma palavra)		
10	Máxima (Sensação de impossibilidade para continuar, com falta de ar e incapaz de falar)		

Fonte: <https://www.atlasdausaude.pt/publico/content/atividade-fisica-exercicio-fisico-e-desporto-na-idade-senior>

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## Motor Strength Scale

(The Medical Research Council (MRC) Scale for Muscle Strength)

Name: C Age: 64  
 Sex: F Date: 17/05 28/5 16/06

MRC scale for motor strength	
Grade 5	Normal
Grade 4	Movement against gravity and resistance
Grade 3	Movement against gravity over (almost) the full range
Grade 2	Movement of the limb but not against gravity
Grade 1	Visible contraction without movement of the limb (not existent for hip flexion)
Grade 0	No visible contraction

Motor strength test			
Muscle group	Muscle tested	Right side	Left side
Neck flexors	Sternocleidomastoid	4 4 4	4 4 4
	Scalenes	4 4 4	4 4 4
Shoulder	Deltoid	0 0 0	3 3 4
	Supraspinatus	0 0 0	3 3 4
	Infraspinatus	0 0 0	3 3 4
	Teres minor	0 0 0	3 3 4
	Teres major	0 0 0	3 3 4
Elbow	Biceps	0 0 0	3 3 4
	Brachialis	0 0 0	3 3 4
	Triceps	0 0 0	3 3 4
Wrist	Extensors	0 0 0	3 3 4
	Flexors	0 0 0	3 3 4
Hands	Abductor pollicis brevis	0 0 0	4 4 4

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC.

Muscle group	Muscle tested	Right side			Left side		
	Opponens pollicis	0	0	0	4	4	4
	Lumbricals (digits 2 and 3)	0	0	0	4	4	4
	Interossei (digits 2 and 4)	0	0	0	4	4	4
	Adductor pollicis	0	0	0	4	4	4
Hip	Gluteus medius	1	1	2	3	3	4
	Gluteus maximus	1	1	2	3	3	4
	Hamstrings	1	1	2	3	3	4
Knee	Quadriceps	1	1	2	3	3	4
Ankle	Dorsiflexors	0	1	1	3	3	4
	Plantarflexors	0	1	1	3	3	4
	Invertors	0	1	1	3	3	4
	Evertors	0	1	1	3	3	4

#### Reference

Kleyweg, R. P., Van Der Meché, F. G. A., & Schmitz, P. I. M. (1991). Interobserver agreement in the assessment of muscle strength and functional abilities in Guillain-Barré syndrome. *Muscle & Nerve*, 14(11), 1103–1109. <https://doi.org/10.1002/mus.880141111>

*The MRC Muscle Scale is licensed under the Open Government Licence. Used with the permission of the Medical Research Council*

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

### Índice de Barthel

<b>1. Alimentação</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>

Fonte: norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx (dgs.pt)

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## 2 – Pedido à Comissão de Ética



### PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA

Pedido para realização de **Relato de Caso Clínico** em contexto de estágio.

A aluna Susana de Fátima Gulomar Barreiros, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Atlântica, 1º ano, 2º semestre, solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Maria José Nogueira Pinto, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do Coordenador do Mestrado Professor Doutor Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Daniela Oliveira.

**Título do Estudo:** Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC - Relato de Caso Clínico

**Metodologia:** Relato de Caso Clínico de acordo com a norma Equator e da checklist CARE<sup>3</sup>, que segue em anexo ao pedido.

**Objetivo:** O objetivo do estudo é descrever o impacto das intervenções de enfermagem no treino de marcha em diferentes superfícies, na reabilitação funcional motora de uma pessoa pós-AVC, em contexto de internamento.

**Explicação do estudo:** Relato de caso clínico, de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita no processo de cuidados e serão utilizados instrumentos/testes de avaliação (que seguem em anexo) 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 análise dos dados será descritiva, sendo o autor principal responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos mesmos. Não se identificam riscos para a pessoa quer aceite ou recuse participar no relato de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** A participação no relato de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. O desejo da pessoa será garantido, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste relato de caso será 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.

Grata, desde já, pelo vosso melhor entendimento,

A Aluna Susana Barreiros, nº 201893325; tel.: 933316805; 201893325@uatla.pt

*Susana Barreiros*

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

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf/tdsp/2001/01/002A00/00140038.pdf>, Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development

<sup>3</sup> The CARE Guid EQUATOR Network ([equator-network.org](http://equator-network.org))

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

### 3 – Consentimento informado, livre e esclarecido

#### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assinie o consentimento.

**Título do estudo:** Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, na recuperação da autonomia funcional motora de pessoa pós-AVC – Relato de Caso Clínico

**Enquadramento:** O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Maria José Nogueira Pinto, no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do coordenador do Mestrado Professor Doutor Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Daniela Oliveira.

**Explicação do estudo:** Solicita-se a participação no estudo 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 relato de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre Mobilidade Funcional; Força Muscular e Padrão de Marcha, contribuindo para a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para a pessoa que aceite ou recuse participar no relato de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** A sua participação no relato de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir em qualquer momento.

**Confidencialidade e anonimato:** ... Neste relato de caso clínico 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.

Grata pela colaboração

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Susana Barreiros

Contactos: 933316805; 201893325@uatla.pt

**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: ..... / ..... / .....

<sup>1</sup> <https://www.ufba.br/in-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2018/02/declaracaohelsinqia.pdf>

<sup>2</sup> <http://dtra.pt/pdf1.php?2001/03/002A05/00140016.pdf>




Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

## **Anexos**

Relato de Caso Clínico - Descrever o impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação no treino de marcha em diferentes superfícies, no pós-AVC

I – CARE da Equator

Checklist:

 CARE Checklist of information to include when writing a case report  

Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report" .....	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report" .....	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature? .....	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings .....	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes .....	_____
Introduction	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case? .....	_____
	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references) .....	_____
Patient Information	5a	De-identified patient specific information .....	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient .....	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information .....	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes .....	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings .....	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline .....	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys) .....	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural) .....	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered) .....	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable .....	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care) .....	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration) .....	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale) .....	_____
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available) .....	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results .....	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?) .....	_____
	10d	Adverse and unanticipated events .....	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report .....	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references .....	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes) .....	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion .....	_____
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received .....	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested .....	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Guideline: <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000147.pdf>

**Apêndice 2-** Relato de Caso Clínico em contexto hospitalar: “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na continuidade de cuidados do doente ortopédico na transição do hospital ao domicílio.”



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Estágio em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade

**Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta  
hospitalar  
Relato de Caso Clínico**

**Professor Orientador:**

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

**Enfermeiro Orientador:**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Jorge Carvalho

**Discente:**

Susana Barreiros n.º:201893325

Barcarena, novembro, 2025

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste plano de atividades.”

Susana Barreiros

Novembro 2025

Atlântica

2

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

A - Andarilho

ACF – Articulação Coxo Fémural

APA – American Psychological Association

ATT – Articulação Tibio Tárctica

AVD – Atividades de Vida Diária

C - Canadianas

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CDTR – Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FITT-VP – Frequência, Intensidade, Tipo, Tempo – Volume, Progressão

THP - Total Hip Replacement

MID – Membro Inferior Direito

MRC – Medical Research Council

PTA – Prótese Total da Anca

VA – Verificação da Aprendizagem

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## Resumo

### Introdução:

A artroplastia total da anca é uma intervenção frequente em ortopedia, com impacto positivo na mobilidade e qualidade de vida. A mobilização precoce é essencial, mas exige controlo da dor e medidas de segurança. A capacitação da pessoa para a alta hospitalar é fundamental. Este caso descreve um programa de treino de marcha e educação terapêutica orientado para a autogestão.

### Objetivo:

Apresentar um plano de reabilitação centrado na capacitação da pessoa com Prótese Total da Anca (PTA) para a alta hospitalar, com foco no treino de marcha, precauções da anca e educação para a autogestão.

### Método:

Estudo de caso em pessoa submetida a PTA, internada em Ortopedia e Traumatologia. Abordagem descritiva segundo *CAsE REports*, com recolha de dados por entrevista estruturada, observação, registos clínicos e planos de cuidados. O processo de enfermagem seguiu o Padrão Documental da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

### Resultados:

Observou-se evolução funcional progressiva, com maior distância de marcha, estabilidade postural e menor necessidade de apoio. O ensino com *teach-back* reforçou o conhecimento sobre precauções da anca, marcha, treino de escadas e sinais de alarme, promovendo segurança e confiança para a alta.

### Conclusão:

O treino de marcha, associado a ensino estruturado e capacitação ativa, revelou-se eficaz na promoção da autonomia e segurança da pessoa com PTA para o regresso ao domicílio.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Prótese Total da Anca; Capacitação; Treino de Marcha; Alta Hospitalar.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Abstract**

### **Introduction:**

Total hip arthroplasty is a common orthopedic intervention with a positive impact on mobility and quality of life. Early mobilization is essential, but requires pain control and safety measures. Preparing the patient for hospital discharge is crucial. This case describes a gait training and therapeutic education program focused on self-management.

### **Objective:**

To present a rehabilitation plan focused on preparing patients with Total Hip Arthroplasty (THP) for hospital discharge, focusing on gait training, hip precautions, and self-management education.

### **Method:**

Case study of a patient undergoing THP and admitted to the Orthopedics and Traumatology Units. A descriptive approach was used, based on CASE Reports, with data collection through observation, medical records, and care plans. The nursing process followed the Documentary Standard for the Rehabilitation Nursing Specialty.

### **Results:**

Progressive functional improvement was observed, with increased walking distance, postural stability, and reduced need for support. Teach-back reinforced knowledge about hip precautions, gait, stair training, and warning signs, promoting safety and confidence for discharge.

### **Conclusion:**

Gait training, combined with structured teaching and active training, proved effective in promoting autonomy and safety for individuals with hip replacement.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Total Hip Replacement; Training; Gait Training; Hospital Discharge.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## Índice

Introdução.....	8
1. Materiais e métodos .....	11
2. Apresentação do caso .....	12
2.1 Situação atual .....	13
2.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação .....	13
3. Resultados .....	19
4. Discussão.....	23
Considerações Finais .....	25
Referências bibliográficas .....	27
<b>Apêndices.....</b>	<b>30</b>
Apêndice 1 - Planificação folheto informativo: prótese da anca – entrar e sair do carro .....	31
Apêndice 2 - Folheto informativo: prótese da anca – entrar e sair do carro.....	35
Apêndice 3 - Planificação folheto informativo: cuidados respiratórios em casa: técnicas de higiene brônquica .....	37
Apêndice 4 - Folheto informativo: cuidados respiratórios em casa: técnicas de higiene brônquica.....	42
Apêndice 5 – Verificação de competências: reeducação funcional e capacitação .....	44
Apêndice 6 - Pedido à Comissão de Ética e Consentimento informado.....	51
Apêndice 7 - Escalas utilizadas durante Estágio Profissionalizante.....	54
Apêndice 8 - Lista de verificação do domicílio - Pré-operatório.....	58
Apêndice 9 - Guião de entrevista estruturada .....	65
<b>Anexos.....</b>	<b>69</b>
1- Checklist: CARE da Equator.....	70

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## Índice de Tabelas e Gráficos

Tabela 1: Plano de Cuidados delineado no contexto de Enfermagem de Reabilitação .....	18
Tabela 2: 1ª semana - Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP – Avaliação inicial .....	19
Tabela 3: 2ª semana - Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP .....	19
Tabela 4: 3ª semana - Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP .....	20
Tabela 5: 4ª semana – Avaliação intermédia -Plano de intervenção progressiva segundo a FITT-VP .....	20
Tabela 6: 5ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP.....	20
Tabela 7: 6ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP .....	21
Tabela 8: 7ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP – Avaliação final .....	21
Tabela 9: Evolução clínica e funcional durante o internamento.....	22
Gráfico 1: Linha temporal com o resumo dos principais indicadores de evolução em 7 semanas.....	23
Imagem 1- Exemplificação de subida e descida de degraus com canadianas em contexto de consulta pré operatória de enfermagem de reabilitação de PTA.....	14

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Profissionalizante do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi proposto o acompanhamento e descrição de um caso clínico desenvolvido no serviço de Ortopedia e Traumatologia de uma unidade hospitalar da região de Lisboa. A experiência neste contexto permitiu o aprofundamento de competências específicas de reabilitação funcional e respiratória, traduzindo-se numa reflexão prática sobre a importância da preparação da alta hospitalar para o domicílio, rede ou instituição.

A temática — *“Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar”* — foi escolhida por refletir as necessidades de reabilitação no pós-operatório ortopédico e a complexidade acrescida associada à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e à ablação pulmonar, antecedentes do cliente referido no Caso. Este enfoque evidencia o papel essencial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na recuperação funcional respiratória e motora, integrando controlo da dor, ensino das precauções da anca, treino de marcha, uso de produtos de apoio, estratégias de conservação de energia e monitorização da tolerância ao esforço. Destaca ainda a importância da capacitação educativa e do planeamento da transição para o domicílio, determinantes para uma alta hospitalar segura e funcional.

A questão norteadora definida foi: “Como pode a enfermagem de reabilitação capacitar a pessoa submetida a Prótese Total da Anca (PTA), com antecedentes de DPOC e ablação pulmonar, para uma alta hospitalar segura e funcional?”

**Objetivo geral:** Desenvolver e consolidar competências clínicas especializadas em enfermagem de reabilitação, através da avaliação, planeamento, implementação e monitorização de intervenções centradas na pessoa, em contexto hospitalar.

**Objetivos específicos:** -Elaborar um plano de cuidados individualizado adaptado à pessoa com PTA e compromisso respiratório; -Executar intervenções precoces que promovam mobilidade segura e otimização ventilatória; -Fomentar a colaboração multidisciplinar na resposta às necessidades complexas do pós-operatório; -Desenvolver

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

estratégias educativas e de capacitação, assegurando autogestão, uso adequado de produtos de apoio e transição segura para o domicílio.

A prática é sustentada em modelos de cuidados centrados na pessoa e na família, garantindo intervenções alinhadas com valores e objetivos individuais (RNAO, 2015). A promoção de transições seguras e planeadas é reconhecida como indicador de qualidade e segurança, reduzindo complicações e reinternamentos (RNAO, 2023).

A osteoartrose da anca, uma das principais causas de dor incapacitante e perda funcional, tem prevalência crescente com o envelhecimento populacional. Prevê-se que até 2050 o número de pessoas com osteoartrose sintomática duplique (WHO, 2021). A artroplastia constitui uma resposta cirúrgica eficaz, proporcionando melhoria da mobilidade, autonomia e qualidade de vida (Wainwright et al., 2020). Contudo, a presença de comorbilidades respiratórias, como a DPOC, potencia o risco de fadiga e dessaturação durante a mobilização, exigindo estratégias de conservação de energia e monitorização rigorosa (GOLD, 2024).

