

MESTRADO
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A DÍADE INTERNAMENTO/DOMICÍLIO: A
RESPONSABILIDADE DO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO
COM A PESSOA.**

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação
2026



MESTRADO
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**A díade internamento/domicílio: A
responsabilidade do Especialista em Enfermagem
de Reabilitação na capacitação com a pessoa.**

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação

Orientação: Professora Sandy Severino

Barcarena, março 2026

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste Relatório de Estágio
Profissionalizante.

“A pedra preciosa não pode ser polida sem fricção, nem o homem aperfeiçoado sem provação.”

— Confúcio

AGRADECIMENTOS

Inicio estes agradecimentos pela minha família, base segura e presença constante ao longo de todo este percurso. Obrigada pelo apoio incondicional, pela compreensão nos momentos de maior exigência e por nunca duvidarem da minha capacidade, mesmo quando eu própria hesitei.

Aos meus cães, companheiros silenciosos de longas horas de estudo e escrita, agradeço a presença serena e o conforto nos momentos de maior cansaço.

À Beatriz e à Márcia, meu duo “A.C” incansável, deixo um agradecimento muito especial. Obrigada pela parceria constante, pelas horas de estudo, pelas chamadas, áudios intermináveis e pelo apoio incondicional nos momentos de maior exigência. Caminhámos juntas nas dúvidas e nas conquistas, sempre com a certeza de que nenhuma ficaria para trás. Este Mestrado tem também a vossa marca. Conseguimos — juntas.

Aos meus amigos, que caminharam ao meu lado ao longo deste processo, expresso a minha sincera gratidão pela motivação constante, pela paciência perante as ausências e pela capacidade de transformar momentos de exaustão em força renovada. Obrigada por celebrarem cada conquista e por me lembrarem, nos momentos mais difíceis, o propósito que me trouxe até aqui.

Às pessoas e famílias com quem partilhei cuidados, manifesto um reconhecimento profundo. Cada encontro constituiu uma oportunidade de aprendizagem e crescimento, reforçando o compromisso ético com uma prática verdadeiramente centrada na pessoa e na sua singularidade.

Aos Enfermeiros Supervisores e às equipas que me acolheram nos diferentes contextos clínicos, agradeço a partilha generosa de conhecimento, os desafios lançados, o acompanhamento atento e o ambiente promotor de desenvolvimento profissional.

Aos meus colegas de trabalho, agradeço o apoio, a compreensão perante as exigências académicas e o ambiente de cooperação que tornaram este percurso mais leve. A vossa entreatajuda e espírito de equipa foram fundamentais para que fosse possível conciliar a exigência profissional com o desafio formativo.

Ao corpo docente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, deixo o meu reconhecimento pelo rigor científico e pela exigência formativa. Em especial, à Professora Sandy Severino, agradeço a orientação, a disponibilidade, o espírito crítico e o incentivo permanente, que constituíram pilares essenciais na construção deste percurso e no meu crescimento enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

RESUMO

Introdução: Perante o envelhecimento demográfico, o aumento da prevalência das doenças crónicas e a crescente complexidade das respostas humanas à condição de saúde, a Enfermagem de Reabilitação assume-se como área especializada determinante na promoção da funcionalidade, autonomia e continuidade de cuidados. A díade internamento/domicílio constitui um momento crítico de transição, exigindo intervenções sustentadas no modelo de cuidados centrados na pessoa, orientadas para a capacitação da pessoa e família, para a readaptação funcional e para a segurança no regresso ao domicílio.

Objetivo: Analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido, evidenciando o processo de aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências inerentes ao grau de Mestre

Metodologia: Relatório de natureza descritivo-reflexiva, sustentado na análise crítico-reflexiva das experiências clínicas desenvolvidas em contexto comunitário e hospitalar, articulada com pesquisa de literatura científica em bases de dados indexadas e consulta de literatura normativa e profissional relevante.

Resultados: As atividades desenvolvidas permitiram aprofundar intervenções especializadas centradas na avaliação sistematizada da funcionalidade, na promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e na facilitação de transições seguras entre níveis de cuidados. A mobilização de referenciais teóricos sustentou práticas individualizadas, participativas e orientadas para a capacitação da pessoa e família, reforçando a continuidade e integração dos cuidados.

Conclusão: O percurso formativo possibilitou a consolidação de competências avançadas em Enfermagem de Reabilitação, reforçando o raciocínio clínico, a tomada de decisão partilhada e a mobilização crítica da evidência científica, contribuindo para uma prática especializada autónoma, reflexiva e centrada na pessoa ao longo da transição internamento/domicílio.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Autocuidado; Competência Profissional.

ABSTRACT

Introduction: In the context of population ageing, increasing prevalence of chronic diseases and growing complexity of human responses to health conditions, Rehabilitation Nursing emerges as a specialised field with a determinant role in promoting functionality, autonomy and continuity of care. The hospital/home dyad represents a critical transitional moment, requiring person-centred interventions aimed at empowering individuals and families, supporting functional readaptation and ensuring safety in the return home.

Objective: To critically analyse the formative pathway undertaken, highlighting the process of acquisition and consolidation of the common competencies of the Specialist Nurse, the specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, and the competencies inherent to the Master's degree.

Methodology: Descriptive-reflective report grounded in a critical-reflective analysis of clinical experiences developed in both community and hospital settings, articulated with a structured review of scientific literature from indexed databases and consultation of relevant normative and professional literature.

Results: The activities undertaken enabled the deepening of specialised interventions focused on systematic functional assessment, promotion of self-care, prevention of complications and facilitation of safe transitions between levels of care. The mobilisation of theoretical frameworks supported individualised and participatory practices oriented towards the empowerment of individuals and families, reinforcing continuity and integration of care

Discussion: The formative experience allowed the consolidation of advanced competencies in Rehabilitation Nursing, strengthening clinical reasoning, shared decision-making and critical mobilisation of scientific evidence, contributing to an autonomous, reflective and person-centred specialised practice throughout the hospital-to-home transition.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Mentoring; Self-Care; Professional Competence.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ANÁLISE DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	5
1.1. A responsabilidade/intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto comunitário: Unidade Cuidados na Comunidade	5
1.2. A responsabilidade/intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto hospitalar: Internamento em Ortopedia, Internamento de Pneumologia e Hospital de Dia de Infeciologia.	7
2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	15
2.1. Enfermagem de Reabilitação – Enquadramento (Ético, Legal e Normativo)	15
2.2. Modelos e Teorias de Enfermagem	19
2.3. Conceitos Estruturantes	24
2.3.1 - Envelhecimento demográfico	24
2.3.2 - Capacitação, empoderamento e literacia em saúde	28
2.3.3 - Cuidado centrado na pessoa.....	31
2.3.4 - Continuidade e transição de cuidados.....	34
2.4 A pessoa com lesão osteoarticular	37
3. ANÁLISE CRÍTICO- REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	43
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	44
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	5656
3.3. Competências de Mestre	65
4. ANÁLISE SWOT	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	i

APÊNDICE I 	iii
Relato de Caso Clínico Estágio de Reabilitação na Comunidade	
APÊNDICE II 	lix
Relato de Caso Clínico Estágio de Profissionalizante	
APÊNDICE III 	cxxxv
Pedidos à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relatos de Caso Clínico	
APÊNDICE IV 	cxli
Pedidos de Consentimento Informado- Relatos de Caso Clínico	
APÊNDICE V 	cxlvii
Documento de Orientação para a Uniformização dos Registos de Enfermagem de Reabilitação em Sclínico®	
APÊNDICE VI 	clxi
Circuito de Treino de Marcha com Auxiliar- Guia Orientador	
APÊNDICE VII 	clxxv
Resumo <i>Webinares</i>	
APÊNDICE VIII 	ccii
Registo Diário de Intervenções – UCC	
APÊNDICE IX 	ccxlv
Folhetos de Educação para a Saúde- Contexto Comunitário	
APÊNDICE X 	ccli
“Cuidar do meu Joelho”	
APÊNDICE XI 	cclxi
Sessão de Educação para a Saúde – Prevenção de Quedas e Promoção de Estratégias	
APÊNDICE XII 	cclxix
<i>Checklist</i> – Prevenção de Quedas no Domicílio	
ANEXOS	cclxxlix

ANEXO I | cclxxiii

Aprovação Comissão Ética ESSATLA para os RCC

ANEXO II | cclxxvii

Certificado Participação Dia do Enfermeiro ESSATLA

ANEXO III | cclxxix

Certificados de Participação em *Webinars* e Seminários

ANEXO IV | cclxxxvii

Artigos publicados

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Distribuição principais processos de ER em julho 2025	17
Figura 2- Análise SWOT	70

INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD- Atividades Básicas De Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais De Vida Diária

ATA- Artroplastia Total Da Anca

ATJ – ATROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

AVD – Atividades De Vida Diárias

BPG- Best Practice Guidelines

CRI- ORT – Centro de Responsabilidade Integrada de Ortopedia e Traumatologia

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP – Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERO- Enfermagem de Reabilitação Ortopédica

ESSATLA- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

FROM - Family-Reported Outcome Measures

GUSS- Gugging Swallowing Screen

KOOS- Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score

LS - Literacia em Saúde

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MNT - Micobactérias não tuberculosas

OA - Osteoartrose

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização mundial de Saúde

PREM - Patient-Reported Experience Measures

PROM – Patient-Reported Outcome Measures

RCC- Relato de Caso Clínico

REP- Relatório Estágio Profissionalizante

RFR - Reeducação funcional respiratória

RNAO- Registered Nurses' Association of Ontario

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT- *Strengths, weaknesses, opportunities e threats*

TUGT- Timed Up and Go Test

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

VIAJA- Via Integrada Artroplastia do Joelho e

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio Profissionalizante (REP) foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio Profissionalizante do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), correspondendo ao culminar de um percurso de desenvolvimento de competências avançadas em cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ER).

A temática central deste relatório intitulado de: “A díade internamento/domicílio: a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa” emergiu da análise da realidade clínica experienciada no decorrer dos estágios ao longo do MER e da identificação da complexidade inerente ao processo de transição experienciada pelas pessoas com quem partilhei cuidados respaldando a dualidade entre o contexto hospitalar e o contexto comunitário. No contexto do internamento de Ortopedia, onde prevalecem maioritariamente as respostas humanas comprometidas decorrentes de doenças músculo-esquelética como a imobilidade, a dor, alteração da força muscular com consequentes repercussões na funcionalidade e da própria autonomia, a capacitação da pessoa/família/cuidador parceiro de cuidados revela-se essencial para a melhoria da segurança, da independência e, potencialmente, da qualidade de vida. Assim, a intervenção do EEER assume uma responsabilidade estruturante na facilitação deste percurso experienciado de forma única e irrepetível de cada pessoa, que se perpetua além das fronteiras do contexto hospitalar.

De acordo com as definições atualizadas pelo *International Council of Nurses* (2025), a Enfermagem é reconhecida como uma profissão orientada para a defesa do direito universal à melhor saúde possível, alicerçada num corpo de conhecimento científico próprio, competências técnicas especializadas, princípios éticos e relações terapêuticas que garantem cuidados colaborativos, culturalmente seguros e centrados na pessoa (White et al., 2025). Neste enquadramento, o Enfermeiro é o profissional habilitado e regulamentado para aplicar este conhecimento e filosofia de cuidado, atuando de forma autónoma e interdisciplinar na promoção da saúde, prevenção da doença, proteção da segurança do doente e alívio do sofrimento, assumindo ainda responsabilidades de liderança, educação, investigação e intervenção política para a melhoria contínua dos resultados em saúde (White et al., 2025).

A competência profissional corresponde à capacidade de intervir de forma responsável e eficaz, articulando conhecimentos teóricos, técnicos e empíricos. Esta competência resulta da mobilização

crítica do saber, da análise rigorosa da informação disponível e da tomada de decisão ajustada à complexidade inerente à prática de Enfermagem (Amaral & Figueiredo, 2021).

No que respeita aos referenciais normativos, as competências comuns do EE, as competências específicas do EEER e as competências inerentes ao grau de Mestre estão formalmente descritas nos documentos regulamentares da Ordem dos Enfermeiros e na legislação em vigor. Estas encontram-se sistematizadas no Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019), no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019) e no Decreto-Lei n.º 65/2018, constituindo orientações essenciais para a prática avançada, a formação especializada e o desenvolvimento profissional em ER.

A ER é uma área de especialização da Enfermagem que se centra na promoção da funcionalidade, autonomia e independência da pessoa ao longo do ciclo de vida, intervindo na prevenção de incapacidades, na minimização de limitações, na readaptação funcional e na capacitação da pessoa e família para o autocuidado e continuidade dos cuidados (Regulamento n.º 392/2019), esta visa maximizar o potencial da pessoa, recorrendo a avaliação sistematizada das respostas humanas, planeamento de programas individualizados de intervenção, implementação de estratégias terapêuticas e monitorização contínua dos ganhos obtidos. Esta prestação de cuidados baseia-se em conhecimento científico avançado, em modelos conceptuais de enfermagem e em práticas sustentadas pela evidência (Pestana, 2021a).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEER tem a responsabilidade de conceber, implementar e avaliar planos de cuidados especializados, promover a autonomia, prevenir complicações secundárias, facilitar transições seguras entre níveis de cuidados, otimizar a qualidade de vida, e contribuir para a reinserção social da pessoa com alterações da funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019). Para tal o EEER possui um conjunto de competências acrescidas que constituem uma mais-valia inequívoca para a profissão e para o sistema de saúde: a capacidade de avaliar de forma aprofundada a funcionalidade, de conceber planos de cuidados individualizados, de implementar programas estruturados de ER, de prevenir incapacidades e complicações secundárias e de capacitar a pessoa e a família para uma autogestão segura da condição de saúde (Regulamento n.º 392/2019). Estas competências não representam apenas um nível superior de especialização, mas antes um contributo estratégico para promover a eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados.

Ao EEER é reconhecida uma elevada autonomia técnico-científica que fortalece a profissão pela incorporação de práticas baseadas na evidência, pelo raciocínio clínico especializado e pela tomada de

decisão responsável e partilhada, adaptada à complexidade das situações clínicas (Regulamento n.º 392/2019; Regulamento nº140/2019). A formação especializada do EEER representa, assim, uma mais-valia para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina científica e profissão socialmente relevante, e contribui para o fortalecimento da prática clínica, da governação clínica e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A produção deste relatório traduz um compromisso com a qualidade do processo formativo e com a responsabilidade inerente ao exercício profissional especializado, articulando os conhecimentos científicos, técnicos e humanos consolidados ao longo do percurso desenvolvido no decorrer do Mestrado. De acordo com as orientações da OE, este deverá espelhar o percurso formativo desenvolvido descrevendo e analisando criticamente as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, enquadrando-as nos referenciais teóricos da disciplina (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O presente relatório tem como objetivo geral analisar criticamente o percurso formativo realizado no EP, evidenciando o modo como as competências especializadas de EE, EEER e de mestre foram adquiridas, aplicadas e consolidadas. Os objetivos específicos incluem: descrever as atividades desenvolvidas ao longo do EP; correlacionar essas atividades com a aquisição das competências de EE, EEER e de Mestre; fundamentar teoricamente a intervenção especializada realizada, integrando modelos conceptuais, evidência científica relevante e enquadramento normativo pertinente.

Para a consecução deste REP demonstrou-se essencial a pesquisa de evidência científica atual através das diversas bases de dados científicas disponíveis, mas também através da pesquisa de literatura cinzenta. A utilização dos descritores : Enfermagem de Reabilitação, Capacitação, Autocuidado e Competência Profissional permitiu estruturar e uniformizar a estratégia de pesquisa, garantindo a identificação rigorosa e sistemática da evidência pertinente à temática em estudo.

A organização deste relatório reflete a seguinte estrutura: após esta introdução, apresenta-se a análise dos contextos clínicos; segue-se o enquadramento conceptual, que integra os referenciais ético-legais, os modelos teóricos de Enfermagem que sustentaram a prática e os conceitos estruturantes da temática; posteriormente é realizada a análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas; e por fim apresenta-se a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*) e a reflexão final. O documento foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* (7.ª edição) e seguindo as orientações mencionadas no Guia Orientador de Estágio Profissionalizante (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2025), bem como o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2022).

1. ANÁLISE DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

1.1. A responsabilidade/intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto comunitário: Unidade Cuidados na Comunidade

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi instituída em 2006 através do Decreto-Lei n.º 101/2006, constituindo-se como uma resposta estruturada às necessidades crescentes da população em matéria de cuidados de longa duração. Esta iniciativa governamental surgiu num contexto marcado pelo envelhecimento progressivo da população, pela crescente prevalência de doença crónica e pelo aumento significativo de situações de dependência funcional. Assim, a criação da RNCCI permitiu desenvolver um modelo articulado entre saúde e apoio social, orientado para assegurar cuidados continuados adequados às pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, quer em fases de recuperação após doença aguda, quer no acompanhamento de condições crónicas. Entre as suas finalidades encontram-se a promoção da capacidade funcional, a recuperação da autonomia e a facilitação da reintegração familiar e comunitária.

O estágio referente à unidade curricular de ER na Comunidade decorreu, entre maio e julho de 2025, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) integrada numa Unidade Local de Saúde da região de Lisboa, em conformidade com a organização preconizada no Decreto-Lei n.º 102/2023. Esta UCC tem como missão contribuir para a melhoria das condições de saúde da população da sua área de influência, assegurando cuidados de proximidade, continuados e multidisciplinares que potenciem ganhos em saúde. A visão que orienta esta unidade centra-se no reconhecimento enquanto estrutura de excelência, sustentada por uma equipa coesa e comprometida com elevados padrões de qualidade, guiados por valores éticos, respeito pela dignidade humana e solidariedade.

Inserida na UCC encontra-se a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), dirigida a pessoas com dependência funcional temporária ou prolongada, privilegiando a prestação de cuidados no domicílio. Esta equipa funciona diariamente, incluindo fins de semana, garantindo resposta entre as 08h00 e as 20h00 em dias úteis, e entre as 09h00 e as 13h00 aos fins de semana (Ministério da Saúde, 2025a). O seu funcionamento multidisciplinar integra enfermeiros, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um técnico superior de serviço social e um psicólogo, assegurando uma intervenção coordenada e contínua.

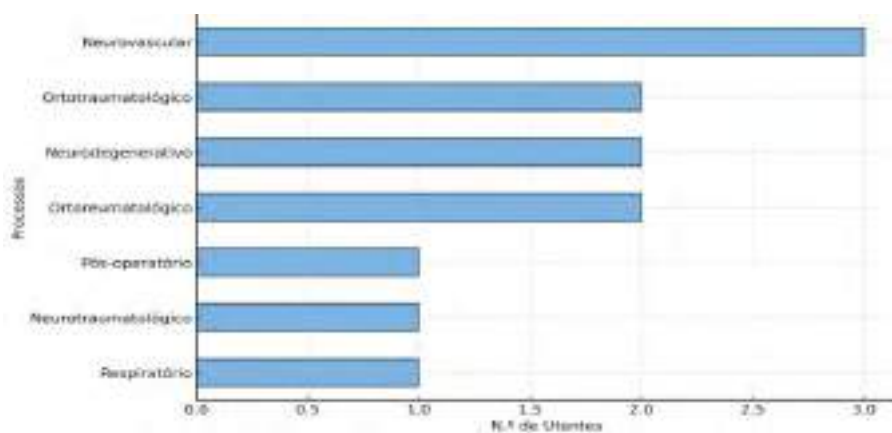
Apesar das recomendações relativas às dotações de recursos humanos, que estipulam a necessidade de 0,25 EEER por cada mil habitantes, segundo o Regulamento n.º 743/2019, a UCC em causa dispõe

apenas de um enfermeiro especialista nesta área, o que limita a capacidade de resposta às necessidades de reabilitação existentes na comunidade considerando que, segundo os dados disponíveis do ano 2024 residem de aproximadamente 108 357 pessoas nas duas freguesias abrangidas por esta UCC (Ministério da Saúde, 2024a).

No início do estágio, em maio de 2025, encontravam-se acompanhadas 13 pessoas em intervenção de Enfermagem de Reabilitação, número que contrasta com a capacidade instalada da unidade, que permitiria intervir até 50 pessoas. Ao longo do período do estágio verificaram-se oscilações no número de pessoas acompanhadas, decorrentes de altas, internamentos ou óbitos, situando-se atualmente (julho de 2025) em 11 pessoas sob intervenção ativa de Enfermagem de Reabilitação

A análise da casuística acompanhada pela equipa durante o período de estágio através da consulta dos registos internos da UCC, permitiu caracterizar as principais áreas de intervenção em Enfermagem de Reabilitação, conforme a figura abaixo (figura1). Verificou-se que os processos de natureza neurovascular constituíam a categoria mais representativa, correspondendo ao maior número de pessoas acompanhadas. De seguida, observaram-se processos ortotraumatológicos, neurodegenerativos e ortorreumatológicos, todos com expressão semelhante. Em menor proporção, encontravam-se situações de origem pós-operatória, neurotraumatológica e respiratória, que, embora menos frequentes, exigiram igualmente intervenções diferenciadas e ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa. Esta distribuição evidencia a predominância de condições neurológicas e músculo-esqueléticas no contexto domiciliário, coerente com o perfil clínico habitualmente referenciado para as equipas de cuidados continuados.

Figura 1- Distribuição principais processos de ER em julho 2025



Fonte : Elaboração Própria

No mês de julho de 2025, a população acompanhada apresentava um perfil predominantemente idoso, com maior concentração nos grupos etários 80–89 anos, seguidos dos 70–79 anos, sendo igualmente expressiva a faixa dos 90 ou mais anos. Em contraste, os grupos 60–69 e 50–59 anos tinham menor representatividade. Esta distribuição reflete a realidade nacional, marcada pelo envelhecimento demográfico e pelo aumento da dependência funcional com a idade, posicionando a população idosa como principal alvo da intervenção em reabilitação no domicílio (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024; Santos et al., 2022). A predominância de pessoas com mais de 70 anos evidencia, assim, a necessidade de estratégias de intervenção centradas na prevenção de incapacidades, na manutenção da funcionalidade e no apoio ao cuidador, dimensões essenciais no âmbito da ER.

1.2. A responsabilidade/intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto hospitalar: Internamento em Ortopedia, Internamento de Pneumologia e Hospital de Dia de Infeciologia.

Em resultado do processo de reorganização dos cuidados de saúde em Portugal, foi criada a Unidade Local de Saúde (ULS) onde decorreu o meu EP, entidade que reúne diferentes centros hospitalares e unidades de cuidados de saúde primários sob um modelo comum de governação clínica e administrativa, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 102/2023. A integração do Serviço de Internamento de Ortopedia nesta ULS permite ampliar a resposta assistencial à população residente numa vasta área da Área Metropolitana de Lisboa, abrangendo 17 freguesias. Importa realçar que, devido ao seu grau de diferenciação clínica, a ULS acolhe uma procura significativa proveniente de fora da sua área direta de influência, estimando-se que cerca de 65% das pessoas tratadas residam noutros territórios (Ministério da Saúde, 2025b).

Do ponto de vista identitário, esta ULS assume como missão garantir cuidados de saúde especializados, centrados na pessoa e fundamentados em evidência científica, articulando princípios de governação clínica com a promoção da saúde, a prevenção da doença, a continuidade assistencial, o ensino e a investigação (Ministério da Saúde, s.d.). A sua atuação assenta em valores como a competência técnica, a integridade ética, a transparência institucional, a segurança e o bem-estar da pessoa, a colaboração interprofissional, a melhoria contínua da qualidade e a orientação para resultados. Em consonância com estes princípios orientadores, a instituição estabelece como objetivos a prestação de cuidados de qualidade — prestados de forma humanizada, eficiente e oportuna — o reforço das estratégias de prevenção da doença, a gestão otimizada dos recursos, a promoção da formação

contínua e da investigação como base de uma prática de excelência e a consolidação da eficiência organizacional que assegure a sustentabilidade da instituição (Ministério da Saúde, s.d.).

O EP decorreu no Serviço de Internamento de Ortopedia de um hospital pertencente ao Centro de Responsabilidade Integrado de Ortopedia e Traumatologia (CRI-ORT), inserido numa ULS da região de Lisboa entre setembro e dezembro de 2025 completando um total preconizado de 300 horas de contacto ao longo destas 15 semanas. Este contexto assistencial integra uma equipa transdisciplinar composta por Enfermeiro Gestor, Enfermeiros, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), Médicos, Fisioterapeutas, Técnicos Auxiliares de Saúde, um Técnico Superior de Serviço Social, um Técnico Superior de Nutrição e Dietética e um Psicólogo. Esta composição multiprofissional permite uma abordagem coordenada e abrangente às necessidades humanas complexas das pessoas parceiras de cuidados, favorecendo a prestação de cuidados de qualidade, a humanização das intervenções e a salvaguarda dos direitos da pessoa, bem como o acesso oportuno a cuidados essenciais. A organização funcional do serviço atribui ainda particular relevo à educação para a saúde, estimulando a participação ativa da pessoa e da família na gestão do processo de saúde-doença.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 118/2023, um Centro de Responsabilidade Integrado constitui uma unidade intermédia de gestão dotada de autonomia técnica e organizacional, com responsabilidade pela afetação dos recursos, pela coordenação dos processos assistenciais e pelos resultados clínicos, financeiros e de qualidade/segurança na área de cuidados que tutela.

O Serviço de Internamento de Ortopedia dispõe de 34 camas, distribuídas por quartos de diferentes tipologias, desde individuais a enfermarias de quatro camas. A informação disponibilizada pela Gestão de Enfermagem indica que predomina a casuística de cirurgias ortopédicas major, em particular artroplastias totais da anca (ATA) e artroplastias totais do joelho (ATJ), motivadas tanto por processos degenerativos como traumáticos. Apesar de terem sido solicitados indicadores formais que confirmem estes dados, os mesmos não foram disponibilizados.

A prestação de cuidados de enfermagem organiza-se segundo o método individual de cuidados, modelo que atribui a cada enfermeiro a responsabilidade por um conjunto específico de pessoas internadas, possibilitando uma abordagem personalizada e centrada na pessoa (Silva, 2024).

Atendendo às especificidades próprias do internamento do foro ortopédico, a intervenção dos EEER assume a sua relevância, em particular na otimização da funcionalidade, no controlo de sintomas, na prevenção de complicações e na capacitação da pessoa e da família para o autocuidado. Para suportar

esta prática, o CRI-OT dispõe do Projeto de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação Ortopédica (Projeto ERO) desde 2010, que estrutura o processo de avaliação funcional, o planeamento e a execução das intervenções de reabilitação. O mesmo encontrava-se sob processo de reformulação, durante o período de estágio tendo sido republicada a sua versão atual, pelo que ainda não foi possível a quantificação de resultados da implementação do projeto. Este projeto integra ainda protocolos institucionais, como a mobilização precoce após ATA/ATJ, alinhados com a prática baseada na evidência (GTERO, 2010). Entre as intervenções padronizadas incluem-se o treino de marcha, as técnicas de transferência, a reabilitação motora e respiratória e a educação terapêutica, com o propósito de alcançar ganhos funcionais quantificáveis, diminuir o tempo de internamento e garantir uma transição segura e informada para o domicílio.

Importa assinalar que, apesar da relevância destes projetos e da necessidade comprovada de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação centrados na pessoa, subsiste a obrigatoriedade de cumprimento das dotações seguras recomendadas pela OE. O Regulamento n.º 743/2019 não estabelece um rácio específico de EEER para serviços de internamento de Ortopedia, contudo, indica que, neste tipo de contexto (internamento), seria expectável a presença de pelo menos dois EEER por cada 15 pessoas internadas, assegurando 12 horas diárias de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Tal exigência não é atualmente exequível no serviço, que dispõe apenas de um EEER no turno da manhã, garantindo assim oito horas diárias de cuidados especializados no decorrer da semana.

Paralelamente, destaca-se a Via Integrada da Artroplastia da Anca e Joelho (VIAJA), que proporciona um acompanhamento estruturado e contínuo da pessoa ao longo de todo o processo, desde a preparação pré-operatória até ao seguimento pós-operatório realizado pelos enfermeiros de cuidados gerais do CRI-OT quer do serviço de internamento quer da consulta externa, promovendo a uniformidade das ações educativas, a capacitação da pessoa e da família e a continuidade dos cuidados numa lógica de transição integrada.

Por fim, importa referir o programa STOP Infecção Hospitalar 2.0, que, embora não especificamente direcionado para a ER, constitui um eixo central na promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde em parceria com a Fundação *Calouste Gulbenkian* e o *Institute for Healthcare Improvement*, o programa estabelece como meta reduzir em 50%, num período de três anos, a incidência de quatro tipos de infeções associadas aos cuidados de saúde, incluindo a infeção do local cirúrgico nas artroplastias (Direção Geral da Saúde, 2024). A implementação de feixes de intervenção e a monitorização contínua dos resultados contribuem para reforçar a cultura de segurança e a melhoria permanente nos contextos hospitalares.

No âmbito do EP foi contemplado um período curto num contexto clínico diferenciado na área do processo respiratório, numa Unidade Local de Saúde da região de Lisboa, envolvendo o serviço de internamento de Pneumologia e o Hospital de Dia de Infecçiology Respiratória. Trata-se de um contexto com reconhecida relevância assistencial e académica no panorama nacional da saúde respiratória, com uma trajetória consolidada na prestação de cuidados especializados, na formação de profissionais de saúde e na produção de conhecimento científico, promovendo uma prática clínica orientada para a diferenciação e a qualidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2024b).