A evidência demonstra que programas precoces e estruturados de reabilitação ortopédica são determinantes na recuperação funcional e redução da dependência (Ordem dos Enfermeiros, 2013; RNAO, 2023). Estes devem integrar treino de marcha progressivo, ensino das precauções de luxação, treino com produtos de apoio e educação para a autogestão (RNAO, 2015; 2023).

Em Portugal, os Guias Orientadores de Boas Práticas e o Padrão Documental dos Cuidados Especializados constituem referenciais fundamentais para a prática do EEER, orientando intervenções promotoras de autonomia e ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2013; 2015). O EEER assume um papel central na avaliação da funcionalidade, no planeamento e implementação de cuidados individualizados e na capacitação da pessoa e do cuidador, recorrendo a metodologias como o *teach-back* para reforçar a aprendizagem e a adesão às recomendações (RNAO, 2015).

A articulação com a equipa multidisciplinar reforça a abordagem integrada e centrada na pessoa, essencial à preparação para uma alta segura e funcional (RNAO, 2023).

No enquadramento teórico deste caso clínico, recorri aos contributos de três teóricas de Enfermagem cujos referenciais se mostraram particularmente adequados à prática

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

especializada em Enfermagem de Reabilitação: Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis.

Segundo Orem (1995), a Enfermagem visa apoiar a pessoa quando esta apresenta um défice na capacidade de autocuidado, capacitando-a para recuperar ou manter a sua autonomia. A *Teoria do Défice de Autocuidado* valoriza a promoção da independência e o desenvolvimento das competências individuais necessárias à gestão da própria saúde. No contexto da PTA, este referencial orienta a intervenção do enfermeiro de reabilitação para a capacitação da pessoa e do cuidador, garantindo o conhecimento e a aplicação das precauções de luxação da anca, o uso seguro de produtos de apoio e o reforço da autogestão no domicílio.

Por sua vez, o *Modelo de Adaptação* de Callista Roy (1984) oferece um enquadramento dinâmico que permite compreender as respostas da pessoa às mudanças fisiológicas, funcionais e psicossociais decorrentes da cirurgia e da limitação física. A reabilitação, neste sentido, constitui um processo contínuo de adaptação em que o enfermeiro atua como facilitador, ajudando a pessoa a integrar novas capacidades, redefinir papéis e restaurar o equilíbrio funcional e emocional.

Complementarmente, o *Modelo das Transições* de Afaf Meleis (2010) assume particular relevância neste caso clínico, uma vez que a reabilitação implica um processo de transição situacional e de saúde-doença, que se estende para além do período de internamento. Esta teoria valoriza o acompanhamento ativo, a clarificação de papéis e a promoção da confiança durante as fases de mudança. A aplicação deste modelo foi evidente na preparação para a alta hospitalar, na educação terapêutica e no seguimento telefónico pós-alta, que asseguraram uma transição segura e sustentada para o domicílio.

A integração destas três abordagens teóricas — autocuidado (Orem), adaptação (Roy) e transição (Meleis) — permitiu sustentar uma prática de Enfermagem de Reabilitação centrada na pessoa, baseada na evidência e orientada para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da continuidade dos cuidados.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## 1. Materiais e métodos

Para dar resposta aos objetivos estabelecidos, foi desenvolvido um trabalho descritivo do tipo relato de caso, de caráter narrativo, centrado nos cuidados de enfermagem de reabilitação fundamentados na prática clínica e elaborado em conformidade com as diretrizes CARE (Riley et al., 2017).

O caso em estudo refere-se a um homem de 71 anos, submetido a artroplastia total da anca (prótese total da anca – PTA) programada, internado no serviço de Ortopedia de um hospital da região de Lisboa, com antecedentes de DPOC e ablação pulmonar esquerda prévia.

A colheita de dados foi realizada através de entrevista estruturada (apêndice 9) à pessoa e família, complementada pela consulta do processo clínico em SClinico. Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa, tendo sido aplicados instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa: o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo et al., 2007), que avalia o grau de independência nas Atividades Básicas de Vida Diária, com pontuações de 0 a 100 (sendo 0 total dependência e 100 independência completa); a Escala de Morse (Morse, 2009), utilizada para determinar o risco de queda, com valores superiores a 45 pontos indicativos de risco elevado; a Escala de Borg modificada (Borg, 1982), que quantifica a perceção subjetiva do esforço numa escala de 0 a 10, sendo valores acima de 5 considerados esforço intenso; a monitorização da SpO<sub>2</sub> ao esforço, que permite avaliar a resposta ventilatória e a tolerância ao exercício, considerando-se valores abaixo de 90% como hipoxemia significativa; a Escala MRC (Medical Research Council, 1981), que mensura a força muscular em grupos específicos, variando entre 0 (ausência de contração) e 5 (força normal); a Escala Numérica da Dor (Hawker et al., 2011), que avalia a intensidade da dor de 0 (sem dor) a 10 (dor insuportável); a goniometria articular (Norkin & White, 2016), utilizada para quantificar a amplitude de movimento das articulações em graus; e a Berg Balance Scale (Berg et al., 1992), composta por 14 itens que avaliam o equilíbrio funcional, com pontuação máxima de 56 pontos — valores inferiores a 45 indicam risco acrescido de queda.

Os diagnósticos de enfermagem foram estruturados com base na Ontologia em Enfermagem e segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

(CIPE), em conformidade com o Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2021). O plano de reabilitação foi implementado desde a admissão até à transição para o domicílio, incluindo treino de marcha progressivo em diferentes superfícies, treino de escadas, técnicas de conservação de energia, estratégias ventilatórias, ensino das precauções de luxação e treino de utilização de produtos de apoio.

A educação terapêutica recorreu ao método *teach-back* para verificar a compreensão e retenção dos conteúdos por parte da pessoa e cuidador, reforçando aspetos relativos à autogestão, sinais de alarme e segurança no domicílio (Ha Dinh et al., 2016).

Este estudo, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (estágio profissionalizante hospitalar), foi autorizado pela Comissão de Ética da instituição de ensino superior e respeitou os princípios éticos da investigação em enfermagem, nomeadamente o consentimento informado, a confidencialidade, a dignidade, a autonomia e a liberdade de participação (Deodato, 2022).

A elaboração do documento seguiu as normas da American Psychological Association (APA), 7.ª edição.

## 2. Apresentação do caso

O Sr. R, sexo masculino, 71 anos, foi admitido no serviço de Ortopedia e Traumatologia após queda da própria altura que resultou em fratura peritrocantérica do fémur direito. À entrada realizadas rotinas pré operatórias (análises, Rx- tórax e eletrocardiograma), tendo sido submetido a antroplastia total por via posterior ou de Moore. Este procedimento consiste na substituição da articulação natural por uma prótese composta por componentes femoral e acetabular, com o objetivo de restaurar a mobilidade, aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida da pessoa (Ribeiro, 2021). Apesar de associada a um risco ligeiramente superior de luxação protésica, do que a abordagem anterior, esta via oferece boa exposição cirúrgica como tive oportunidade de presenciar em bloco operatório e preserva a musculatura abdutora, o que contribui para uma recuperação funcional eficaz quando acompanhada por um programa estruturado de reabilitação (NICE, 2023; Ribeiro,

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

2021). Após cirurgia, o cliente foi submetido a controlo radiográfico para verificação do alinhamento da prótese.

### 2.1 Situação atual

Encontra-se em internamento hospitalar, aguardando transferência para clínica de reabilitação antes do regresso ao domicílio, onde reside com a esposa, num 4.º andar sem elevador, contexto que condiciona de forma relevante a sua mobilidade futura.

#### Antecedentes pessoais:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- Hipertensão arterial
- Ex-fumador até aos 50 anos
  
- Dislipidémia
- Carcinoma urotelial tratado
- Pneumectomia por carcinoma epidermoide à esquerda

#### Medicação habitual:

- Perindopril 4mg + Indapamida 1.25mg – 1cp/P.A.
- Desvenlafaxina 100mg – 1cp/P.A.
- Mirtazapina 15mg – 1cp/deitar
- Zolpidem 10mg – 1cp/deitar
- Naproxeno 500mg + Esomeprazol 20mg – 1cp/dia
- Rivastigmina 13.3mg – TD/dia
- O2 por ON a 2,5L/min durante o dia
- Paracetamol 1000mg – SOS
- Tramadol 150mg – SOS

Após a cirurgia, o cliente encontra-se em recuperação, com défice de mobilidade, equilíbrio e força muscular, limitando as transferências e a marcha. Refere como principal expectativa voltar a realizar passeios de carro com a esposa para irem ver o mar, aspiração que simboliza o seu desejo de retomar atividades significativas e de lazer, fundamentais para a sua qualidade de vida (WHO, 2020).

### 2.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A PTA é uma das intervenções cirúrgicas mais realizadas em ortopedia e constitui uma resposta eficaz à dor crónica e limitação funcional causadas por patologias degenerativas, como a osteoartrose (Wainwright et al., 2020).

Apesar dos benefícios associados, o período pós-operatório apresenta riscos significativos, sobretudo quando existem comorbilidades relevantes, como a DPOC e antecedente de ablação pulmonar, que condicionam a tolerância ao esforço, aumentam o risco de dessaturação e podem comprometer a recuperação funcional (GOLD, 2024). As

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

alterações decorrentes da cirurgia e das limitações respiratórias refletem-se em défices na força muscular, no equilíbrio postural, na capacidade de marcha e na realização de atividades de vida diária (AVD), impactando diretamente a qualidade de vida e a autonomia.

Durante o período de estágio, procurei acompanhar todas as etapas em que os enfermeiros de reabilitação podem intervir. Tive a oportunidade de assistir e participar em:

-Consulta pré-operatória de uma PTA: Nesta consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória de PTA, o enfermeiro especialista avalia o estado funcional, respiratório e músculo-esquelético da pessoa, identificando limitações que possam interferir na recuperação. Nesta fase, realizam-se ensinamentos sobre as precauções da anca, exercícios preparatórios, utilização de auxiliares de marcha e adaptação do domicílio para o pós-operatório. O enfermeiro esclarece dúvidas, reduz a ansiedade e promove a capacitação da pessoa e da família, favorecendo uma recuperação mais segura e autónoma.



**Imagem 1-** Exemplificação de subida e descida de degraus com canadianas em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação de PTA.

Em Portugal, a maioria das artroplastias totais da anca é realizada em pessoas idosas, refletindo o impacto das doenças osteoarticulares numa população envelhecida. De acordo com o Relatório Nacional de Artroplastias 2023, mais de 70% das intervenções ocorrem em indivíduos com 65 ou mais anos, sendo a osteoartrose primária a principal indicação cirúrgica (RENAC, 2023). Este perfil reforça a necessidade de avaliar as condições de segurança do domicílio antes da alta, uma vez que o envelhecimento implica alterações sensoriais, motoras e cognitivas que aumentam o risco de queda (DGS, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, a consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória deve incluir a identificação de barreiras e fatores ambientais que possam comprometer a segurança e autonomia no regresso a casa. Apesar de não existir, até à data, uma lista de verificação oficialmente validada para o contexto português, a prática baseada na evidência recomenda o uso de instrumentos adaptados da literatura e ajustados à realidade local (Fernandes et al., 2021; Silva & Gomes, 2020). Deste modo, foi elaborada uma checklist de prevenção de quedas no domicílio (Apêndice 8), construída a

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

partir da análise de instrumentos internacionais — como o *Home Falls and Accidents Screening Tool* (HOME FAST) — e de checklists utilizadas em estudos nacionais, adaptada às características arquitetónicas e socioculturais da população portuguesa.

-Cirurgia de uma PTA (observação de duas artroplastias totais da anca)

-Internamento: Durante o internamento pós-cirúrgico foram identificadas necessidades educativas específicas no cliente deste caso clínico, que enfrentaria duas barreiras principais aquando da alta para o domicílio:

1. Entrada e saída do automóvel – situação crítica para o risco de luxação da prótese da anca, sobretudo na ausência de apoio direto do enfermeiro de reabilitação. Neste sentido elaborei um folheto educativo sobre prevenção de luxação na entrada no carro, com ilustrações simples e linguagem acessível, reforçando os ângulos de flexão permitidos e estratégias seguras de mobilidade (Apêndice 2).
2. Risco respiratório em contexto domiciliário – decorrente da patologia pulmonar crónica e do período de imobilização. Desenvolvi um folheto sobre cuidados respiratórios em casa, incluindo técnicas de higiene brônquica para promover a autogestão da saúde respiratória e prevenir complicações infecciosas (Apêndice 4).

A elaboração destes materiais constituiu uma intervenção alinhada com as competências do EEER, nomeadamente nas dimensões de educação, capacitação e promoção da autogestão. Esta atividade concretiza a competência 3.2.4 do Perfil de Competências do EEER, relativa ao planeamento e implementação de intervenções educativas individualizadas orientadas para a recuperação funcional, prevenção de complicações e otimização da autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Os materiais educativos foram desenvolvidos com linguagem simples, ilustrações claras e foco em situações reais identificadas durante o estágio, facilitando a transferência do conhecimento para o contexto domiciliário. A utilização destes suportes, integrada no método *teach-back*, promoveu a compreensão ativa, a segurança e a continuidade dos ganhos obtidos em ambiente hospitalar (Apêndices 1, 2, 3 e 4). A educação terapêutica incluiu o ensino de técnicas de conservação de energia e controlo respiratório, essenciais para otimizar a funcionalidade e prevenir a fadiga. Estas estratégias visaram equilibrar o esforço com o repouso, reduzir a dispneia e promover a autogestão das atividades diárias

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

(GOLD, 2024; RNAO, 2023). Os ensinamentos centraram-se no fracionamento das tarefas, uso de posturas poupadoras de energia (ex.: sentar-se para higiene pessoal) e controlo do ritmo respiratório durante o esforço — inspirando em momentos de menor resistência e expirando durante a ação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O treino da respiração diafragmática e com freio labial contribuiu para melhorar a oxigenação e reduzir o trabalho respiratório (Nogueira, Pinto, & Lopes, 2019), enquanto a adoção de posturas de alívio da dispneia, como a posição sentada com apoio dos membros superiores na mesa de refeição, facilitou a ventilação e o conforto respiratório (Silva, Gonçalves, & Monteiro, 2021). A integração das expectativas pessoais do cliente com os focos e diagnósticos de enfermagem — como o objetivo de voltar a realizar passeios de carro com a esposa — permitiu alinhar o plano de reabilitação com o que o próprio valoriza. Esta abordagem reforçou a motivação, adesão ao plano terapêutico e ganhos em saúde, em consonância com os padrões de qualidade da Enfermagem de Reabilitação (Ribeiro, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

**-Reunião multidisciplinar de discussão de casos internados:** tem como objetivo discutir o estado clínico, funcional e social das pessoas internadas, promovendo a articulação entre as diferentes áreas profissionais envolvidas no processo de cuidados. Participam habitualmente médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e, quando aplicável, nutricionistas e psicólogos. O EEER na pessoa do chefe de serviço, contribuiu com uma visão funcional e centrada na capacitação da pessoa, apresentando a evolução nas áreas da mobilidade, marcha, equilíbrio e desempenho nas AVD's. Nesta reunião, o EEER propõe estratégias de reabilitação, ajusta o plano terapêutico de acordo com a resposta da pessoa e participa ativamente na definição do momento e condições ideais para a alta, garantindo a continuidade de cuidados no domicílio ou em unidades de reabilitação.

**-Follow-up:** uma semana após a alta, realizei um contacto telefónico para esclarecer dúvidas e verificar o cumprimento do plano no centro de reabilitação de destino, aplicando a lista de verificação de competências de Reeducação Funcional e Capacitação (Apêndice 5). Esta etapa constitui um momento essencial no processo de Enfermagem de Reabilitação, permitindo avaliar sistematicamente a aquisição de conhecimentos, aptidões e comportamentos necessários à autogestão e ao desempenho funcional seguro após a alta. Embora existam em Portugal instrumentos validados para a avaliação da

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

funcionalidade (ex.: Índice de Barthel, Escala de Berg, Escala de MRC) e da competência profissional (ex.: *Nurse Competence Scale* – versão portuguesa validada por Fernandes et al., 2015), não se identificam, até à data, listas de verificação específicas e validadas que integrem de forma operacional as competências adquiridas pela pessoa e pelo cuidador no domínio da reeducação funcional e da capacitação (Ordem dos Enfermeiros, 2023; Ribeiro, 2021). A perceção do cliente sobre a melhoria da mobilidade e da confiança na realização das AVD's permitiu avaliar dimensões de *Patient-Reported Outcomes Measures* (PROM), enquanto a satisfação expressa com o acompanhamento e a comunicação terapêutica evidenciou componentes de *Patient-Reported Experience Measures* (PREM). Embora não tenham sido aplicados instrumentos validados, os dados qualitativos recolhidos sustentam uma apreciação positiva dos resultados e da experiência de reabilitação. Esta ausência de escalas específicas constitui, contudo, uma limitação do estudo, impossibilitando a quantificação sistemática da perceção do doente sobre os resultados e a experiência de cuidados.

A lista de verificação desenvolvida foi construída e adaptada a partir dos referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros (2015; 2023) — nomeadamente o *Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* e o *Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* — e inspirada em instrumentos internacionais, como o *Functional Independence Measure* (FIM) e a *Patient Activation Measure* (PAM). A criação deste instrumento visou preencher uma lacuna prática, permitindo documentar objetivamente a aprendizagem e consolidação de competências relacionadas com a mobilidade, equilíbrio, utilização de produtos de apoio, controlo respiratório e precauções de luxação. A sua aplicação na alta e no seguimento telefónico pós-alta potencia a monitorização da continuidade dos ganhos de reabilitação, reforçando o papel do enfermeiro de reabilitação na educação terapêutica e na promoção de transições seguras (RNAO, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Seguidamente, apresentam-se os focos clínicos prioritários para a pessoa submetida a PTA com compromisso respiratório, identificando-se os diagnósticos de enfermagem especializados e as respetivas intervenções de reabilitação. A organização segue o modelo FITT-VP (frequência, intensidade, tipo, tempo, volume e progressão), evidenciando o papel determinante do EEER na recuperação funcional, ganho de autonomia e preparação para uma alta hospitalar segura.

Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação –  
 Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Tabela 1: Plano de Cuidados delineado no contexto de Enfermagem de Reabilitação (Focos clínicos, diagnósticos de enfermagem (CIPE), objetivos de reabilitação, intervenções especializadas organizadas segundo o modelo FITT-VP e respetivas escalas de avaliação) aplicadas à pessoa submetida a Prótese Total da Anca com antecedentes de DPOC e ablação pulmonar.

Foco	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE)	Objetivos de Reabilitação	Intervenções Especializadas (FITT-VP)	Escala de Avaliação
Movimento Corporal - MI	Movimento corporal comprometido	Melhorar o padrão de marcha, adaptando ao uso de auxiliar; promover autonomia em superfícies e escadas.	F: 2- 3x/semana I: Borg 4 - 6/10 T: treino de marcha/escadas com auxiliar Te: 20- 30 min V: nº passos progressivo P: aumentar irregularidade/superfícies	<ul style="list-style-type: none"> <li>MRC</li> <li>Berg</li> <li>Barthel</li> </ul>
Equilíbrio	Equilíbrio instável	Promover estabilidade postural e prevenir quedas em ambientes não controlados.	Exercícios dinâmicos (transferência de peso, marcha em tapetes com textura, rampas); redução progressiva de apoios; feedback visual/verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berg</li> <li>Morse</li> <li>MRC</li> </ul>
Força Muscular	Força muscular comprometida	Reforçar musculatura envolvida na marcha para garantir eficácia e segurança.	Exercícios resistidos (elásticos, step, treino excêntrico); treino funcional em rampas e degraus; progressão de apoio	<ul style="list-style-type: none"> <li>MRC</li> <li>Borg</li> <li>Barthel</li> </ul>
Capacidade Respiratória / Tolerância ao Esforço	Intolerância à atividade	Aumentar tolerância ventilatória e prevenir dessaturação ao esforço.	Monitorização SpO <sub>2</sub> ; treino ventilatório (CDTR, respiração diafragmática, pausas programadas); técnicas de conservação de energia	<ul style="list-style-type: none"> <li>SpO<sub>2</sub></li> <li>Borg</li> </ul>
Integridade Articular / Amplitude de Movimento	Rigidez articular	Prevenir limitações articulares e manter amplitude funcional.	Exercícios passivos/ativo-assistidos (ATT, ACF, joelho); mobilizações progressivas até limite da dor; goniometria de controlo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Goniometria</li> <li>MRC</li> </ul>
Prevenção de Complicações	Risco de complicações articulares (luxação de anca)	Prevenir movimentos de risco no leito, transferências e marcha.	Ensino precauções da anca (não cruzar pernas, não fletir > 90°, não rotação interna); entrega de material educativo; <i>teach-back</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Folheto educativo</li> <li>Autoavaliação</li> </ul>
Marcha com Auxiliar de Apoio	Andar comprometido	Promover autonomia na marcha com auxiliar.	Ensino progressivo: levantar-se com andarilho → marcha com canadianas; treino em rampas e escadas; dar feedback positivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barthel</li> <li>Morse</li> </ul>
Prevenção de Quedas	Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de quedas	Reduzir risco de queda intra-hospitalar e no domicílio.	Educação sobre prevenção de quedas; adequação do ambiente físico (iluminação, retirar tapetes); treino seguro no uso de auxiliares de marcha	<ul style="list-style-type: none"> <li>Morse</li> <li>Berg</li> </ul>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## 1. Resultados

Este capítulo apresenta os resultados obtidos ao longo do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, com a duração de 7 semanas. A evolução foi monitorizada em três momentos: avaliação inicial (1ª semana), intermédia (4ª semana) e final (7ª semana)

**Tabelas 2 a 8** - Evolução funcional e clínica ao longo de 7 semanas em pessoa submetida a PTA com antecedentes de DPOC e ablação pulmonar, planeada segundo FITT-VP.

Na primeira semana de intervenção pós cirúrgica, o foco foi a mobilização precoce, prevenção de complicações respiratórias e articulares e treino inicial de transferências. As distâncias percorridas foram reduzidas (<10 m), com esforço percebido elevado (Borg 4–6/10). As escalas iniciais (Borg, Berg, MRC, Goniometria, Barthel, Dor numérica e Morse) evidenciaram défices marcados de força, equilíbrio e risco de queda.

**Tabela 2** - 1ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP – Avaliação inicial

Objetivo	Exercícios Aplicados	FITT-VP	Escalas de Avaliação
Iniciar mobilização precoce, prevenir complicações respiratórias e articulares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios respiratórios (CDTR, respiração diafragmática, CATR)</li> <li>- Mobilização passiva/assistida MI operado</li> <li>- Treino de transferências cama-cadeira</li> <li>- Marcha com andarilho em curtas distâncias</li> </ul>	F: 2– 3x/semana I: Borg 4 – 6/10 T: mobilização precoce + treino respiratório Te: 15– 20 min V: <10 m P: tolerância progressiva ao ortostatismo	Borg, Berg, MRC, Goniometria, Barthel, Dor-numérica, Morse

Na segunda semana, iniciou-se o treino de marcha em superfícies planas com andarilho, associado ao treino de equilíbrio estático e ensino de precauções de luxação da anca. Houve aumento da tolerância ventilatória e da distância percorrida (até 25 m), com esforço moderado (Borg 4 – 5/10).

**Tabela 3** – 2ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP

Objetivo	Exercícios Aplicados	FITT-VP	Escalas de Avaliação
Aumentar mobilidade no leito, melhorar tolerância ventilatória e iniciar treino de marcha em superfícies planas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios ativos-assistidos MI</li> <li>- Marcha com andarilho em superfície plana</li> <li>- Treino de equilíbrio estático</li> <li>- Ensino precauções da anca</li> </ul>	F: 1– 2x/dia I: Borg 4 – 5/10 T: treino de marcha + equilíbrio básico Te: 20– 25 min V: até 25 m P: treino de 2 – 3 graus com apoio bilateral	Borg, Berg, MRC, Dor-numérica

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Durante a 3ª semana, introduziram-se exercícios resistidos leves e treino de marcha com progressão para canadianas. O equilíbrio dinâmico começou a ser trabalhado, assim como o ortostatismo prolongado. A distância percorrida aumentou para cerca de 40 m, com esforço mais controlado (Borg 3 – 5/10).

Tabela 4 – 3ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP

Objetivo	Exercícios Aplicados	FITT-VP	Escalas de Avaliação
Melhorar força muscular e equilíbrio dinâmico, aumentar distância de marcha.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios resistidos leves (elásticos, step)</li> <li>- Treino de marcha com andanilho + progressão para canadianas</li> <li>- Treino de ortostatismo prolongado</li> <li>- Conservação de energia</li> </ul>	F: 2x/dia I: Borg 3 – 5/10 T: marcha assistida + treino escadas Te: 25– 30 min V: até 40 m P: rampas suaves	Borg, Berg, MRC, Dor-numérica

À 4ª semana foi realizada a avaliação intermédia. O cliente consolidou a marcha com canadianas, iniciou treino em superfícies irregulares e dupla tarefa motora/cognitiva. As escalas (incluindo reavaliação de Berg, MRC, Barthel, Goniometria e Morse) demonstraram melhoria do equilíbrio e autonomia nas AVD, embora ainda houvesse limitação de resistência. A distância percorrida situava-se nos 50 m.

Tabela 5 – 4ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP – Avaliação intermédia

Objetivo	Exercícios Aplicados	FITT-VP	Escalas de Avaliação
Consolidar marcha com canadianas, melhorar equilíbrio dinâmico e iniciar treino em superfícies irregulares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de marcha em corredores + rampas</li> <li>- Exercícios funcionais de transferências</li> <li>- Treino de higiene e vestir com produtos de apoio</li> <li>- Marcha em tapete com textura</li> </ul>	F: 2x/dia I: Borg 3 – 4/10 T: marcha funcional + treino AVD Te: 30 min V: até 50 m P: dupla tarefa motora/cognitiva	Borg, Berg, MRC (progressão), Barthel, Dor-numérica, Morse

Na 5ª semana, verificou-se aumento da resistência à marcha (até 70 m), treino de escadas (1 andar) e reforço do equilíbrio dinâmico. As reavaliações parciais de MRC e Borg confirmaram melhoria da força muscular e redução do esforço percebido.

Tabela 6 – 5ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP

Objetivo	Exercícios Aplicados	FITT-VP	Escalas de Avaliação
Aumentar resistência à marcha, reduzir risco de queda, reforçar autonomia nas AVD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcha prolongada com canadianas</li> <li>- Subida/descida de 1 andar de escadas</li> <li>- Treino de equilíbrio dinâmico (transferências de peso, rampas)</li> <li>- Ensino de sinais de alarme</li> </ul>	F: 2x/dia I: Borg 3 – 4/10 T: marcha + treino resistência Te: 30– 35 min V: até 70 m P: progressão independência parcial	Borg, Berg, MRC (reavaliação parcial), Dor-numérica

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Durante a 6ª semana, o treino passou a simular o contexto domiciliário e comunitário, incluindo corredores longos e superfícies irregulares. A autonomia funcional foi reforçada com treino de AVD complexas e exercícios de força funcional (ex.: sentar-levantar). A distância de marcha aumentou para 90 m, com Borg estável em 3 – 4/10.

Tabela 7 – 6ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP

Objetivo	Exercícios Aplicados	FITT-VP	Escalas de Avaliação
Melhorar autonomia em contexto simulado de domicílio e aumentar resistência funcional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de marcha, corredores longos e superfícies irregulares</li> <li>- Treino comunitário (simulação de ambiente doméstico)</li> <li>- Exercícios de força funcional (sentar-levantar)</li> <li>- Treino de vestuário/higiene com precauções</li> </ul>	F: 2x/dia I: Borg 3 – 4/10 T: treino comunitário + AVD complexas Te: 35– 40 min V: até 90 m P: progressão para marcha independente	Borg, Berg, MRC, Dor-numérica

Por fim, na 7ª semana foi realizada a avaliação final. O cliente atingiu maior independência funcional, realizando marcha autónoma com canadianas em diferentes contextos e autogestão dos cuidados (precauções de luxação da anca e sinais de alarme, avaliados por método teach-back). As escalas finais (Borg, Berg, MRC, Barthel, Goniometria, Dor numérica e Morse) demonstraram redução significativa do risco de queda, aumento da força muscular, maior autonomia nas AVD e melhor controlo da dor, permitindo a preparação para a alta hospitalar.

Tabela 8 – 7ª semana, Plano de intervenção progressivo segundo a FITT-VP – Avaliação final

Objetivo	Exercícios Aplicados	FITT-VP	Escalas de Avaliação
Preparar alta hospitalar, consolidar independência funcional e reforçar autogestão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcha autónoma com canadianas em diferentes contextos</li> <li>- Reforço de técnicas ventilatórias</li> <li>- Sessões de ensino com método teach-back (precauções da anca, sinais de alarme, entrega de folhetos)</li> </ul>	F: 2x/dia I: Borg 2 – 3/10 T: treino funcional + capacitação Te: 40 min V: até 100 m P:consolidar independência funcional	Borg, Berg, MRC, Goniometria, Barthel (avaliação final), Dor-numérica, Morse

A capacitação da pessoa e do cuidador foi alcançada, com aquisição de 16/16 competências na lista de verificação (apêndice 5), assegurando o domínio das precauções de luxação da anca, do uso de produtos de apoio e do reconhecimento de sinais de alarme. Embora o serviço não realize de forma sistemática o seguimento pós-alta, senti necessidade de efetuar este contacto, por considerar que os cuidados de enfermagem de reabilitação se estendem para além do período de internamento e devem garantir a continuidade e consolidação dos ganhos obtidos. Assim, uma semana após a alta, procedi

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

à revisão telefónica da lista de competências, tendo sido novamente alcançado o valor máximo, momento em que foram reforçados alguns ensinamentos e esclarecidas dúvidas (em apêndice 5). Esta decisão fundamentou-se no princípio da continuidade de cuidados preconizado pela *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO, 2023), que destaca a importância da articulação entre contextos assistenciais e do acompanhamento ativo após a alta, como elemento essencial para a segurança, autonomia e manutenção dos resultados de reabilitação.