A dimensão académica e formativa deste contexto evidencia-se pela articulação com atividades de ensino e formação avançada na área respiratória e pela integração em equipas multidisciplinares dedicadas às patologias do tórax, favorecendo uma abordagem integrada às doenças respiratórias complexas (Ministério da Saúde, 2024b). Acresce que este contexto clínico se insere numa instituição com forte tradição histórica no tratamento das doenças respiratórias, designadamente no combate à tuberculose, tendo evoluído progressivamente para a resposta a outras patologias respiratórias complexas, acompanhando as transformações epidemiológicas e científicas ao longo das últimas décadas (Ministério da Saúde, 2024c).

A relevância clínica deste contexto fundamenta-se na expressiva carga das doenças respiratórias em Portugal, as quais representaram 9,7% da mortalidade total em 2022, com particular impacto da pneumonia e das neoplasias malignas da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (INE, 2025a). Este cenário de elevada morbidade é corroborado pela persistência de patologias como por exemplo a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), que atinge 14,2% da população com 40 ou mais anos, contribuindo para um aumento progressivo dos anos de vida perdidos por incapacidade (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2024) (WHO Regional Office for Europe, 2025). Num país marcado por um acentuado envelhecimento demográfico, a presença de doença no geral compromete severamente a autonomia funcional, afetando 55,7% dos cidadãos com 65 ou mais anos e limitando a esperança de vida saudável nesta faixa etária a apenas 7,9 anos (INE, 2025a).

Devido a este cenário, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 identificou a redução da morte prematura e da carga de doença por patologias respiratórias (especialmente DPOC e pneumonias) como uma necessidade de saúde prioritária (Direção-Geral da Saúde, 2023), assim neste enquadramento, a ER demonstra-se fundamental com a sua intervenção estratégica com a pessoa com doença respiratória que segundo a OMS deve ser integrada na cobertura universal de saúde para reduzir as iniquidades e melhorar a sobrevivência e o bem-estar das pessoas com patologia respiratória (WHO Regional Office for Europe, 2025).

O contexto de estágio integrou valências de internamento e Hospital de Dia de Infeciologia Respiratória que se compõe em consulta externa de ER e ginásio de Reabilitação Respiratória, das quais três dias foram passados no Hospital de Dia de Infeciologia Respiratória e um dia no Internamento. Atualmente a globalidade do serviço integra uma equipa composta por 5 EEER, sendo que um deles se encontra em funções de Enfermeiro Gestor, os restantes 4 vão alternando de forma programada entre internamento, consulta e ginásio.

No serviço de internamento de Pneumologia onde decorreu o estágio integra um total de 10 camas e na data em questão observou-se uma diversidade de diagnósticos do foro respiratório, incluindo exacerbações de doenças respiratórias crónicas, infeções respiratórias, patologia intersticial, doença oncológica do aparelho respiratório e patologia pleural. A complexidade clínica destas situações traduz-se frequentemente em compromisso significativo da função respiratória, da tolerância ao esforço e da capacidade funcional, justificando a intervenção precoce e continuada do EEER. Neste contexto, a intervenção do EEER centrou-se na avaliação funcional respiratória, na implementação de planos individualizados de reabilitação e na capacitação da pessoa e, sempre que aplicável, do cuidador, com vista à prevenção de complicações, à promoção da funcionalidade e à preparação da transição segura para o domicílio, em consonância com os princípios de gestão da doença respiratória crónica.

As micobactérias não tuberculosas (MNT) constituem um grupo diversificado de mais de 190 espécies e subespécies que não pertencem aos complexos *Mycobacterium tuberculosis* ou *M. leprae* (Daley et al., 2020; Direção-Geral da Saúde, 2020). A transmissão ocorre geralmente através da inalação de aerossóis ou contacto com solo contaminado, sendo que a transmissão interpessoal é considerada rara (Faverio et al., 2021; Haworth et al., 2017). A doença pulmonar por MNT é a manifestação clínica mais comum e afeta frequentemente indivíduos com doenças pulmonares estruturais pré-existentes, como bronquiectasias, fibrose cística ou DPOC (Daley et al., 2020; Sulaiman et al., 2025). O tratamento destas infeções é habitualmente complexo e prolongado, exigindo a combinação de vários antibióticos durante pelo menos 12 meses após a conversão das culturas para negativo. (Daley et al., 2020; Direção-Geral da Saúde, 2020 ; Sulaiman et al., 2025)

As medidas não farmacológicas são componentes fundamentais na gestão da doença pulmonar por MNT, servindo como complemento a tratamentos sistémicos dirigidos que são frequentemente prolongados e de difícil tolerância (Sulaiman et al., 2025). Uma das intervenções mais eficazes engloba a reeducação funcional respiratória, com enfoque nos diagnósticos de ER “limpeza das vias aéreas” e “ventilação” (Faverio et al., 2021; Sulaiman et al., 2025). A literatura também destaca a relevância dos

programas de treino de exercício e educação para a saúde como recomendações para melhorar a tolerância ao esforço, reduzir a dispneia e aumentar a qualidade de vida (Faverio et al., 2021; Sulaiman et al., 2025). Além disso, o apoio psicológico deve ser integrado no plano de cuidados, dado que sintomas de ansiedade e depressão afetam uma percentagem significativa destas pessoas. (Faverio et al., 2021; Sulaiman et al., 2025)

Em Hospital de Dia, a pessoa com infeção por MNT é integrada num programa de reabilitação, no qual a intervenção do EEER assume um papel central ao longo de todo o percurso de cuidados, esta integra a realização de procedimentos inerentes ao processo diagnóstico e terapêutico como as colheitas de expectoração, administração de terapêutica e educação para a saúde, bem como a implementação e monitorização de programas estruturados de reeducação funcional respiratória e treino de exercício físico que são realizados na Unidade de Reabilitação Respiratória, exclusivamente por EEER. Esta vertente contempla 2 ginásios que são compostos com diversos materiais de apoio: camas articuladas, halteres, barras, pesos, bolas suíças, dispositivos de vibração e máquinas diversas para exercício físico (pedaleiras, bicicleta estática, passadeira, elíptica e remo) com capacidade para assegurar cuidados a cerca de 50/60 pessoas, funcionando entre segunda e sexta-feira das 08h as 16h com 2 EEER. A reeducação funcional respiratória (RFR), associada ao treino de exercício físico, atua sobre os fenómenos mecânicos da ventilação e contribui para a melhoria das trocas gasosas, aumento da tolerância ao esforço e condicionamento físico, sendo particularmente relevante na pessoa com patologia respiratória crónica complexa (Gomes & Ferreira , 2021). Paralelamente, são desenvolvidas intervenções de educação para a saúde dirigidas à gestão terapêutica e à adaptação à doença respiratória crónica, promovendo a autonomia e o envolvimento ativo da pessoa no processo de cuidados demonstrando a relevância da parceria de cuidados nestes contextos particulares de gestão de doença crónica.

De acordo com os princípios da individualização dos cuidados é desenvolvido um plano de reabilitação único para cada pessoa, englobando a prescrição de RFR e treino de exercício físico, segundo a metodologia FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão), adaptado continuamente ao longo do percurso da pessoa, sendo programadas as sessões semanalmente, variando de acordo com os objetivos definidos em parceria com a pessoa. O programa tem a duração total de 12-14 semanas ou 10 sessões sendo que após o seu término é realizado um *follow up* telefónico de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.

A avaliação sistemática de resultados, recorrendo a instrumentos validados, sustenta o julgamento clínico especializado do EEER e orienta a adaptação contínua dos planos de cuidados, assim os registos

de enfermagem são efetuados em sistema informático *Glintt*® e concomitantemente são aplicados diversas medidas psicométricas (como por exemplo: Questionário da Qualidade de Vida QOL-B; Teste de Marcha de 6 Minutos; Escala Modificada de Borg) garantindo a continuidade dos cuidados e a monitorização dos ganhos sensíveis à intervenção da ER.

No contexto da consulta no Hospital de Dia de Infeciologia apenas pude acompanhar a realização de uma consulta pelo que a informação passível de ser explanada no relatório é parca, contudo considerei de relevar na elaboração deste enquadramento. A consulta é realizada por EEER e centra-se na avaliação sistemática dos resultados do programa de reabilitação respiratória e do acompanhamento das pessoas com patologia respiratória do foro da infeciologia. Esta avaliação integra a apreciação do estado geral, incluindo avaliação hemodinâmica (sinais vitais, índice de massa corporal, peso corporal, Teste de Sentar e Levantar num minuto) descrição de sintomatologia, esclarecimento de dúvidas acerca da gestão do regime terapêutico, são também efetivadas medidas de educação para a saúde sendo realizados/validados ensinamentos acerca da inaloterapia ou relacionados com a utilização da oxigenoterapia de longa duração no domicílio. Os registos de enfermagem são realizados em sistema de informação informático *Glintt*® e são aplicados instrumentos de medida validados também de forma a ser possível fazer a recolha de ganhos sensíveis à intervenção de ER nesta consulta.

A integração neste contexto clínico revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências específicas do EEER, permitindo aprofundar o raciocínio clínico no processo respiratório, consolidar competências na prescrição e avaliação de programas de reabilitação respiratória e reforçar a centralidade da pessoa como parceira ativa na gestão da sua condição de saúde, em consonância com uma prática baseada na evidência e orientada para a qualidade dos cuidados especializados.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Enfermagem de Reabilitação – Enquadramento (Ético, Legal e Normativo)

A ER constitui na atualidade, um domínio avançado da prática de Enfermagem que se afirma como uma resposta essencial face à complexidade crescente das necessidades em saúde, sobretudo num contexto marcado pelo envelhecimento populacional, aumento das doenças crónicas, maior dependência funcional e necessidade de cuidados continuados por parte das populações (Regulamento n.º 392/2019, 2019; World Health Organization, 2023a). Em Portugal, a especialidade encontra-se regulamentada por um corpo robusto de legislação e normas profissionais que estruturam, de forma rigorosa, o exercício especializado, garantindo a segurança da pessoa, a qualidade dos cuidados e a responsabilidade legal do EEER. Assim, compreender o enquadramento ético, legal e normativo da ER é fundamental para sustentar a atuação do EEER e legitimar a tomada de decisão clínica em contextos de elevada complexidade como os que foram experienciados no decorrer dos estágios clínicos.

A profissão de Enfermagem é regulada pelo recente Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, (Lei n.º 8/2024) que estabelece o enquadramento jurídico e funcional da profissão bem como define o papel social, científico e ético do enfermeiro, enfatizando a responsabilidade profissional, a autonomia e a prestação de cuidados seguros e humanizados.

Articulando com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), este enquadramento estabelece princípios estruturantes do sistema de saúde em Portugal que orientam a prática, como a dignidade da pessoa humana, a equidade, o direito à proteção da saúde, a necessidade de prestação de cuidados qualificados e o respeito pela autonomia individual. Estes princípios constituem alicerces da prática especializada do EEER, cuja intervenção se centra na funcionalidade, autonomia e adaptação da pessoa às condições atuais vivenciadas em cada momento das suas vidas, reforçando o compromisso ético com a promoção da qualidade de vida e prevenção de incapacidades (Regulamento n.º 392/2019).

O exercício especializado é formalmente regulado pelos Regulamentos n.º 392/2019 e 140/2019, que delimitam as competências específicas do EEER e as competências comuns do EE respetivamente. Entre as competências específicas destacam-se: a capacidade de avaliar e monitorizar a funcionalidade da pessoa, conceber planos de intervenção individualizados, implementar programas terapêuticos em ER, prevenir complicações e promover a capacitação da pessoa e cuidadores (Regulamento n.º 392/2019). A nível transversal a todas as especialidades de Enfermagem, as competências comuns abrangem domínio científico, pensamento crítico, tomada de decisão avançada, gestão da qualidade,

supervisão clínica e responsabilidade ética (Regulamento nº140/2019). Estes regulamentos evidenciam que a prática de ER exige um nível elevado de autonomia técnica, conceptual e relacional, fundamentado num conjunto integrado de saberes teóricos, empíricos e éticos.

Do ponto de vista ético, a prática do EEER é orientada, assim como para todos os profissionais de Enfermagem, pelo Código Deontológico da OE, que estabelece princípios como a beneficência, não maleficência, justiça, vulnerabilidade e respeito pela autonomia da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Estes princípios reforçam a responsabilidade do enfermeiro na tomada de decisão informada, na defesa dos direitos da pessoa e na promoção de cuidados humanizados e centrados na pessoa. A nível internacional, e como fonte basilar para a profissão de Enfermagem o documento *Code of Ethics for Nurses* (International Council of Nurses, 2021) respalda o preconizado pelo código deontológico, realçando a necessidade de práticas seguras, éticas e baseadas na relação terapêutica, enfatizando ainda a responsabilidade social e ética dos enfermeiros globalmente.

A ética aplicada à ER assume uma relevância particular, dado que a autonomia e a tomada de decisão partilhada constituem princípios estruturantes para a minha prática enquanto estudante do MER. A atuação do EEER exige respeito pela autodeterminação da pessoa, especialmente em situações de transição, quando esta enfrenta mudanças significativas, uma vez que a perda funcional, temporária ou permanente, coloca a pessoa numa situação de fragilidade não apenas física, mas também emocional, social e existencial. Esta perspetiva implica que o EEER não se limite a abordar o défice unicamente funcional, mas reconheça as dimensões subjetivas da experiência da pessoa, incluindo sentimentos de perda, incerteza e medo do futuro. (Deodato, 2021; Nunes & Amaral, 2022)

A complexidade da prática em ER exige um processo de tomada de decisão altamente desenvolvido e sustentado em pensamento crítico. De acordo com Nibbelink e Brewer (2018), a tomada de decisão em Enfermagem envolve a recolha, avaliação, interpretação de informações, previsão de possíveis resultados e execução de intervenções adequadas, constituindo um processo cognitivo dinâmico influenciado pela experiência, pelo conhecimento profissional, pelo contexto organizacional e pela capacidade de raciocínio clínico. No decurso da experiência desenvolvida reconheço que este processo se torna particularmente desafiante, uma vez que exige a consideração simultânea de múltiplas dimensões da pessoa (física, emocional, social e contextual) fomentando, assim, uma abordagem verdadeiramente centrada na relação de parceria efetiva com a pessoa. Neste sentido, o pensamento crítico emerge como competência essencial, pois permite analisar a complexidade das situações, formular juízos ponderados e selecionar intervenções fundamentadas na melhor evidência disponível, garantindo decisões clínicas seguras, éticas e ajustadas à singularidade de cada pessoa parceira de

cuidados (Reji & Sushama, 2022). Estes dois conceitos essenciais demonstram-se como pilares correspondendo à base de sustentação para o Processo de Enfermagem, que enquanto estrutura metodológica orienta a prática profissional, ressalva-se que sua natureza sistemática (avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação) permite ao enfermeiro organizar o raciocínio, justificar prioridades e monitorizar ganhos em saúde. (Hants et al., 2023)

Os registos de enfermagem constituem uma parte essencial da documentação clínica, assumindo-se como um instrumento de comunicação entre profissionais de saúde, de suporte à continuidade de cuidados e de evidência do percurso clínico da pessoa. Para além do seu valor clínico, os registos possuem uma dimensão ética, legal e profissional, dado que documentam a tomada de decisão em enfermagem e a responsabilidade inerente à sua prática. (American Nurses Association, 2010)

A crescente transformação digital dos serviços de saúde introduz novas exigências à tomada de decisão do enfermeiro. Hants et al. (2023) demonstram que o uso de sistemas eletrónicos de registo, tecnologias de monitorização e ferramentas algorítmicas de suporte à decisão altera a forma como os enfermeiros recolhem, interpretam e utilizam dados, tornando o processo de tomada de decisão mais rápido, mas também mais complexo, exigindo formação contínua e competências tecnológicas. Os sistemas digitais de saúde têm como objetivo facilitar a comunicação eficaz entre os profissionais, reduzir erros, aumentar a capacidade de tomar decisões informadas com base na avaliação dos dados recolhidos, aumento da confiabilidade dos dados e melhoria na sistematização da informação. (Hants et al., 2023; Pestana, 2021b)

Os sistemas de informação em Enfermagem são uma parte integrante dos sistemas de informação em saúde que são construídos por forma a sustentar a documentação do processo de enfermagem, promover a visibilidade da intervenção de enfermagem, promover a monitorização de ganhos em saúde da população, entre outros. (Pestana, 2021b)

A uniformização dos registos de enfermagem através da utilização de terminologia padronizada como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é, assim, fundamental para garantir a qualidade, a segurança e a continuidade dos cuidados, assegurando simultaneamente a uniformização da linguagem e a redução da variabilidade na prática documental. Este processo contribui para a visibilidade do trabalho de enfermagem, para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e para a investigação em saúde (Ribeiro et al., 2021). Destarte considero relevante definir também os conceitos de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, designam os desfechos observáveis na pessoa parceira de cuidados e que resultam diretamente das intervenções de

enfermagem, mas também o conceito de indicadores que correspondem aos dados recolhidos e analisados para evidenciar esses resultados sensíveis, permitindo definir critérios e necessidades de mudança e, assim, melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde. (Fonseca et al., 2018)

O Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação constitui um instrumento normativo de suporte ao exercício profissional do EEER, permitindo uniformizar a produção, gestão e comunicação da informação clínica, este padrão traduz os diagnósticos e as intervenções específicas da especialidade de ER, promovendo a objetivação do contributo dos cuidados prestados pelo EEER nos ganhos em saúde, bem como a monitorização dos cuidados prestados através da sua adequada documentação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Neste contexto prática especializada encontra orientação nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e no Core de Indicadores de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015c), os quais constituem uma referência essencial para avaliar a qualidade dos cuidados, orientar as práticas de auditoria e fomentar melhorias contínuas na área da ER.

A prática da ER é também influenciada por políticas de saúde a nível nacional e internacional. A OMS (2023a), através da iniciativa *Rehabilitation 2030*, reforça que a reabilitação deve ser considerada um direito humano e uma componente essencial da cobertura universal de saúde, salientando a sua importância para a participação social, inclusão e qualidade de vida. Em Portugal e em alinhamento com estas diretrizes internacionais, o Plano Nacional de Saúde 2020–2030 reconhece a reabilitação como uma componente indispensável para a promoção da saúde e do bem-estar ao longo de todas as fases da vida. O documento sublinha a importância de disponibilizar cuidados de saúde integrais — preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos orientados por princípios de qualidade, equidade, sustentabilidade e inclusão, garantindo o acesso de todos os cidadãos (Conselho Nacional de Saúde, 2019). O EEER assume, neste contexto, um papel decisivo na implementação destas políticas, contribuindo para a sustentabilidade e melhoria dos sistemas de saúde.

Em síntese, o enquadramento ético, legal e normativo da Enfermagem de Reabilitação constitui um eixo estruturante da prática especializada, conferindo legitimidade, autonomia e responsabilidade ao exercício do EEER. Perante os desafios contemporâneos dos sistemas de saúde, o EEER assume a centralidade na construção de respostas inovadoras, éticas e baseadas na evidência, contribuindo de forma decisiva para um modelo de cuidados mais eficiente, integrado e centrado na pessoa.

2.2. Modelos e Teorias de Enfermagem

As teorias de enfermagem constituem um eixo central do conhecimento da disciplina, uma vez que sustentam o modo como os enfermeiros pensam, atuam e se posicionam profissionalmente (Smith & Parker, 2015). Os modelos teóricos, ao fornecerem estruturas conceituais claras, orientam o raciocínio clínico, organizam o processo de tomada de decisão e conferem consistência científica às intervenções. Deste modo, possibilitam uma prática reflexiva, individualizada e eficaz, alinhada com as necessidades específicas da pessoa em contexto de cuidados (Smith & Parker, 2015).

A Enfermagem, enquanto disciplina científica e profissão autônoma, sustenta a sua prática num corpo de conhecimento próprio que integra componentes teóricas, empíricas, éticas e relacionais. Neste contexto, os modelos conceituais e as teorias de Enfermagem constituem estruturas essenciais para organizar, interpretar e aprofundar o conhecimento disciplinar, permitindo compreender fenómenos complexos do cuidar e orientar a tomada de decisão clínica e assim pode ser entendida como uma construção abstrata que sistematiza relações entre conceitos, possibilitando explicar, prever e fundamentar a prática profissional (Hansen & Dysvik, 2022). Estes referenciais teóricos oferecem linhas orientadoras para a reflexão, investigação e intervenção, funcionando como instrumentos estruturantes para a formação e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, contudo é destacado pelos autores Hansen e Dysvik (2022) que a ausência ou fragilidade de fundamentação teórica torna a Enfermagem menos visível, mais vulnerável e com maior risco de perda de identidade disciplinar, sobretudo em contextos complexos de cuidados. Assim, a utilização de teorias e modelos não deve ser considerada apenas um exercício académico, mas sim uma exigência para assegurar qualidade, rigor e coerência na prática clínica.

Neste sentido, a integração dos modelos conceituais e das teorias de Enfermagem no presente relatório justifica-se pela necessidade de enquadrar cientificamente a intervenção do EEER assegurando que o cuidado prestado se baseia em fundamentos sólidos, consistentes e alinhados com as exigências da prática contemporânea. Estes referenciais possibilitam compreender a pessoa na sua globalidade, estruturar processos de capacitação, orientar o acompanhamento nas transições vivenciadas e promover intervenções terapêuticas estruturadas.

A fundamentação teórica é essencial na prática especializada de ER, orientando a avaliação, o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a implementação de intervenções centradas na pessoa. Neste quadro, a seleção de modelos e teorias de enfermagem que permitam compreender, explicar e sustentar as respostas humanas comprometidas pela condição de saúde é essencial para garantir

cuidados qualificados, individualizados e cientificamente suportados. Assim, o presente relatório adota três referenciais complementares: o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack e McCance, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis considerados adequados à especificidade das intervenções especializadas do EEER desenvolvidas ao longo do percurso de estágio.

A Teoria do Défice de Autocuidado, formulada por Dorothea Orem ao longo de várias décadas, inscreve-se no conjunto das teorias gerais de enfermagem, esta advém da ideia fundamental de que as pessoas possuem uma tendência natural e uma capacidade apreendida para regular o seu próprio funcionamento através do autocuidado, entendendo-se este como um conjunto de ações ponderadas e orientadas para preservar a vida, promover o bem-estar e sustentar o desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. (Hartweg, 2015; Queirós et al., 2014)

De acordo com Orem, o autocuidado não se restringe a atividades instrumentais ou de vida diárias representa, antes, um mecanismo regulador que exige consciência, intenção e capacidade de decisão destacando-se o carácter universal do autocuidado, ao englobar dimensões físicas, emocionais, sociais e relacionais (Queirós et al., 2014). Assim, o autocuidado é compreendido como um processo dinâmico, dependente de fatores pessoais, ambientais e evolutivos.

O núcleo da teoria reside na conceptualização do défice de autocuidado, entendido como a discrepância entre as exigências terapêuticas de autocuidado e a capacidade da pessoa para lhes responder (Queirós et al., 2014). Sempre que esta capacidade se revela insuficiente, emerge a necessidade de cuidados de enfermagem (Moura et al., 2021). O défice não representa apenas uma limitação funcional, mas sim uma insuficiência global, que pode estar associada a alterações de saúde, falta de conhecimento, condições ambientais adversas ou a períodos de transição que dificultam a adaptação da pessoa, assim, a enfermagem intervém quando o indivíduo, parcial ou totalmente, não consegue desempenhar ações essenciais para manter ou recuperar o equilíbrio e o bem-estar.

Para clarificar o âmbito do autocuidado, Orem define três categorias de requisitos que correspondem aos objetivos que devem ser alcançados através de ações de autocuidado: Requisitos universais, que incluem necessidades básicas comuns a todas as pessoas; Requisitos de desenvolvimento, associados às mudanças inerentes ao crescimento, maturação e acontecimentos significativos da vida; Requisitos de desvio de saúde, resultantes de doença, trauma, incapacidade ou de processos relacionados com diagnóstico e tratamento. (Queirós et al., 2014)

A terceira componente da teoria é a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que sintetiza como o enfermeiro organiza a intervenção para responder ao déficit identificado. Orem distingue três sistemas de ação: o sistema totalmente compensatório, em que o profissional substitui a pessoa nas atividades; o sistema parcialmente compensatório, caracterizado pela partilha de responsabilidades; e o sistema apoio-educativo, centrado na capacitação da pessoa ou dos seus cuidadores para desempenharem o autocuidado de forma autónoma. Esta última modalidade assume particular importância na enfermagem contemporânea, sobretudo na enfermagem de reabilitação, por privilegiar o ensino, o treino, a supervisão e o reforço das capacidades individuais. (Hartweg, 2015)

Deste modo, a Teoria do Déficit de Autocuidado apresenta um quadro conceptual robusto que descreve a relação entre respostas humanas comprometidas, capacidade individual e intervenção profissional. Ao centrar-se na promoção do autocuidado e na prevenção das limitações funcionais, a teoria oferece um referencial particularmente adequado para contextos em que a reabilitação, o reforço das competências de saúde e a educação terapêutica assumem relevância central. Para a disciplina, representa não apenas um modelo operativo de intervenção, mas também um contributo significativo para o desenvolvimento do raciocínio clínico, da planificação individualizada e da prática centrada na pessoa.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui um referencial de médio alcance que explora os processos de mudança experienciados pelas pessoas ao longo do ciclo de vida, exigem novas competências, sentimentos, comportamentos ou funções. (Meleis, 2015)

A transição é conceptualizada como uma passagem de uma fase, condição ou estatuto de vida para outro, constituindo um processo dinâmico e que se estende no tempo, para além do evento que a desencadeia (Meleis, 2015). No âmbito da lesão osteoarticular e da ATJ, a pessoa experiencia uma transição saúde/doença caracterizada por acentuada instabilidade, pela redefinição dos papéis assumidos, pela necessidade de reestruturar o autocuidado e por um exigente processo de recuperação funcional.

Meleis (2015) descreve quatro grandes tipos de transições: as associadas à saúde e doença; as decorrentes do desenvolvimento ao longo do ciclo vital; as transições situacionais, que resultam de mudanças inesperadas ou de papéis; e as transições organizacionais, que refletem transformações nos sistemas de cuidado. Estas categorias podem sobrepor-se, intensificando a complexidade da experiência e as exigências impostas à pessoa.

A teoria destaca um conjunto de propriedades que caracterizam a qualidade e intensidade da transição, nomeadamente o grau de consciencialização da mudança, o nível de envolvimento da pessoa, a trajetória temporal e a presença de eventos críticos. A forma como estas propriedades se articulam determina a vulnerabilidade da pessoa e orienta a intervenção de enfermagem.

A responsabilidade da enfermagem é então facilitar transições saudáveis, promovendo compreensão, autonomia e readaptação. Para tal, a autora propõe intervenções focadas na clarificação de expectativas, no ensino de novas competências, na identificação de marcos críticos e na criação de oportunidades para diálogo e reflexão. A avaliação do sucesso da transição inclui indicadores de processo (como o sentimento de pertença e confiança) e indicadores de resultado (como a mestria e a reformulação da identidade).

Em síntese, a Teoria das Transições oferece um referencial conceptual que permite compreender a complexidade das mudanças vivenciadas pelas pessoas e orientar intervenções de enfermagem que promovam adaptação, segurança e continuidade do bem-estar. A sua relevância estende-se a múltiplos contextos clínicos, sendo que no âmbito da ER, a pertinência desta teoria torna-se evidente ao enquadrar o percurso, por exemplo, pré e pós-operatório da pessoa com submetida a ATJ, como um processo dinâmico que requer acompanhamento contínuo, capacitação e suporte.

O Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack e McCance (2010) constitui um referencial conceptual que procura compreender e orientar a prática de enfermagem a partir da valorização da pessoa na sua singularidade, das interações terapêuticas que se estabelecem e das condições organizacionais que as sustentam. Este modelo assenta na premissa de que o cuidado apenas atinge a sua expressão plena quando se articula numa relação genuína entre enfermeiro e pessoa, e quando os contextos institucionais são estruturados de modo a favorecer práticas humanizadas, colaborativas e eticamente sustentadas.

A proposta teórica dos autores desenvolve-se em torno de quatro dimensões nucleares que se influenciam mutuamente. A primeira dimensão, designada pré-requisitos, corresponde ao conjunto de atributos que o enfermeiro deve deter para exercer um cuidado centrado na pessoa. Entre estes atributos incluem-se a competência técnica e científica, a capacidade de comunicação e de construção de relações terapêuticas, o compromisso com a ética do cuidado e a reflexão crítica sobre a própria identidade profissional. Esta dimensão reconhece que o cuidado centrado na pessoa depende, antes de mais, de um profissional capaz de se implicar de forma consciente, informada e sensível (McCormack & McCance, 2010)

A segunda dimensão refere-se ao ambiente de cuidado, entendido como o espaço físico, organizacional, relacional e cultural onde a prática se desenrola, este integra fatores como a liderança, a clareza das responsabilidades, o apoio institucional, a disponibilidade de recursos, o equilíbrio entre as competências da equipa e os mecanismos de tomada de decisão partilhada (McCormack & McCance, 2010). A teoria pressupõe que um contexto que promova cooperação, respeito e abertura à participação da pessoa facilita uma prática mais autêntica e personalizada, ao passo que ambientes adversos tendem a limitar as possibilidades de um cuidado verdadeiramente centrado. (McCormack & McCance, 2025)

A terceira dimensão corresponde aos processos de cuidado centrados na pessoa, que refletem a forma como o enfermeiro estabelece a relação e conduz a intervenção, estes processos incluem o reconhecimento dos valores, prioridades e expectativas da pessoa; o envolvimento ativo em decisões relacionadas com o seu estado de saúde; a presença terapêutica como forma de apoio emocional; e a prestação de cuidados abrangentes que considerem as múltiplas dimensões da experiência humana (McCormack & McCance, 2025). Esta dimensão representa o núcleo operativo do modelo, onde se concretiza a interação que confere significado ao cuidado.