Tabela 9 – Evolução clínica e funcional durante o internamento

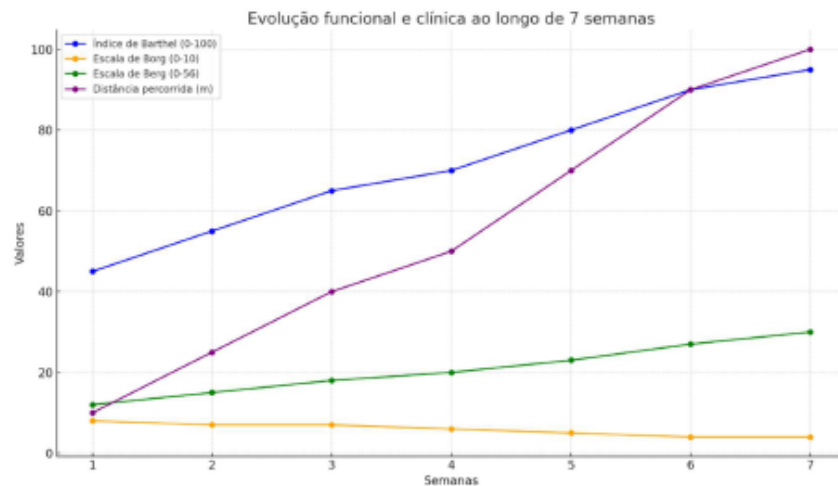
Avaliação	Instrumento	Admissão	1ª Semana	4ª Semana	7ª Semana
Consciência	Glasgow	15/15	15/15	15/15	15/15
AVD's	Barthel	40/100	45/100	70/100	90/100
Equilíbrio	Berg	Estático: diminuído Dinâmico: diminuído	Diminuído	Melhorado	Mantido
Risco de queda	Morse	30	35	30	25
Dor	Escala numérica	6	5	0	0
Força Muscular (MID)	MRC	Flexão ACF: 4+ (dor) Extensão Joelho: 5 Dorsiflexão ATT: 5	3 4 5	5 5 5	5 5 5
Amplitude Articular (MID)	Goniometria	Flexão ACF: 60° Extensão ACF: 10° Flexão Joelho: 120° Extensão Joelho: 0°	30° – 90° 0°	62° 10° 120° 0°	80° 10° 125° 0°
Tolerância ao esforço	Escala de Borg + SpO <sub>2</sub>	Borg: 8 SpO <sub>2</sub> : 90%	Borg: 7 SpO <sub>2</sub> : 88%	Borg: 5 SpO <sub>2</sub> : 93%	Borg: 4 SpO <sub>2</sub> : 94%
Distância percorrida	Marcha com apoio	0 m	2 m A	50 m C	75 m C
Aprendizagem / Capacitação	Lista de Verificação	-	9/16	-	16/16

Legenda: ACF – articulação coxofemoral; ATT – articulação tibiotársica; MID – membro inferior direito; A – andarilho; C – canadianas; VA – verificação da aprendizagem.

A evolução clínica refletiu uma trajetória positiva de reabilitação, com progressão gradual na força, equilíbrio, resistência à marcha e autonomia, sustentada pelas avaliações periódicas. Houve redução do esforço percebido (Borg), melhoria do equilíbrio (Berg), da força muscular (MRC), da funcionalidade (Barthel), além de controlo da dor e diminuição do risco de queda (Morse). Estes ganhos culminaram na consolidação da independência funcional e preparação segura para a alta.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Gráfico 1 - Linha temporal com o resumo dos principais indicadores de evolução em 7 semanas.



Legenda:

- **Índice de Barthel:** progressão contínua até independência quase total.
- **Escala de Borg:** redução da perceção de esforço, refletindo maior tolerância.
- **Escala de Berg:** aumento expressivo do equilíbrio e menor risco de queda.
- **Distância percorrida:** evolução gradual até 100 m com canadianas.

Em síntese, registaram-se ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, traduzidos em recuperação funcional, melhoria da tolerância ao esforço e autogestão eficaz, possibilitando uma alta hospitalar segura e sustentada na capacitação da pessoa e cuidador.

## 2. Discussão

O presente caso clínico permitiu atingir, de forma global, os objetivos propostos no início deste trabalho, quer no desenvolvimento de competências clínicas especializadas, quer na consolidação de práticas baseadas na evidência.

O objetivo geral, centrado na avaliação, planeamento e implementação de intervenções de reabilitação precoces e individualizadas, foi alcançado através da construção de um plano de cuidados personalizado, sustentado nos referenciais normativos da especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015; 2024). Este plano integrou componentes de treino motor, reeducação respiratória e capacitação educativa, refletindo uma abordagem holística e centrada na pessoa.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Relativamente aos objetivos específicos, foi possível elaborar e aplicar um plano de cuidados adaptado à pessoa com PTA e DPOC, articulando as necessidades músculo-esqueléticas e respiratórias. As intervenções precoces — como o treino de marcha progressivo, a mobilização precoce e as técnicas ventilatórias — contribuíram para ganhos evidentes de força, equilíbrio e tolerância ao esforço, confirmados pelas escalas aplicadas (MRC, Berg, Borg e Barthel).

O terceiro objetivo, fomentar a colaboração multidisciplinar, concretizou-se através da participação ativa em reuniões clínicas, onde foi possível articular com outros profissionais a evolução funcional e o planeamento da alta. Finalmente, o objetivo de desenvolver estratégias de educação e capacitação foi atingido com a criação de folhetos informativos, a aplicação do método *teach-back* e a verificação de 16/16 competências adquiridas pela pessoa e cuidador, confirmadas também no *follow-up* telefónico uma semana após a alta hospitalar.

Os resultados obtidos evidenciaram uma evolução funcional progressiva e sustentada. O aumento da força muscular (MRC), do equilíbrio (Berg Balance Scale) e da tolerância ao esforço (Escala de Borg) está em consonância com a literatura que destaca a importância da mobilização precoce e da reabilitação estruturada após artroplastia (Wainwright et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2013). A conjugação do treino funcional com o ensino das precauções da anca e a educação para a autogestão contribuiu para a recuperação integral e segura, reforçando o papel do EEER como agente promotor de autonomia (Ribeiro, 2021; RNAO, 2015).

Para além dos resultados objetivos, foi possível identificar indicadores subjetivos relevantes relacionados com a perceção de melhoria funcional e a satisfação com os cuidados recebidos, traduzindo dimensões de *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM) e *Patient-Reported Experience Measures* (PREM). A pessoa em causa, manifestou verbalmente sentir-se mais confiante, segura e autónoma nas AVD's, reconhecendo o impacto positivo da reabilitação na sua recuperação. Contudo, não foram aplicadas escalas específicas de avaliação de PROM e PREM, o que constituiu uma limitação deste estudo, restringindo a possibilidade de quantificar de forma sistemática a perceção da pessoa sobre os resultados e a experiência de cuidados. A inclusão futura de instrumentos validados — como o *Oxford Hip Score*, o *EQ-5D* ou o *Patient Experience Questionnaire* — permitiria enriquecer a análise e fortalecer a evidência clínica obtida.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Do ponto de vista pessoal e formativo, este caso clínico teve um impacto significativo no desenvolvimento das minhas competências enquanto estudante de enfermagem de reabilitação. Acompanhar todo o percurso cirúrgico, onde o EEER tem intervenção — desde a consulta pré-operatória até ao seguimento pós-alta — permitiu consolidar as competências 3.2.1 e 3.2.4 do Perfil de Competências do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2023), relativas à avaliação sistemática da funcionalidade e à implementação de intervenções orientadas para a recuperação e prevenção de complicações. Além disso, fortaleceu a capacidade de planeamento, comunicação terapêutica e reflexão crítica, essenciais à prática autónoma e especializada.

Durante o estágio, surgiram desafios como a limitação de recursos materiais para treino funcional e a necessidade de gerir a ansiedade e o medo de queda do cliente. Estas dificuldades foram ultrapassadas através de estratégias motivacionais, negociação de objetivos funcionais e adaptação dos meios disponíveis, demonstrando a importância da flexibilidade e da capacidade de improvisação no contexto clínico.

Por fim, o caso clínico contribuiu para consolidar a perceção de que a reabilitação é um processo contínuo, interdisciplinar e participativo, onde o EEER assume um papel determinante na educação, na monitorização funcional e na gestão das transições de cuidados. A integração das componentes motora, respiratória e educativa demonstrou que o sucesso da reabilitação depende da sinergia entre ciência, técnica e relação terapêutica.

### **Considerações Finais**

O presente caso clínico permitiu evidenciar a relevância da Enfermagem de Reabilitação no processo de capacitação da pessoa submetida a PTA, sobretudo quando coexistem comorbilidades respiratórias que condicionam a tolerância ao esforço e o processo de recuperação. Os resultados alcançados — melhoria da força muscular, do equilíbrio, da tolerância ventilatória e da autonomia nas atividades de vida diária — refletem ganhos sensíveis aos cuidados especializados de reabilitação e demonstram o impacto positivo da intervenção precoce, estruturada e centrada na pessoa. A capacitação da pessoa e do cuidador, validada através da verificação de aquisição de competências, reforçou a importância da educação terapêutica e da continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Entre os achados mais significativos destacam-se a eficácia do método *teach-back* na consolidação dos conhecimentos, o papel dos materiais educativos personalizados na promoção da autogestão e a influência da motivação intrínseca da pessoa na adesão ao plano de reabilitação. A integração de estratégias de treino físico, respiratório e educativo demonstrou ser fundamental para garantir uma alta hospitalar segura, autónoma e sustentável.

Quanto às limitações, reconhece-se que a análise se baseou num único caso clínico, o que restringe a generalização dos resultados. A disponibilidade de recursos materiais e de tempo também condicionou a frequência e a diversidade dos treinos funcionais, e a avaliação do impacto a longo prazo ficou limitada ao contacto telefónico de follow-up de uma semana. Apesar disso, os dados recolhidos permitiram documentar de forma rigorosa a evolução funcional e validar a metodologia de ensino e capacitação aplicada.

Este caso clínico contribui para o corpo de conhecimento da Enfermagem de Reabilitação ao reforçar a necessidade de uma abordagem integrada que una avaliação objetiva, planeamento individualizado e educação participativa. Sugere-se que futuras investigações explorem o impacto de programas estruturados de ensino e acompanhamento pós-alta, com especial foco na relação entre capacitação educativa, prevenção de complicações e reinternamentos. Além disso, seria pertinente avaliar a aplicação sistemática de listas de verificação de competências como indicador de qualidade e segurança nos cuidados de reabilitação.

Em síntese, este relato permitiu consolidar a importância do EEER como agente facilitador de transições seguras, promotor da autonomia e educador terapêutico. A experiência traduziu-se não só em ganhos clínicos para a pessoa, mas também em desenvolvimento profissional e científico, contribuindo para uma prática cada vez mais baseada na evidência, centrada na pessoa e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## Referências bibliográficas

- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2007). *Validação da escala de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument*. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Suppl 2), S7–S11.
- Borg, G. A. V. (1982). *Psychophysical bases of perceived exertion*. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5), 377–381. <https://doi.org/10.1249/00005768-198205000-00012>
- Bott, J., Blumenthal, S., Buxton, M., Ellum, S., Falconer, C., Garrod, R., ... & White, J. (2009). *Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient*. *Thorax*, 64(Suppl 1), i1–i51. <https://doi.org/10.1136/thx.2008.110726>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2021). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2021*. Genebra: CIE.
- Deodato, S. (2022). *Ética em investigação em enfermagem: Princípios e desafios*. Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa Nacional para a Segurança dos Doentes – Plano de Prevenção de Quedas*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, S., Queirós, P., & Ribeiro, O. (2015). *Tradução, adaptação cultural e validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a população portuguesa*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 41–50.
- Fernandes, A., Pereira, M., & Correia, L. (2021). *Avaliação de fatores de risco de queda no domicílio: uma proposta de checklist para o contexto português*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), e21043.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 report)*. <https://goldcopd.org>
- Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). *The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review*. *JBIC Database of*

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

*Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(1), 210–247.  
<https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>

-Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). *Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)*. *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S240–S252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>

-Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index*. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.

-Medical Research Council. (1981). *Aids to the examination of the peripheral nervous system* (Memorandum no. 45). London: Her Majesty's Stationery Office.

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

-Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Hip fracture: management (NICE guideline CG124)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>

-Nogueira, C., Pinto, A., & Lopes, M. (2019). *Reabilitação respiratória: Técnicas de enfermagem e resultados em saúde*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 18–27.

- Norkin, C. C., & White, D. J. (2016). *Measurement of joint motion: A guide to goniometry* (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

-Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

-Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

-Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enfermagem de reabilitação*. OE.

-Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumento de recolha de dados para documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

-Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Norma para a Prática Clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

-Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

-Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Ontologia da enfermagem – versão reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

-Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

-Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and family-centred care*. Toronto, Canada: RNAO.

-Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). *Transitions in care and services* (2nd ed.). Toronto, Canada: RNAO.

-Registo Nacional de Artroplastias (RENAC). (2023). *Relatório Nacional de Artroplastias 2023*. Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia.

-Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: abordagem especializada ao longo do ciclo de vida* (2.ª ed., pp. 184–196). Lisboa: LIDEL.

-Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P. & 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>

-Roy, C. (1984). *Introduction to Nursing: An Adaptation Model* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

-Silva, C., & Gomes, J. (2020). *Risco de queda e ambiente domiciliário: contributos para a intervenção de enfermagem comunitária*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Comunitária*, 8(1), 25-34.

-Silva, A., Gonçalves, M., & Monteiro, P. (2021). *Intervenções de enfermagem de reabilitação respiratória em pessoas com DPOC: Revisão integrativa*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20184.

-Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Yates, P., & Ljungqvist, O. (2020). *Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations*. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

-World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. WHO.

-World Health Organization. (2021). *Musculoskeletal health*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndices**

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndice 1**

Planificação folheto informativo: prótese da anca – entrar e sair do carro.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Planificação**

### **Folheto informativo: Prótese da anca – Entrar e sair do carro**

#### **Contextualização**

A artroplastia total da anca (PTA) é uma intervenção cirúrgica frequentemente realizada em clientes com patologia degenerativa da anca, como osteoartrose ou artrite reumatoide, sendo considerada um procedimento eficaz para o alívio da dor e melhoria da mobilidade e funcionalidade (Afonso & Martins, 2022).