A quarta dimensão refere-se aos resultados esperados, sintetizados no conceito de experiência favorável de cuidado, tal experiência traduz-se numa perceção positiva da pessoa relativamente ao modo como foi cuidada, envolvida e respeitada, refletindo-se em sentimentos de segurança, confiança e bem-estar, mas também estes resultados positivos repercutem-se nos profissionais, gerando maior satisfação, sentido de propósito e coesão das equipas. (McCormack & McCance, 2010)

O contributo do modelo reside, portanto, na compreensão do cuidado como um fenómeno relacional e contextual, que ultrapassa uma visão estritamente técnica ou procedimental da Enfermagem. Ao integrar características do profissional, condições, organizacionais e processos intersubjetivos, McCormack e McCance oferecem um quadro conceptual que orienta práticas mais éticas, participativas e significativas, especialmente relevantes em cenários onde as pessoas enfrentam vulnerabilidade, como acontece no âmbito da intervenção de ER com a pessoa submetida a artroplastia do joelho.

Assim, este modelo constitui não apenas uma orientação teórica, mas também uma ferramenta analítica para avaliar e melhorar a qualidade das interações clínicas, reforçando a posição da enfermagem enquanto disciplina comprometida com a dignidade, autonomia e experiência subjetiva da pessoa. A centralidade da parceria enfermeiro–pessoa é amplamente reforçada pelas *Best Practice*

Guidelines (BPG) da Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO] (2025), que definem o cuidado centrado na pessoa como um processo relacional que integra comunicação empática, escuta ativa, validação das experiências individuais e tomada de decisão partilhada. Este modelo revela-se particularmente adequado à Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a reabilitação exige envolvimento ativo da pessoa, negociação de objetivos e participação consciente nas estratégias de recuperação funcional.

A escolha conjunta do Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, da Teoria do Déficit de Autocuidado e da Teoria das Transições justifica-se pela complementaridade conceptual que oferecem à prática de ER. Enquanto o modelo de McCormack e McCance orienta a relação terapêutica, a personalização do cuidado e a tomada de decisão partilhada, a teoria de Orem fornece a estrutura necessária para compreender e intervir sobre as respostas humanas comprometidas, demonstradas pela relevância dos conceitos autocuidado e a sua relação com níveis de dependência. Por sua vez, a teoria de Meleis amplia a compreensão do percurso de saúde-doença, enquadrando a artroplastia e o processo de reabilitação como uma transição complexa que exige capacitação, acompanhamento e suporte contínuo. Em conjunto, estes referenciais permitem sustentar uma prática ética, individualizada e orientada para a pessoa assegurando cuidados de elevada qualidade e alinhados com os princípios da ER.

2.3. Conceitos Estruturantes

2.3.1 - Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico constitui um dos fenómenos sociais e de saúde pública mais marcantes do século XXI (World Health Organization, 2015), assumindo uma relevância particular globalmente e, de forma ainda mais expressiva, em Portugal. A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2050, existirão cerca de 2.1 bilhões de pessoas com 60 ou mais anos, representando aumento crescente na globalidade da população mundial, uma proporção que continuará a aumentar de forma sustentada nas décadas seguintes (United Nations, 2024; World Health Organization, 2021). Este crescimento é sistematizado através das alterações profundas na dinâmica demográfica, influenciadas pela redução da natalidade, aumento da esperança média de vida e melhoria global das condições socioeconómicas e de saúde pública, transformando de forma significativa a estrutura etária das populações (United Nations, 2024). Acresce ressaltar que este crescimento, além do impacto quantitativo na população global, traduz-se em mudanças qualitativas, nomeadamente o aumento de situações de multimorbilidade, dependência funcional e incapacidade, que exigem respostas específicas e altamente diferenciadas por parte das entidades competentes. A OMS reconhece que a maioria das

peças idosas vive com múltiplas condições crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, respiratórias, osteoarticulares, endócrinas, alterações sensoriais, as quais comprometem a autonomia e a capacidade funcional (World Health Organization, 2015). O declínio da capacidade intrínseca que integra dimensões físicas, cognitivas, psicológicas e sensoriais aumenta o risco de dependência e torna necessária a intervenção de reabilitação orientada para a manutenção do desempenho nas AVD, prevenção do declínio funcional e promoção de um envelhecimento saudável (World Health Organization, 2021).

Em Portugal, o envelhecimento demográfico apresenta contornos particularmente acentuados, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento (número de pessoas idosas- com mais de 65 anos por cada 100 jovens) atingiu os 188,1 em 2023, tornando Portugal um dos países mais envelhecidos da União Europeia estas fontes indicam que cerca de 24% da população portuguesa tem 65 ou mais anos, valor muito acima da média europeia e que evidencia a magnitude das alterações demográficas em curso (Instituto Nacional de Estatística, 2024; 2025b). Esta tendência resulta igualmente da redução da natalidade e do aumento significativo da esperança média de vida, que se situava nos 81 anos em 2023. (Instituto Nacional de Estatística, 2024)

A análise realizada por Lopes et al., (2023) demonstra que o percurso do envelhecimento em Portugal se caracteriza por trajetórias de saúde marcadas pela acumulação de doenças crónicas e por uma crescente fragilidade, com impacto significativo na autonomia e no bem-estar das pessoas mais velhas. Este cenário reforça a importância estratégica da Enfermagem de Reabilitação, cuja intervenção especializada é determinante para mitigar os efeitos do declínio funcional, promover a autogestão da condição crónica, prevenir complicações e maximizar o potencial de autonomia da pessoa idosa.

O relatório *Envelhecimento e Saúde*, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, evidencia que as limitações funcionais aumentam de forma marcada com a idade. Entre as pessoas com 65 ou mais anos, a dificuldade em caminhar 500 metros afeta 22% dos indivíduos entre os 65–74 anos, 38% entre os 75–84 anos e mais de metade (56%) das pessoas com 85 ou mais anos, para além da mobilidade, verificam-se dificuldades relevantes nas AVD, destacando-se prevalências de dificuldade grave em tarefas como tomar banho (8,8%), vestir-se (6%) ou sair da cama/cadeira (5,2%) (Santos et al., 2022). O relatório documenta ainda limitações visuais e auditivas frequentes, que afetam de forma significativa a autonomia e a participação social das pessoas idosas (Santos et al., 2022). Em conjunto, estes indicadores evidenciam o impacto do envelhecimento na funcionalidade e reforçam a necessidade de cuidados continuados e de intervenções de reabilitação orientadas para a promoção da independência e manutenção de capacidades remanescentes.

O Plano Nacional de Saúde 2020–2030 reconhece estes desafios estruturais e integra explicitamente o envelhecimento saudável como uma prioridade nacional, salientando a necessidade de fortalecer respostas orientadas para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da vida independente ao longo do curso de vida (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Neste enquadramento, a intervenção do EEER revela-se crucial para apoiar as pessoas idosas na preservação da capacidade funcional, contribuindo para trajetórias de envelhecimento mais ativas, seguras e participativas.

O envelhecimento é um fenómeno heterogéneo e multidimensional, influenciado por determinantes socioeconómicos, culturais, ambientais e biológicos. No âmbito da iniciativa *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*, a OMS sublinha que a idade cronológica não é, por si só, um indicador suficiente para caracterizar o processo de envelhecimento, no sentido em que envelhecer implica transformações complexas que abrangem dimensões físicas, cognitivas, sociais e emocionais, sendo profundamente moldado pelas condições de vida, pelas oportunidades de participação ao longo do ciclo vital e pelas desigualdades acumuladas (World Health Organization, 2021). O envelhecimento é, portanto, um processo natural, inevitável e profundamente desigual, influenciado por determinantes biológicos, sociais e ambientais que moldam, ao longo da vida, as oportunidades de saúde, participação e bem-estar. Contudo, este conceito contrasta com o de envelhecimento saudável, tal como definido pela OMS, que o entende não como a ausência de doença, mas como a capacidade de manter a funcionalidade necessária para viver uma vida com significado e bem-estar. O envelhecimento saudável assenta na preservação da capacidade intrínseca e funcional, promovida pela interação entre as características individuais e ambientes facilitadores, e pressupõe a criação de condições que permitam às pessoas mais velhas participar ativamente na sociedade, manter autonomia e adaptar-se às mudanças associadas à idade. (World Health Organization, 2021)

Deste modo, enquanto o envelhecimento descreve um processo biológico e social marcado por declínios variáveis e potencial vulnerabilidade, o envelhecimento saudável representa um objetivo e uma possibilidade, sustentado por intervenções de saúde, políticas sociais e contextos de vida que favoreçam a funcionalidade e a participação. Esta distinção é especialmente relevante da perspetiva da ER, cuja prática se centra precisamente na promoção da capacidade funcional, na prevenção do declínio e na capacitação da pessoa ao longo do seu ciclo vital. Em Portugal a implementação do Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, constitui um marco fundamental neste sentido, ao estabelecer pilares estratégicos que privilegiam a saúde e o bem-estar, a autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e a participação social. Este plano operacionaliza uma visão integrada do envelhecimento, reforçando políticas e intervenções que potenciam a capacidade intrínseca e funcional, promovem ambientes

favoráveis e apoiam trajetórias de vida independentes. Para a prática da ER, representa um enquadramento estruturante que legitima intervenções orientadas para a promoção do envelhecimento saudável e coloca a funcionalidade no centro das respostas em saúde dirigidas à população idosa.

Com o avançar da idade, torna-se comum a redução progressiva da independência na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD), consequência de múltiplas limitações de natureza músculo-esquelética, neurológica, cognitiva e sensorial (Edemekong et al., 2025). Estas alterações contribuem para o aumento dos níveis de dependência da pessoa idosa e tornam indispensável a presença de apoio contínuo, frequentemente assegurado por cuidadores informais, que assumem um papel central na gestão do quotidiano e das necessidades da pessoa (Ferreira et al., 2012). No contexto europeu, estima-se que aproximadamente 80% dos cuidados de longa duração sejam prestados por não profissionais, o que acarreta uma sobrecarga significativa para os cuidadores, mas também acrescem desafios adicionais aos sistemas de saúde, que necessitam de se reorganizar para responder eficazmente às exigências crescentes de uma população envelhecida. (World Health Organization, 2022)

Impera também no contexto do envelhecimento crescente destacar a relevância do conceito de fragilidade da pessoa idosa, uma síndrome geriátrica cuja definição ainda não encontra consenso na evidência consultada. Faria et al. (2021) destacam que diferentes modelos a descrevem como um fenótipo físico marcado por fraqueza, lentificação, perda ponderal de peso e exaustão ou como o resultado cumulativo de défices físicos, cognitivos, psicológicos e sociais, que aumentam a vulnerabilidade a eventos adversos e comprometem a qualidade de vida da pessoa idosa. Neste mesmo estudo é destacado que 60,7% dos idosos avaliados apresentavam fragilidade, associada a multimorbilidade, polimedicação, pior perceção de saúde, dificuldades de marcha e alterações sensoriais, reforçando a relevância da avaliação sistemática e da intervenção de ER. De forma convergente, Pereira de Llano et al. (2021), descrevem a fragilidade como uma condição de diminuição das reservas fisiológicas que predispõe a quedas, incapacidade e hospitalização, sendo influenciada por idade avançada, baixa escolaridade, doenças crónicas e declínio funcional. Assim, a fragilidade emerge como um elemento central no envelhecimento, reforçando a necessidade de intervenções especializadas de ER orientadas para a preservação da capacidade funcional, mitigação de riscos e capacitação da pessoa idosa e dos cuidadores.

Em síntese, o envelhecimento demográfico, a acumulação de multimorbilidade, a crescente prevalência de fragilidade e o aumento da dependência da população idosa configuram um cenário

complexo que exige respostas integradas e altamente diferenciadas dos sistemas de saúde. A progressiva perda de capacidade intrínseca e funcional não só compromete a autonomia da pessoa idosa, como intensifica a necessidade de apoio continuado e de intervenções orientadas para a prevenção de declínio e para a promoção da participação social. A ação especializada do EEER contribui, assim, para otimizar a autonomia, reduzir complicações e promover trajetórias de envelhecimento mais seguras, independentes e alinhadas com os princípios preconizados pelas políticas nacionais e internacionais de envelhecimento saudável.

2.3.2 - Capacitação, empoderamento e literacia em saúde

A capacitação, o empoderamento e a literacia em saúde constituem conceitos estruturantes e interdependentes para a ER, funcionando como pilares epistemológicos e práticos que sustentam a intervenção do EEER. Estes conceitos interligam-se entre si, organizando-se numa lógica que parte do conhecimento (literacia em saúde), evolui para a participação ativa e tomada de decisão (empoderamento) e culmina na capacidade efetiva de executar autocuidados, gerir a condição de saúde e adaptar-se a diferentes fases do processo de transição saúde-doença (capacitação). A compreensão profunda destes elementos é essencial para sustentar uma prática diferenciada, autónoma e fundamentada nos princípios da autonomia, funcionalidade e autodeterminação da pessoa, valorizando o cuidado centrado na pessoa.

A literacia em Saúde (LS) constitui um dos pilares estruturantes para a promoção da autonomia e da gestão eficaz da saúde ao longo do ciclo vital (World Health Organization, 2013). Mais do que a capacidade de ler e interpretar informação, a LS integra um conjunto articulado de competências cognitivas e sociais que permitem à pessoa aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde de forma crítica e informada (Belim, 2023; Smith, 2021). A definição proposta pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde enfatiza precisamente esta multidimensionalidade, sublinhando que a LS envolve conhecimento, motivação e competências necessárias para tomar decisões fundamentadas relativamente aos cuidados, à prevenção da doença e à promoção da saúde (Smith, 2021). Neste sentido, a LS funciona como um recurso essencial que capacita a pessoa a analisar riscos, formular julgamentos e gerir o seu projeto de saúde, influenciando diretamente a sua qualidade de vida (Nunes, 2023).

A LS pode ser categorizada em nível de organização em três níveis complementares funcional, interativo e crítico que refletem diferentes graus de complexidade no processamento e utilização da informação, assim o nível funcional diz respeito às competências básicas necessárias para compreender instruções simples; o nível interativo inclui capacidades cognitivas e comunicacionais

que permitem extrair e aplicar informação nova; e o nível crítico integra aptidões avançadas para analisar, questionar e utilizar informação de modo autónomo e responsável (Santos & Oliveira , 2021). A evidência europeia demonstra que níveis reduzidos de LS estão associados a piores resultados de saúde, menor autogestão da doença, maior risco de comportamentos prejudiciais e utilização acrescida e inadequada dos serviços de saúde (Sørensen et al., 2015). Acresce que o défice de LS acompanha um gradiente social, afetando de forma particular pessoas idosas, com doença crónica, baixa escolaridade ou dificuldades socioeconómicas, o que reforça a necessidade de integrar estratégias de promoção da LS nos cuidados de enfermagem (Sørensen et al., 2015).

A partir da LS emerge o conceito de empoderamento, entendido simultaneamente como processo e como resultado, este como processo corresponde à capacidade progressiva da pessoa de adquirir maior controlo sobre a sua saúde, sobre os seus determinantes e sobre as decisões relacionadas com o seu bem-estar (World Health Organization, 2013). Como resultado, traduz a conquista efetiva de influência e participação ativa na gestão da sua condição. Stepanian et al., (2023) descrevem quatro componentes essenciais deste processo: a participação informada da pessoa, a aquisição de conhecimento suficiente para interagir com segurança com os profissionais de saúde, o desenvolvimento de competências necessárias para gerir a sua condição e a existência de ambientes facilitadores que promovam a comunicação, a escuta ativa e a tomada de decisão partilhada. Assim, o empoderamento articula-se de forma direta com a LS, uma vez que só através da capacidade de compreender e avaliar informação é possível participar autonomamente nas escolhas sobre saúde.

Do ponto de vista clínico, o empoderamento assume relevância particular na gestão de condições crónicas e nos processos de transição saúde-doença, na medida em que permite à pessoa recuperar o sentido de controlo, reduzir sentimentos de vulnerabilidade e envolver-se ativamente no seu autocuidado. Nesta perspetiva, os enfermeiros — e de modo particular o EEER — desempenham um papel determinante enquanto facilitadores do empoderamento, criando condições para a tomada de decisão informada, promovendo ambientes de parceria e apoiando o desenvolvimento progressivo de competências que sustentam a autogestão da saúde.

A capacitação emerge como o ponto culminante deste percurso, concretizando a passagem do conhecimento e do processo de tomada de decisão para a ação (Sousa et al., 2020). Trata-se de um processo ativo, intencional e multidimensional que envolve domínios cognitivos, físicos e materiais, e que visa desenvolver a capacidade da pessoa para mobilizar conhecimentos, recursos e habilidades de modo eficaz face às suas necessidades, desta forma a capacitação pressupõe a construção de conhecimento significativo, enraizado nos valores, experiências e contexto sociocultural da pessoa, e

traduz-se na capacidade de realizar AVD, gerir o autocuidado, adaptar-se a novas condições e participar plenamente na sociedade (Reis & Bule, 2021; Sousa et al., 2020).

No âmbito da ER, a capacitação assume centralidade, uma vez que as intervenções especializadas do EEER visam precisamente promover a aprendizagem de capacidades, o treino funcional, a adaptação às limitações e a conquista de independência. Intervenções como ensinar, instruir ou treinar técnicas constituem instrumentos fundamentais para favorecer a mestria e facilitar transições saudáveis, assegurando que a pessoa dispõe dos conhecimentos e competências necessárias para a atuação (Sousa et al., 2020). Este processo, quando bem-sucedido, culmina não apenas na independência funcional, mas também na reconstrução da identidade e na integração da pessoa nas rotinas de vida com segurança, confiança e autodeterminação.

Assim, a LS, o empoderamento e a capacitação não constituem conceitos isolados, mas etapas interdependentes de um *continuum* que sustenta a prática da Enfermagem de Reabilitação. A LS fornece a base cognitiva, o empoderamento desenvolve a autonomia decisional e a capacitação materializa a ação competente, permitindo à pessoa gerir a sua saúde de forma ativa e consciente. Esta articulação reforça o papel central do EEER enquanto promotor de autonomia, facilitador de aprendizagens, agente de mudança nas trajetórias de saúde das pessoas e promotor de capacitação, esta enquanto etapa final materializa-se na aprendizagem de capacidades, na otimização dos processos de decisão e na integração plena da pessoa nos seus contextos de vida, constituindo o ponto culminante de um percurso que articula literacia, autonomia e empoderamento sob a intencionalidade clínica do enfermeiro (Melo, 2024). Assim, a capacitação representa não apenas um resultado funcional, mas a expressão máxima da autodeterminação e da dignidade humana no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Para além do impacto direto junto das pessoas parceiras de cuidados, a literacia em saúde, o empoderamento e a capacitação assumem também uma relevância basilar no desenvolvimento profissional das equipas de saúde. A evidência mostra que os enfermeiros, enquanto grupo profissional mais numeroso e constantemente envolvido em processos educativos, ocupam uma posição estratégica na promoção da literacia em saúde (Augusto et al., 2023; Smith, 2021). Contudo, diversos estudos revelam que a formação formal em LS continua insuficientemente integrada nos currículos de enfermagem, o que limita a sua capacidade para comunicar de forma clara, reduzir barreiras informacionais e adaptar conteúdos às necessidades dos diferentes grupos populacionais (Smith, 2021). Neste sentido, a qualificação dos profissionais em competências comunicacionais — como assertividade, clareza, feedback informativo e técnicas como o método *teach-back* constitui não

apenas uma boa prática, mas um imperativo ético e organizacional para garantir cuidados centrados na pessoa e promover decisões mais informadas- (Smith, 2021; World Health Organization, 2013)

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, esta exigência torna-se ainda mais evidente. O EEER assume um papel singular na facilitação de processos de empoderamento e capacitação, desenvolvendo intervenções autônomas orientadas para o ensino, instrução e treino de competências, essenciais para uma gestão eficaz das transições saúde-doença (Sousa et al., 2020). Assim, a capacitação profissional do EEER implica o domínio de metodologias educativas, de estratégias de comunicação adaptadas e da capacidade de projetar programas ajustados às necessidades específicas das pessoas, cuidadores e comunidades. Por outro lado, a literatura salienta que organizações de saúde que investem na literacia dos seus profissionais através de formação contínua, desenvolvimento de competências comunicacionais e criação de “organizações literadas” — tornam-se simultaneamente mais eficazes na capacitação das pessoas, evidenciando que a capacitação profissional e a capacitação da pessoa são processos interdependentes. (Amaral, 2021 ;Sørensen et al., 2015; World Health Organization, 2013)

Neste contexto, fortalecer a literacia em saúde dos profissionais, promover o empoderamento clínico e desenvolver competências de capacitação constituem eixos fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados, para o reforço da autonomia das pessoas e para a construção de sistemas de saúde mais inclusivos, eficientes e orientados para a funcionalidade. Assim, a literacia, o empoderamento e a capacitação não são apenas conceitos aplicados às pessoas parceiras de cuidados são também pilares essenciais do desenvolvimento profissional em Enfermagem, particularmente da prática especializada em reabilitação, onde a comunicação, o ensino e a capacitação constituem instrumentos terapêuticos centrais.

2.3.3 - Cuidado centrado na pessoa

O cuidado centrado na pessoa tornou-se, nas últimas décadas, um dos pilares estruturantes da qualidade inestimável das práticas em saúde, esta abordagem reconhece a pessoa como agente ativo e participante no processo terapêutico, valorizando os seus valores, preferências, experiências, metas de vida e contextos socioculturais (McCormack & McCance, 2025). A transição de um modelo biomédico centrado na doença para um paradigma que privilegia a singularidade, a participação e a autonomia representa uma mudança profunda na conceção do cuidado, onde a prática centrada na pessoa reconhece a pessoa como um agente ativo, e é respeitosa e responsiva às experiências pessoais, preferências, necessidades, objetivos e valores, isto engloba especificamente uma abordagem onde a tomada de decisão e o cuidar são explicitamente empreendidos *com*, e não *para*,

a pessoa, reforçando a dimensão ética, relacional e humanista que deve caracterizar a Enfermagem (McCormack & McCance, 2025; RNAO, 2025; Rutherford et al., 2025).

A OMS consolidou esta visão através do *Framework on Integrated, People-Centred Health Services* aprovado em 2016. Este modelo propõe uma reorientação dos sistemas de saúde para serviços mais próximos, integrados e significativos para as pessoas e comunidades, assentando em cinco estratégias essenciais: empoderamento e envolvimento ativo das pessoas e comunidades, governação centrada nas pessoas, reorientação dos modelos de prestação de cuidados, coordenação de serviços ao longo do continuum assistencial e criação de ambientes que sustentem práticas humanizadas e colaborativas (World Health Organization, 2016). Morris et al.(2022) reiteram que no âmbito da reabilitação, a centralidade na pessoa é frequentemente recomendada como abordagem filosófica, contudo, a investigação relativa à sua conceptualização e implementação na prática permanece relativamente pouco desenvolvida quando comparada com outros domínios.

Diferentes referenciais teóricos de Enfermagem contribuíram para a conceptualização e operacionalização deste modelo de cuidados , destes impera destacar O *Person-centred Nursing Framework*, desenvolvido por McCormack e McCance, é um dos modelos mais influentes, ao descrever o cuidado centrado na pessoa como resultado da interação entre valores profissionais, competências relacionais, contexto de prática, cultura organizacional e processos colaborativos porém o seu contributo não se limita ao modelo conceptual pois concomitantemente ele clarifica que o cuidado centrado na pessoa depende de condições institucionais favoráveis, liderança clínica eficaz, comunicação terapêutica e uma cultura de parceria entre profissionais, pessoas e famílias. (Balqis-Ali et al., 2022; McCormack & McCance, 2025)

A RNAO constitui uma referência normativa internacional na consolidação do paradigma, através da *BPG: People-Centred Care*. As BPG são documentos desenvolvidos sistematicamente e baseados em evidências, com o objetivo de promover a consistência e a excelência na prática clínica, políticas administrativas, procedimentos e educação, e esta BPG define o cuidado centrado na pessoa e família como uma abordagem colaborativa orientada pelo respeito mútuo e dignidade, partilha de informação, participação ativa e tomada de decisão partilhada, oferecendo recomendações práticas para serviços, profissionais e instituições. (RNAO, 2025)

Em Portugal, este paradigma encontra correspondência nas políticas nacionais de humanização dos cuidados. O *Plano de Ação para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS* enfatiza a centralidade da comunicação, a participação ativa das pessoas e a criação de ambientes terapêuticos seguros,

acolhedores e dignos (Direção Executiva SNS, 2024). Apesar da centralidade atribuída ao cuidado centrado na pessoa, a sua implementação permanece condicionada por múltiplas barreiras organizacionais e contextuais como a gestão do tempo, a fragmentação das tarefas, a carga administrativa, a burocracia, a comunicação insuficiente entre equipas e a complexidade dos serviços, reduzem a disponibilidade dos profissionais para uma prática verdadeiramente humanizada e dificultam a continuidade de cuidados esperada. (Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, 2025)

A ER incorpora estes princípios de forma particularmente evidente, dado que trabalha com pessoas que experienciam perdas ou alterações funcionais que afetam profundamente a autonomia, identidade e participação social. O EEER atua na interseção entre funcionalidade, adaptação e capacitação, promovendo uma prática que integra as dimensões física, emocional, cognitiva, social e ambiental. Neste âmbito, o cuidado centrado na pessoa significa reconhecer que a reabilitação não visa apenas recuperar capacidades, mas restaurar significados, promover participação e apoiar a reconstrução da vida em contexto de transição.

A literatura consultada demonstra que práticas centradas na pessoa estão associadas a maior envolvimento, satisfação, compreensão do processo terapêutico e adesão aos programas de reabilitação (Balqis-Ali et al., 2022; RNAO, 2025). Estes elementos são essenciais em contextos de ER, em que o sucesso das intervenções depende da participação ativa da pessoa, da definição conjunta de objetivos e da perceção de utilidade e sentido das atividades terapêuticas propostas.

As medidas de resultado reportadas pela pessoa tem reforçado este paradigma dos cuidados centrados na pessoa. Os *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) recolhem informação autoreportada sobre os resultados como por exemplo sintomas, funcionalidade e qualidade de vida, permitindo avaliar resultados que são realmente significativos para as pessoas enquanto os *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) avaliam a experiência da pessoa relativamente aos cuidados recebidos, incluindo perceções sobre comunicação, respeito, relação terapêutica e coordenação (Bandurska, 2023; Benson, 2025). Ambos constituem instrumentos fundamentais para captar dimensões subjetivas da saúde reportadas pela pessoa que as experiencia. Destaca-se também neste contexto os *Family-Reported Outcome Measures* (FROMs), o instrumento FROM-16, por exemplo, avalia o impacto da doença na vida dos familiares e cuidadores, captando elementos como carga emocional, alterações na vida diária, stress e impacto na dinâmica familiar (Shah et al., 2022). Estes instrumentos são particularmente úteis na prática da ER, uma vez que muitas intervenções

terapêuticas dependem da participação da família e cuidadores informais para continuidade da utilização das estratégias implementadas.

Assim a adoção de métricas centradas na perspectiva da pessoa é indispensável para reforçar a qualidade e a segurança dos cuidados, apoiar processos de governança clínica e demonstrar a efetividade da intervenção (Agency for Healthcare Research and Quality, 2024). No caso da ER, estes instrumentos tornam visíveis os resultados e ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER, fortalecendo a legitimidade da especialidade e contribuindo para uma prática baseada em evidência.

Em síntese, o cuidado centrado na pessoa é a base da ER que enquanto futura EEER pretendo cimentar, articulando princípios éticos, evidência científica, políticas de saúde e práticas clínicas. Ao integrar abordagens participativas, estratégias de capacitação e instrumentos de avaliação centrados na pessoa e na família, o EEER contribui para cuidados mais humanizados, efetivos e significativos. Este paradigma reforça que reabilitar não é apenas recuperar/manter funções, mas promover autonomia, participação e qualidade de vida, reconhecendo a pessoa na sua totalidade enquanto sujeito de direitos, com voz ativa no seu processo de saúde.

2.3.4 - Continuidade e transição de cuidados

A continuidade e a transição de cuidados constituem prioridades estratégicas para a organização dos sistemas de saúde, assumindo particular relevância nos percursos de reabilitação, onde se requerem intervenções coordenadas, planeamento antecipado e monitorização sistemática. Estes constructos materializam-se na garantia de que a pessoa beneficia de cuidados integrados, articulados e coerentes entre diferentes profissionais, níveis e contextos assistenciais, minimizando interrupções, duplicação de intervenções ou perdas de informação ao longo do processo terapêutico

A continuidade do cuidado corresponde à prestação de cuidados de saúde como um processo integrado, coerente e sustentado no tempo, envolvendo 4 dimensões fundamentais: continuidade interpessoal, continuidade longitudinal, continuidade informacional e continuidade de gestão (Sá, 2024; World Health Organization, 2018). A continuidade interpessoal refere-se à relação terapêutica consistente entre a pessoa e os profissionais de saúde; a continuidade longitudinal expressa a sucessão de contactos com o mesmo profissional ao longo de vários episódios; a continuidade informacional corresponde à transmissão rigorosa e acessível da informação clínica relevante; e a continuidade de gestão traduz a coordenação eficaz entre profissionais e serviços, assegurando intervenções complementares e oportunas (Sá, 2024; World Health Organization, 2018). Em conjunto, estas dimensões refletem a necessidade de cuidados que se mantenham no tempo e que se ajustem às

necessidades específicas da pessoa, reafirmando a centralidade de uma abordagem individualizada e centrada na pessoa.

A transição de cuidados refere-se aos momentos em que a pessoa se desloca entre diferentes contextos assistenciais ou entra em contacto com novos/diferentes profissionais de saúde, constituindo um processo deliberado que visa garantir a continuidade, a segurança e a adequação dos cuidados às suas necessidades (Marini et al., 2025; World Health Organization, 2018). Este percurso, que inclui fases distintas, como por exemplo desde a preparação da alta, ao momento de transferência e ao período crítico subsequente na comunidade e envolve a passagem de responsabilidade clínica e de informação entre equipas e instituições, tornando-se um período particularmente vulnerável ao erro e ao compromisso da segurança da pessoa. As transições podem ocorrer entre cuidados primários, hospitalares, continuados ou estruturas residenciais ou inclusivamente bem como a transição intrainstituições, exigindo uma coordenação eficaz, comunicação rigorosa e uma abordagem holística que integre a pessoa, a família e os recursos comunitários (Direção Geral da Saúde, 2017; Marini et al., 2025;). Quando bem estruturadas, as transições de cuidados contribuem para a continuidade assistencial, reduzem eventos adversos e promovem melhores resultados em saúde, assumindo-se como um elemento essencial na qualidade dos cuidados (Rasmussen et al., 2021), contudo a literatura evidencia que as transições, em especial a passagem do hospital para a comunidade da pessoa idosa configura um momento crítico devido ao risco elevado eventos adversos. (Ferreira et al., 2024)

No âmbito da ER, estas questões assumem particular importância, uma vez que os processos de reabilitação se prolongam além do contexto hospitalar, articulando-se com cuidados primários, apoio domiciliário e redes comunitárias. Estudos nacionais demonstram que intervenções do EEER, como avaliação funcional precoce, planeamento estruturado da alta, capacitação da pessoa e cuidador, e articulação com equipas da comunidade, são determinantes para garantir continuidade terapêutica e promover transições seguras (Gomes et al., 2025). Investigações qualitativas indicam ainda que os EEER enfrentam desafios relevantes, nomeadamente a insuficiência de mecanismos formais de comunicação, dificuldades na referenciação estruturada e necessidade de maior integração com os cuidados de saúde primários, aspetos essenciais para assegurar uma transição eficaz. (Ferreira et al., 2024; Silva & Sousa, 2020)

A Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui um referencial teórico particularmente pertinente neste contexto. Meleis conceptualiza as transições como processos dinâmicos, multidimensionais e interativos, que ocorrem quando a pessoa vivencia mudanças nos papéis sociais, estados de saúde,

ambientes ou níveis de cuidados. De acordo com a autora, a enfermagem desempenha um papel crucial na clarificação de expectativas, no reforço de competências, na monitorização da resposta à mudança e na promoção da autonomia. A aplicação desta teoria oferece um suporte conceptual que legitima a intervenção especializada do EEER enquanto facilitador de transições seguras, integradas e orientadas para o autocuidado.

A relevância da continuidade e transições de cuidados está amplamente documentada em estudos que demonstram que intervenções transicionais dirigidas a pessoas idosas com necessidades de reabilitação produzem ganhos significativos na funcionalidade, na autogestão da condição de saúde e na redução de reinternamentos (Ferreira et al., 2024; Marini et al., 2025). Revisões sistemáticas corroboram que modelos estruturados, que integrem educação, visitas domiciliárias, follow-up telefónico e comunicação interprofissional, contribuem para melhores resultados clínicos e maior satisfação da pessoa e sua família (Gomes et al., 2025; Marini et al., 2025; Rasmussen et al., 2021). A utilização das tecnologias é destacada como recurso para garantir a continuidade de cuidado e acompanhamento da transição pois possibilita garantir continuidade terapêutica, monitorização remota e suporte educativo à pessoa e cuidadores, demonstrando-se uma estratégia eficaz para assegurar transições seguras e adaptadas às necessidades emergentes. (Gheno et al., 2024; World Health Organization, 2018)

A adoção de guias normativos internacionais e nacionais reforça a importância de estruturar as transições de cuidados. A BPG da RNAO – Transições nos Cuidados e Serviços oferece recomendações baseadas na evidência para garantir transições seguras, enfatizando a comunicação estruturada, a avaliação das necessidades, a participação ativa da pessoa e família e o acompanhamento pós-alta. (RNAO, 2023)

De igual modo, o Plano de Ação Global para a Segurança dos Doentes 2021–2030, (Ministério da Saúde, 2021), identifica as transições como pontos críticos de risco, exigindo intervenções específicas para reduzir danos evitáveis, este documento sublinha a necessidade de fortalecer sistemas de comunicação, promover literacia em saúde, envolver a pessoa e cuidadores e responsabilizar todas os elementos das equipas de saúde pelo processo de transição. Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes integra estas orientações internacionais e estabelece prioridades nacionais, incluindo o reforço da comunicação interinstitucional e a padronização dos meios digitais para integração da informação clínica. (Ministério da Saúde, 2021)

Assim, a continuidade e a transição de cuidados emergem como elementos estruturantes da Enfermagem de Reabilitação, articulando-se com princípios de segurança, qualidade, funcionalidade e autonomia. A evidência científica, os referenciais teóricos e os documentos programáticos internacionais e nacionais convergem no reconhecimento de que uma transição eficaz exige avaliação multidimensional, comunicação rigorosa, envolvimento ativo da pessoa e família e acompanhamento continuado. O EEER assume, neste processo, um papel crucial enquanto elemento integrador, facilitador e promotor de trajetórias de reabilitação seguras e orientadas para a segurança e qualidade.

2.4. A pessoa com lesão osteoarticular

As pessoas acometidas por lesões osteoarticulares integram um grupo particularmente vulnerável no âmbito das doenças músculo-esqueléticas, reconhecidas pela OMS como uma das principais causas globais de limitação funcional, dor persistente e incapacidade (World Health Organization, 2023b). Estima-se que aproximadamente 1,71 mil milhões de indivíduos vivam com condições músculo-esqueléticas em todo o mundo e, entre estes, cerca de 528 milhões apresentem osteoartrose (OA), o que representa um aumento de 113% desde 1990 (World Health Organization, 2022;2023b). A OA afeta maioritariamente pessoas com mais de 55 anos (73%) e é mais prevalente no sexo feminino (60%) verificando-se especial incidência nas articulações da anca joelho e mão (World Health Organization, 2023b). Embora a prevalência aumente com o envelhecimento populacional, a osteoartrose não constitui uma consequência inevitável da idade e a sua ocorrência é influenciada por fatores de risco modificáveis, como obesidade, sobrecarga articular ocupacional ou desportiva e lesão prévia (World Health Organization, 2023b). Para além das limitações físicas, a cronicidade dos sintomas contribui para sofrimento psicológico, redução do bem-estar e diminuição da participação social. (World Health Organization, 2022)

Dado o seu elevado impacto funcional e elevada prevalência na população, importa definir de forma clara o conceito de OA enquanto entidade clínica fundamental no âmbito da intervenção da ER. A OA é uma doença articular degenerativa de evolução progressiva, caracterizada pela perda gradual da cartilagem que reveste as extremidades ósseas, afetando subsequentemente o osso subcondral e comprometendo a integridade global da articulação, o decorrer deste processo degenerativo origina dor, rigidez e limitação da mobilidade, frequentemente acompanhadas de crepitação decorrente do atrito entre superfícies ósseas expostas, podendo ainda surgir edema e deformidade nas fases mais avançadas (Pizetta et al., 2024; Preto et al., 2021). A etiologia da OA é complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos, biomecânicos e ambientais, destacando-se entre os principais fatores de risco o excesso de peso, que aumenta a sobrecarga articular, as lesões articulares prévias e as

alterações estruturais associadas ao envelhecimento (Pizetta et al., 2024). Trata-se de uma doença irreversível cuja progressão conduz a uma redução acentuada da capacidade funcional e da qualidade de vida, constituindo uma das principais causas de incapacidade crónica na população idosa, assim não existindo cura, a abordagem terapêutica centra-se no alívio sintomático, na otimização da função articular e no retardar da evolução da doença, podendo ser necessária a intervenção cirúrgica, como a artroplastia, nos casos mais graves. (Leitão et al., 2022;Monteiro et al., 2021; Pizetta et al., 2024)

A articulação do joelho enquanto articulação com maior responsabilidade no suporte da carga corporal, é indispensável à marcha, ao ortostatismo e à realização das AVD, conseqüentemente, perturbações na sua integridade anatómica ou funcional comprometem de modo direto e relevante a capacidade funcional e a independência da pessoa , sendo que estas alterações têm conseqüências marcadas no quotidiano, afetando a capacidade de desempenhar papéis familiares, sociais e ocupacionais (Leitão et al., 2022; Li et al., 2023; Preto et al., 2021). Perante estes desafios, o acompanhamento da pessoa com OA do joelho reveste-se de particular importância para a ER, exigindo uma relação terapêutica assente na parceria de cuidados e na capacitação da pessoa, através de intervenções especializadas que promovam a funcionalidade, favoreçam o autocuidado e previnam o agravamento das limitações funcionais.

O autocuidado constitui uma dimensão central da Enfermagem, sendo entendido como o conjunto de ações deliberadas que a pessoa desenvolve para satisfazer as suas necessidades humanas, manter a vida, preservar a saúde e promover o bem-estar, através da realização das atividades de vida diária. Este processo apresenta um carácter individual e dinâmico, condicionado pelas capacidades físicas, cognitivas e emocionais da pessoa, bem como pelo contexto social e ambiental em que se insere (Martínez et al., 2021; Petronilho et al., 2021). Na presença de lesão osteoarticular, o autocuidado encontra-se frequentemente comprometido pela dor, limitação da mobilidade, rigidez articular e diminuição da tolerância ao esforço, refletindo-se na execução das AVD.

A diminuição ou ausência da capacidade para o autocuidado pode ocorrer de forma temporária ou permanente, em resultado de processos de doença, eventos cirúrgicos ou transições saúde-doença, emergindo, nestes contextos, a dependência funcional. A dependência no autocuidado caracteriza-se pela necessidade de apoio de terceiros ou de dispositivos de compensação para a realização das AVD, traduzindo um desequilíbrio entre as exigências do quotidiano e os recursos disponíveis da pessoa (Petronilho et al., 2021;). Os conceitos de funcionalidade e independência assumem, assim, um papel estruturante na avaliação e intervenção em Enfermagem de Reabilitação. A funcionalidade refere-se à capacidade da pessoa para realizar atividades essenciais, interagir com o meio envolvente e

participar socialmente, enquanto a independência diz respeito à execução dessas atividades sem ajuda externa (Petronilho et al., 2021). Importa distinguir estes conceitos do de autonomia, frequentemente utilizado de forma indistinta com independência. A autonomia refere-se à capacidade da pessoa para tomar decisões informadas e exercer controlo sobre as escolhas relacionadas com a sua vida e cuidados de saúde, podendo manter-se preservada mesmo na presença de dependência funcional. (Petronilho et al., 2021; Sousa et al., 2020)

A ER ao privilegiar a sua intervenção na capacitação da pessoa em situação de dependência no autocuidado promove processos adaptativos que potenciam a autonomia e o aumento da independência funcional. Esta intervenção baseia-se numa avaliação centrada nas respostas humanas comprometidas, nas capacidades remanescentes e no potencial de desenvolvimento da pessoa, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos, bem como o contexto familiar e social (Petronilho et al., 2021; Regulamento n.º 392/2019). No que concerne a pessoa com lesão osteoarticular submetida a cirurgia a preparação para a transição entre contextos de cuidados, nomeadamente a díade hospital/domicílio, assume particular relevância, implicando o treino de atividades de vida diária, a capacitação da pessoa e dos cuidadores e a promoção da continuidade dos cuidados.

Quando a osteoartrose progride para estádios avançados e as intervenções conservadoras não permitem um controlo sintomático adequado, a artroplastia total configura uma das opções cirúrgicas mais eficazes, permitindo restaurar a mobilidade, atenuar a dor e promover uma melhoria significativa da qualidade de vida. (Ferreira Pinto, 2023; Leitão et al., 2022; Preto et al., 2021)

O destaque desta intervenção cirúrgica é espelhado na realidade internacional: a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) identifica as artroplastias como uma das cirurgias eletivas mais realizadas nos países desenvolvidos, com taxas crescentes ao longo do tempo (OCDE, 2023). Em Portugal está descrito no estudo de Ferreira Pinto (2023) que no biénio 2020-2022 foram realizadas no serviço nacional de saúde mais de 4000 ATJ, em paralelismo não foi possível validar os dados correspondentes à realização de ATJ no contexto do local de estágio profissionalizante, contudo está descrito que no ano de 2023 foram intervencionadas 1792 pessoas pela especialidade médica de Ortopedia na ULS em questão. (Ministério da Saúde, 2024d)

O procedimento cirúrgico da ATJ consiste na remoção das superfícies articulares degeneradas e no seu revestimento com componentes protésicos metálicos e de polietileno, com o objetivo de restaurar o alinhamento e funcionamento articular (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2015; Rocha et al., 2022). O aumento da sua utilização, aliado ao progresso técnico e à maior experiência cirúrgica,

tem sido acompanhado por uma crescente identificação e caracterização de complicações associadas ao procedimento, apenas para contextualização, as principais complicações decorrentes do processo cirúrgico em questão podem ser divididas pela cronologia da sua ocorrência entre: período intra-operatório como lesões vasculares, lesão do nervo peroneal, lesões do aparelho extensor ou rotura do ligamento colateral medial; período pós-operatório precoce/imediato, incluindo hemorragia, compromisso cicatricial, infeções e eventos tromboembólicos; período pós-operatório tardio como a instabilidade articular, rigidez articular, desselagem assética, fraturas peri-protésicas, osteólise, desgaste das superfícies de suporte, falência mecânica do implante (Ayas et al., 2020; Rocha et al., 2022). A compreensão destas complicações é fundamental para a monitorização clínica, para a implementação de estratégias de prevenção e para a otimização dos cuidados de reabilitação no período peri-operatório.

Ao longo do percurso clínico da pessoa submetida a artroplastia, destaca-se cada vez mais a importância da pré-habilitação. Este conceito pode ser definido como um processo estruturado destinado a otimizar a capacidade física e psicológica da pessoa no período pré-operatório, com o objetivo de aumentar a sua resiliência ao stress cirúrgico e melhorar os resultados (Agency for Clinical Innovation, 2022; Wainwright et al., 2020). Sistematizasse na promoção de comportamentos de saúde, através da prescrição de exercício, intervenções nutricionais, educação e apoio psicológico, focando-se na redução dos fatores de risco pré-cirúrgicos e na melhoria da capacidade funcional, assim integra-se um contínuo de cuidados que se estende desde a referência para cirurgia até ao período de recuperação pós-operatório, promovendo estilos de vida saudáveis e capacitando a pessoa como participante ativa no seu processo terapêutico. (Agency for Clinical Innovation, 2022)

No contexto específico da ATJ a literatura evidencia que programas de pré-habilitação, compostos por exercício terapêutico, treino de força, mobilidade articular, treino de AVD's, educação para a saúde e estratégias de autogestão, conduzem a melhorias significativas na função do joelho, na força muscular e na capacidade funcional pré-operatória, com tradução positiva na recuperação pós-cirúrgica (Ferreira et al., 2019; Jette et al., 2020). A intervenção no pré-operatório também se associa a maior prontidão para iniciar a mobilização, melhor desempenho nas avaliações funcionais e redução do tempo de internamento após a artroplastia total do joelho (Jette et al., 2020; Longo et al., 2023) . A evidência demonstra que a pré-habilitação contribui para uma recuperação mais rápida, melhores experiências e resultados para o doente, bem como para ganhos em eficiência nos sistemas de saúde fase pré-operatória em que se implementam intervenções estruturadas destinadas a otimizar a condição funcional antes da cirurgia (Jette et al., 2020; Longo et al., 2023; Wainwright et al., 2020;).

Estes benefícios justificam a integração do EEER na parceria de cuidados no período pré-cirúrgico, promovendo avaliação funcional, planeamento de exercício individualizado, treino de técnicas de autocuidado e educação para a gestão da dor e das expectativas face à cirurgia. (Monteiro et al., 2021)

A fase pós-operatória imediata após a ATJ constitui um momento crítico no percurso de reabilitação, no qual a implementação de intervenções estruturadas e precoces assume papel determinante na jornada de recuperação. A evidência científica demonstra de forma consistente que programas de reabilitação iniciados nas primeiras 24 horas após a cirurgia promovem ganhos clínicos significativos, nomeadamente redução do tempo de internamento, maior independência funcional e melhoria do prognóstico de recuperação global (Sousa & Carvalho, 2021). Intervenções especializadas de ER e a implementação de um programa de reabilitação precoce (iniciado no próprio dia da cirurgia ou nas primeiras 24 horas) estão associados a melhores resultados na amplitude articular, no equilíbrio, na marcha, na força muscular e na prevenção de complicações pós-operatórias. (Hung et al., 2025; Jette et al., 2020; Thwin et al., 2024)

As recomendações preconizadas internacionalmente pela *Enhanced Recovery After Surgery Society* (ERAS®) sustentam esta abordagem, salientando a importância da mobilização precoce, da analgesia multimodal e da prevenção de complicações respiratórias e tromboembólicas como pilares fundamentais da recuperação pós-ATJ. (Wainwright et al., 2020)

Entre os objetivos centrais da reabilitação pós-operatória destaca-se a recuperação gradual da amplitude articular e da força muscular, elementos essenciais à execução de atividades como a marcha, o subir e descer escadas, a transferências e a manutenção do ortostatismo. A literatura aponta que o procedimento cirúrgico, por si só, induz défices de força e mobilidade decorrentes da dor, da atrofia muscular, da imobilidade inerente e da presença de material protésico (Leitão et al., 2022; Salehian et al., 2025). Assim, a recuperação da amplitude articular, particularmente a obtenção de 90º de flexão do joelho à data da alta, constitui um indicador relevante de evolução funcional e de sucesso inicial da ATJ (Sousa & Carvalho, 2021). A extensão completa do joelho (0º) é igualmente crucial, dado que a sua limitação se associa ao aumento da rigidez articular e a piores resultados funcionais. (Leitão et al., 2022)

O fortalecimento muscular, com enfoque na musculatura peri-articular do joelho, revela-se determinante para a estabilidade articular, eficiência da marcha e desempenho nas AVD. Programas de exercício orientados para este objetivo demonstram ganhos substanciais na autonomia e no controlo postural (Jette et al., 2020). Paralelamente, o treino de equilíbrio assume papel central na

reabilitação após ATJ, dado que o joelho contribui de forma decisiva para a manutenção do ortostatismo e para a funcionalidade global. A literatura recomenda que o treino de equilíbrio seja integrado no plano pós-operatório, pela sua eficácia comprovada na melhoria precoce da marcha, da capacidade de realizar escadas e da qualidade de vida (Coelho et al., 2021; Ferreira Pinto, 2023; Jette et al., 2020). Este domínio contribui ainda para a prevenção de quedas, fortalecendo a estabilidade postural e promovendo maior segurança durante a mobilidade. (Correia et al., 2019)

No âmbito pós-operatório, a capacitação da pessoa e dos cuidadores emerge como dimensão estruturante deste percurso. O ênfase nas intervenções educativas, a disponibilização de materiais de apoio e metodologias pedagógicas como o *teach-back* constituem estratégias eficazes para promover a autonomia da pessoa, melhorar a adesão ao plano terapêutico e reforçar a segurança na realização de tarefas relacionadas com o autocuidado. (Li et al., 2025)

A necessidade de assegurar continuidade de cuidados após a alta hospitalar tem vindo a ser amplamente reconhecida, especialmente num contexto em que os períodos de internamento tendem a ser cada vez mais reduzidos. A literatura demonstra que o acompanhamento remoto, através de contacto telefónico ou plataformas digitais, constitui uma extensão eficaz da intervenção do EEER, permitindo monitorizar o progresso, esclarecer dúvidas, reforçar aprendizagens e apoiar a adesão ao programa de exercícios (Sun et al., 2024; Wainwright et al., 2020). Paralelamente, iniciativas de telerreabilitação, como programas digitais de acompanhamento, revelam potencial significativo para melhorar a literacia em saúde e consolidar a continuidade dos cuidados. (Araújo et al., 2021)

Em síntese, a pessoa com lesão OA submetida a ATJ requer uma intervenção orientada por uma abordagem sistémica e centrada na otimização da funcionalidade, atendendo à multiplicidade de implicações físicas, emocionais e sociais inerentes a esta transição experienciada. O EEER assegura a consecução de um percurso de cuidados rigoroso e contínuo, integrando avaliação funcional, definição de objetivos realistas, capacitação da pessoa e família, promoção da relação terapêutica e intervenções reabilitativas estruturadas ao longo do tempo. Esta atuação especializada revela-se essencial para a otimização da independência, a promoção de autonomia, a mitigação de complicações e a obtenção de resultados funcionais sustentáveis, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade de vida e para a eficiência global dos serviços de saúde.

3. ANÁLISE CRÍTICO- REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O presente capítulo tem como finalidade analisar de forma crítica e reflexiva o percurso desenvolvido ao longo dos estágios do MER, evidenciando o modo como as experiências vivenciadas contribuíram para a consolidação das competências comuns do EE, das competências específicas do EEER e das competências necessárias à obtenção do grau de mestre. Esta análise representa um exercício integrador entre o saber teórico, a prática clínica e o pensamento reflexivo, permitindo compreender como cada atividade desenvolvida foi estruturante para o crescimento pessoal, científico e profissional.

A formação em enfermagem orientada por competências assume atualmente um papel central na definição da identidade e da prática profissional, exigindo não apenas aquisição de conhecimentos, mas também a sua mobilização consciente e contextualizada. Esta abordagem articula-se com o modelo de desenvolvimento profissional de Benner (2001), que descreve a progressão do enfermeiro de iniciado a perito, sublinhando a importância da experiência clínica e da reflexão sobre a ação como elementos fundamentais na construção da competência. Apesar dos anos de prática profissional, a vivência dos estágios traduziu-se, por vezes, numa sensação de regressão temporária no desempenho, fenómeno também descrito por Benner (2001) e que reconduziu à importância da consciência dos limites do conhecimento, da humildade epistemológica, da adaptabilidade e da aprendizagem contínua como pilares para a evolução profissional.

De acordo com Barata (2021), a competência resulta de um processo contínuo e dinâmico de aquisição e desenvolvimento ao longo da vida profissional, sustentado na articulação entre conhecimento científico, experiência prática e formação contínua, o mesmo autor salienta que a competência não se limita à aquisição de saberes teóricos, mas expressa-se na capacidade de os mobilizar de forma integrada e contextualizada em situações concretas de prática clínica, envolvendo o saber, o saber-fazer e o saber-ser (Barata, 2021). Assim, a reflexão sobre a ação assume um papel central, na medida em que permite ao enfermeiro reinterpretar a experiência, reformular intervenções e consolidar aprendizagens significativas culminando na capacidade de saber agir na situação, mobilizando de forma pertinente os recursos pessoais e profissionais face à complexidade dos contextos (Barata 2021). Este processo é influenciado pelos contextos de exercício profissional e pela reflexão crítica sobre a ação, assumindo-se como determinante para a construção de uma prática progressivamente mais autónoma, segura e fundamentada. Destarte, a construção deste capítulo assenta numa abordagem narrativa e crítica, suportada na evidência científica, nos referenciais normativos e na experiência concreta dos contextos de estágio, procurando demonstrar de que forma cada experiência

contribuiu para um desenvolvimento profissional sólido, autónomo e alinhado com os padrões de excelência da ER, sendo que a análise subsequente incidirá sobre as competências adquiridas e consolidadas ao longo do percurso formativo, evidenciando o contributo dos diferentes contextos de estágio para o seu desenvolvimento progressivo.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista constitui um eixo fundamental deste capítulo, na medida em que estas competências representam a base transversal que sustenta o exercício avançado em todas as áreas de especialidade. Definidas pelo Regulamento n.º 140/2019 estas competências estruturam-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais e refletem a maturidade clínica, científica e ética exigida ao enfermeiro que atua ao nível especializado. A reflexão que se segue procura evidenciar, à luz das experiências vivenciadas nos estágios de que forma cada domínio foi mobilizado, aprofundado e consolidado, demonstrando o crescimento profissional alcançado e a integração progressiva das práticas definidoras do perfil do EEER.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui o alicerce que sustenta o exercício especializado da Enfermagem, orientando o enfermeiro para uma prática eticamente informada, juridicamente adequada e centrada na defesa dos direitos da pessoa. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o EE é responsável por integrar princípios éticos e legais em cada decisão clínica, assegurando que a intervenção promove dignidade, autonomia, segurança e justiça. Ao longo do meu percurso de estágio, este domínio assumiu transversalidade, exigindo reflexão crítica e eticamente responsável em cada interação decorrida.

A atuação dos enfermeiros encontra-se alicerçada no Código Deontológico da profissão (2015), documento que define o conjunto de princípios éticos, normas e valores reguladores do exercício profissional. Neste enquadramento, o enfermeiro especialista deve desenvolver a sua prática sustentada num fundamento ético e deontologicamente responsável, centrada na humanização dos cuidados e na salvaguarda dos direitos, da liberdade e da dignidade da pessoa parceira de cuidados, conforme consagrado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, e atualmente enquadrada pela Lei n.º 15/2014.

O respeito pela autonomia da pessoa e o direito à informação assumiram particular centralidade na prática clínica desenvolvida. O Código Deontológico dos Enfermeiros estabelece no artigo 105º o dever

de informar de forma clara, verdadeira e adequada às capacidades da pessoa, permitindo-lhe participar ativamente nas decisões relativas aos cuidados de enfermagem consagrando a sua autodeterminação. No contexto dos estágios, nomeadamente junto da pessoa submetida a artroplastia, da pessoa em situação de elevada dependência funcional no domicílio ou da pessoa com doença respiratória a informação foi sempre adaptada ao nível de literacia, ao estado emocional e às condições cognitivas, recorrendo à validação da compreensão e à reformulação da mensagem sempre que necessário. Quando se identificaram limitações na compreensão de terminologia técnica, privilegiou-se a utilização de linguagem clara e acessível, recorrendo a exemplos do quotidiano para facilitar a compreensão. A validação da compreensão foi realizada recorrendo à metodologia *teach-back*, mediante a solicitação à pessoa para reformular por palavras próprias a informação transmitida ou demonstrar por exemplo o exercício terapêutico proposto, permitindo reajustar a comunicação sempre que se verificaram lacunas de entendimento (Li et al., 2025). A transmissão da informação foi efetuada de forma faseada e ajustada ao ritmo individual de cada um, respeitando os tempos de escuta e promovendo um ambiente de confiança terapêutica. Quando confrontada com situações de défice cognitivo ou alterações neurológicas a estruturação da transmissão de informação foi organizada em instruções simples e sequenciais, através da utilização de folhetos informativos, complementadas com demonstração prática dos exercícios e, sempre que pertinente, com o envolvimento do cuidador informal. Esta abordagem revelou-se essencial para garantir um consentimento verdadeiramente livre e esclarecido, respeitando o direito da pessoa e a sua autodeterminação na participação dos cuidados.

Contudo, esta obrigação articula-se com o dever de confidencialidade, previsto no artigo 6.º da Lei nº 15/2014, que determina que a pessoa tem direito à proteção dos seus dados pessoais e que os profissionais estão obrigados a manter sigilo sobre toda a informação de que tomam conhecimento no exercício das suas funções. Assim, a informação prestada deve restringir-se ao que é essencial para a continuidade de cuidados, não podendo violar a vontade da pessoa nem comprometer a sua privacidade. Esta articulação entre o dever de informar e o dever de sigilo exige ponderação ética contínua, sobretudo em contextos em que a família/cuidador assume papel ativo na participação nos cuidados.

O Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) (2016) reforça a responsabilidade legal na gestão da informação em saúde, classificando os dados clínicos como dados sensíveis que requerem especial proteção. No decurso dos estágios, este dever foi integrado de forma sistemática na prática clínica, assegurando-se que a informação partilhada se restringia ao estritamente necessário para garantir a continuidade dos cuidados. Em situações concretas, particularmente no contexto domiciliário, em que a família ou o cuidador informal assumiam um papel ativo na prestação de

cuidados, procedeu-se à clarificação prévia da autorização da pessoa quanto à partilha de informação relevante para o plano terapêutico. Em todas as etapas dos estágios desde a recolha de informação, ao registo clínico em sistemas de informação, até à elaboração dos Relatos de Caso Clínicos (RCC) (Apêndice I e II) respeitei os princípios de confidencialidade e limitação do acesso à informação, garantindo anonimato e consentimento explícito sempre que necessário. A integração do RGPD na prática de ER espelha a compreensão de que a proteção dos dados é componente intrínseca do respeito pela dignidade e integridade da pessoa.