Apesar da elevada taxa de sucesso associada à PTA, o período pós-operatório impõe desafios significativos, sendo o risco de luxação da prótese uma das principais complicações, particularmente nas primeiras semanas após a cirurgia (Oliveira & Pereira, 2020). Esta situação pode ser provocada por movimentos inadequados, como cruzar as pernas, flexionar excessivamente a anca, ou realizar movimentos de rotação interna – todos frequentemente presentes durante o ato de entrar ou sair de um veículo (AAOS, 2022).

O processo de alta hospitalar representa um momento crítico na transição dos cuidados, sendo essencial garantir que os clientes compreendem e conseguem aplicar corretamente as instruções que promovem a sua segurança e recuperação no domicílio (DGS, 2021). A mobilidade funcional, nomeadamente o transporte em veículo pessoal, é uma das primeiras necessidades após o internamento, o que torna imprescindível capacitar os clientes com informação clara e prática sobre como realizar este movimento com segurança.

Neste contexto, a enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental na educação terapêutica, capacitando o cliente para prevenir complicações, manter a autonomia funcional e promover um retorno seguro à comunidade (Oliveira & Pereira, 2020). A elaboração de folhetos informativos é uma estratégia eficaz de ensino, complementando a intervenção do enfermeiro de reabilitação, ao reforçar os ensinamentos através de um suporte

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

acessível, visual e adaptado ao ritmo de aprendizagem do cliente (Afonso & Martins, 2022).

A criação de um folheto sobre a técnica correta de entrar e sair do carro surge, assim, da necessidade de fornecer um recurso educativo simples, validado e eficaz, que contribua para a segurança pós-operatória, a redução do risco de lesão e o empoderamento do cliente na gestão dos seus próprios cuidados.

### **Objetivo Geral**

Desenvolver um recurso educativo em formato de folheto informativo, que oriente os clientes com PTA sobre a forma segura de entrar e sair do carro, minimizando o risco de luxação protésica e promovendo a autonomia e segurança no domicílio e nas deslocações.

### **Objetivos Específicos**

- Educar o cliente sobre os movimentos seguros e as posturas corretas no acesso ao veículo.
- Prevenir lesões ou complicações associadas a movimentos inadequados no pós-operatório.
- Promover a independência e confiança do cliente no retorno à vida quotidiana.
- Reforçar a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação após a alta hospitalar.

### **Material e Método**

Este folheto foi elaborado com base em literatura científica atualizada e nas boas práticas recomendadas em enfermagem de reabilitação. A linguagem utilizada é clara e acessível, com ilustrações simples, de forma a facilitar a compreensão por parte dos utentes. A estrutura do conteúdo inclui:

- Indicações antes de entrar/sair do veículo
- Técnica passo-a-passo segura
- Cuidados a ter com o posicionamento da anca
- Ilustração de material de apoio

### **População Alvo**

Susana Barreiros

Novembro 2025

Atlântica

33

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

- Clientes submetidos a artroplastia total da anca em contexto hospitalar, nomeadamente no serviço de Ortopedia.
- Cuidadores formais e informais dos utentes com PTA.
- Profissionais de saúde envolvidos no processo de ensino/aprendizagem durante a alta hospitalar.

### Validação

O folheto foi revisto e validado por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço de Ortopedia, que sugeriram melhorias na clareza das instruções e no posicionamento das ilustrações. Foi também apresentado a utentes em fase de reabilitação pós-cirúrgica, cujos comentários levaram à simplificação da linguagem utilizada. As alterações implementadas refletiram a necessidade de adaptar a comunicação às limitações cognitivas e culturais da população-alvo.

### Referências Bibliográficas

- Afonso, A., & Martins, H. (2022). *Cuidados de enfermagem na reabilitação pós-artroplastia da anca: guia para profissionais de saúde*. Lisboa: LIDEL.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2022). *Total Hip Replacement - Precautions and Mobility Guidelines*. <https://www.orthoinfo.org>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Norma n.º 004/2021: Programa de Reabilitação Pós-Cirurgia Ortopédica*. <https://www.dgs.pt>
- Oliveira, J., & Pereira, F. (2020). Cuidados no pós-operatório de artroplastia da anca: Papel do enfermeiro de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 25–33. <https://doi.org/10.34632/rper.2020.9278>
- National Health Service (NHS). (2023). *Hip replacement: Getting in and out of a car*. <https://www.nhs.uk/conditions/hip-replacement/recovery/>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndice 2**

Folheto informativo: prótese da anca – entrar e sair do carro.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

**Hospital São Francisco Xavier**

O Hospital São Francisco Xavier, localizado em Lisboa e integrado na ULS de Lisboa Ocidental, é uma unidade hospitalar de referência nacional, com uma longa tradição de excelência clínica, destaca-se pela forte componente assistencial, formativa e científica, acolhendo serviços diferenciados nas áreas médica, cirúrgica e de reabilitação, tendo vindo a consolidar-se como um centro de excelência na área da Ortopedia.

**Serviço de Ortopedia**

O serviço de Ortopedia e Traumatologia destaca-se pela elevada diferenciação técnica e pelo trabalho multidisciplinar, abrangendo desde cirurgias de reconstrução articular e trauma ortopédico até a abordagem de patologias complexas da coluna, ombro e joelho. Com uma equipa multidisciplinar, o hospital assegura uma resposta eficaz e humanizada, tanto em contexto de urgência como em cirurgia programada, promovendo a recuperação funcional e a qualidade de vida dos utentes.

**FALE CONNOSCO**

Hospital São Francisco Xavier  
 Estr. Forte do Alto Duque, 1449-005 Lisboa, Portugal.

Contactos:  
 Geral: 210431000

Este folheto não substitui o acompanhamento de um profissional de saúde. Em caso de dúvida, contacte a sua Unidade de Saúde.

**PROTESE DA ANCA**

Entrar e sair do carro






Realizada por EMER Susana Barreiros, ESSATLA, 2025.

**COMO ENTRAR NUM CARRO APÓS UMA SUBSTITUIÇÃO TOTAL DE ANCA?**

- 01** O banco do passageiro da frente deve estar recuado ao máximo e com as costas reclinadas antes de entrar no carro.
- 02** Peça ao condutor para estacionar numa superfície plana e/ou perto da rampa da entrada.
- 03** Caminhe em direção ao carro usando o dispositivo de mobilidade apropriado.
- 04** Quando estiver perto do carro, vire-se de costas para o veículo e comece a recuar em direção ao banco do passageiro da frente. 

- 05** Estenda a sua mão direita e segure na moldura da porta ou no apoio de cabeça. Coloque a sua mão esquerda no banco do carro ou no painel. 
- 06** Abaixei-se lentamente para o banco do carro mantendo o membro operado esticado.
- 07** Deslize-se para trás no banco do carro.
- 08** Gire o tronco e as pernas para dentro do carro. Tente mover-las em bloco. Mantenha os dedos dos pés apontados para cima. Não cruze as pernas. 
- 09** Inverta estes passos para sair do carro.

**MATERIAL DE APOIO:**

**Barra de apoio e cinta de porta**



**Acento giratório**



**Extensor do cinto de segurança**



Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

### **Apêndice 3**

Planificação folheto informativo: cuidados respiratórios em casa: técnicas  
de higiene brônquica.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Planificação**

### **Folheto Informativo - Cuidados Respiratórios em Casa: Técnicas de Higiene Brônquica**

#### **Contextualização**

Em contexto hospitalar, particularmente nos serviços de Medicina, é frequente o internamento de clientes com doenças respiratórias agudas ou crónicas (como pneumonia, DPOC, bronquiectasias, insuficiência cardíaca congestiva, entre outras), bem como de clientes imobilizados ou com debilidade geral, o que os torna mais suscetíveis à retenção de secreções brônquicas e às complicações respiratórias associadas.

A presença de secreções espessas e em excesso pode comprometer a ventilação pulmonar, reduzir a eficácia das trocas gasosas, e criar um ambiente propício ao desenvolvimento de infeções respiratórias como a broncopneumonia (Oliveira & Pereira, 2020). Neste sentido, a promoção da higiene brônquica, e por consequência da eliminação eficaz das secreções, é um componente fundamental nos cuidados de enfermagem de reabilitação, sobretudo na fase de transição do hospital para o domicílio.

Com a alta hospitalar, os clientes são muitas vezes confrontados com a necessidade de manter os cuidados respiratórios sem a supervisão contínua da equipa de saúde. No entanto, estudos demonstram que muitos clientes apresentam baixa literacia em saúde e dificuldades em compreender ou aplicar corretamente as recomendações clínicas, o que compromete a adesão terapêutica e a recuperação (Sousa et al., 2021; WHO, 2023).

Desta forma, a educação terapêutica desempenha um papel essencial, e deve ser iniciada no hospital e reforçada com materiais educativos acessíveis, práticos e validados, como é o caso dos folhetos informativos. Estes funcionam como ferramentas de apoio à comunicação enfermeiro - cliente, promovendo a capacitação, autonomia e segurança no autocuidado, especialmente em grupos vulneráveis (Afonso & Martins, 2022).

A elaboração de um folheto sobre técnicas de higiene brônquica para uso no domicílio surge, assim, como uma resposta às necessidades identificadas em contexto clínico,

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

visando facilitar a continuidade dos cuidados respiratórios após a alta. Técnicas como a tosse eficaz, a expiração forçada (huffing) e, em casos indicados, a drenagem postural, são simples, seguras e eficazes, desde que corretamente executadas.

A enfermagem de reabilitação, ao assumir a educação terapêutica como eixo fundamental da sua intervenção, deve garantir que o cliente dispõe das ferramentas necessárias para prevenir complicações respiratórias, reduzir o risco de re-internamento e promover a sua qualidade de vida (Gonçalves et al., 2022).

### **Objetivo Geral**

Elaborar um folheto informativo que oriente os clientes na aplicação correta de técnicas de higiene brônquica no domicílio, com o objetivo de prevenir complicações respiratórias e promover a sua autonomia e qualidade de vida após a alta hospitalar.

### **Objetivos Específicos**

- Informar o cliente sobre a importância da eliminação de secreções brônquicas na prevenção de infeções respiratórias.
- Explicar de forma simples e prática como realizar exercícios de controlo da respiração, exercício de expansão torácica e a expiração forçada (huffing).
- Facilitar a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio.

### **Material e Método**

A elaboração do folheto baseou-se numa revisão da literatura científica atualizada e em orientações de boas práticas clínicas em reabilitação respiratória. A linguagem foi adaptada a um nível acessível e de fácil compreensão, e o conteúdo estruturado em secções curtas e objetivas, com recurso a ilustrações didáticas. O conteúdo inclui:

- Definição de higiene brônquica
- Explicação das técnicas (controlo da respiração, expansão torácica e huff)
- Importância da eliminação de secreções
- Indicações de contacto com profissionais de saúde

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

O design gráfico seguiu princípios de comunicação em saúde, com destaque visual para passos práticos e avisos importantes.

### População-Alvo

- Clientes internados no serviço de Medicina com patologias respiratórias, cardíacas ou condições que promovam retenção de secreções.
- Clientes com mobilidade reduzida ou dependência funcional temporária.
- Cuidadores informais que prestam apoio na gestão dos cuidados respiratórios no domicílio.

### Validação

O folheto foi revisto por dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação do serviço de Medicina, que recomendaram ajustes na clareza das instruções e na terminologia utilizada (ex. substituição de termos técnicos por expressões do quotidiano).

Posteriormente, o material foi apresentado a três clientes com diagnóstico respiratório em fase de alta, que identificaram algumas dificuldades de leitura relacionadas com o tamanho da fonte e a densidade visual da informação. As alterações incluíram:

- Aumento da legibilidade (tamanho da letra)
- Inclusão de ícones e exemplos visuais
- Simplificação de frases

Estas melhorias aumentaram a eficácia do folheto como ferramenta educativa.

### Referências bibliográficas

- Afonso, A., & Martins, H. (2022). *Cuidados de enfermagem na reabilitação respiratória: Guia prático para profissionais de saúde*. Lisboa: LIDEL.
- Gonçalves, M., Sousa, P., & Almeida, F. (2022). Cuidados de enfermagem ao doente respiratório em contexto de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 15–23. <https://doi.org/10.34632/rper.2022.11598>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

- Oliveira, J., & Pereira, F. (2020). Cuidados no pós-internamento de doentes com patologia respiratória crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 25–33. <https://doi.org/10.34632/rper.2020.9278>
- Sousa, P., Nunes, C., & Mendes, F. (2021). Literacia em saúde e o papel da educação terapêutica na reabilitação. *Saúde & Tecnologia*, (26), 59–66. <https://doi.org/10.25758/set.v0i26.2269>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Rehabilitation 2030: A call for action*. <https://www.who.int/publications/i/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

#### **Apêndice 4**

Folheto informativo: cuidados respiratórios em casa: técnicas de higiene  
brônquica.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

**Hospital São Francisco Xavier**

O Hospital São Francisco Xavier, localizado em Lisboa e integrado na ULS de Lisboa Ocidental, é uma unidade hospitalar de referência nacional, com uma longa tradição de excelência clínica, destaca-se pela forte componente assistencial, formativa e científica, acolhendo serviços diferenciados nas áreas médica, cirúrgica e de reabilitação, tendo vindo a consolidar-se como um centro de excelência na área da Ortopedia.

**Serviço de Ortopedia**

O serviço de Ortopedia e Traumatologia destaca-se pela elevada diferenciação técnica e pelo trabalho multidisciplinar, abrangendo desde cirurgias de reconstrução articular e trauma ortopédico até à abordagem de patologias complexas da coluna, ombro e joelho. Com uma equipa multidisciplinar, o hospital assegura uma resposta eficaz e humanizada, tanto em contexto de urgência como em cirurgia programada, promovendo a recuperação funcional e a qualidade de vida dos utentes.

**CONTACTOS**

Hospital São Francisco Xavier  
 Estr. Forte do Alto Duque, 1449-005 Lisboa, Portugal.

Contactos:  
 Geral: 210431000

Este folheto não substitui o acompanhamento de um profissional de saúde. Em caso de dúvida, contacte a sua Unidade de Saúde.



**CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM CASA: TÉCNICAS DE HIGIENE BRÔNQUICA**

AJUDA-LO(A) A MANTER OS PULMÕES LIMPOS E A RESPIRAR MELHOR APÓS A ALTA HOSPITALAR, PREVENINDO INFEÇÕES E MELHORANDO A SUA QUALIDADE DE VIDA.




Realizado por: EMER Susana Barreiros, ESSATLA, 2025.

**CICLO ATIVO DA RESPIRAÇÃO**



Deve realizar os exercícios sentado

- 01 **Exercício de controlo da respiração:** inspire o ar pelo nariz "enchendo a barriga" e solte o ar lentamente pela boca. Repita de três a cinco vezes.
- 02 **Exercício de expansão torácica:** inspire o máximo de ar pelo nariz, suspenda por 3 a 5 segundos e solte lentamente pela boca, mantendo os lábios semi serrados. Repita de três a cinco vezes.
- 03 Repita a etapa 1 novamente.
- 04 Faça o Huff duas vezes.