O consentimento livre e esclarecido, consagrado pela Convenção de Oviedo (1997) e legislado em Portugal pela lei nº 15/2014 constitui outro elemento estruturante deste domínio. Esta convenção estabelece que qualquer intervenção em saúde só pode ser realizada após consentimento informado, prestado com base em informação compreensível e adequada. Este princípio pressupõe que a decisão seja tomada de forma autónoma, com base em informação compreensível, verdadeira e ajustada às capacidades da pessoa.

Este princípio foi sistematicamente integrado na prática clínica, assegurando-se que a pessoa recebia explicações claras acerca dos objetivos da intervenção, dos potenciais riscos e das alternativas terapêuticas disponíveis, procedendo-se à validação da compreensão e respeitando-se sempre a possibilidade de recusa, o que acabou por ocorrer por diversas vezes nos diferentes contextos sem qualquer prejuízo para as pessoas parceiras de cuidados. Ressalvo também que aquando da intervenção foi solicitado a concordância expressa antes do início das mesmas de forma a salvaguardar este princípio. Para além da aprovação dos RCC pela Comissão de Ética da ESSATLA (Anexo I), foi igualmente assegurada a obtenção do consentimento informado por escrito (Apêndice III e IV), o cumprimento dos princípios de confidencialidade e anonimato e o respeito pelo rigor metodológico na recolha e tratamento da informação clínica, em conformidade com os princípios consagrados pela Declaração de Helsínquia (2013).

Esta abordagem permitiu consolidar uma prática profissional eticamente fundamentada, reconhecendo o consentimento informado não como um ato pontual, mas como um processo contínuo de comunicação e negociação terapêutica. O respeito por este princípio contribuiu para o fortalecimento da relação terapêutica, para a promoção da autonomia da pessoa e para a garantia de uma intervenção clinicamente segura, eticamente responsável e cientificamente rigorosa.

A tomada de decisão partilhada constituiu uma estratégia central na concretização deste domínio, a definição de objetivos terapêuticos em parceria com a pessoa e, sempre que pertinente, com a

família/cuidador, permitiu alinhar o plano de cuidados com os valores, expectativas e projeto de vida da pessoa (Montori et al., 2022; RNAO, 2025). Em diversas situações, particularmente no contexto domiciliário, a escassez de recursos, as barreiras arquitetônicas e a limitação do apoio social condicionaram as possibilidades de intervenção, exigindo negociação terapêutica e redefinição de objetivos realistas. Verificou-se, por exemplo, na prestação de cuidados especializados no domicílio a inexistência de barras de apoio na casa de banho, a presença de escadas sem corrimão e a ausência de produtos de apoio adequados, o que limitou a implementação de determinadas intervenções inicialmente previstas. Perante estas condicionantes, os objetivos terapêuticos foram renegociados com a pessoa, privilegiando intervenções funcionais exequíveis no espaço disponível e adaptadas aos recursos existentes. No contexto hospitalar também foi evidenciada a importância da tomada de decisão partilhada na qual a definição dos objetivos terapêuticos foi negociada em função da dor, da fadiga e da tolerância ao esforço, privilegiando metas progressivas e ajustadas ao ritmo individual, simultaneamente em situações de alta hospitalar precoce, a definição dos objetivos terapêuticos foi negociada com a pessoa e a família, privilegiando intervenções orientadas para a independência funcional e para a prevenção de complicações no domicílio, em detrimento de metas funcionais mais complexas que não seriam exequíveis no tempo disponível de internamento. Paralelamente, em situações em que se verificava ausência de condições sociais ou familiares para garantir uma alta segura, foi necessário protelar a alta clínica e articular com o Serviço Social para a identificação de respostas de apoio adequadas, assegurando a continuidade dos cuidados e prevenindo situações de risco. Este processo evidenciou a necessidade de integrar considerações éticas e sociais na tomada de decisão clínica, garantindo equidade no acesso aos cuidados e evitando intervenções descontextualizadas ou potencialmente injustas, tanto no contexto hospitalar como no contexto domiciliário, revelando-se na adaptação dos planos de intervenção ER às condições clínicas, funcionais e sociais da pessoa parceira de cuidados. Adicionalmente, o respeito pelas escolhas da pessoa, mesmo quando não coincidiam com as propostas inicialmente delineadas, contribuiu para a implementação de uma intervenção ajustada ao contexto individual, sustentada nos princípios do cuidado centrado na pessoa e eticamente responsável.

Esta abordagem é coerente com o Modelo de Enfermagem Centrada na Pessoa de McCormack & McCance (2010), que defende o envolvimento ativo da pessoa na tomada de decisão e a importância da negociação terapêutica. Ao longo dos estágios, a construção dos planos de cuidados de ER foi realizada através de negociação, identificação de prioridades e discussão de metas realistas, respeitando a vontade, valores e projeto de vida da pessoa.

A equidade no acesso aos cuidados, prevista na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), constitui outra dimensão ética essencial. Em particular no contexto comunitário, a intervenção ocorreu frequentemente em cenários caracterizados por fragilidade social, barreiras arquitetónicas e cuidadores em sobrecarga. Assim, a responsabilidade ética implicou adaptar intervenções ao contexto real, identificar recursos existentes, articular com outros profissionais e garantir que a pessoa recebia o melhor cuidado possível dentro das limitações existentes. A justiça distributiva esteve presente na necessidade de priorizar recursos escassos de forma justa, assegurando que as necessidades mais prementes eram atendidas. Exemplo disso foi a articulação com a equipa comunitária para viabilizar o internamento de uma pessoa cuja permanência no domicílio se tornou insustentável por exaustão do cuidador informal, prevenindo risco acrescido para ambos e garantindo proteção e continuidade de cuidados. Do mesmo modo, em contexto de internamento, a identificação de carência socioeconómica conduziu à articulação com o serviço social para viabilizar o acesso à ortótese indispensável à segurança e funcionalidade no pós-alta, assegurando equidade no acesso a produtos de apoio essenciais à reabilitação. A justiça distributiva tornou-se particularmente evidente na gestão de recursos escassos, exigindo priorização fundamentada e equitativa das necessidades.

Estas situações ilustram que a prática especializada em ER transcende a dimensão técnica, exigindo uma intervenção ética, contextualizada e orientada para a defesa dos direitos da pessoa, particularmente em cenários maior fragilidade e vulnerabilidade.

Assim, o desenvolvimento deste domínio refletiu uma prática eticamente fundamentada, juridicamente responsável e centrada na pessoa. A integração do Código Deontológico, do RGPD, da legislação dos direitos do utente e dos modelos conceptuais da enfermagem permitiu consolidar uma postura profissional madura, consciente e coerente com os requisitos da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação.

O domínio da melhoria contínua da qualidade constitui uma dimensão central do exercício do EE, refletindo a capacidade de integrar, desenvolver e sustentar práticas clínicas seguras, eficazes e alinhadas com os objetivos estratégicos das organizações de saúde. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, este domínio implica a mobilização de conhecimento científico, competências técnicas e pensamento crítico para a avaliação sistemática das práticas, planeamento e implementação de programas de melhoria contínua, bem como para a promoção de ambientes terapêuticos seguros. Ao longo dos estágios, esta competência foi desenvolvida através da participação ativa em iniciativas institucionais, da utilização de instrumentos padronizados de avaliação e da integração da perspetiva da pessoa nos processos de monitorização da qualidade.

Em contexto hospitalar, no Serviço de Ortopedia, a melhoria contínua da qualidade concretizou-se através da integração em programas institucionais já implementados, como por exemplo o Programa de Prevenção de Quedas e o Projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0. Estes projetos, enquadrados na governação clínica da instituição, constituem pilares fundamentais da segurança das pessoas e exigem o envolvimento ativo dos profissionais na sua operacionalização. Enquanto estudante do MER, a minha intervenção centrou-se na mobilização de estratégias preventivas dirigidas à pessoa submetida a cirurgia ortopédica, particularmente vulnerável a eventos adversos decorrentes da imobilidade, dor e alterações do equilíbrio. No âmbito da prevenção de quedas, procedi à avaliação sistemática do risco de queda, utilizando a escala Morse, no período pré e pós-operatório, realizei educação para a saúde referentes às estratégias para prevenção de quedas (calçado adequado, iluminação, utilização de auxiliares de marcha) e também atuação em caso de queda, instruí e treinei com a pessoa a utilização correta de auxiliares de marcha (Novo et al., 2025a; RNAO, 2017). A integração destes programas na prática diária permitiu reforçar comportamentos seguros, promover a adesão às normas instituídas e contribuir para uma cultura de segurança partilhada no serviço.

A utilização sistemática de instrumentos de avaliação padronizados constituiu outro eixo estruturante da melhoria da qualidade. No internamento, por exemplo, a aplicação do *Timed Up and Go Test* (TUGT) permitiu uma avaliação objetiva da mobilidade funcional e do risco de queda, sustentando a tomada de decisão clínica e o ajuste das intervenções de ER (Apêndice II). A utilização e divulgação deste instrumento contribuiu para a monitorização da evolução funcional, para a avaliação da eficácia das intervenções e para a comunicação clara dos resultados à equipa multidisciplinar, reforçando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Em contexto comunitário, a divulgação e aplicação da Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS) revelou-se fundamental na avaliação do risco de disfagia, particularmente em pessoas idosas e com múltiplas comorbilidades. A identificação precoce deste risco permitiu implementar estratégias preventivas, ajustar a consistência alimentar e articular intervenções com outros profissionais, reduzindo a probabilidade de complicações e promovendo um ambiente terapêutico mais seguro. A utilização de instrumentos validados reforça a prática baseada na evidência e constitui um indicador de qualidade na prestação de cuidados especializados.

A valorização da perspetiva da pessoa foi igualmente integrada através da utilização de PROMs, reconhecendo a importância de incluir os resultados reportados pela própria pessoa na avaliação da qualidade dos cuidados. A divulgação junto da equipa transdisciplinar do internamento em Ortopedia para utilização futura do questionário Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), que é um

instrumento de avaliação autorreportado que visa mensurar a percepção da pessoa relativamente aos sintomas e limitações funcionais associadas a lesões do joelho e à osteoartrose, é demonstrado na realização do RCC (Apêndice II) que permitiu captar a percepção da pessoa relativamente à dor, funcionalidade, sintomas e impacto da intervenção no seu quotidiano, complementando a avaliação clínica objetiva. Esta abordagem reforça uma prática centrada na pessoa, orientada não apenas para indicadores biomédicos, mas também para resultados significativos do ponto de vista da vivência individual (McCormack & McCance, 2025; RNAO, 2025).

A melhoria contínua da qualidade manifestou-se ainda na preocupação com a consistência e rastreabilidade dos cuidados especializados, através da elaboração do Documento Orientador para a Uniformização dos Registos de Enfermagem de Reabilitação no SClínico® (Apêndice V). Esta iniciativa, contribuiu para a harmonização das práticas de registo, facilitou a monitorização dos cuidados e irá reforçar a visibilidade dos contributos da ER nos sistemas de informação clínica, constituindo um elemento essencial da governação clínica simultaneamente permitiu também otimizar a continuidade e transição de cuidados bem como otimizar a comunicação interprofissional (Azevedo & Cruz, 2021). Também neste âmbito importa destacar a elaboração do Circuito do treino de Marcha (Apêndice VI) cuja implementação pode ser feita após a aquisição da capacidade para andar com auxiliar de marcha, enquadrando-se nos diagnósticos clínicos de ER trabalhados no documento orientador acima descrito, e teve como finalidade promover uma intervenção sistematizada, segura e baseada na evidência. A estruturação do circuito terapêutico permitiu orientar o treino funcional de forma progressiva, com enfoque na segurança, confiança e autonomia da pessoa, no reforço de padrões adequados de marcha e transferências, no desenvolvimento do controlo postural, equilíbrio e coordenação, bem como na motivação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação.

A promoção de um ambiente terapêutico seguro constituiu uma preocupação transversal, abrangendo não apenas a segurança física, mas também as dimensões psicossocial e cultural. A adaptação das intervenções ao contexto, a gestão do risco no domicílio, a educação da pessoa e da família e a articulação com recursos comunitários permitiram reduzir riscos, promover autonomia e garantir cuidados mais seguros e humanizados. Em contexto domiciliário, esta intervenção concretizou-se através da avaliação sistemática de riscos ambientais, nomeadamente identificação de obstáculos à mobilidade, presença de tapetes soltos, iluminação inadequada ou ausência de apoios estruturais, procedendo à recomendação de adaptações simples e exequíveis que favorecessem a prevenção de quedas e a autonomia funcional.

Paralelamente, foi realizado treino contextualizado das AVD no próprio ambiente da pessoa, ajustando técnicas de transferência e marcha às características do espaço físico disponível, promovendo segurança na execução e confiança no desempenho. A educação da pessoa e da família incluiu orientação sobre gestão da dor, conservação de energia, utilização correta de produtos de apoio e identificação de sinais de alerta que justificassem reavaliação clínica, reforçando a corresponsabilização no processo de cuidar.

Na dimensão psicossocial, em contexto comunitário foi dada particular atenção à exaustão do cuidador informal, promovendo momentos de escuta ativa, clarificação de expectativas e articulação com recursos comunitários quando necessário, nomeadamente equipas de apoio domiciliário e serviço social, de forma a prevenir situações de sobrecarga e risco de descontinuidade de cuidados.

A sensibilidade às dimensões culturais e individuais da pessoa traduziu-se na adaptação da comunicação ao nível de literacia em saúde, no respeito pelos valores e preferências manifestadas e na negociação de objetivos terapêuticos realistas, assegurando que o plano de ER fosse compreendido, aceite e exequível no contexto real da pessoa (Kwame et al., 2021; Wulandari et al., 2022). A dimensão cultural revelou-se particularmente expressiva em contexto de internamento, marcado pela presença significativa de pessoas provenientes de diferentes contextos migratórios. A promoção de um ambiente terapêutico culturalmente sensível implicou a adaptação da comunicação ao nível da proficiência linguística da pessoa, recorrendo à linguagem simplificada, utilização de aplicações informatizadas para tradução linguística, demonstração prática das técnicas de mobilização e validação da compreensão através de reformulação das instruções transmitidas.

Em síntese, o desenvolvimento do domínio da melhoria contínua da qualidade permitiu consolidar competências avançadas de avaliação, planeamento, implementação e monitorização de cuidados, reforçando a responsabilidade do EEER como agente promotor de qualidade, segurança e excelência clínica.

Ao longo dos estágios, a **gestão dos cuidados** manifestou-se de forma consistente na otimização do processo de tomada de decisão clínica, sustentada numa avaliação rigorosa, na integração da pessoa e família como parceiros ativos e na articulação permanente com a equipa interdisciplinar. Em contexto hospitalar, no Serviço de Ortopedia, a gestão dos cuidados concretizou-se na participação ativa nas dinâmicas da equipa interdisciplinar, nomeadamente nas visitas clínicas. Nestes espaços, foi possível integrar a avaliação funcional realizada enquanto EEER, discutir diagnósticos de ER, propor estratégias de intervenção ajustadas à evolução clínica e antecipar necessidades específicas para a

transição para o domicílio. A articulação com médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais e restantes enfermeiros permitiu uma abordagem integrada e partilhada com a pessoa submetida a cirurgia ortopédica, promovendo a continuidade de cuidados e reduzindo o risco de transições inseguras.

A gestão dos cuidados implicou igualmente a supervisão por parte dos enfermeiros supervisores, que se demonstrou como uma dimensão colaborativa e formativa, centrada na clarificação de objetivos, na adequação das intervenções às necessidades da pessoa e na partilha de conhecimento entre pares. A atenção permanente à segurança, particularmente na mobilização, prevenção de quedas e realização das atividades de vida diária, refletiu uma aprendizagem consciente da responsabilidade associada à coordenação do cuidado especializado do EEER.

A adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto revelou-se fundamental perante a variabilidade clínica e organizacional. No serviço de Ortopedia, a elevada rotatividade de pessoas internadas e a pressão assistencial elevada exigiram uma gestão flexível e criteriosa, orientada para a priorização das necessidades e para a maximização do impacto das intervenções de ER. A capacidade de identificar situações de maior risco funcional, redefinir objetivos terapêuticos e ajustar a intensidade das intervenções permitiu otimizar o trabalho da equipa e garantir cuidados de qualidade, mesmo em cenários de maior exigência, simultaneamente crescem sentimentos de impotência considerando a impossibilidade/limitação da minha intervenção. Os sentimentos de impotência experienciados emergem da tensão entre a identificação de necessidades funcionais complexas e os constrangimentos organizacionais que limitaram a implementação integral das intervenções consideradas clinicamente indicadas. Esta experiência pode ser compreendida à luz do conceito de sofrimento moral, descrito na literatura como a vivência decorrente da impossibilidade de concretizar a ação profissional considerada eticamente adequada devido a condicionantes institucionais (Salari et al., 2022). Esta gestão traduziu-se na priorização de intervenção com as pessoas em pós-operatório imediato com maior risco de perda funcional ou de complicações associadas à imobilidade, privilegiando a implementação de ensino, instrução e treino estruturado nas primeiras 24 horas após a cirurgia, com vista a promover maior independência na execução do plano de reabilitação proposto. Simultaneamente, implicou a redefinição de objetivos terapêuticos ajustados à evolução clínica e ao tempo disponível até à alta.

Em situações de dor intensa ou intolerância à atividade significativa, tornou-se necessário ajustar a intensidade e duração das sessões, privilegiando objetivos essenciais à segurança no regresso ao domicílio, como o treino de transferências seguras ou a utilização adequada de auxiliares de marcha.

Esta capacidade de redefinir metas e reorganizar prioridades permitiu maximizar o impacto das intervenções, garantindo cuidados de qualidade mesmo em cenários de maior exigência.

Concomitantemente, emergiram sentimentos de impotência perante limitações estruturais, nomeadamente a impossibilidade de assegurar acompanhamento prolongado de ER a todas as pessoas que dele beneficiariam ou de influenciar critérios institucionais de alta hospitalar condicionados por constrangimentos organizacionais. A consciência destas limitações reforçou a importância de uma intervenção precoce, intencional e focada nas competências essenciais, bem como da articulação com recursos comunitários sempre que possível, transformando constrangimentos em estímulo para uma prática mais estratégica e fundamentada.

Em contexto comunitário, a gestão dos cuidados assumiu uma complexidade acrescida, exigindo uma abordagem adaptativa. A prestação de cuidados no domicílio por si mesmo configura uma necessidade de gestão estratégica do planeamento no sentido de minimizar o impacto das deslocações e promover ao máximo um rendimento otimizado das sessões, ressalva-se também que no domicílio a intervenção de ER é frequentemente marcada por limitações arquitetónicas, escassez de recursos formais e sobrecarga do cuidador o que implicou a definição de prioridades, a negociação de objetivos realistas e a articulação contínua com a equipa transdisciplinar e os recursos da comunidade. Esta intervenção permitiu adequar os cuidados às necessidades reais da pessoa e família, promovendo a continuidade assistencial e a segurança no processo de transição.

A gestão da adesão ao plano de ER revelou-se igualmente determinante, sendo necessário reformular estratégias quando se identificava baixa motivação ou dificuldade em integrar os exercícios na rotina diária. Em determinadas situações, perante uma postura mais passiva da pessoa face aos cuidados prestados pelo cuidador informal, foi promovida a sua participação ativa durante as sessões de ER, no treino de tarefas compatíveis com a sua capacidade funcional, como colaborar na higiene ou colaborar no posicionamento. Os exercícios inicialmente prescritos de forma estruturada passaram a ser incorporados nessas atividades, transformando momentos de intervenção de ER em oportunidades de treino funcional com a pessoa e cuidador.

Paralelamente, sempre que se verificava desmotivação relativamente ao programa de ER, foram definidos objetivos com significado pessoal, como a retoma do hábito de sair de casa para tomar café na proximidade da residência. A partir desta meta concreta, o plano de ER foi reorganizado de forma progressiva, incluindo treino de marcha na rua, reforço da tolerância ao esforço e estratégias de conservação de energia, treino de subida e descida de escadas durante o percurso. A associação da

reabilitação a uma atividade socialmente valorizada pela pessoa aumentou o envolvimento no processo terapêutico, reforçou a percepção de utilidade dos exercícios e promoveu maior consistência na sua realização.

A adaptação do estilo de liderança ao clima organizacional e às características das equipas constituiu um elemento central neste domínio. Ao longo dos estágios, procurei adotar uma postura de liderança baseada na proximidade, na comunicação clara e no respeito pelos diferentes papéis profissionais, favorecendo um ambiente colaborativo e promotor da melhor resposta do grupo e dos indivíduos. Esta postura facilitou o trabalho em equipa, potenciou a adesão às intervenções propostas e contribuiu para decisões partilhadas e sustentadas.

Em síntese, a aquisição das competências no domínio da gestão dos cuidados resultou de um processo progressivo de integração do conhecimento científico, da experiência prática e da reflexão crítica. A capacidade de gerir cuidados de enfermagem, otimizar a tomada de decisão, supervisionar intervenções delegadas e adaptar a liderança e os recursos aos diferentes contextos permitiu consolidar uma prática autónoma, responsável e alinhada com os padrões de qualidade exigidos ao EEER reforçando a sua relevância como gestor do cuidado e elemento central na articulação da resposta em saúde.

No que concerne o **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** este implica a capacidade do EE para promover a aprendizagem contínua, refletir criticamente sobre a prática e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, individual e coletivamente. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, esta competência assenta na responsabilidade do EE enquanto profissional que aprende ao longo da vida, mobiliza evidência científica para sustentar a prática e participa ativamente na formação, supervisão e desenvolvimento dos pares, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o fortalecimento da disciplina.

Nesta jornada, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais constituiu-se como um processo intencional e contínuo, sustentado na articulação entre experiência clínica, estudo autónomo e reflexão crítica sobre a ação. A prática reflexiva assumiu-se como pilar edificador deste percurso, permitindo analisar intervenções, identificar áreas de melhoria e consolidar aprendizagens significativas.

O estudo autónomo revelou-se fundamental para sustentar a intervenção clínica nos diferentes contextos de estágio. A pesquisa sistemática pela evidencia científica que suportasse a minha atuação, permitiu responder a necessidades formativas emergentes da prática e fundamentar as decisões

clínicas tomadas. Esta procura ativa de evidência foi particularmente evidente na conceção dos RCC (Apêndice I e II) desenvolvidos em contexto hospitalar e comunitário, nos quais a seleção crítica da literatura recente dos últimos 5-10 anos sustentou a avaliação, o planeamento e a implementação das intervenções de ER, evidenciando a capacidade de integrar conhecimento científico na prática clínica.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais ocorreu também através da partilha e construção coletiva do conhecimento. A colaboração com colegas do mestrado, nomeadamente na elaboração de uma compilação estruturada dos conteúdos dos webinars (Apêndice VII) promovidos pela OE acerca de reabilitação respiratória, constituiu uma estratégia relevante de sistematização da informação e de transformação de momentos formativos em recursos pedagógicos úteis e reprodutíveis.

A participação em atividades científicas e académicas contribuiu igualmente para o aprofundamento das aprendizagens profissionais. A integração na Comissão Organizadora do Dia Internacional do Enfermeiro na ESSATLA (Anexo II) permitiu desenvolver competências associadas à organização, planeamento e dinamização de eventos científicos, promovendo o contacto com diferentes perspetivas profissionais e o debate crítico sobre a prática de enfermagem. Do mesmo modo, a participação em seminários e webinars (Anexo III) favoreceu a atualização contínua dos conhecimentos e a reflexão sobre práticas emergentes na área da Enfermagem de Reabilitação.

Em contexto comunitário, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi particularmente marcado pela exposição a situações complexas, exigindo adaptação constante e capacidade de aprender no contexto. A diversidade cultural, social e económica das pessoas acompanhadas, associada à limitação de recursos e às especificidades do cuidado domiciliário, constituiu um estímulo permanente à reflexão crítica e à reformulação das intervenções. Esta aprendizagem situada reforçou a necessidade de uma prática flexível, culturalmente sensível e centrada na pessoa.

A comunicação do conhecimento assumiu-se como dimensão transversal do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao longo dos estágios, esta concretizou-se quer na interação direta com a pessoa e cuidadores, através da adaptação da linguagem e validação da compreensão, quer na participação ativa em reuniões de equipa, onde foram discutidas avaliações funcionais, diagnósticos e estratégias de intervenção. A elaboração de documentos orientadores, como o guia para uniformização dos registos de Enfermagem de Reabilitação no SClínico® (Apêndice V), constituiu igualmente uma expressão da capacidade de transformar conhecimento científico em instrumentos organizacionais promotores da qualidade dos cuidados.

Em síntese, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais resultou de um percurso marcado pela aprendizagem autónoma, reflexiva e colaborativa, orientada para a integração contínua da evidência científica na prática. Este processo permitiu consolidar competências avançadas de análise crítica, produção e disseminação do conhecimento, reforçando uma identidade profissional comprometida com a excelência, a inovação e a aprendizagem ao longo da vida. O domínio das aprendizagens profissionais afirma, assim, o EEER como agente ativo no desenvolvimento da disciplina, na qualificação dos cuidados e na promoção de práticas sustentadas, éticas e cientificamente fundamentadas.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

As competências específicas do EEER traduzem um conjunto de conhecimentos, habilidades, valores, crenças e atitudes diferenciadas que sustentam uma intervenção especializada orientada para a maximização da funcionalidade, a promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 392/2019). Enquadradas no Regulamento n.º 392/2019, estas competências afirmam a ER como uma área de intervenção clínica altamente especializada, com um contributo determinante nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade, em todos os contextos da prática de cuidados.

A especificidade da ER reside numa abordagem centrada na funcionalidade e na capacidade adaptativa da pessoa, considerando de forma integrada as dimensões: motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade, bem como os fatores psicossociais e ambientais que condicionam a participação e o exercício da cidadania (Regulamento n.º 392/2019). Destarte a intervenção do EEER não se limita à recuperação da “função comprometida”, mas estende-se à prevenção do declínio funcional, à reeducação de funções, à compensação de limitações e à capacitação da pessoa e do cuidador para o autocuidado e a autogestão da saúde, numa lógica de continuidade, centralidade e sustentabilidade dos cuidados.

O desenvolvimento destas competências assenta num processo sistemático que integra a avaliação rigorosa da funcionalidade, o diagnóstico precoce de respostas humanas desadequadas, a conceção de planos de intervenção individualizados, a implementação de programas de reeducação funcional e a avaliação contínua dos resultados obtidos (Regulamento n.º 392/2019; World Health Organization, 2020). Este ciclo dinâmico de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação constitui o núcleo da prática do EEER, permitindo responder a situações de elevada complexidade, imprevisibilidade e vulnerabilidade, características frequentes no escopo de atuação da ER. (Ribeiro et al., 2021)

A capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação assume-se como um eixo central da intervenção do EEER, traduzindo uma prática orientada para o reforço da autonomia, da participação social e do exercício da cidadania (Regulamento n.º 392/2019). Neste sentido, a parceria estabelecida com a pessoa e família, a definição partilhada de objetivos e a adaptação das intervenções ao contexto de vida constituem elementos fundamentais para a promoção de processos adaptativos bem-sucedidos. (Kayes & Papadimitriou, 2023)

Paralelamente, a maximização da funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa constitui uma expressão clara da competência técnica e científica do EEER. A conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, sustentados na melhor evidência científica e adaptados às características individuais (únicas e irrepetíveis), evidenciam a responsabilidade no contexto da promoção da saúde e prevenção de complicações (Regulamento n.º 392/2019). A monitorização sistemática dos resultados, a reformulação dos programas e a utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de ER permitem avaliar os ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social, reforçando a qualidade e a segurança da prática.

Neste subcapítulo, procede-se à análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências específicas do EEER, sob a minha perspetiva das experiências vivenciadas ao longo dos estágios realizados. Esta análise pretende evidenciar um percurso formativo marcado pela consolidação de uma prática autónoma, fundamentada e centrada na pessoa, afirmando o contributo do EEER para a excelência dos cuidados e para o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação.

A aquisição da competência de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em diferentes contextos da prática de cuidados, constituiu a base do meu percurso formativo ao longo dos estágios do mestrado em ER. Este desenvolvimento ocorreu de forma progressiva e contextualizada, através da integração do conhecimento científico com a prática clínica especializada, permitindo-me intervir junto de todas as pessoas com quem pude partilhar cuidados, em contexto hospitalar e comunitário.

Desde o início dos estágios, a avaliação da funcionalidade assumiu-se como um momento central da minha intervenção enquanto estudante em formação. Em contexto hospitalar, no Serviço de Ortopedia, a avaliação funcional foi realizada de forma sistemática desde o período pré-operatório até à preparação da alta, integrando observação clínica estruturada e aplicação de instrumentos de medida validados, como a Medida de Independência Funcional ou a Escala Numérica da Dor para permitindo identificar limitações da atividade e incapacidades experienciadas pelas pessoas com quem

partilho cuidados. A análise contemplou mobilidade no leito, transferências, marcha, equilíbrio, amplitude articular, força muscular e capacidade para realização das atividades de vida diária, permitindo identificar limitações específicas da atividade e orientar a definição de objetivos terapêuticos individualizados. Foram ainda considerados fatores condicionantes, como medo de cair e tolerância ao esforço, determinantes para a progressão segura do plano de ER.

Esta abordagem multidimensional permitiu uma compreensão integrada da funcionalidade da pessoa, não restrita à dimensão física, mas contemplando aspetos cognitivos, emocionais e contextuais, representado o todo que integra a pessoa, conforme sistematizado no RCC realizado (Apêndice I e II)

A utilização de instrumentos de avaliação padronizados constituiu uma referência para uma avaliação sistematizada e cientificamente adequada, a aplicação das diversas escalas (Apêndice I e II) permitiu fundamentar o raciocínio clínico, formular diagnósticos de ER e definir prioridades de intervenção ajustadas à situação clínica da pessoa. A análise crítica dos resultados obtidos através destes instrumentos contribuiu para a tomada de decisão informada e para a monitorização da evolução funcional ao longo da jornada de reabilitação, mas também contribuiu para a monitorização de ganhos evidenciando resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Sousa et al., 2021). A utilização consistente de instrumentos de avaliação revelou-se determinante para o desenvolvimento do meu raciocínio clínico considerando a necessidade de reajuste do planeamento e intervenção de acordo com a avaliação das mesmas. Em contexto hospitalar, apesar de o plano inicial delineado prever progressão para treino de escadas no segundo dia pós-cirúrgico, a reavaliação evidenciou que a pessoa ainda não reunia condições de estabilidade e equilíbrio corporal para tal progressão. Perante estes dados, procedi à reformulação da intervenção, privilegiando treino intensivo de controlo postural, reforço muscular em cadeia cinética fechada e otimização da gestão da dor antes de avançar para maior complexidade funcional, prevenindo risco acrescido e promovendo evolução mais segura e consistente. De forma semelhante em contexto comunitário, conforme o RCC (Apêndice I) demonstra, a monitorização da força muscular através da escala MRC e a observação estruturada do desempenho funcional permitiram identificar flutuações associadas aos períodos “on/off” decorrentes da Doença Parkison (Neves et al., 2025). Perante maior rigidez e bradicinesia nos períodos “off”, procedi à adaptação da intensidade e complexidade dos exercícios, privilegiando mobilizações ativo-assistidas e treino de menor exigência. Já nos períodos “on”, foi possível progredir para exercícios ativos e treino de AVD de forma mais exigente. Esta adaptação contínua evidenciou a importância da avaliação sistemática como suporte à decisão clínica e à individualização da intervenção.

Destaco que a avaliação funcional realizada no domicílio exigiu uma abordagem ainda mais abrangente, integrando a análise do ambiente físico, a identificação de barreiras arquitetônicas, a disponibilidade de recursos formais e informais e o impacto da incapacidade na qualidade de vida da pessoa e do cuidador. Este contacto permitiu-me desenvolver uma visão mais holística do cuidar, compreendendo de que forma os fatores ambientais e sociais influenciam a funcionalidade e a autonomia, mas também me auxiliou na percepção de que a nossa intervenção é francamente moldada por fatores externos. Na comunidade durante intervenção de ER numa visita domiciliar constatámos uma situação em que o cuidador informal assumia a substituição da pessoa nas atividades de vida por receio, verificou-se que a dependência funcional era, em parte, reforçada pela dinâmica familiar e não apenas pelas limitações motoras da pessoa (Riffin et al., 2021). Esta constatação levou à reformulação da intervenção, com introdução de treino supervisionado das AVD e orientação ao cuidador para permitir/incentivar a participação progressiva da pessoa nos próprios cuidados, promovendo maior independência e reduzindo a sobrecarga do cuidador.

A partir da avaliação realizada, fui progressivamente adquirindo competências na conceção de planos de intervenção individualizados, orientados para a promoção de capacidades adaptativas e para o autocuidado. Em ambos os contextos de estágio, os planos de cuidados foram construídos com base nas respostas humanas comprometidas identificadas, respeitando os objetivos da pessoa e envolvendo-a ativamente na definição das metas de reabilitação. Este processo exigiu capacidade de integrar múltiplas dimensões da funcionalidade e de ajustar as intervenções à tolerância, motivação e contexto de vida da pessoa, reforçando a importância da parceria de cuidados.

No contexto hospitalar de Ortopedia, esta competência materializou-se na elaboração de planos de cuidados no sistema de informação SClínico® com enfoque na reeducação funcional motora e de treino de AVD dirigidos à pessoa submetida a cirurgia do foro ortopédico, integrando intervenções de treino de transferências, treino de marcha com dispositivos auxiliares, treino de equilíbrio e otimização de estratégias de prevenção de quedas, conforme documentado no RCC (Apêndice II). A necessidade de adaptar continuamente o planeamento à evolução clínica, mas também à individualidade de cada pessoa, considerando condicionantes como a presença de dor, fadiga ou intercorrências, contribuiu para o desenvolvimento do meu raciocínio clínico e da capacidade de tomada de decisão em situações de complexidade. A definição de objetivos foi realizada de forma partilhada, tendo em conta as expectativas da pessoa, o seu contexto de vida, o seu ambiente domiciliário e a necessidade de garantir uma transição segura para o domicílio, integrando os referenciais teóricos anteriormente abordados.

Em contexto comunitário, a concepção dos planos de intervenção exigiu uma adaptação constante às condições reais do domicílio e aos recursos disponíveis. A elaboração e implementação de programas de reeducação funcional motora e respiratória, devidamente respaldados no RCC (Apêndice I) e no Diário de Intervenções (Apêndice VIII), permitiram-me desenvolver competências na gestão de processos terapêuticos complexos em ambientes não controlados. A necessidade de ajustar os exercícios ao espaço físico, às limitações da pessoa e à presença do cuidador contribuiu para o desenvolvimento da minha capacidade de adaptação, criatividade clínica e tomada de decisão em ambientes não convencionais deparando-me com situações de elevada imprevisibilidade, mas com enfoque na eficácia terapêutica e a segurança da pessoa parceira de cuidados.

A avaliação contínua dos resultados das intervenções constituiu um aspeto transversal a todo o meu percurso. Ao longo dos estágios, fui desenvolvendo a capacidade de monitorizar a evolução funcional, identificar ganhos e limitações persistentes e reformular objetivos e estratégias sempre que necessário. Esta prática reflexiva permitiu-me compreender que a reabilitação é um processo dinâmico, que exige flexibilidade, capacidade de adaptação e reavaliação constante, reforçando o papel do EEER na gestão de processos terapêuticos complexos.

A seleção, prescrição e ensino da utilização de produtos de apoio representaram igualmente uma área de aquisição de competências relevante. Em contexto hospitalar e comunitário, tive oportunidade de identificar necessidades específicas, selecionar ajudas técnicas adequadas e ensinar/treinar e supervisionar a sua utilização à pessoa e ao cuidador, com vista à maximização da autonomia e à prevenção de riscos.

A intervenção junto da pessoa com necessidades especiais permitiu-me também desenvolver competências na avaliação do impacto da alteração da funcionalidade na qualidade de vida e no bem-estar. Ao longo dos estágios, foi possível reconhecer que as limitações funcionais têm repercussões emocionais, sociais e identitárias significativas (Apêndice I e II), exigindo do EEER uma abordagem sensível, ética e centrada na pessoa (RNAO, 2025). O apoio nos processos de adaptação e transição revelou-se essencial para promover a aceitação da condição, a redefinição de papéis e a reconstrução do projeto de vida (Meleis 2015; RNAO, 2023).

Assim, a aquisição desta competência ao longo dos estágios traduziu-se num crescimento progressivo enquanto futura EEER permitindo-me desenvolver uma prática clínica diferenciada, fundamentada na avaliação rigorosa da funcionalidade, na concepção e implementação de intervenções especializadas e na monitorização sistemática dos resultados. Este percurso consolidou a minha capacidade de cuidar

de pessoas com necessidades especiais em diferentes contextos, afirmando a especificidade e o valor da ER na promoção da autonomia, da qualidade de vida e da participação social.

A obtenção da competência de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania constituiu um eixo central do meu percurso formativo enquanto EEER em formação. Ao longo dos estágios, esta competência foi progressivamente desenvolvida através de uma intervenção intencional dirigida não apenas à recuperação ou otimização da função, mas sobretudo à capacitação da pessoa e do cuidador para a autonomia, participação social e exercício dos seus direitos, nos diferentes contextos de vida.

Desde o contexto hospitalar, no Serviço de Ortopedia, a capacitação da pessoa iniciou-se de forma precoce, integrando o ensino, a instrução, o treino e a supervisão como componentes estruturantes do planeamento e intervenção especializada em ER. No acompanhamento da pessoa submetida a ATJ, documentado no RCC (Apêndice II), a capacitação incidiu sobre o desenvolvimento de conhecimentos e competências que permitissem à pessoa compreender a sua condição, participar ativamente no processo de reabilitação e preparar-se para uma transição segura para o domicílio. A utilização de documentos potenciadores da literacia, como os folhetos (Apêndice IX) e o documento personalizado “Cuidar do meu Joelho” (Apêndice X) associada à artroplastia, permitiu-me identificar défices de conhecimento, planear intervenções educativas individualizadas e avaliar os ganhos obtidos ao longo do internamento e após a alta.

O treino sistemático das AVD constituiu uma das principais estratégias de capacitação desenvolvidas, sendo que ao longo do estágio hospitalar, realizei intervenções de ensino, demonstração e treino dirigidas aos autocuidados higiene, utilização do sanitário, transferências, andar com dispositivo auxiliares (Liu et al., 2024). Estas intervenções foram sempre adaptadas às limitações impostas pela restrição cirúrgica e à tolerância da pessoa para a realização de atividades e às exigências do contexto domiciliário, promovendo a autonomia funcional. A capacitação para as AIVD, como entrar e sair do carro ou apanhar objetos do chão com recurso a estratégias compensatórias, foi igualmente integrada no planeamento de cuidados, reforçando a preparação para a reinserção na vida quotidiana.

Em contexto comunitário, esta competência foi aprofundada de forma particularmente significativa. A intervenção domiciliária com pessoas em situação de dependência funcional e com restrição da participação social exigiu uma abordagem centrada na capacitação para o exercício da cidadania, considerando não apenas as limitações individuais, mas também as barreiras ambientais, sociais e organizacionais. A avaliação do contexto domiciliário permitiu identificar barreiras arquitetónicas,

riscos ambientais e constrangimentos que dificultavam a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. A partir desta avaliação, foram delineadas estratégias adaptativas e orientações dirigidas à eliminação ou minimização dessas barreiras, promovendo ambientes mais seguros e facilitadores da autonomia.

A capacitação do cuidador assumiu um papel central na promoção da reinserção e do exercício da cidadania da pessoa com limitação funcional. Ao longo do estágio na comunidade, desenvolvi intervenções dirigidas ao ensino, instrução e treino do cuidador, capacitando-o para a prestação de cuidados seguros, para a utilização adequada de produtos de apoio e para a gestão das necessidades da pessoa no domicílio como por exemplo, técnicas de posicionamento, estratégias preventivas da aspiração e técnica de transferência (Apêndice I e VIII). Este processo incluiu igualmente o apoio ao cuidador na adaptação ao novo papel, reconhecendo as suas necessidades, limites e direitos, numa lógica de cuidado centrado não só na pessoa, mas também família. A capacitação do cuidador revelou-se determinante para a continuidade de cuidados, para a prevenção de complicações e para a manutenção da pessoa no seu contexto de vida. A promoção da participação social foi igualmente trabalhada através de intervenções dirigidas à educação para a saúde e à sensibilização da comunidade. A realização de atividades de educação para a saúde, nomeadamente a sessão sobre a prevenção de quedas e à promoção de estratégias de segurança realizada em parceria com as colegas do mestrado (Apêndice XI;XII e Anexo III), constituiu uma oportunidade para capacitar não só as pessoas diretamente cuidadas, mas também a comunidade em geral, promovendo práticas inclusivas e ambientes mais seguros. Estas intervenções potencialmente contribuiram para o aumento da literacia em saúde, para a prevenção de incapacidades evitáveis e para o reforço da autonomia e da participação social das pessoas idosas.

Ao longo dos estágios, a capacitação foi entendida como um processo contínuo, dinâmico e adaptativo, que exige avaliação constante, reformulação de estratégias e acompanhamento próximo da pessoa e do cuidador. A monitorização dos resultados das intervenções permitiu-me reformular objetivos, ajustar programas de treino e introduzir melhorias sempre que necessário, garantindo que as intervenções permanecessem alinhadas com o projeto de saúde da pessoa e com a promoção da sua cidadania.

A aquisição da competência de maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa constituiu um eixo estruturante do meu percurso formativo ao longo dos estágios, traduzindo-se numa consolidação progressiva da capacidade de conceber, implementar, monitorizar e reformular programas de reeducação funcional motora, cardíaca e respiratória,

ajustados à complexidade clínica, à vulnerabilidade e aos objetivos individuais de cada pessoa (Apêndice I e II). Esta competência foi desenvolvida em estreita articulação com o raciocínio clínico próprio da ER, sustentado na avaliação sistemática da funcionalidade e na utilização de instrumentos de medida sensíveis aos cuidados especializados.

O primeiro elemento central na aquisição desta competência foi a avaliação rigorosa e multidimensional da funcionalidade, assumida como ponto de partida indispensável para qualquer intervenção orientada para a maximização das capacidades. Ao longo dos estágios, desenvolvi a capacidade de avaliar o desempenho motor, a tolerância à atividade, o equilíbrio, a capacidade para a marcha e a realização das AVD, recorrendo a instrumentos padronizados e reconhecidos na prática de ER. Esta avaliação permitiu-me identificar precocemente alterações funcionais, hierarquizar prioridades e definir objetivos realistas e mensuráveis, ajustados ao estado clínico e ao contexto da pessoa, garantindo intervenções seguras e eficazes.

A partir desta avaliação, adquiri competência na conceção de programas individualizados de treino motor, estruturados segundo princípios de progressividade, especificidade e segurança. Em contexto hospitalar ortopédico, esta competência materializou-se na planificação de programas de reeducação funcional dirigidos à recuperação da mobilidade, força muscular, equilíbrio e capacidade para a marcha, tendo em conta as limitações impostas pelo procedimento cirúrgico, a presença de dor, o risco de queda e as condições prévias da pessoa. O desenvolvimento desta capacidade implicou integrar conhecimento científico atualizado com a observação clínica contínua, ajustando a intensidade, duração e complexidade dos exercícios em função da resposta funcional apresentada.

O treino funcional foi sempre concebido numa lógica de adaptação para o desempenho real, privilegiando exercícios com significado para a vida diária da pessoa. O treino de levantar e sentar, transferências, marcha em plano e em escadas e adaptação ao uso de auxiliares de marcha foi integrado de forma sistemática nos programas, permitindo maximizar a funcionalidade com impacto direto na independência. Este enfoque funcional contribuiu para que a maximização das capacidades não fosse entendida apenas como melhoria de parâmetros físicos, mas como aumento efetivo da capacidade de participação e de desempenho nas atividades quotidianas. Exemplo disso foi a implementação do circuito de treino de marcha (Apêndice VI) estruturado com obstáculos, mudanças de direção, variações de alturas e simulação de situações do quotidiano, como contornar mobiliário, transpor desníveis e gerir espaços reduzidos. Esta abordagem permitiu trabalhar simultaneamente equilíbrio, coordenação, resistência e segurança na mobilidade, favorecendo a transferência dos ganhos obtidos para o contexto real de vida. A integração progressiva destes desafios funcionais

promoveu maior confiança no desempenho motor, reforçou a autoeficácia da pessoa e contribuiu para uma transição mais segura entre o internamento e o domicílio, consolidando a marcha como eixo estruturante da independência. (Limão & Martins, 2021)

A aquisição desta competência foi igualmente aprofundada no domínio da reeducação funcional respiratória e da tolerância ao esforço, sobretudo no estágio complementar, onde tive oportunidade de integrar programas de treino cardiorrespiratório adaptados a pessoas com compromisso respiratório. Neste contexto, desenvolvi competências para selecionar e aplicar técnicas específicas de reeducação respiratória, articular estas técnicas com o treino de exercício e monitorizar a resposta da pessoa ao esforço, respeitando princípios de segurança clínica. Esta experiência permitiu-me compreender a importância da integração entre treino motor e respiratório como estratégia para potenciar a capacidade funcional global. (Novo et al., 2025b)

Um aspeto determinante na consolidação desta competência foi a monitorização sistemática dos resultados e a reformulação contínua dos programas de treino. Ao longo dos estágios, utilizei indicadores sensíveis aos cuidados de ER para avaliar ganhos em funcionalidade, autonomia e bem-estar, permitindo-me ajustar objetivos, introduzir elementos de maior complexidade ou, sempre que necessário, recuar na progressão do treino (Apêndice I e II). Este processo reforçou a compreensão da maximização da funcionalidade como um percurso dinâmico, que exige avaliação contínua e capacidade de adaptação às flutuações do estado clínico e funcional da pessoa.

A segurança constituiu um princípio transversal a todas as intervenções desenvolvidas no âmbito desta competência. A implementação de programas de treino implicou a avaliação contínua do risco clínico, nomeadamente risco de queda, intolerância ao esforço ou agravamento sintomático, bem como a adoção de estratégias preventivas ajustadas a cada situação. A preocupação com a segurança permitiu-me desenvolver uma prática fundamentada, que alia a ambição de maximizar capacidades à responsabilidade ética de proteger a pessoa de eventos adversos. (Novo et al., 2025c)

Em contexto comunitário, a maximização da funcionalidade adquiriu particular complexidade, exigindo a adaptação dos programas de treino às condições reais do domicílio e aos recursos disponíveis. A avaliação do ambiente, a identificação de barreiras arquitetónicas e a gestão de riscos ambientais foram integradas no planeamento dos programas, garantindo que o treino funcional fosse exequível, seguro e sustentável no tempo. Esta experiência contribuiu para consolidar a capacidade de desenvolver intervenções criativas e ajustadas, mantendo os princípios técnicos da reeducação funcional em contextos menos controlados.

A capacitação da pessoa para a autogestão do treino constituiu igualmente um componente central desta competência. Ao longo dos estágios, desenvolvi intervenções de ensino, instrução e treino dirigidas à execução autónoma de exercícios, promovendo a continuidade do programa de reabilitação para além dos momentos de contacto direto com o EEER. Este processo implicou a adaptação da linguagem, a demonstração prática, a supervisão da execução e a validação da aprendizagem, reforçando a confiança da pessoa na sua capacidade para manter o treino de forma segura.

A aquisição desta competência permitiu-me integrar conhecimento científico, avaliação funcional rigorosa, planeamento estruturado e monitorização contínua, desenvolvendo uma prática de ER orientada para a maximização das capacidades e para a obtenção de ganhos funcionais significativos. Este percurso consolidou a minha capacidade de intervir em situações de imprevisibilidade e vulnerabilidade, promovendo programas de treino eficazes, seguros e alinhados com o projeto de saúde da pessoa.

Em síntese, a maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa foi alcançada através de um processo formativo que integrou avaliação sistemática, conceção e implementação de programas individualizados, monitorização de resultados e reformulação contínua das intervenções. Esta competência reforçou a minha identidade enquanto EEER, capaz de promover ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com impacto direto na autonomia, qualidade de vida e participação social da pessoa.

3.3. Competências de Mestre

O desenvolvimento das competências inerentes ao grau de mestre constituiu um percurso profundamente formativo, marcado pela consolidação de conhecimento avançado, pelo exercício sistemático da investigação e pela capacidade de intervir em cenários complexos, multidisciplinares. Em conformidade com o (Decreto-lei nº65/2018) o grau de mestre exige que o estudante amplie e aprofunde os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo, demonstrando competências para integrar saberes, tomar decisões fundamentadas e propor soluções inovadoras, particularmente em contextos de incerteza e de elevada exigência clínica.

Neste sentido, a aprendizagem autónoma assumiu um papel estruturante. Ao longo dos diversos contextos de estágio, mantive uma prática contínua de estudo independente, suportada pela pesquisa em bases de dados científicas e pela consulta de literatura cinzenta orientada para suprir necessidades formativas emergentes da prática. Esta investigação autónoma permitiu fundamentar cada intervenção, desenvolver pensamento crítico e reforçar a criatividade aplicada à resolução de

problemas, fortalecendo a capacidade de mobilizar evidência para sustentar decisões clínicas. Esta capacidade de pesquisa de evidência científica está plenamente demonstrada na conceção dos RCC elaborados (Apêndice I e II) mas também em todos os documentos produzidos que se encontram disponíveis em anexo. A este processo aliou-se um trabalho colaborativo desenvolvido com duas colegas do mestrado, que resultou na elaboração conjunta de uma compilação estruturada dos conteúdos dos *webinars* da Ordem dos Enfermeiros assistidos, transformando momentos formativos em recursos pedagógicos úteis e reproduzíveis (Apêndice VII).

O envolvimento em atividades científicas e académicas foi igualmente determinante para a consolidação das competências de mestre. A participação na Comissão Organizadora do Dia Internacional do Enfermeiro na ESSATLA permitiu experienciar processos de gestão e planeamento de eventos de natureza científico-profissional (Anexo II), enquanto a participação em congressos, seminários e webinars (Anexo III) contribuiu para o aprofundamento dos conhecimentos emergentes na área da ER, favorecendo o contacto com novas perspetivas teóricas e a reflexão sobre práticas inovadoras.

Em contexto comunitário, a aplicação do conhecimento em situações novas e frequentemente imprevisíveis revelou-se um dos aspetos mais transformadores deste percurso. A intervenção no domicílio com pessoas em condições de elevada fragilidade, com dependência acentuada, limitações arquitetónicas, recursos escassos e cuidadores sobrecarregados exigiu raciocínio clínico avançado, tomada de decisão contínua e reformulação das estratégias de intervenção de ER. A necessidade de ajustar objetivos, reconstruir intervenções de ER, gerir riscos e envolver a pessoa e o cuidador nas decisões expressa a competência de mestre relacionada com o enfrentar situações complexas com base em conhecimento especializado e reflexão ética. No que concerne a o estágio em contexto hospitalar, a complexidade inerente a serviço relacionada com a alta rotatividade na taxa de ocupação, internamentos com admissões na data da cirurgia e altas precoces também foram fatores que contribuíram para a necessidade de gestão dos objetivos e constante necessidade de adaptação do planeamento da intervenção estruturada de ER.

A dimensão investigativa foi materializada na produção académica realizada ao longo do percurso, nomeadamente a elaboração dos RCC, (Apêndice I e II), na colaboração com colegas do mestrado na elaboração de dois artigos científicos um sobre a temática das quedas em contexto comunitário e outro sobre a intervenção de ER com a pessoa com lesão vertebromedular permitiu a criação de conhecimento estruturado e contributivo para a disciplina (Anexo IV). De igual modo, a realização de uma atividade de educação para a saúde da população (Apêndice XI), centrada na educação para a

saúde sobre prevenção de quedas e estratégias promotoras de segurança, reforçou a integração entre investigação, intervenção e impacto comunitário, contribuindo para o aumento da literacia e empoderamento das pessoas idosas.

A comunicação, transversal a todo o processo terapêutico, assumiu múltiplas formas: desde a exposição clara e adaptada das intervenções e exercícios à pessoa e cuidador conforme demonstrado nos RCC, no guia “Cuidar do meu Joelho” ou na elaboração de folhetos no contexto comunitário (Apêndice I, II, IX e X). A elaboração dos folhetos (Apêndice IX) baseou-se no levantamento prévio das necessidades identificadas junto da população parceira de cuidados bem como junto da equipa da UCC. O processo desenvolveu-se em quatro etapas: (1) revisão da literatura, assegurando fundamentação técnico-científica atualizada; (2) construção dos folhetos com organização clara, linguagem acessível e conteúdos ajustados ao contexto comunitário; (3) revisão técnica pela equipa de enfermagem da UCC bem como pela Enfermeira Supervisora, com integração das sugestões consideradas pertinentes; e (4) validação informal junto das pessoas, com recolha de contributos relativos à clareza e utilidade da informação tendo ficado os folhetos disponíveis para utilização pela equipa da UCC (Rosendo & Santiago, 2017).

A participação em reuniões de equipa quer de ER quer transdisciplinar dos serviços foi igualmente determinante para o desenvolvimento de competências comunicacionais avançadas. Nestes espaços de decisão partilhada, apresentei as minhas avaliações funcionais, discuti diagnósticos de ER com os restantes membros da equipa, e colaborei na definição e planeamento de estratégias interventivas, exercitando uma comunicação clara e fundamentada, sedimentando-me como uma mais-valia para a equipa. Paralelamente, desenvolvi documentos institucionais, como o orientador para uniformização dos registos de ER no SClínico® (Apêndice V), e participei na elaboração da apresentação do novo projeto ERO do CRI-Ortopedia (apesar de não ter sido possível concluí-lo por gestão de tempo da equipa), demonstrando capacidade de integrar conhecimento científico em processos organizacionais e de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos locais que me acolheram.

Assim, as competências adquiridas ao longo deste percurso de formação avançada não se limitam à dimensão académica, mas refletem uma transformação profunda da prática profissional. Desenvolvi a capacidade de analisar criticamente situações complexas, integrar múltiplas fontes de informação, agir com responsabilidade ética e social e comunicar de forma eficaz. Este processo consolidou a minha identidade enquanto profissional capaz de produzir conhecimento, sustentar práticas baseadas na evidência, colaborar em contextos multidisciplinares exigentes e contribuir para o avanço da ER enquanto disciplina científica e área de intervenção clínica altamente especializada.

4. ANÁLISE SWOT

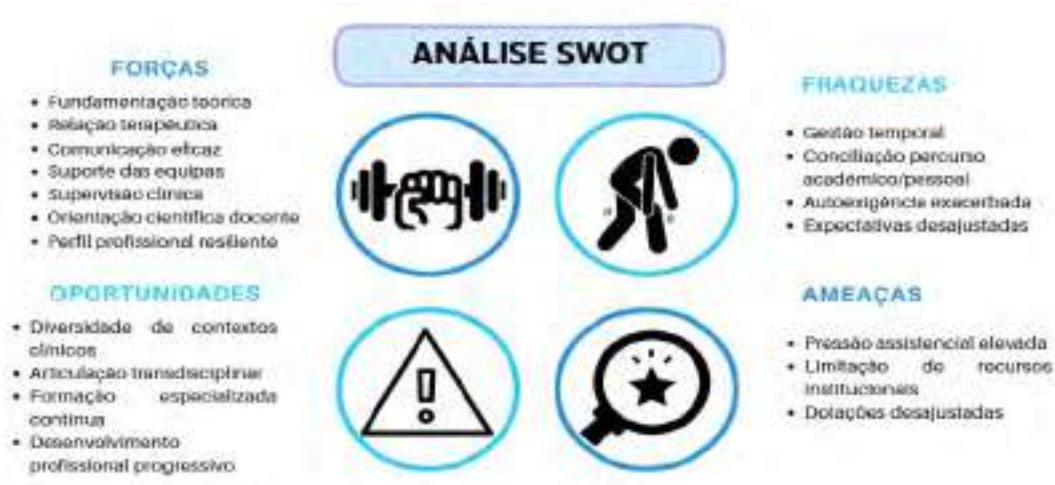
A análise SWOT, amplamente reconhecida como matriz de apoio estratégico, constitui um instrumento metodológico de significativa relevância para os processos de gestão, planeamento e avaliação em saúde. Conforme exposto por Siddiqui (2021), esta abordagem possibilita uma apreciação rigorosa e sistematizada dos contextos organizacionais e profissionais, permitindo identificar, de forma discriminada, os fatores internos (forças e fraquezas) e os fatores externos (oportunidades e ameaças), que influenciam desempenho individual, a qualidade e eficácia dos cuidados prestados, bem como a solidez dos processos de tomada de decisão.

Neste âmbito, a sua aplicação ao EP desenvolvido assume particular pertinência formativa, ao constituir-se como um dispositivo reflexivo que promove a construção de um raciocínio clínico mais estruturado, consciente e estrategicamente orientado. A análise SWOT permitiu-me, assim, proceder a uma leitura crítica da minha atuação enquanto estudante de mestrado em ER, integrando dimensões pessoais, relacionais e organizacionais que influenciaram a implementação dos cuidados especializados ao longo do percurso.

Os quatro elementos estruturais que compõem esta matriz apresentam funções complementares e essenciais. As forças remetem para os recursos, capacidades e atributos internos que favorecem a consecução dos objetivos (Gürel & Tat, 2017). As fraquezas, por sua vez, traduzem limitações intrínsecas que podem comprometer a eficácia da prática, como a incerteza perante decisões complexas, a autonomia ainda em construção ou a dificuldade na hierarquização das prioridades assistenciais (Siddiqui, 2021). No eixo externo, as oportunidades correspondem a fatores do contexto que podem ser mobilizados para potenciar a melhoria contínua, abrangendo redes comunitárias de apoio, políticas públicas facilitadoras e programas institucionais orientados para a reabilitação (Alonso et al., 2022). Em contraponto, as ameaças representam elementos ambientais que interferem negativamente na concretização dos objetivos delineados, nomeadamente a escassez de recursos, constrangimentos socioeconómicos ou fragilidades nos mecanismos de continuidade de cuidados (Alonso et al., 2022; Siddiqui, 2021).

Assim, após um exercício aprofundado de introspeção crítico-reflexiva relativa ao percurso desenvolvido, apresento seguidamente, a figura (Figura 2) que sintetiza a análise SWOT que elaborei, constituindo um marco conclusivo deste capítulo e um contributo relevante para a consolidação da minha identidade profissional enquanto futura EEER.

Figura 2- Análise SWOT



Fonte : Elaboração Própria

A reflexão aprofundada sobre o percurso formativo realizado constituiu um exercício central na consolidação da minha identidade profissional enquanto futura EEER, permitindo compreender de forma mais nítida os caminhos percorridos, as competências desenvolvidas e os desafios vivenciados nos diferentes cenários de prática.