Repita as 4 etapas.

**HUFF**

A técnica é usada para auxiliar a libertar a expetoração. Consiste em inspirar o ar lentamente pelo nariz e em seguida soltar todo o ar possível pela boca entre aberta de forma rápida.

**O QUE É A HIGIENE BRÔNQUICA?**

A higiene brônquica consiste num conjunto de técnicas que ajudam a mobilizar e eliminar secreções acumuladas nos pulmões e brônquios. Estas secreções podem dificultar a respiração, causar infeções e atrasar a recuperação. São especialmente importantes em pessoas com doenças respiratórias, imobilidade ou após longos períodos de internamento.

**IMPORTÂNCIA DE ELIMINAR SECREÇÕES**

- Facilita a entrada de ar nos pulmões
- Evita o acúmulo de secreções e infeções respiratórias
- Melhora a oxigenação
- Reduz a sensação de falta de ar

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndice 5**

### **Verificação de Competências: Reeducação Funcional e Capacitação**

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

### Verificação de Competências: Reeducação Funcional e Capacitação

Esta tabela apresenta as competências avaliadas durante o processo de Enfermagem de Reabilitação, abrangendo as dimensões respiratórias, motora e educativa. A avaliação foi realizada no momento da alta hospitalar e repetida uma semana após a alta, assegurando a consolidação dos ganhos funcionais e educativos.

#### Reeducação Funcional Respiratória

Nº	Competência a Avaliar	Avaliação Presencial (Alta)	Reavaliação Telefónica (1 semana)	Observações / Reforço de Ensino
1	Executa exercícios respiratórios (ex.: respiração diafragmática, expiração forçada).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relembrar técnica CDTR e importância de postura sentada durante exercícios.

#### Reeducação Funcional Motora

Nº	Competência a Avaliar	Avaliação Presencial (Alta)	Reavaliação Telefónica (1 semana)	Observações / Reforço de Ensino
2	Demonstra posicionamento correto na cama e na cadeira.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relembrar uso de almofada entre as pernas e evitar posições de rotação interna.
3	Realiza transferências seguras (cama-cadeira, WC, automóvel).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se necessário, repetir demonstração prática e gravar vídeo curto educativo no telemóvel do cuidador.
4	Executa marcha com canadianas segundo instruções (sequência correta, equilíbrio e ritmo).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reforçar ordem 'canadianas → perna operada → perna não operada'; corrigir postura e ritmo.
5	Realiza subida e descida de escadas de forma segura.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relembrar regra 'boa para o céu, má para o inferno'.
6	Realiza exercícios de mobilização e reforço muscular conforme instruções.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rever com o folheto ilustrado; reforçar séries curtas e pausas adequadas.
7	Demonstra cuidados com o penso cirúrgico e identifica sinais de infeção.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reforçar observação diária do local e manutenção da pele seca e limpa.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

8	Adota posturas seguras no vestir, higiene e alimentação respeitando as precauções.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ensinar novamente uso de calçadeira longa e evitar inclinação anterior.
9	Descreve corretamente o plano de reabilitação a decorrer no centro de reabilitação.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reforçar importância da assiduidade e comunicação com a equipa de reabilitação.
10	Refere estratégias para lidar com a dor e fadiga (controlo da analgesia, pausas).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relembrar horários da medicação e uso do repouso entre atividades.
11	Demonstra autoconfiança na realização das AVD com segurança.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reforçar encorajamento positivo e objetivos graduais; valorizar conquistas.

Capacitação Educativa e Segurança

Nº	Competência a Avaliar	Avaliação Presencial (Alta)	Reavaliação Telefónica (1 semana)	Observações / Reforço de Ensino
12	Identifica corretamente as precauções da anca.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reforçar com demonstração visual (figuras do folheto); pedir à pessoa para exemplificar.
13	Utiliza corretamente os produtos de apoio (canadianas, elevador de sanita, calçadeira longa).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirmar ajuste de altura das canadianas e estabilidade dos equipamentos no domicílio.
14	Identifica os sinais de alarme (dor súbita, encurtamento do membro, febre, rubor).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relembrar importância de contactar o médico ou enfermeiro caso surjam sintomas.
15	Mantém técnicas de conservação de energia e pausas adequadas nas atividades.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sugerir dividir tarefas e realizar atividades após períodos de repouso ventilatório.
16	O cuidador demonstra capacidade de apoio seguro nas atividades e conhece sinais de alerta.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Repetir ensino conjunto com pessoa/cuidador; avaliar segurança no apoio físico.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Resultados globais:

- 16/16 competências alcançadas na alta hospitalar
- 16/16 competências mantidas na reavaliação telefónica (1 semana após alta)

Comentário do enfermeiro de reabilitação:

.....  
.....

Método de verificação: observação direta, demonstração prática e método teach-back

Data da alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da reavaliação telefónica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermeiro de Reabilitação: \_\_\_\_\_

## Planificação

### Instrumento de Avaliação – Lista de Verificação de Competências na Alta e Pós-Alta (PTA)

#### **Contextualização**

No contexto hospitalar, a reabilitação da pessoa submetida a prótese total da anca (PTA) constitui um processo complexo, que exige uma abordagem multidimensional centrada na recuperação funcional, na capacitação educativa e na preparação para uma alta segura e sustentada. Após a cirurgia, o sucesso da reabilitação depende não só da recuperação física, mas também da capacidade da pessoa e do cuidador em compreender e aplicar corretamente os ensinamentos transmitidos durante o internamento (Ribeiro, 2021; Wainwright et al., 2020).

A literatura evidencia que falhas na transição entre o hospital e o domicílio estão frequentemente associadas a reinternamentos, complicações (como luxações ou infeções) e atrasos na recuperação funcional (RNAO, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2024). Neste contexto, a **educação terapêutica e a verificação estruturada da capacitação** assumem um papel fundamental na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), garantindo que a pessoa e o cuidador dominam as competências necessárias para o autocuidado e para a gestão da nova condição funcional.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

A implementação de uma lista de verificação de competências surge, assim, como uma resposta à necessidade de uniformizar e objetivar a avaliação da capacitação antes e após a alta hospitalar. Este instrumento permite validar o alcance das aprendizagens, identificar áreas de reforço educativo e monitorizar a continuidade dos cuidados, reforçando o princípio da transição segura, preconizado por Meleis (2010) e pela RNAO (2023).

### **Objetivo Geral**

Elaborar e aplicar uma lista de verificação de competências para avaliar a capacitação da pessoa e do cuidador submetidos a prótese total da anca, garantindo a consolidação dos conhecimentos e a segurança na transição para o domicílio.

### **Objetivos Específicos**

- Avaliar o grau de aquisição de competências funcionais e educativas antes da alta hospitalar;
- Identificar necessidades de reforço no ensino sobre precauções, mobilidade, uso de produtos de apoio e sinais de alarme;
- Validar a manutenção das competências adquiridas através de reavaliação telefónica pós-alta;
- Promover a continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e prevenir complicações no período de convalescença.

### **Material e Método**

A lista de verificação foi elaborada com base nos referenciais normativos da Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015; 2023; 2024) e na literatura atual sobre reabilitação pós-artroplastia (Wainwright et al., 2020; Ribeiro, 2021). O instrumento é composto por 16 competências, distribuídas por três domínios:

1. Reeducação Funcional Respiratória;
2. Reeducação Funcional Motora;
3. Capacitação Educativa e Segurança.

Cada competência é avaliada em dois momentos — na alta hospitalar e na reavaliação telefónica uma semana após a alta — através de observação direta, demonstração prática

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

e método *teach-back*.

A escolha desta abordagem fundamenta-se no conceito de *continuidade de cuidados* (Meleis, 2010), reforçando a importância do acompanhamento ativo e da comunicação terapêutica após a transição para o domicílio.

A utilização de indicadores objetivos (Sim/Não) permite uma avaliação sistemática e mensurável, promovendo a reflexão clínica do enfermeiro e garantindo que a capacitação da pessoa e cuidador é avaliada de forma rigorosa e documentada.

### População-Alvo

- Pessoas submetidas a prótese total da anca internadas em unidades hospitalares de ortopedia;
- Cuidadores informais envolvidos no apoio à mobilidade, higiene e vigilância no domicílio;
- Profissionais de Enfermagem de Reabilitação que pretendam aplicar instrumentos padronizados de avaliação de capacitação.

### Validação

A lista foi revista por dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do serviço de Ortopedia, que avaliaram a clareza e relevância dos indicadores de competência, sugerindo ajustes na formulação das descrições e na inclusão de reforços educativos práticos.

Posteriormente, o instrumento foi testado na prática clínica com uma pessoa submetida a PTA e o respetivo cuidador, tendo-se confirmado a sua aplicabilidade e eficácia na avaliação objetiva da capacitação e no reforço dos ensinamentos educativos.

### Referências bibliográficas

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Ontologia da Enfermagem – Área de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: abordagem especializada ao longo do ciclo de vida* (2.ª ed.). LIDEL.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2023). *Transitions in Care and Services* (2nd ed.). Toronto: RNAO.
- Wainwright, T. W., et al. (2020). *Enhanced recovery after surgery (ERAS) and total hip replacement: State of the art and future challenges*. *Perioperative Medicine*, 9(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13741-020-00149-9>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndice 6**

### **Pedido à comissão de Ética e Consentimento Informado**

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar



PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA  
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsinquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

**Assunto:** Pedido para a realização de um **Relato de Caso Clínico** em contexto de estágio.

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA

A aluna Susana de Fátima Guilomar Barreiros, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 2º ano, 1º semestre, solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do Estágio Profissionalizante que está a decorrer no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital São Francisco Xavier, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Exm. Professor Nelson Guerra, do Exmo. Professor Coordenador do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e do Exm. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Jorge Carvalho.

**Título do Estudo:** Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar - **Relato de Caso Clínico**

**Enquadramento:** O relato de caso clínico insere-se no Estágio Profissionalizante que está a decorrer no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital São Francisco Xavier, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, integrada no 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica. No decorrer do estágio, perante a necessidade do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de mestre, surge como essencial a elaboração de um relato caso clínico, tendo por base as respostas humanas da pessoa/cuidador neste contexto. O relato de caso clínico tem como objetivo descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na implementação de um plano de reabilitação com a pessoa submetida a Prótese Total da Anca para preparação para a alta em contexto hospitalar.

**Metodologia:** O relato de caso clínico consiste num estudo descritivo e será elaborado de acordo com as diretrizes metodológicas propostas na Checklist CARE 3 do EQUATOR Network (Anexo I). Este estudo incluiu, por meio de uma amostragem intencional, uma pessoa internada num centro de Ortopedia, que apresenta limitações decorrentes de uma cirurgia a uma Prótese Total da Anca.

**Explicação do estudo:** Solicita-se a participação no relato de caso clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento na área de enfermagem de reabilitação sobre a identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e a execução de uma avaliação do plano delineado em conjunto com a pessoa/cuidador. A recolha de dados será feita por meio de uma entrevista estruturada (Anexo II), durante o decorrer do estágio (de 9 setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados para sua documentação instrumentos e testes de avaliação (Anexos III-IX: Índice de Barthel avalia as Atividades de Vida Diária; Escala de Borg avalia a Percepção Subjetiva do Esforço; Escala de Equilíbrio de Berg; Escala Numérica da Dor; Escala de Força Muscular Medical Research Council; Escala de Risco de Quedas de Morse e Goniometria que avalia a Amplitude Articular do Membro Inferior) para identificar as respostas humanas da pessoa e cuidador que resultem em limitações na atividade e/ou em alterações da funcionalidade, podendo ser alvo de intervenção em conjunto com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A sua participação no relato de caso clínico, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre movimento muscular, equilíbrio corporal, ventilação e andar, com auxílio de marcha, contribuindo, não só para a sua recuperação, mas também para melhorar a sua qualidade de vida. De ressaltar que não se identificam riscos para a pessoa/cuidador no caso de aceitar ou recusar participar no relato de caso clínico, na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** A participação no relato de caso é voluntária podendo o participante desistir a qualquer momento, anónima e sem compensação monetária ou outro. O desejo da pessoa será garantido, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste relato de caso será 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. Findo este processo, os dados serão destruídos de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais, no prazo máximo de 30 dias após defesa pública.

Grata, desde já, pelo vosso melhor entendimento, subscrevo-me com elevada consideração,

A Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Susana Barreiros, nº 201893325;  
tel.: 933316805; 201893325@uatl.pt

**Assinatura/s (investigador principal):** Susana Barreiros

<sup>1</sup> <https://www.uhla.mn.saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2019/10/Declaraçãohelsinquia.pdf>  
<sup>2</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119440000.ch101>  
<sup>3</sup> The CARE Guid EQUATOR Network (equator-network.org)



Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndice 7**

Escalas utilizadas durante o Estágio Profissionalizante

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

### Escalas de Avaliação Funcional, Motora e de Risco

#### Escala de Barthel (0–100)

Item / Parâmetro	1.ª Semana	4.ª Semana	7.ª Semana
Alimentação (0–10)	5	10	10
Banho (0–5)	0	5	5
Cuidados pessoais (0–5)	2	5	5
Vestir-se (0–10)	5	10	10
Controlo intestinal (0–10)	10	10	10
Controlo urinário (0–10)	8	10	10
Uso de WC (0–10)	3	8	10
Transferências (0–15)	8	12	15
Mobilidade (0–15)	2	10	13
Subida de escadas (0–10)	2	5	7

**Interpretação:** Evolução de 45/100 para 90/100: melhoria da autonomia funcional e independência nas AVD.

**Referência:** Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.

#### Escala de Borg (0–10)

Item / Parâmetro	1.ª Semana	4.ª Semana	7.ª Semana
Perceção do esforço (0–10)	7	5	3

**Interpretação:** Diminuição do esforço percebido durante a marcha e exercícios; progressiva tolerância ventilatória.

**Referência:** Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5), 377–381.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

### Escala de Equilíbrio de Berg (0–56)

Item / Parâmetro	1.ª Semana	4.ª Semana	7.ª Semana
Sentar-se sem apoio (0–4)	3	4	4
Levantar-se de cadeira (0–4)	2	3	4
Transferências (0–4)	2	3	4
Ficar em pé sem apoio (0–4)	3	4	4
Ficar em pé com olhos fechados (0–4)	2	3	4
Ficar em pé com pés juntos (0–4)	1	3	4
Alcançar à frente (0–4)	2	3	4
Pegar objeto do chão (0–4)	1	3	4
Virar-se para olhar para trás (0–4)	2	3	4
Rodar 360° (0–4)	1	3	4
Colocar um pé à frente do outro (0–4)	1	3	4
Permanecer em apoio unipodal (0–4)	2	3	4

**Interpretação:** Pontuação total: 22 → 38 → 50. Evolução significativa do equilíbrio e redução do risco de queda.

**Referência:** Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(S2), S7–S11.

### Escala Numérica da Dor (0–10)

Item / Parâmetro	1.ª Semana	4.ª Semana	7.ª Semana
Intensidade da dor (0–10)	5	2	0

**Interpretação:** Redução gradual da dor até ausência de queixas na 7ª semana.

**Referência:** Jensen, M. P., & Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (2nd ed., pp. 15–34). Guilford Press.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

### **Goniometria – Membro Inferior Direito**

Item / Parâmetro	1.ª Semana	4.ª Semana	7.ª Semana
Flexão da anca (°)	30	62	80
Extensão da anca (°)	0	10	10
Flexão do joelho (°)	90	120	125
Extensão do joelho (°)	0	0	0

**Interpretação:** Aumento progressivo da amplitude de movimento da anca e joelho direito, dentro dos limites funcionais esperados.