No âmbito das forças, destaco sobretudo a capacidade crescente de integrar, de forma consciente e fundamentada, os modelos teóricos e a evidência científica na análise das respostas humanas e na estruturação de planos de cuidados individualizados. Esta competência, que se foi solidificando ao longo da jornada, permitiu-me conferir maior precisão, coerência e intencionalidade às intervenções de ER, constituindo um pilar essencial da minha evolução enquanto estudante. A isto soma-se uma competência comunicacional robusta, ancorada na empatia, na escuta ativa e na adaptação ao nível de literacia das pessoas e famílias, que favoreceu a construção de uma relação terapêutica segura e potenciadora da adesão ao processo de reabilitação.

Importa, ainda, salientar o impacto profundamente positivo do apoio recebido por parte das equipas dos enfermeiros supervisores, bem como da Professora Orientadora, cujo acompanhamento atento, disponibilidade e estímulo à reflexão crítica constante se revelaram determinantes para o meu crescimento. Este suporte potenciou a capacidade de integrar novas competências de forma progressiva e aprofundou a minha capacidade de autocrítica. A este conjunto de forças acresce uma característica intrínseca que reconheço como marcante no meu percurso: a minha personalidade resiliente, expressa no empenho, na persistência e na determinação com que enfrento desafios. Esta

postura permitiu-me superar momentos de maior exigência, manter o foco nos objetivos formativos e transformar dificuldades em oportunidades de aprendizagem.

Apesar destes elementos facilitadores, o percurso formativo evidenciou igualmente fragilidades (fraquezas) que considero relevantes entre estas, destaca-se a dificuldade em conciliar, de forma equilibrada, as exigências simultâneas da prática clínica especializada, da produção académica e da vida pessoal, sobretudo nos períodos de maior intensidade formativa. Esta limitação refletiu-se, em determinados momentos, numa gestão menos eficaz do tempo e das prioridades, gerando sentimentos de sobrecarga e interferindo diretamente no meu bem-estar e na disponibilidade emocional necessária para desenvolver este percurso. Reconheço, também, que a elevada exigência pessoal que coloco no meu desempenho amplificaram esta fragilidade, exigindo um esforço adicional de reorganização e autorregulação ao longo dos estágios.

Relativamente às oportunidades, os contextos de estágio constituíram ambientes altamente potenciadores de desenvolvimento, não apenas pela sua diversidade, mas também pelos desígnios de qualidade das equipas com quem tive oportunidade de aprender. A dicotomia entre o contexto comunitário e o contexto hospitalar foi sem dúvida uma fonte de aprendizagem que moldou a forma como perceciono a intervenção do ER. A participação em momentos de articulação transdisciplinar, consecução de projetos para os serviços e atividades de prática baseada na evidência possibilitaram a aquisição de competências diferenciadas, aprofundando a minha capacidade de decisão clínica, de planificação e de adaptação aos diferentes ritmos e dinâmicas dos serviços. Estas oportunidades reforçaram o meu compromisso com a excelência do cuidado e consolidaram a motivação para continuar a evoluir enquanto profissional.

Por fim, no que respeita às ameaças, emergiram diversos fatores externos que exigiram resiliência, capacidade de adaptação e uma reposição constante das expectativas. Acrescem outros fatores externos, como a pressão assistencial dos serviços, a limitação de recursos humanos, condições logísticas insuficientes inerentes aos serviços e alguma resistência dos profissionais à mudança, que condicionaram a operacionalização plena das intervenções e exigiram uma reorganização constante do planeamento.

Apesar disso, cada uma destas ameaças constituiu igualmente um estímulo para reforçar competências de adaptação, de comunicação e de gestão do *stress*, tornando-se elementos catalisadores da construção da minha autonomia e do fortalecimento da minha identidade profissional enquanto futura EEER.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente REP constitui o culminar de um percurso formativo exigente e profundamente transformador no âmbito do MER, estruturado em torno da díade internamento/domicílio enquanto eixo central da responsabilidade do EEER no processo de capacitação com a pessoa.

A experiência no internamento evidenciou a importância da intervenção precoce e intencional do EEER no período peri-operatório, entendido como processo contínuo iniciado desde antes da admissão. A avaliação funcional sistematizada, a definição de objetivos terapêuticos negociados e a implementação de programas individualizados de ER revelaram-se fundamentais para a maximização da independência nas atividades de vida diária, para a promoção da segurança nas transferências e marcha e para a prevenção de complicações associadas ao período pós-operatório. A monitorização de resultados sensíveis à ER permitiu sustentar a tomada de decisão clínica com rigor técnico-científico e objetivar os ganhos alcançados.

Contudo, foi na articulação com o contexto comunitário que a compreensão da díade internamento/domicílio adquiriu maior profundidade. A intervenção no domicílio tornou evidente que a funcionalidade não pode ser dissociada do ambiente real onde a pessoa vive, das suas condições habitacionais e das dinâmicas familiares que influenciam a adaptação à nova condição de saúde. Neste cenário, tornou-se claro que a intervenção do EEER não pode limitar-se à dimensão técnica da reabilitação, exigindo uma abordagem que reconheça a singularidade da pessoa, os seus valores, expectativas e projeto de vida. A construção de planos de cuidados partilhados, a escuta ativa e o envolvimento da família enquanto parceira revelaram-se determinantes para a adesão ao programa de ER e para a sustentabilidade dos ganhos no regresso ao domicílio, reforçando uma prática verdadeiramente centrada na pessoa.

A experiência em contexto respiratório permitiu ampliar esta compreensão, ao demonstrar que a gestão da doença crónica exige uma intervenção estruturada que integre reeducação funcional, treino de exercício físico e educação terapêutica, promovendo a autonomia e a autogestão. A capacitação progressiva da pessoa e a monitorização de resultados funcionais evidenciaram a relevância da ER na melhoria da qualidade de vida e na prevenção de agravamentos.

No que respeita ao desenvolvimento de competências, este percurso possibilitou adquirir e consolidar as competências inerentes ao exercício especializado de ER, designadamente ao nível da responsabilidade ético-profissional, da melhoria contínua da qualidade e do pensamento crítico. As competências específicas do EEER foram aprofundadas através da avaliação diferenciada da

funcionalidade, da conceção e implementação de programas estruturados de ER, da prevenção de incapacidades e da facilitação de transições seguras entre níveis de cuidados. A prática desenvolvida integrou uma abordagem centrada na pessoa, articulando dimensão funcional, relacional e contextual do cuidado. Destaca-se também a capacidade de integrar criticamente a evidência científica na prática clínica, analisar constrangimentos organizacionais e formular recomendações fundamentadas para a melhoria dos cuidados. A reflexão sobre a insuficiência de recursos especializados face às necessidades crescentes da população envelhecida e com multimorbilidade reforçou a consciência da importância de modelos organizacionais que reconheçam a intervenção do EEER como elemento estruturante da continuidade assistencial e da sustentabilidade do sistema de saúde.

Ao longo do percurso formativo foram igualmente identificados desafios que contribuíram significativamente para o crescimento profissional. Destacou-se a gestão da complexidade clínica das pessoas acompanhadas, frequentemente caracterizadas por multimorbilidade, fragilidade e múltiplas transições simultâneas. A priorização das intervenções em contextos de elevada exigência assistencial exigiu o desenvolvimento progressivo de um raciocínio clínico mais estruturado e sustentado na definição de objetivos mensuráveis e na monitorização de resultados. Paralelamente, os constrangimentos organizacionais e a articulação nem sempre sistematizada entre contexto hospitalar e comunitário evidenciaram que a continuidade de cuidados exige planeamento e comunicação eficaz.

Face às dificuldades identificadas, consolidaram-se estratégias como a definição de objetivos de intervenção específicos e mensuráveis, a planificação antecipada das intervenções, a integração precoce da família no processo de reabilitação e a monitorização sistemática das intervenções. A prática reflexiva contínua revelou-se fundamental para transformar constrangimentos em oportunidades de aprendizagem, traduzindo-se num aumento significativo de autonomia, maturidade e segurança na tomada de decisão.

Em síntese, este percurso ultrapassa a dimensão académica, consolidando um compromisso ético, científico e humano com a excelência dos cuidados especializados em ER. A compreensão aprofundada da díade internamento/domicílio reafirma o EEER como agente facilitador de transições seguras, promotor da capacitação e defensor da centralidade na pessoa e família como base da intervenção. O presente REP representa, assim, não apenas o encerramento de um ciclo formativo, mas o início de uma prática especializada consciente, reflexiva e comprometida com a premissa de melhoria contínua dos cuidados de ER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Clinical Innovation. (2022). Prehabilitation: Key principles for preparing patients for surgery. State of New South Wales - Agency for Clinical Innovation.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). Patient-Reported Experience and Outcome Measures (PREMs and PROMs) in Research and Clinical Practice- research meeting summary.

Alonso, C. S., Borges, E. L., Sousa, M. N., Costa, M. L., Magalhães, N. T., & Silva, Y. O. (2022). EXPERIÊNCIAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA MATRIZ SWOT NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. A interdisciplinaridade e os desafios contemporâneos, 1, pp. 226-237. <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/download/590/507/1724>

Amaral, A. F. (2021). Literacia em Saúde e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Consecução do Enunciado Descritivo "A Organização dos Cuidados de Enfermagem". Em C. H. Coimbra, Literacia em Saúde - Um desafio Emergente (1ª ed., Vol. IV, pp. 67-75). Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. Revista de Enfermagem Referência, 5(e20036), pp. 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20036>

American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2015). OrtoInfo - Total Knee Replacement. <https://orthoinfo.aaos.org/pt/treatment/artroplastia-total-de-jelho-total-knee-replacement>

American Nurses Association. (2010). ANA's Principles for Nursing Documentation. Nursesbook. <https://www.nursingworld.org/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf>

Araújo, T., Rodrigues, E., Novo, A., Moreira, J., & Ribeiro Nunes, J. (2021). Reabilitar em casa com o hospital +perto. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 4(1), e156. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.156>

Assembleia da República. (04 de 09 de 2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 169/2019, Série I, pp. 55-66.

Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia: Princípios éticos para investigação médica envolvendo seres humanos. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf

Augusto, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Andrade, M., Pedro, J., Abrunheiro, S., & Almeida, Z. (2023). Literacia em saúde e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. em C.H. Coimbra, Literacia em saúde, um desafio emergente: A literacia em saúde e a qualidade dos cuidados em enfermagem ((1ª ed., Vol. IV, pp 6-9). Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Azevedo, O. A., & Cruz, D. A. L. M. (2021). Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>

Ayas, M., Kalkışım, M., Köse, A., & Gül, O. (2020). Complications after Total Knee Arthroplasty. Em J. Nogueira, J. Leite, L. Araújo, & M. Bezerra, *Knee Surgery - Reconstruction and Replacement* (pp. 1-32). <https://doi.org/10.5772/intechopen.83631>

Balqis Ali, N., Saw, P., Anis Syakira, J., Fun, W., Sararaks, S., Lee, S., & Abdullah, M. (2022). Healthcare provider person centred practice: relationships between prerequisites, care environment and care processes using structural equation modelling. *BMC Health Services Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07917-3>

Bandurska, E. (2023). The Voice of of Patients Really Matters: Using Patient-Reported Outcomes and Experiences Measures to Assess Effectiveness of Home-Based Integrated Care—A Scoping Review of Practice. *Healthcare*, 11(98). <https://doi.org/10.3390/healthcare11010098>

Barata, L. F. (2021). Aquisção e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional- A importância da Formação Contínua. Em C. Marques- Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123- 135). Lusodidacta.

Belim, C. (2023). A literacia em saúde: Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da Revista Portuguesa de Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*(1), 5-15. <https://splspportugal.com/events/spls-da-a-conhecer-revista-portuguesa-de-literacia-em-saude/>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (1ª ed.). Quarteto Editora.

Benson, T. (2025). Why health services should use generic PROMs and PREMs. *BMJ Open Quality*, 1-4. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-003435>

Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2021). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Lusodidata.

Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS. (2025). *Humanização em Saúde – um Valor Integral*. Serviço Nacional de Saúde, I.P. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/10/Livro-Humanizacao-em-Saude-um-Valor-Integral-DE-SNS-CNHCS-SNS-julho-2025.pdf>

Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Plano Nacional de Saúde 2020 | 2030*. Termos de referência. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf?>

Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas : Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1). <https://doi.org/DOI 10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>

Daley, C. L., Iaccarino, J. M., Lange, C., Cambau, E., Wallace, R. J., Jr., Andrejak, C., Böttger, E. C., Brozek, J., Griffith, D. E., Guglielmetti, L., Huitt, G. A., Knight, S. L., Leitman, P., Marras, T. K., Olivier, K. N., Santin, M., Stout, J. E., Tortoli, E., van Ingen, J., Wagner, D., & Winthrop, K. L. (2020). Treatment of nontuberculous mycobacterial pulmonary disease: An official ATS/ERS/ESCMID/IDSA clinical practice guideline. *European Respiratory Journal*, 56(1), 2000535. <https://doi.org/10.1183/13993003.00535-2020>.

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

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

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de Novembro. *Diário da República*, Série I (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho. Diário da República, Série I (109).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Deodato, S. (2021). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Viera, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 35-40). Lusodidata.

Direção Executiva SNS. (2024). Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS Plano de Ação (vs 27-3-2024). Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf

Direção Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/201 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2024). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1&id=5514>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas: Recomendações 2020. Direção-Geral da Saúde8.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde 2030. Direção-Geral da Saúde.

Edemekong, P., Bomgaars, D., Sukumaran, S., & Schoo, C. (2025). StatPearls. Activities of Daily Living. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

Faria, A., Martins, M. F., Laredo-Aguilera, J., Ribeiro, O. P., Fonseca, E., & Flores, J. M. (2021). Fragilidade em Pessoas Idosas Residentes no Domicílio inscritas numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 4(1), pp. 6-14. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/46>

Faverio, P., De Giacomi, F., Bodini, B. D., Stainer, A., Fumagalli, A., Bini, F., Luppi, F., & Aliberti, S. (2021). Nontuberculous mycobacterial pulmonary disease: An integrated approach beyond antibiotics. ERJ Open Research, 7(1), 00574-2020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00574-202010>.

Ferreira Pinto, A. M. (2023). Avaliação de resultados da condição e qualidade de vida em saúde de indivíduos submetidos a artroplastia total do joelho na perspetiva do doente (PROM): Contributo para uma gestão eficiente da intervenção do fisioterapeuta. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/entities/publication/0a4f800e-8bcf-4049-abb2-bada2affc3c3>

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

Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, 21(3), pp. 513-518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>

Ferreira, R., Pedrosa, A., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B., & Baixinho, C. (2024). Transitional care for older persons with need of geriatric rehabilitation nursing interventions. *BMC Nursing*, pp. 2-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>

Fonseca, C., Correia, J., Redol, F., & Fernandes, C. (2018). Os Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 48 – 57.

Fundação Portuguesa do Pulmão. (2024). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/destaques/conteudos/ondr-2024/>

Gheno, J., Ulbrich, A. D., Fabbris Andreatta, A., Fish, P., Petry, R., Nunes, T., & Weis, A. (2024). Impacto da transição de cuidado nos desfechos clínicos: coorte histórica. *Texto Contexto Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0231pt>

Gomes, A. M., Marques, L., Barreiros, S., Ribeiro, S., Guerra, N., Sousa, L., & Sandy, S. (2025). Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings. *Nursing Depths Series*. <https://doi.org/10.56294/nds2025405>

Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2021). Reeducação da Função Respiratória. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Lusodidata.

Grupo de Trabalho de Enfermagem de Reabilitação Ortopédica. (2010). Projeto ERO- Enfermagem de Reabilitação Ortopédica.

Gürel, E., & Tat, M. (2017). SWOT Analysis: A Theoretical Review. *Journal of International Social Research*, 10(51), pp. 994-1006. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>

Hansen, B., & Dysvik, E. (2022). Expanding the theoretical understanding in Advanced Practice Nursing: Framing the future. *Nursing Forum* (57), pp. 1593-1598. <https://doi.org/10.1111/nuf.12827>

Hants, L., Bail, K., & Paterson, C. (2023). Clinical decision-making and the nursing process in digital health systems: An integrated systematic review. *Journal of Clinical Nursing* (32), pp. 7010-7035. <https://doi.org/10.1111/jocn.16823>

Hartweg, D. L. (2015). Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. Em M. C. Smith, & M. E. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th edition ed.), pp. 105-133). F.A. Davis Company.

Haworth, C. S., Banks, J., Capstick, T., Fisher, A. J., Gorsuch, T., Laurenson, I. F., Leitch, A., Loebinger, M. R., Milburn, H. J., Nightingale, M., Ormerod, P., Shingadia, D., Smith, D., Whitehead, N., Wilson, R., & Floto, R. A. (2017). British Thoracic Society guidelines for the management of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD). *Thorax*, 72 (Suppl 2), ii1-ii64. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2017-21092711>.

Hung, L.-L., Chen, Y.-C., Wang, Y.-T., & Wang, S.-P. (2025). The factors determining early mobilization in elderly patients undergoing total knee replacement. *BMC Geriatrics*, 25, pp. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05772-5>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). Estimativas da População Residente em Portugal em 2023. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2025a). Estatísticas da Saúde - 2023. Instituto Nacional de Estatística, IP. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1117&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2025b). Destaque: Dia Mundial da População. Instituto Nacional de Estatística. https://static.poder360.com.br/2025/10/11Dia_POP2024.pdf

International Council of Nurses. (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses - Revised 2021. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Jette, D., Stephen, H., Burkett, L., Langham, B., Logerstedt, D., Piuzzi, N., Poirer, N., Radach, L., Ritter, J., Scalzitti, D., Stevens-Lapsley, J., Tompkins, J., & Zeni Jr, J. (2020). Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. *Phys Ther*, 100(9), pp. 1603-1631. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa099>

Kayes, N., & Papadimitriou, C. (2023). Reflecting on challenges and opportunities for the practice of person-centred rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, pp. 1026-1040. <https://doi.org/10.1177/02692155231152970>

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(4), 310–315. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Diário da República, 1.ª série, n.º 57 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 169. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124443902>

Lei nº8/2024, de 19 de janeiro. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, pp. 57-75.

Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., & Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), pp. 51-59. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>

Li, H., Li, W., Kong, X., Wang, Z., Lu, C., & Shi, D. (2025). Application of Teachback health education combined with continuity care in patients with knee joint training injuries: an analysis of clinical e. *Frontiers Public Health*, pp. 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1577538>

Li, Y., Gu, Z., Ning, R., & Yin, H. (2023). Study on the effect of internet plus continuous nursing on functional recovery and medication compliance of patients with knee joint replacement. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 2, pp. 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13018-023-03907-1>

Limão, R. P., & Martins, R. M. L. (2021). *Efetividade de programas de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20205. <https://doi.org/10.12707/RV20205>

Liu, C.-J., Chang, W.-P., Shin, Y. C., Hu, Y.-L., & Morgan-Daniel, J. (2024). *Is functional training functional? A systematic review of its effects in community-dwelling older adults*. *European Review of Aging and Physical Activity*, 21, 32. <https://doi.org/10.1186/s11556-024-00366-3>

- Longo, U., De Salvatore, S., Rosati, C., Pisani, I., Ceccaroli, A., Rizzello, G., De Marinis, M., & Denaro, V. (2023). The Impact of Preoperative Education on Knee and Hip Replacement: A Systematic Review. *Osteology*, 3(3), pp. 94-112. <https://doi.org/doi.org/10.3390/osteology3030010>
- Lopes, D. G., Mendonça, N., Henriques, A., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2023). Trajectories and determinants of ageing in Portugal: insights from EpiDoC, a nationwide population-based cohort. *BMC Public Health*, 23(1564), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16370-8>
- Marini, G., Longhini, J., Ambrosi, E., Canzan, F., Konradsen, H., & Kabir, Z. (2025). Transitional Care Interventions in Improving Patient and Caregiver Outcomes After Discharge: A Scoping Review. *Healthcare*, pp. 2-16. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030312>
- Martínez, N., Connelly, C., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), pp. 400–408. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing*, pp. 1-14. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>
- Meleis, A. (2015). Transitions Theory. Em M. Smith, & M. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (Fourth edition ed., pp. 361-379). F.A. Davis Company.
- Melo, P. (2024). A intencionalidade na ação: do cuidado à promoção da autonomia e ao empoderamento. Em R. Marques, M. Nené, & Sequeira Carlos, *Enfermagem Avançada* (pp. 310-315). Lisboa: Lidel.
- Ministério da Saúde. (2021). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2024a). Perfil Local de Saúde Cascais 2024. Cascais: Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental E.P.E. <https://data.cascais.pt/plscascais>
- Ministério da Saúde. (2024b). ULS Santa Maria. <https://www.ulssm.min-saude.pt/torax/pneumologia/>
- Ministério da Saúde. (2024c). ULS Santa Maria. <https://www.ulssm.min-saude.pt/2024/05/26/49-anos-do-hospital-pulido-valente-pilar-da-ulssm-e-do-sns/>

Ministério da Saúde. (2024d). Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de Saúde. https://www.ulssjose.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2025/07/Relatorio-Acesso-2024_-ULS-Sao-Jose_-2024_final.pdf

Ministério da Saúde. (2025a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/832/30036/3111551/Pages/default.aspx>

Ministério da Saúde. (2025b). Perfil Local de Saúde– ULS São José. Perfil Local de Saúde. Unidade Local de Saúde São José. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2025/08/PERFIL-LOCAL-DE-SAUDE-ULS-SAO-JOSE_-Agosto-2025.pdf

Ministério da Saúde. (s.d.). Missão, Visão, Valores e Objectivos. <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

Monteiro, G., Anunciação, S., Saraiva, P., Neves, I., Pontinha, C., & Batista, A. (2021). Satisfação Dos Doentes Submetidos A Reabilitação Motora Pós Artroplastia Da Anca E Artroplastia Do Joelho. *Millenium*, pp. 139-147. <https://doi.org/10.29352/mill029e.24180>

Montori, V. M., Ruissen, M. M., Hargraves, I. G., Brito, J. P., & Kunneman, M. (2023). *Shared decision-making as a method of care*. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28(4), 213–217 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10423463/pdf/bmjebm-2022-112068.pdf>

Moura, M., Ventura, & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48-57). Lidel- Edições Técnicas.

Neves, B., Vilhena, A., Sousa, L., & Severino, S. (2025). Rehabilitation Nursing for people with Parkinson’s Disease Immobility Syndrome: a case report. *AG Salud*, 3(224), 2–8. <https://doi.org/10.62486/agsalud2025224>

Nibbelink, C., & Brewer, B. (2018). Decision-Making in Nursing Practice: An Integrative Literature Review. *Journal of Clinical Nursing* (27), pp. 917-928. <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>

Novo, B., Ribeiro, M., Bação, M., Andrade, M., Horta, P., Sousa, L., Guerra, N., & Severino, S. (2025a). Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling. *Multidisciplinar (Montevideo)*, 3(226), 1-6. <https://doi.org/10.62486/agmu2025226>

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

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2025c). A atividade física e o exercício físico. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 76- 81). Lidel.

Nunes, L. (2023). Literacia em Saúde e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Consecução do Enunciado Descritivo " A Satisfação do Cliente". Em C. H. Coimbra, *Literacia em Saúde, Um desafio Emergente* (1ª ed., Vol. IV, pp. 20-33).

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Setubal, Portugal.

Nunes, L., & Amaral, G. (Setembro de 2022). Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Setubal, Portugal.

OCDE. (2023). Health at a Glance 2023 : OECD Indicators. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Core de indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Pereira de Llano, P., Santos, F., Flores, A., Costa, D., & Lange, C. (2021). Síndrome Da Fragilidade No Idoso: Evidências Para O Cuidado De Enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 14(14), pp. 109–125. <https://revistas.fw.uri.br/revistadeenfermagem/article/view/2961>

Pestana, H. (2021a). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. Em C. Marques Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Lusodidacta.

Pestana, H. (2021b). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 78-88). Lusodidacta.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O Autocuidado como Dimensão Revelante para a Enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 67-76). Lidel.

Pizetta, L., Silveira, G., Nava, J., Araújo, J., Monges, A., Ferrari, T., Araújo, B., Gomes, Á., Rubert, A., Mata, J., Volpato, L., Franco, S., Barros, A., Lemo, I., Morais, G., Pinheiro, N., Bezerra, B., Junior, C., Coelho, V., Silva, S., & Cavalcanti, W. (2024). Avanços na compreensão e tratamento da osteoartrose: uma revisão abrangente. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(3), pp. 711-721. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.152>

Preto, L., Pinto, C., Novo, A., Mendes, E., Barreira, I., & López-Espuela, F. (2021). Funcionalidade e Qualidade de Vida em Idosos submetidos a artroplastia total do joelho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Rabilitação*, 2(2), pp. 74-78. <https://doi.org/doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.4584>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Rasmussen, L., Grode, L., Lange, J., Barat, I., & Gregersen, M. (2021). Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. *BMJ Open*, pp. 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040057>

Registered Nurses Association of Ontario (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>

Registered Nurses Association of Ontario. (2023). *Transitions in Care and Services*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). *People-Centred Care. Clinical Best Practice Guidelines*. <https://rnao.ca/search?keys=ageing+in+place>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República, Série II* (184). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II* (85). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II* (26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento(UE) n.º 679/2016 de 27 de abril. Regulamento Geral Sobre A Proteção De Dados (Rgpd) Da União Europeia (UE). Parlamento Europeu.

Reis, G., & Bule, M. (2021). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Lusodidata.

Reji, R., & Sushama, K. (2022). Critical Thinking and Decision Making :Essentia lSkills in Nursing. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 13(1), pp. 61-67. <https://doi.org/10.26452/ijrps.v13i1.21>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro. *Diário da República, Série I* (9). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processos de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 58-67). Lidel.

Riffin, C., Van Ness, P. H., Iannone, L., & Fried, T. R. (2018). Patient and caregiver perspectives on managing multiple health conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(10), 1–10. doi:10.1111/jgs.15501.

Rocha, K., Souto, M., Azevedo, E., Alves, C., Nébias, V., Morais, J., Azevedo, E., Canguê, L., & Spanier, J. (2022). O manejo cirúrgico da artroplastia total de joelho. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), pp. 343-359. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-030>

Rosendo, I., & Santiago, L. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(4), 244-250. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i4.12224>

Rutherford, C., Boehnke, J., Greenhalgh, J., Tyagi, V., McCance, T., & McCormack, B. (2025). Time is now to consider how we evaluate person-centred care—the role of patient-reported outcomes. *Frontiers in Health Services*, pp. 1-9. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1578037>

Sá, F. G. (2024). Continuidade do Cuidado em Saúde: Um olhar. *Pensar Enfermagem*, 28(01), pp. 4-5. <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v28i1.415>

Salari, N., Shohaimi, S., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Mohammadi, M., & Hosseinian-Far, A. (2022). The severity of moral distress in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 17, Article 13. <https://doi.org/10.1186/s13010-022-00126-0>

Salehian, F., Alipour, J., & Zakerabasali, S. (2025). Utilization of telerehabilitation in TKR patients: A systematic review. *PLOS One*, pp. 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324074>

Santos, A., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. (2022). Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://repositorio.insa.pt/bitstreams/080ead7f-418a-4026-9362-4cd0dfe6b439/download>

Santos, M., & Oliveira, C. (2021). Contributo das novas tecnologias para a Literacia em Saúde do doente e cuidador no âmbito da Hospitalização Domiciliária. Em C. H. EPE, Literacia em Saúde e Capacitação dos Profissionais- Exemplos de Boas Práticas no CHPVVC (Vol. 1, pp. 103-120).

Shah, R., Finlay, A., Salek, S., Nixon, S., Ot wombe, K., Ali, F., & Ingram, J. (2022). Meaning of Family Reported Outcome Measure (FROM-16) severity score bands: a cross-sectional online study in the UK. *BMJ Open*, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066168>

Siddiqui, A. A. (2021). SWOT Analysis (or SWOT Matrix) Tool as a Strategic Planning and Management Technique in the Health Care Industry and Its Advantages. *Journal of Biomedical Science*, 40(2), pp. 1-8. <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2021.40.006419>

Silva, J. M. (2024). Métodos de Trabalho dos Enfermeiros no Contexto Hospitalar: Contributos para a Qualidade e Segurança dos Cuidados. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/161758/2/689661.pdf>

Silva, R., & Sousa, E. (2020). Continuidade de Cuidados de Reabilitação entre Contextos de Saúde: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, pp. 70-75. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.9.5815>

Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: A perspetiva da enfermagem. *Referência*, 5(8), pp. 1-4. <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice* (4 th edition ed.). F. A. Davis Company.

Sørensen, K., Pelikan, J., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agra fiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), pp. 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sousa, J., Brandão, M., Ximenes, M., Farias, T., Cunha, L., & Barros, L. (2025). Competências profissionais do enfermeiro: revisão Integrativa de literatura. *Cultura de los Cuidados*(70), pp. 291-306. <https://doi.org/10.14198/cuid.14994>

Sousa, L. M., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição Saúde-Doença. *RPER*, 3(1), pp.64-69. <https://scielo.pt/pdf/rper/v3n1/2184-3023-rper-3-01-64.pdf>

Sousa, L., & Carvalho, M. (2021). Pessoa com Osteoatrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (1ª edição ed., pp. 405-421). Lusodidacta.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2021). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113–123). Lusodidacta.