**Referência:** Norkin, C. C., & White, D. J. (2016). Measurement of joint motion: A guide to goniometry (5th ed.). F. A. Davis Company.

### **Escala de Força Muscular – Medical Research Council (0–5)**

Item / Parâmetro	1.ª Semana	4.ª Semana	7.ª Semana
Flexão da anca (0–5)	3	4	5
Extensão do joelho (0–5)	4	5	5
Dorsiflexão do tornozelo (0–5)	5	5	5

**Interpretação:** Recuperação completa da força muscular nos grupos testados, com simetria funcional bilateral na 7ª semana.

**Referência:** Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system. London: Her Majesty's Stationery Office.

### **Escala de Risco de Queda de Morse (0–125)**

Item / Parâmetro	1.ª Semana	4.ª Semana	7.ª Semana
Histórico de quedas (0–25)	25	0	0
Diagnóstico secundário (0–15)	15	15	15
Ajudas à marcha (0–30)	30	15	0
Terapia endovenosa (0–20)	0	0	0
Marcha (0–30)	30	15	10
Estado mental (0–15)	0	0	0

**Interpretação:** Pontuação total: 35 → 30 → 25. Diminuição progressiva do risco de queda com melhoria do equilíbrio e marcha segura.

**Referência:** Morse, J. M. (1989). Preventing patient falls. Sage Publications.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndice 8**

Lista de verificação do domicílio – Risco de queda

Consulta pré-operatória

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Lista de verificação: Prevenção de quedas no Domicílio – Consulta Pré-Operatória

## Prevenção de Quedas no Domicílio

Consulta Pré-Operatória — Data: \_\_\_\_\_

Destinatários: pessoa candidata a cirurgia e cuidador(a)

Responsável: EBER

Objetivo: reduzir o risco de queda no domicílio.

### Interior da Casa

Item	Sim	Não
Iluminação suficiente; luzes de presença quarto→casa de banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interruptores acessíveis e funcionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapetes com beiras lisas/retas e bem fixos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chão livre de objetos e cabos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadeiras/sofás com altura adequada para transferências seguras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadeiras com braços de apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Escadas

Item	Sim	Não
Iluminação adequada ao longo da escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corrimão bilateral (~75 cm) firme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degraus em bom estado e livres de tapetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beiras dos degraus marcadas (~2,5 cm) para visibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Casa de Banho

Item	Sim	Não
Preferir polibá/duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapetes antiderrapantes no polibá/banheira e no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barras de apoio junto à sanita, lavatório e polibá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadeira/banco no polibá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

Quarto / Cama

Item	Sim	Não
Altura da cama permite sentar com joelhos a ~90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luzes de presença no trajeto quarto→casa de banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interruptores acessíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapetes/carpetes antiderrapantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se a cama tiver rodas, manter travadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chão e Mobiliário

Item	Sim	Não
Preferir pisos antiderrapantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Móveis não devem impedir a circulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fixar tapetes soltos com fita/adeseivo antiderrapante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exterior/Quintal

Item	Sim	Não
Remover folhas húmidas ou musgo no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção aos animais de estimação que possam cruzar o percurso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Técnicas Seguras (com EEER)

Item	Sim	Não
Transferência cadeira↔pé e cama↔pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir: perna mais forte primeiro; Descer: perna mais fraca primeiro + corrimão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso correto do auxiliar de marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plano B: como se levantar do chão após queda (se indicado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plano de Ação

Item	Sim	Não
Priorize medidas de baixo custo e alto impacto (ex.: luzes de presença, retirar tapetes soltos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defina responsáveis e prazos; reavalie em 2 e 4 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

### Planificação

#### Lista de verificação: Prevenção de quedas no Domicílio – Consulta Pré-Operatória

##### Contextualização

As quedas são uma das complicações mais frequentes e preveníveis no período peri-operatório e pós-alta, sobretudo em pessoas idosas, que constituem a maioria dos doentes submetidos a PTA. Nesta população, a presença de fragilidade, alteração do equilíbrio, polimedicação e barreiras ambientais no domicílio aumenta o risco de queda, prolonga a reabilitação e reduz a confiança para a mobilidade, com impacto na readmissão e na qualidade de vida (WHO, 2007; CDC, 2017). Por isso, na verificação sistemática do domicílio em fase pré-operatória é necessária: assegurar iluminação adequada (incluindo luzes de presença no trajeto quarto →WC), remover/fixar tapetes, garantir corrimões firmes e instalar ajudas técnicas simples (barras, tapetes antiderrapantes, banco de duche) são medidas custo-efetivas que reduzem riscos extrínsecos frequentemente implicados nas quedas após o regresso a casa (NICE, 2013/2017; DGS, 2021). Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação tem um papel central na avaliação ambiental, no treino de técnicas seguras de transferência/marcha e na capacitação do cuidador, promovendo uma alta segura e continuidade de cuidados (Diogo & Moura, 2006).

A presente Lista de Verificação de Prevenção de Quedas no Domicílio foi elaborada no contexto da consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória de Prótese Total da Anca (PTA), com o objetivo de identificar fatores ambientais e comportamentais de risco de queda, promovendo uma adaptação precoce do domicílio antes do regresso da pessoa ao seu ambiente habitual.

Dada a inexistência, até à data, de um instrumento oficialmente validado para Portugal com esta finalidade, procedeu-se à criação de uma checklist adaptada, com base na análise crítica da literatura científica e na integração de itens presentes em instrumentos internacionais e nacionais de referência, nomeadamente o *Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)* (Mackenzie et al., 2009), o *Falls Risk Assessment Tool*

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

*for the Elderly (FRAT)* e propostas de avaliação ambiental utilizadas em estudos portugueses de enfermagem comunitária (Fernandes et al., 2021; Silva & Gomes, 2020).

A construção do instrumento seguiu uma abordagem dedutiva e contextualizada, considerando as características arquitetónicas, culturais e sociais da população portuguesa, frequentemente marcada por habitações com desníveis, tapetes soltos, iluminação reduzida e ausência de apoios fixos nas instalações sanitárias.

Cada item é avaliado com resposta dicotómica (“Sim” – condição segura; “Não” – risco identificado), permitindo uma análise rápida e dirigida da necessidade de intervenção. Os resultados orientam ensinamentos educativos e recomendações práticas à pessoa e família, reforçando a segurança, a autonomia e a prevenção de eventos adversos no pós-operatório.

A aplicação da checklist durante a consulta pré-operatória permite ao enfermeiro especialista antecipar riscos e planear intervenções educativas individualizadas, contribuindo para a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em conformidade com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (2019) e da Direção-Geral da Saúde (2023) no âmbito da prevenção de quedas e promoção da segurança da pessoa idosa.

### Objetivo Geral

Desenvolver e implementar um recurso educativo (checklist) que capacite a pessoa e o cuidador, ainda na consulta pré-operatória, para identificar e corrigir riscos domésticos de queda e executar técnicas seguras de mobilidade no pós-operatório.

### Objetivos Específicos

- Educar a pessoa/cuidador sobre fatores de risco e medidas ambientais prioritárias por divisão (quarto, WC, escadas, interior/exterior).
- Prevenir quedas no pós-operatório imediato, promovendo iluminação noturna, percursos desobstruídos e ajudas técnicas adequadas (barras, tapetes antiderrapantes, corrimão bilateral).

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

- Treinar posturas e técnicas seguras de transferências, marcha com auxiliar e escadas, alinhadas com o plano cirúrgico e analgesia.
- Promover autonomia e confiança, envolvendo o cuidador e definindo um **plano de ação com prazos** antes da cirurgia.
- Reforçar a continuidade dos cuidados após alta (follow-up, contactos úteis) e monitorizar implementação domiciliar.

### **Material e Método**

A checklist foi elaborada com base em boas práticas internacionais e em material nacional dirigido a cuidadores, com linguagem acessível e estrutura visual por divisão da casa:

- Checklist de segurança por áreas (Sim/Não + Observações).
- “Dicas rápidas” de implementação (baixo custo, alto impacto).
- Roteiro de técnicas a praticar com o/a EEER (transferências, escadas, uso de auxiliar).
- Separador “Plano de Ação” (medida, responsável, prazo, estado).  
Fontes basilares: Diogo & Moura (2006); WHO (2007); NICE CG161 (2013, update 2017); CDC/STEADI (2017); DGS (2021).

### **População-Alvo**

- Pessoas candidatas a cirurgia ortopédica (p. ex., PTA) e outras cirurgias com risco de mobilidade reduzida no pós-operatório.
- Cuidadores formais/informais.
- Profissionais envolvidos no processo de alta e reabilitação (ER/Ortopédia/Anestesia/Assistente Social).

### **Validação**

O conteúdo foi revisto por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do serviço, com ajuste da terminologia e priorização das medidas por risco/viabilidade. Foi pré-testado com utentes em reabilitação, simplificando-se frases e acrescentando exemplos visuais (luz de presença, fita antiderrapante, marcação de beiras de degraus). A

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

versão final privilegia linguagem clara, passos enumerados e caixas de verificação para facilitar a adesão.

#### Referências Bibliográficas

- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *STEADI—Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries: Algorithm for fall risk screening, assessment, and intervention*. CDC.
- Diogo, A. R., & Moura, M. (2006). *Manual do Cuidador: Prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa Nacional para a Segurança dos Doentes – Plano de Prevenção de Quedas*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, A., Pereira, M., & Correia, L. (2021). Avaliação de fatores de risco de queda no domicílio: uma proposta de checklist para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), e21043.
- Mackenzie, L., Byles, J., & Higginbotham, N. (2009). Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the items. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 3–11.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013, updated 2017). *Falls in older people: assessing risk and prevention (CG161)*. NICE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Norma para a Prática Clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE.
- World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. WHO.
- Silva, C., & Gomes, J. (2020). Risco de queda e ambiente domiciliário: contributos para a intervenção de enfermagem comunitária. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Comunitária*, 8(1), 25–34.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Apêndice 9**

### **Guião de entrevista estruturada**

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

**Apêndice 9 - GUIÃO DE ENTREVISTA – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação**

**(CARE Framework adaptado ao contexto de Prótese Total da Anca)**

**Objetivo geral:**

Recolher informação compreensiva e estruturada sobre o percurso clínico, funcional e emocional da pessoa submetida a artroplastia total da anca, de modo a descrever de forma objetiva e científica o caso clínico em Enfermagem de Reabilitação.

**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 da cirurgia à anca?
- Qual o diagnóstico clínico que levou à necessidade da artroplastia total da anca? (ex.: coxartrose primária, fratura da anca)
- Há quanto tempo foi realizada a cirurgia?
- Qual era o seu estado funcional antes da intervenção, ou seja, que atividades diárias e papéis sociais desempenhava normalmente?

**2. História clínica e antecedentes relevantes**

**(CARE item: Medical, family and psychosocial history)**

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

**Perguntas:**

- Tinha alguma doença crónica antes da cirurgia (ex.: hipertensão, DPOC, diabetes)?
- Faz algum tipo de medicação habitual?
- Há antecedentes familiares de doenças osteoarticulares ou fraturas?
- Como descreveria o apoio familiar e social que tem atualmente?
- Há hábitos de vida que possam influenciar a recuperação (tabaco, álcool, sedentarismo, alimentação)?

**3. Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação**

**(CARE item: Clinical findings and timeline)**

**Objetivo:** descrever a condição inicial e o impacto funcional pós-cirúrgico.

**Perguntas:**

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após a cirurgia (mobilidade, dor, equilíbrio, autonomia)?
- Como avaliaria a sua dor segundo a Escala Numérica da Dor?
- Que limitações sentiu nas atividades de vida diária (ex.: vestir-se, higiene, transferências cama/cadeira)?
- Como estava o movimento muscular do membro inferior operado segundo a Escala de Força Muscular (MRC 0–5)?
- Qual o seu nível de equilíbrio e risco de queda (Escala de Berg; Escala de Morse)?
- Sentiu medo de cair ou insegurança ao mobilizar-se (ex.: Falls Efficacy Scale – International, 7 itens)?
- Como se sentia emocionalmente no início do processo de reabilitação?
- Que estratégias usou para lidar com essas dificuldades?

#### 4. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

(CARE item: Therapeutic intervention)

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

Perguntas:

- Que tipo de intervenções de reabilitação realizou com o enfermeiro (ex.: treino de transferências, treino de marcha com auxiliares, exercícios de amplitude articular e fortalecimento muscular)?
- Que exercícios considerou mais úteis para a sua recuperação?
- O que espera do enfermeiro de reabilitação no seu processo de recuperação da anca?
- Que orientações ou ensinamentos recebeu para a alta e para realizar em casa (ex.: prevenção de luxação, segurança no domicílio)?
- Encontra dificuldades em cumprir o plano de reabilitação prescrito? Quais?
- Que ajudas técnicas ou adaptações domiciliárias dispõe (ex.: cadeira alta, barras de apoio, bengala)?

#### 5. Resultados e evolução funcional

(CARE item: Follow-up and outcomes)

Objetivo: descrever os ganhos em saúde e o impacto da reabilitação.

Perguntas:

- Que melhorias notou desde o início da reabilitação (força, equilíbrio, dor, autonomia)?
- Como evoluiu a força muscular do membro inferior (Escala MRC)?
- Como evoluiu o controlo da dor (Escala Numérica da Dor)?
- Notou melhorias no equilíbrio e segurança da marcha (Escala de Berg)?
- Que atividades já consegue realizar de forma independente (ex.: transferências, vestir-se, caminhar dentro de casa)?
- Ainda sente alguma limitação ou insegurança?
- Como avalia a sua autonomia atual (ex.: Índice de Barthel)?
- Sente-se satisfeito com os resultados obtidos e com o apoio do enfermeiro de reabilitação?

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## 6. Impacto emocional, social e ocupacional

(CARE item: Patient perspective)

Objetivo: compreender o significado e percepção pessoal da reabilitação.