Stepanian, N., Larsen, M. H., Mendelsohn, J. B., Mariussen, K. L., & Heggdal, K. (2023). Empowerment interventions designed for persons living with chronic disease — a systematic review and meta-analysis of the components and efficacy of format on patient-reported outcomes. *BMC Health Services Research*, 23, 911. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09895-6>

Sulaiman, N., Martins, B., Moreira-Sousa, D., Aguiar, A., Hurst, J. R., Brown, J., Duarte, R., & Lipman, M. (2025). Optimising non-pharmacological interventions in people with non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease: a systematic review. *ERJ Open Research*, 11(1), 00533-2025. <https://doi.org/10.1183/23120541.00533-2025>

Sun, J., Xu, Y., Zhu, J., Zhu, B., & Gao, W. (2024). Efficacy and safety of continuous nursing in improving functional recovery after total hip or knee arthroplasty in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 11, pp. 286-294. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.013>

Thwin, L., Chee, B. K., Yap, Y., & Tan, K. G. (2024). Total knee arthroplasty: does ultra-early physical therapy improve functional outcomes and reduce length of stay? A retrospective cohort study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 19(288), pp. 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04776-y>

United Nations. (2024). World Population Prospects 2024: Summary of Results. United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2024/Jul/wpp2024_summary_of_results_final_web.pdf

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R., 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), pp. 3-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). *Renewing the Definitions of 'nursing' and 'a nurse'. Final project report*. ICN - International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_Web_0.pdf

WHO Regional Office for Europe. (2025). Chronic respiratory diseases and health equity by 2050: a spotlight on chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the WHO. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12340-52112-79990>

World Health Organization. (2013). Health literacy The solid Facts. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/50a8dd98-9a4d-449b-8549-63c8a6b05892/content>

World Health Organization. (2015). World Report On Ageing and Health. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content>

World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services- Report by the Secretariat. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstreams/b9255110-41d4-45e0-83b1-ea4c12fcf602/download>

World Health Organization. (2018). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>

World Health Organization. (2020). Rehabilitation Competency Framework. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/935ec346-30cc-436f-959f-c0047930862e/content>

World Health Organization. (2021). Decade of healthy ageing: baseline report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2022). Long-term care- Questions and answers. www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care?utm_source=chatgpt.com

World Health Organization. (2022). Musculoskeletal health. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

World Health Organization. (2023a). Rehabilitation 2030: meeting report. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376162/9789240087392-eng.pdf?sequence=1>

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

Wulandari, R. A., Asmaningrum, N., & Ardiana, A. (2023). *Transcultural communication strategies in nursing with multicultural clients in hospital settings: A systematic literature review*. *Nurse Media Journal of Nursing*, 13(2), 151–165. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v13i2.51206>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Relato de Caso Clínico Estágio de Reabilitação na Comunidade



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2024/2025

1º Ano- 2º Semestre

Unidade Curricular: Estágio de Reabilitação na Comunidade

Relato de Caso Clínico

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, no contexto domiciliar, com a pessoa idosa com sequelas de acidente vascular cerebral.

Elaborado por

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº estudante-202490016)

Docente Orientadora

Sandy Severino

Enfermeira Supervisora



Barcarena,

junho 2025



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2024/2025

1º Ano- 2º Semestre

Unidade Curricular: Estágio de Reabilitação na Comunidade

Relato de Caso Clínico

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, no contexto domiciliar, com a pessoa idosa com sequelas de acidente vascular cerebral.

Elaborado por

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº estudante-202490016)

Docente Orientadora

Sandy Severino

Enfermeira Supervisora



Barcarena,

junho 2025

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relato de caso clínico.

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica
3

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

MRC – Medical Research Council Muscle Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCC – Relato de Caso Clínico

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional tem vindo a aumentar a prevalência de doenças crónicas e a dependência funcional. O acidente vascular cerebral, em particular, compromete de forma significativa a autonomia da pessoa idosa, exigindo intervenções centradas na funcionalidade e no seu contexto de vida.

Objetivo: Descrever a intervenção de Enfermagem de Reabilitação no domicílio em parceria com a pessoa idosa com sequelas de acidente vascular cerebral, em situação de dependência grave.

Metodologia: Relato de caso clínico, sustentado por evidência científica relacionada com a temática, com enfoque nas práticas de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário.

Resultados: Verificaram-se ligeiras melhorias na condição funcional da pessoa parceira de cuidados, particularmente ao nível do movimento muscular e do esquecimento unilateral. A figura do prestador de cuidados revelou-se determinante, sendo nele que se observaram os ganhos mais expressivos, fundamentais para a eficácia da intervenção domiciliária.

Discussão: A intervenção centrou-se na preservação das capacidades remanescentes e na prevenção de complicações, destacando-se o contributo do enfermeiro especialista na continuidade e adaptação dos cuidados ao contexto familiar.

Conclusão: A Enfermagem de Reabilitação demonstrou ser essencial na promoção da estabilidade clínica e do bem-estar da pessoa idosa, valorizando o papel fulcral da prestadora de cuidados no processo de reabilitação.

Descritores: Enfermagem; Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Idoso; Envelhecimento em casa.

ABSTRACT

Introduction: Ageing has led to an increase in chronic diseases and functional dependency. Stroke, in particular, significantly compromises the autonomy of older adults, requiring rehabilitation interventions focused on functionality and contextualized care.

Objective: To describe a home-based Rehabilitation Nursing intervention in partnership with an older adult with severe dependency following a stroke.

Methodology: Clinical case report supported by scientific evidence related to rehabilitation nursing practices in the home care setting.

Results: Slight improvements were observed in the functional condition of the care partner, particularly in muscular movement and unilateral neglect. The informal caregiver emerged as a key figure, showing the most significant gains, which were crucial to the effectiveness of the home-based intervention.

Discussion: The intervention focused on preserving residual capacities and preventing complications, with the rehabilitation nurse playing a vital role in ensuring continuity and contextual adaptation of care within the family environment.

Conclusion: Rehabilitation Nursing proved essential in promoting clinical stability and well-being in an older adult with high dependency, while also reinforcing the central role of the informal caregiver in the rehabilitation process.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Stroke; Elderly; Ageing in place.

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
INTRODUÇÃO	8
1. MATERIAIS E MÉTODOS	12
2. RESULTADOS	20
3. DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
Apêndice I Consentimento informado	37
Apêndice II PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA	39
Apêndice III Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação do Se. A.	41
Apêndice IV Escala Medical Research Council Modificada	43
Apêndice V Escala Numérica da Dor	44
Apêndice VI Avaliação amplitudes articulares com recurso a goniómetro	45
Apêndice VII Escala de Equilíbrio de Berg	46
Apêndice VIII Índice de Barthel	51
Apêndice IX Medida de Independência Funcional	53
Anexo I <i>CHECKLIST CARE</i>	55

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, disciplina integrante do 1º ano, 2º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA) que me encontro a frequentar, foi proposta a consecução de um relato de caso clínico (RCC), como forma de contribuir para o desenvolvimento de uma prática assente em evidência, bem como, servir de instrumento de avaliação do referido estágio. De forma a potencializar os cuidados de ER prestados, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), deve fundamentar a sua prática na melhor evidência científica disponível e existe a necessidade permanente de manter o conhecimento atualizado, demonstrando-o através da implementação de planos de cuidados adequados a cada pessoa para que, em parceria com esta, se possa alcançar a melhoria da qualidade de vida.

A formulação rigorosa de questões de investigação é um elemento central do pensamento crítico e reflexivo, sustentando as decisões clínicas fundamentadas na melhor evidência disponível para a resolução de problemas (Sousa et al., 2018), assim e de acordo com a temática a ser estudada a questão de pesquisa foi definida como: "quais as principais intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com sequelas de AVC em contexto domiciliário?"

O RCC que irá ser desenvolvido intitula-se a: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, no contexto domiciliário, com a pessoa idosa com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC) sendo que o principal objetivo será a descrição das intervenções de Enfermagem de Reabilitação neste contexto particular, quanto aos objetivos específicos os mesmos centrar-se-ão em: Identificar os principais diagnósticos de ER na pessoa idosa com sequelas de AVC em contexto domiciliário; Elaborar um plano de intervenção de ER individualizado, com estratégias específicas que favoreçam a autonomia e funcionalidade da pessoa idosa com sequelas de AVC; Implementar e monitorizar as mesmas intervenções de Enfermagem de Reabilitação, avaliando o seu impacto na recuperação funcional, promoção da independência e melhoria da qualidade de vida da pessoa parceira de cuidados.

Com este trabalho, pretende-se evidenciar a relevância da intervenção especializada do EEER explanada através do planeamento, implementação e avaliação um plano de cuidados de específico de ER centrado nas necessidades individuais da pessoa idosa com sequelas de AVC e estabelecido em parceria com a pessoa e prestador de cuidados/cuidador, destacando o

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

3

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

contributo das competências específicas da ER com enfoque na melhoria da função, na promoção da independência e no alcance da máxima satisfação da pessoa. (Regulamento n.º 392/2019, 2019)

A escolha desta temática surgiu da minha necessidade de aprofundar conhecimento teórico que sustentasse a minha prática clínica neste âmbito de intervenção, mas também pela complexidade inerente à situação clínica que será apresentada por esta se demonstrar como um desafio para a intervenção do EEER em conjunto com a pessoa, procurando alcançar o seu potencial máximo de reabilitação e a readaptação a situação de saúde atual.

De forma a enquadrar a temática específica do RCC importa abordar alguns conceitos que se demonstram como preponderantes no sentido de sustentar o raciocínio clínico, fundamentar as intervenções do EEER, e proporcionar uma compreensão mais aprofundada da relevância da ER no processo de reabilitação em colaboração com a pessoa idosa com sequelas de AVC no contexto domiciliar.

O envelhecimento populacional constitui uma transformação global de elevado impacto, com implicações profundas para os diversos sistemas de saúde. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde a faixa etária dos 60 anos ou mais deverá crescer para cerca 1,4 mil milhões de pessoas em 2030 representando em estimativa que a percentagem de pessoas idosas no mundo atinja os 12% em 2030 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

Em Portugal, os dados dos Censos 2021 do INE revelam um aumento no número de pessoas com 65 ou mais anos na última década, acompanhados de um índice de envelhecimento de aproximadamente 182 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2022). A esperança média de vida ao nascer também aumentou tendo atingido os 81,1 anos para a população portuguesa, concomitante a este aumento é evidenciado não só um aumento da longevidade da população, mas simultaneamente, destaca-se um incremento de declínio significativo no estado de saúde da população portuguesa considerando o aumento de comorbilidades, de dependência funcional e diminuição da qualidade de vida da população portuguesa (Lopes et al., 2023). Esta conjuntura crescente de envelhecimento populacional impõe-se como um desafio exigente à ER, mas intrinsecamente poderá/deverá ser considerado como uma oportunidade excepcional para a afirmação da ER, na medida em que compete ao EEER cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida nos mais diversos contextos (Regulamento n.º 392/2019; Schoeller et al., 2018).

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

9

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

O Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026) reconhece estas necessidades estruturais em Portugal e destaca a saúde e o bem-estar, a autonomia e vida independente e a participação na sociedade como pilares estratégicos para um envelhecimento ativo, estes pilares coadunam-se com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente na promoção da saúde, na promoção do bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional e na promoção da inclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2018, República Portuguesa, 2023)

O envelhecimento está associado à diminuição da capacidade da pessoa na gestão autónoma das suas atividades de vida diária (básicas e instrumentais) e do seu autocuidado devido a limitações funcionais (Ferreira et al., 2012). Esta perda de independência implica a necessidade de suporte permanente, com cuidadores informais a assumirem a responsabilidade principal na prestação de cuidados, com o objetivo de preservar, tanto quanto possível, a qualidade de vida da pessoa.

Na Europa, a maioria dos cuidados prolongados prestados a pessoas dependentes recai sobre familiares, vizinhos ou outros cuidadores não profissionais, sendo os cuidadores informais responsáveis por aproximadamente 80% dessa prestação específica de cuidados (World Health Organization, 2022). Esta envolve repercussões significativas, não só na saúde física e emocional do próprio cuidador, mas também na pessoa cuidada, com impacto alargado ao nível social e económico, influenciando a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Perante esta realidade, assume particular relevância a preparação adequada do prestador de cuidados/cuidador informal configurando-lhe uma participação preponderante no processo de reabilitação, assim, a capacitação do cuidador pode ser definida como uma prioridade para a ER, em particular no contexto domiciliário (Santos, 2022).

O AVC constitui, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública em Portugal, não só pelo seu impacto na mortalidade, mas também pelas graves sequelas funcionais experienciadas pelas pessoas (Fonseca, 2021). De acordo com dados recentes em 2023, registaram-se 9 717 óbitos por doenças cerebrovasculares, com uma taxa de mortalidade de 92,1 por cada 100 000 habitantes, valores que colocam o país acima da média europeia neste indicador (Instituto Nacional de Estatística I.P, 2023).

A nível europeu, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade, e as projeções indicam que, caso não sejam implementadas medidas eficazes, a sua prevalência

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

iii

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

permanecerá elevada (Norrving et al., 2018). Um fator determinante para este cenário é o envelhecimento demográfico da Europa, prevendo-se um aumento de 35% da população idosa entre 2017 e 2050, o que contribuirá invariavelmente para o aumento do número de casos de AVC consequentemente aumentará o número de pessoas com sequelas desta condição (Norrving et al., 2018).

A doença cerebrovascular representa uma das principais causas de morbilidade/ mortalidade a nível global, constituindo um desafio relevante para a prática clínica no âmbito da prevenção, diagnóstico precoce, intervenção terapêutica e reabilitação funcional (Feigin et al., 2024). Neste contexto, o AVC destaca-se como a manifestação principal doença cerebrovascular.

O AVC é atualmente definido como um episódio de disfunção neurológica aguda resultante de morte celular cerebral, modular ou retiniana, atribuível a isquemia ou hemorragia, com base em evidência patológica, imagiológica ou em outros meios objetivos de documentação da lesão cerebral isquémica ou hemorrágica (Sacco et al., 2013)

O evento vascular pode ser de natureza isquémica ou hemorrágica, sendo que a sua expressão clínica varia em função da localização anatómica da lesão cerebral, da sua extensão, do estado funcional prévio e da coexistência de múltiplas comorbilidades. A complexidade destas variáveis traduz-se frequentemente na instalação de limitações significativas ao desempenho das atividades de vida diária (AVD), condicionando de forma marcada a autonomia funcional e repercutindo-se negativamente na qualidade de vida das pessoas e dos seus cuidadores. (Gomes et al., 2021)

A prestação de cuidados de ER assume particular relevância nos cuidados de saúde primários, uma vez que a readaptação funcional e social da pessoa à sua condição atual de saúde constitui um dos pilares fundamentais desta área de intervenção. A prática no domicílio e na comunidade permite ao EEER intervir diretamente no contexto real da pessoa e da sua família, potenciando a funcionalidade, promovendo o autocuidado e prevenindo complicações associadas à dependência no ambiente de conforto da pessoa. Esta proximidade facilita uma abordagem centrada na pessoa, orientada para ganhos em saúde e qualidade de vida, concordante com as competências específicas do EEER definidas para a prática pela OE, que enfatizam a promoção da autonomia, a capacitação da pessoa e do cuidador e a re-integração na sociedade (Oliveira et al., 2021; Santos, 2022)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

O presente RCC está estruturado de forma a garantir uma exposição clara e coerente. Inicia-se com uma introdução onde se apresenta o tema, a sua relevância em Enfermagem de Reabilitação, a fundamentação teórica, a questão de investigação e os objetivos, seguidamente o capítulo de metodologia, onde se descreve o percurso metodológico, a caracterização da pessoa parceira de cuidados e o plano de cuidados de ER. No capítulo seguinte, são apresentados os resultados da implementação das intervenções analisados de um perspectiva crítico-reflexiva com base na literatura científica. Por fim as considerações finais, refletindo sobre os principais contributos, limitações e implicações para a prática de ER.

As referências bibliográficas foram organizadas de acordo com as normas da *American Psychological Association* -7.ª edição, conforme estipulado no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2022)

I. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente RCC será estruturado tendo por orientação a aplicação da *CARE Guidelines* (Anexo I), propostos pela *Equator Network*, conferindo um enquadramento metodológico consensual para a elaboração de relatos de caso clínico, cuja importância científica reside na apresentação sistematizada de observações clínicas que, apesar da sua natureza descritiva, constituem um pilar robusto para a formulação de novas hipóteses e para o avanço do conhecimento científico. Estes relatos permitem descrever, de forma pormenorizada, a história clínica, as intervenções, a evolução e os resultados observados num determinado contexto, assegurando a transparência e a qualidade da informação relatada. Esta abordagem assume particular importância em contextos de prática clínica especializada, neste caso específico a Enfermagem de Reabilitação, contribuindo assim o crescimento científico da profissão no sentido em que um relato de caso descreve de forma sistemática a experiência vivenciada, promovendo a partilha de conhecimento entre a comunidade científica e potenciando a prática baseada na evidência. (Gagnier et al., 2013)

A recolha de dados para o presente RCC foi realizada com base em diferentes metodologias de avaliação clínica, nomeadamente a entrevista com o Sr.A. e sua esposa, o exame físico, a observação direta, consulta do processo clínico da pessoa alvo de estudo, assegurando uma abordagem abrangente e sistematizada da informação relevante. Previamente à recolha de dados, foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, após explicação detalhada dos objetivos do RCC, salvaguardando ausência de prejuízo para a pessoa alvo de cuidados

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

(Apêndice I), em conformidade com o regime geral de proteção de dados, garantindo a confidencialidade e o anonimato da informação recolhida, sendo a pessoa identificada ao longo do estudo como Sr. A. Acresce referir que este RCC foi previamente apreciado e autorizado pela Comissão de Ética da ESSATLA (Apêndice II).

A pesquisa de literatura relevante foi efetuada nas plataformas Google Académico, *Scielo* e *EBSCOhost*, através das bases de dados CINAHL complete, MEDLINE, e *Cochrane Database of Systematic Reviews* aplicando os descritores : Enfermagem; Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral, Idoso, Envelhecimento em casa; foi também utilizada de literatura cinzenta de forma a consultar publicações pertinentes para a sustentação teórica deste trabalho.

A tomada de decisão em Enfermagem de Reabilitação fundamenta-se numa avaliação inicial sistematizada, permitindo identificar as principais alterações funcionais, atividades de vida comprometidas e ainda as respostas humanas que necessitem de intervenção especializada, sendo este a primeira etapa do processo de Enfermagem. Segundo Prazeres et al., (2021) o processo de enfermagem corresponde a um: "ciclo organizado e contínuo onde se integram avaliação inicial, identificação de focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e definição dos resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final." (p. 2)

A avaliação inicial e a recolha de dados significativos para este RCC foram realizadas aquando da primeira visita domiciliária. Após esta avaliação, em concordância com enfermeira supervisora do estágio clínico que me encontro a realizar, foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem elaborados a partir da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e foi estabelecida a definição de objetivos da intervenção terapêutica de ER, em parceria com a pessoa alvo de intervenção e prestador de cuidados.

A avaliação foi complementada pela utilização de diversos instrumentos validados para a população portuguesa, destacando-se entre eles: Escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC); Escala Numérica da Dor; Medida de Independência Funcional; Índice de Barthel ; Escala de Equilíbrio de Berg. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

O plano de intervenção de ER foi adaptado à especificidade da pessoa, tendo sido os objetivos definidos em concordância com as expectativas da pessoa e prestador de cuidados de forma a

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

serem exequíveis e realistas, ressalva-se que o principal objetivo atual do Sr.A. será adquirir a capacidade de se transferir para cadeira.

O plano de cuidados de ER que se apresenta de seguida foi desenvolvido de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e assente no referencial teórico de Dorothea Orem; a Teoria do Déficit do Autocuidado e no referencial teórico de *McCormack e McCance*.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem permitiu estruturar o plano de cuidados com base na avaliação das necessidades de autocuidado do Sr.A., sendo que este é definido como a prática intencional de atividades que são realizadas com o intuito de manter a vida, a saúde e o bem estar, contudo as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de resposta, ou seja quando a pessoa não consegue suprir/satisfazer as suas necessidade por si só, são necessários cuidados de enfermagem para a suprimir ou regular esse déficit. (Moura et al., 2021) No caso do Sr. A., que será apresentado de seguida, esta teoria sustenta as intervenções num enquadramento dos sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e num sistema de apoio/educação que são visíveis no plano de cuidados de ER a apresentar de seguida. Contudo, e considerando o imprescindível da parceria de cuidados a estabelecer entre o profissional a pessoa alvo de cuidados ressalvo que o referencial teórico de McCormack e McCance: *Person-centred Nursing* acrescenta uma dimensão relacional, ética e humanizada a prática, considerando que o enfoque na pessoa é uma abordagem que na prática que se estabelece através da formação e promoção de relações terapêuticas entre os prestadores de cuidados, as pessoas idosas e outros que lhes são significativos. Esta abordagem assenta em valores como o respeito pela pessoa, o direito à autodeterminação, o respeito mútuo e a compreensão (McCormack & McCance, 2010).

Apresentação do Caso Clínico:

Pessoa de 80 anos de idade, do sexo masculino, casado, reformado, com história progressiva de doença cerebrovascular prévia (AVC hemorrágico em 2010 resultando hemiparesia esquerda), doença de Parkinson, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Dislipidemia, Litíase Renal, Insuficiência Renal Crónica, Hiperuricemia. No que concerne história de saúde atual, o Sr.A. apresentou no início do ano quadro de anorexia, vômitos e diarreia tendo sido internado com os seguintes diagnósticos médicos: Lesão Renal Aguda, Gastroenterite Viral e Anemia,

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Foi referenciado após alta hospitalar, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para intervenção de enfermagem pela necessidade de realização de acompanhamento de enfermagem para tratamento de feridas, no entanto pela evolução do Sr.A. foi solicitada a intervenção de enfermagem de Reabilitação com o objetivo de otimizar a funcionalidade, prevenir complicações e promover a capacitação do prestador de cuidados, na data de 7 de maio de 2025.

Reside em habitação de difícil acesso, localizada em piso elevado e sem elevador, sendo o apoio assegurado essencialmente pela esposa, principal cuidadora, e também por equipa de apoio domiciliário para a higiene (diariamente).

Com base na informação acima descrita, foi delineado em parceria com o Sr.A. e a sua esposa um plano de intervenção de ER individualizado, centrado nas respostas humanas identificadas como comprometidas. Este plano foi delineado com especial enfoque nos diagnósticos de enfermagem comprometidos cuja melhoria permitiria alcançar o principal objetivo do Sr.A. que seria transferir-se. Neste contexto, o EEER com competências especializadas, concebe, implementa e monitoriza intervenções orientadas para a prevenção de complicações, manutenção e/ou recuperação da funcionalidade e promoção da autonomia (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Seguidamente, apresenta-se, sob a forma de tabela, os principais focos de atenção, diagnósticos de Enfermagem e intervenções de Enfermagem aplicadas nesta situação.

Tabela 1 Plano de cuidados de ER do Sr.A.

Focos de Atenção	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Movimento Muscular Diminuído (Membro Superior (MS))	-Monitorizar força muscular do MS (escala MRC) (Apêndice IV); -Avaliar dor segundo escala numérica no MS (Apêndice V); -Executar exercícios assistidos e ativo-assistidos do MS (ombro: flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, adução, abdução e circundação; cotovelo: flexão e extensão; antebraço pronação e supinação; punho: flexão, extensão e desvio radial/cubital; dedos: flexão, extensão, adução, abdução, oponência do polegar.) ressalva-se sempre a realização da mobilização sempre em padrão anti-espástico

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<p>Movimento Muscular</p> <p>Objetivos:</p> <p>aumentar a força muscular avaliada através de escala MRC;</p> <p>Progredir nas mobilizações aumentado frequência e intensidade inferiores</p>		<p>respeitando os limites do Sr.A. (amplitudes ,dor, tolerância ao esforço);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir, treinar e supervisionar exercícios de automobilização do MS esquerdo; - Instruir, treinar e supervisionar exercícios de coordenação motora do MS esquerdo <p>-Incentivar exercícios no MS entre sessões com participação ativa da esposa;</p> <p>-Avaliar evolução da medição de ganhos na aplicação de instrumentos de avaliação e alteração no diagnóstico de Enfermagem.</p> <p>-Avaliar percepção subjetiva do Sr.A. relacionada com ganhos.</p>
	<p>Movimento Muscular Diminuído (Membro Inferior (MI))</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar dor segundo escala numérica no MS (Apêndice V) ; -Monitorizar força muscular do MS (escala MRC) (Apêndice IV) - Executar exercícios ativo-assistidos e resistidos do MI (coxofemoral: flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, adução e abdução; joelho: flexão e extensão; tornozelo: flexão, extensão, inversão e eversão; dedos: flexão, extensão, adução e abdução.) - Mantendo os princípios descritos acima; -Instruir, treinar e supervisionar exercícios ativos (Ex: ponte, rolamento) - Incentivar exercícios do MI entre sessões com participação da esposa; -Avaliar evolução da medição de ganhos através da aplicação de instrumentos de avaliação e alteração no diagnóstico de Enfermagem. -Avaliar percepção subjetiva do Sr.A. relacionada com ganhos.
	<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício músculo-articular (da</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar técnicas de exercício à pessoa e prestador de cuidados (exemplos de exercícios acima descritos); -Avaliar conhecimento das técnicas acima descritas através da supervisão e demonstração das mesmas;

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

16

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

			<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução da medição de ganhos através da aplicação de instrumentos de avaliação e alteração no diagnóstico de Enfermagem. -Avaliar percepção subjetiva do Sr.A. relacionada com ganhos (observação direta e feedback espontâneo ao longo da prestação de cuidados)..
		<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício músculo-articular (da pessoa e prestador de cuidados)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar técnicas de exercício à pessoa e prestador de cuidados (exemplos de exercícios acima descritos); -Avaliar conhecimento das técnicas acima descritas através da supervisão e demonstração das mesmas;
		<p>Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício músculo-articular (da pessoa e prestador de cuidados)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar técnicas de exercício em todas as sessões com a presença da esposa; - Incentivar a execução de exercícios com supervisão e participação da esposa; -Avaliar capacidade de execução das técnicas acima descritas (através do questionário da plataforma Scénico).
Rigidez Articular	Manter ou melhorar a amplitude articular de pelo menos um segmento.	Risco de Rigidez Articular (MS e MI esquerdo)	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar amplitudes articulares (goniómetro)(apêndice VI); -Avaliar adesão ao plano exercícios (mínimo 2 vezes por semana); -Executar técnicas de posicionamento e mobilização em padrão anti-espástico; -Executar técnicas exercícios musculares e articulares acima descritos, dentro da tolerância do Sr.A.;

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	Prevenir o surgimento de rigidez articular realizando mobilizações em todas as sessões programadas.		<ul style="list-style-type: none"> -Incentivar execução de exercícios desentoadados no foco movimento muscular; -Avaliar evolução da amplitude articular (goniómetro)
	Potencial para melhorar conhecimento para prevenção de rigidez articular		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento de Sr. A. sobre condições de risco para a rigidez articular (através do questionário da plataforma do Selínico); - Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular e as principais medidas para prevenção da rigidez articular (incentivar o Sr. A. a mobilizar ativamente membros superiores e inferiores, participar ativamente nas mobilizações ,nos posicionamentos); -Validar a aprendizagem de conhecimentos através da repetição e demonstração.
	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados para prevenção de rigidez articular		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento e capacidade do cuidador relacionado com a prevenção da rigidez articular (questionário da plataforma Selínico se demonstra ou não demonstra); - Ensinar, instruir e treinar cuidador sobre medidas de prevenção durante as mobilizações, os autocuidados e posicionamentos; -Validar a aprendizagem de conhecimentos e capacidades através da demonstração; -Incentivar a esposa a solicitar a participação do Sr.A. nas atividades acima descritas.
Equilíbrio Corporal Objetivos:	Equilíbrio corporal comprometido		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar equilíbrio (Escala de Berg) (Apêndice VII); -Executar treino de equilíbrio postural na posição de deitado e sentado (oscilações laterais do tronco, oscilações anterior/posterior do tronco, exercícios de coordenação movimentos,

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	<p>Manter a posição de sentado sem apoio durante pelo menos 1 minuto;</p> <p>Realizar exercícios de oscilação do tronco com aumento da estabilidade postural.</p>	<p>Potencial para melhorar conhecimento para usar técnica de equilíbrio corporal</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>facilitação cruzada, rolamentos);</p> <p>- Implementar medidas de segurança preventivas do risco de queda (ex: manter grades da cama, adequar a altura da cama);</p> <p>- Avaliar equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado através de escala acima descrita.</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar técnica de equilíbrio (correção postural com recurso a espelho, treino de equilíbrio estático sentado);</p> <p>- Avaliar conhecimento e capacidade sobre técnica de equilíbrio postural (questionário da plataforma Sclimco se demonstra ou não demonstra).</p>
<p>Esquecimento unilateral</p>	<p>Utilizar o lado esquerdo do corpo em uma atividade dirigida</p>	<p>Esquecimento unilateral do corpo do lado esquerdo</p>	<p>- Estimular a percepção sensorial do lado esquerdo (técnica de massagem, propriocepção, abordagem pelo lado esquerdo, otimização do espaço físico, estimulação sensorial com texturas diferentes);</p> <p>- Executar técnicas de exercício muscular passivo e ativo-assistido;</p