Perguntas:

- Como descreveria a sua experiência durante a reabilitação pós-artroplastia da anca?
- Este processo influenciou a sua autoestima, imagem corporal ou confiança?
- Que estratégias usou para lidar com a dor, o medo de cair ou a frustração?
- Que significado atribui ao papel do enfermeiro de reabilitação na sua recuperação?
- Sente que a reabilitação contribuiu para a sua qualidade de vida e reintegração social?
- Que mensagem gostaria de deixar a outras pessoas que vão ser submetidas à mesma cirurgia?

## 7. Considerações éticas e consentimento

(CARE item: Informed consent)

Antes da entrevista:

- Explicar o objetivo do estudo (relato de caso clínico em Enfermagem de Reabilitação).
- Garantir anonimato, confidencialidade e voluntariedade.
- Obter consentimento informado escrito conforme o **Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2021)**, a **Declaração de Helsínquia (2013)** e a **Convenção de Oviedo (1997)**.

## 8. Observações do entrevistador

(CARE item: Discussion and learning points)

Registar:




- Impressões clínicas e de comunicação durante a entrevista.
- Indicadores de motivação, coping e envolvimento do participante.
- Pontos fortes e limitações do caso (ex.: adesão, suporte familiar, evolução funcional).
- Reflexão crítica sobre as implicações para a prática de Enfermagem de Reabilitação — nomeadamente na promoção da autonomia e segurança após artroplastia da anca.

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

## **Anexos**

Relato de Caso Clínico - Capacitação com a pessoa com Prótese Total da Anca para a alta hospitalar

1 – Checklist: CARE da Equator

 CARE Checklist of information to include when writing a case report  

Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report".....	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report".....	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?.....	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings.....	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes.....	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?.....	_____
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references).....	_____
Patient Information	5a	De-identified patient specific information.....	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient.....	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information.....	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes.....	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings.....	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline.....	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys).....	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural).....	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered).....	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable.....	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care).....	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration).....	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale).....	_____
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available).....	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results.....	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?).....	_____
	10d	Adverse and unanticipated events.....	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report.....	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references.....	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes).....	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion.....	_____
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received.....	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested.....	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Guideline: <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000147.pdf>

**Apêndice 3** - Frames do vídeo: “Como entrar e sair do automóvel após prótese total da anca”.



## Entrar e Sair do Automóvel com Segurança após Prótese Total da Anca

A adoção de técnicas corretas de mobilidade e posicionamento previne luxações, dor e complicações durante o processo de reabilitação.

Após uma cirurgia de Prótese Total da Anca, as atividades do dia a dia, como entrar e sair do automóvel, exigem cuidados específicos.

A educação terapêutica e o treino supervisionado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são fundamentais para:

- Promover a autonomia e a confiança da pessoa;
- Reduzir o risco de lesões e quedas;
- Garantir uma recuperação funcional segura e eficaz.

## Preparação do carro

Peça ao condutor para estacionar numa superfície plana e/ou perto da rampa da entrada.

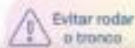


## POSIÇÃO INICIAL

Quando estiver perto do carro, vire-se de costas para o veículo e comece a recuar em direção ao banco do passageiro da frente.

**Apoie-se sempre antes de se sentar.**

Estenda a sua mão direita e segure na moldura da porta ou no apoio de cabeça. Coloque a sua mão esquerda no banco do carro ou no painel.



## SENTAR-SE

**Sente-se lentamente, mantendo a perna operada esticada.**



**Abaixe-se lentamente para o banco do carro mantendo o membro operado esticado.**



## Rodar em bloco

**Mova as pernas juntas, nunca cruze após cirurgia da anca.**

Deslize-se para trás no banco do carro.

Rode o corpo e as pernas ao mesmo tempo, em bloco, mantendo-as unidas e evitando cruzá-las.



## SAÍDA DO AUTOMÓVEL

**Movimento inverso — sair do carro com apoio e perna operada esticada.**



Para sair, rode o corpo e as pernas em conjunto para fora, mantendo a perna operada esticada à frente.

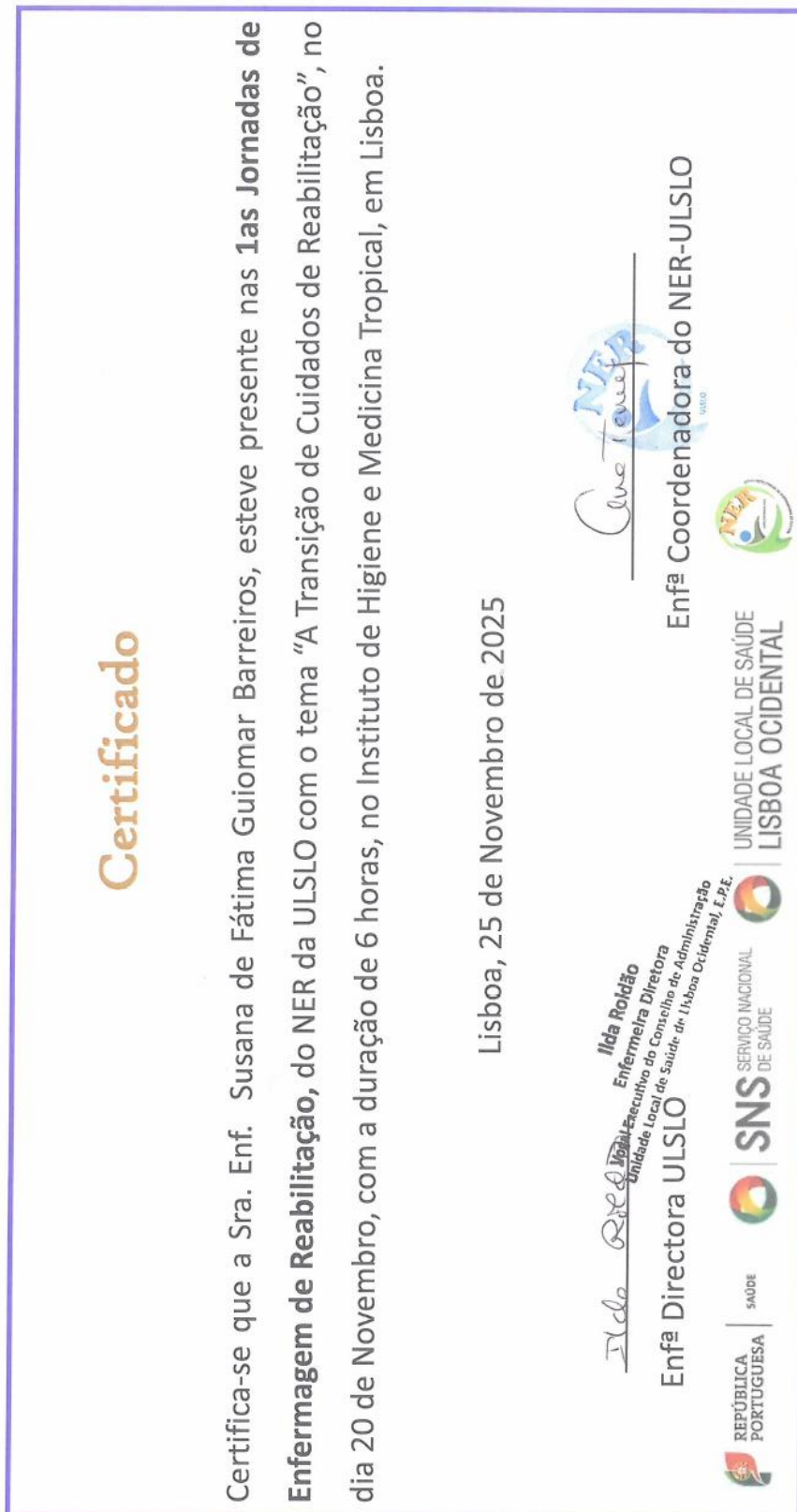
Apoie as mãos e levante-se lentamente, mantendo o tronco direito.



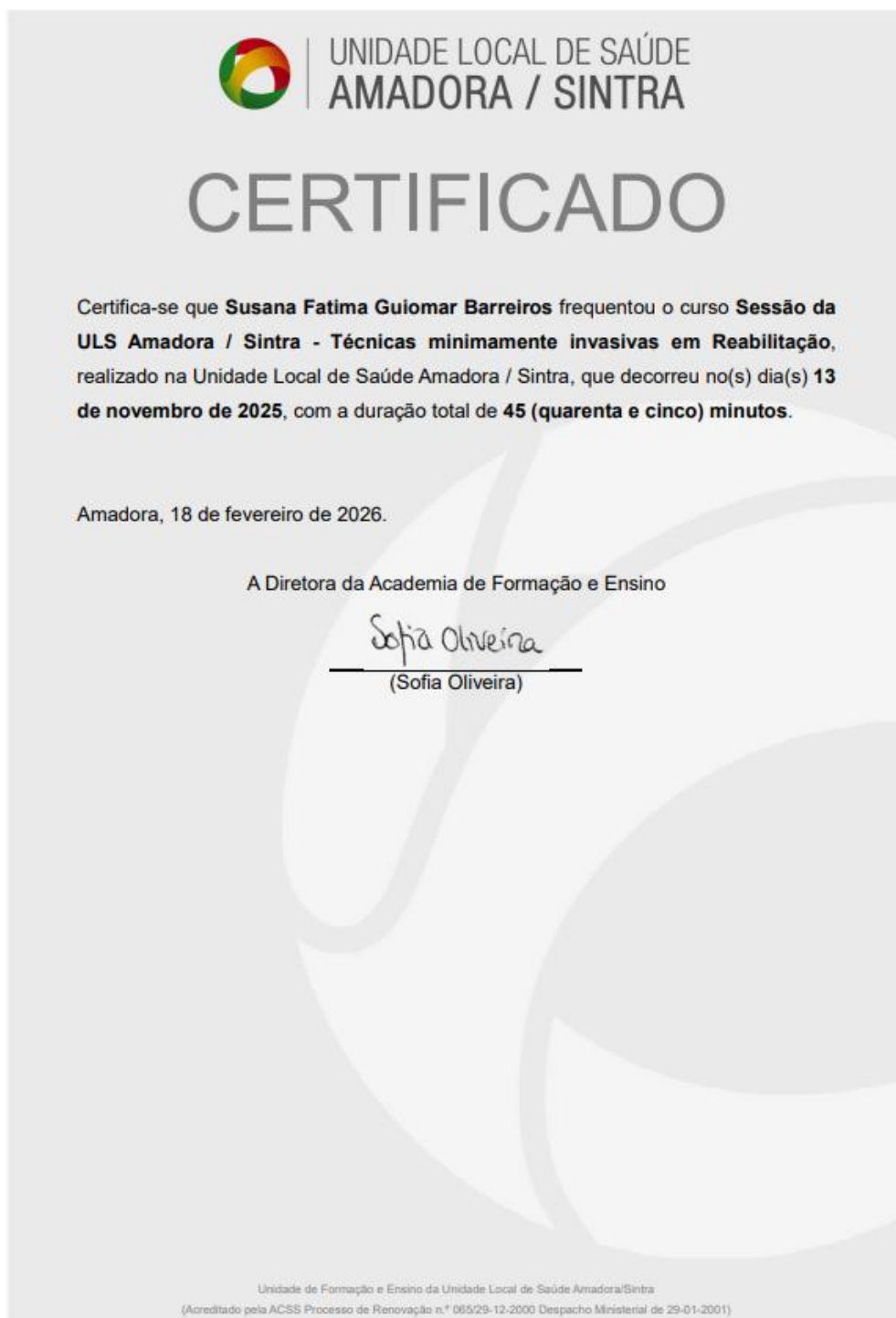
# Obrigada

## **Anexos**

**Anexo 1** – Certificado de presença nas 1ª Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da ULSLO.



**Anexo 2 – Certificado de participação no workshop “Técnicas minimamente invasivas em Reabilitação”**



**Anexo 3 - Certificado de participação no Workshop da Associação Alzheimer Portugal,  
“Demências”**



### CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Portaria n.º 474/2010 de 8 de Julho)

A Alzheimer Portugal (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer), pessoa coletiva N.º 502069635, associação sem fins lucrativos, sediada na Av. de Ceuta Norte, Lote 1 – Lojas 1 e 2, Quinta do Loureiro, 1350-410 Lisboa, entidade formadora certificada pela DGERT - Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, certifica que:

**Susana de Fátima Guiomar Barreiros**

Natural de Moura, nascida a 22.06.1984, de sexo Feminino, com nacionalidade Portuguesa, portadora do Cartão de Cidadão N.º 22602040, válido até 21.07.2028 e Contribuinte N.º 229797652, esteve presente a 16 de Dezembro de 2025, na seguinte atividade formativa, realizada no Formato à Distância, pela Alzheimer Portugal, das 10H00 às 13H00:

**Workshop para Cuidadores Formais de Nível 5 e 6 – Técnicos Superiores**  
**«Demências»**

Lisboa, 16 de Dezembro de 2025

O Coordenador do Departamento de Formação

*Carlos Jorge Ray*



NIP: 502 069 635  
Av.ª de Ceuta Norte, Lote 1, Loja 1 e 2  
Quinta do Loureiro – 1350-410 LISBOA  
Tel: 21 361 0460 – Fax: 21 361 0462 / 21 361 0461  
[www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org) | [geral@alzheimerportugal.org](mailto:geral@alzheimerportugal.org)


**Certificado Workshop GCM N.º 3.5/2025.19**

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação inicial e formação de Integração socioprofissional.  
ÁREA DE FORMAÇÃO:  
769 – Serviços Sociais

ALZHEIMER PORTUGAL  
Av. de Ceuta Norte - Lote 1 – Lojas 1 e 2 – Q.ª do Loureiro – 1350-410 Lisboa  
Tel: 213610460 – Fax: 213610469  
[www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org) | [geral@alzheimerportugal.org](mailto:geral@alzheimerportugal.org)




ENTIDADE FORMADORA  
CERTIFICADA



Conteúdos Programáticos:
• Envelhecimento normal e envelhecimento patológico;
• Dados epidemiológicos da prevalência da demência;
• Principais tipos de demência;
• Diagnóstico e principais alterações associadas à demência;
• Intervenção na demência e estratégias de apoio;
• Estratégias de comunicação com a pessoa com demência;
• Estratégias de intervenção nas atividades de vida diária;
• Alterações do humor e do comportamento e estratégias de adaptação nos cuidados prestados;
• Princípios para uma intervenção centrada na pessoa e promoção da sua qualidade de vida.

ALZHEIMER PORTUGAL  
Av. de Ceuta Norte - Lote 1 – Lojas 1 e 2 – Q.ª do Loureiro – 1350-410 Lisboa  
Tel: 213610460 – Fax: 213610469  
[www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org) | [geral@alzheimerportugal.org](mailto:geral@alzheimerportugal.org)



ENTIDADE FORMADORA  
CERTIFICADA





**Continuidade de Cuidados e Segurança na Alta Hospitalar:  
Contributos da Enfermagem de Reabilitação.**

Susana Barreiros

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA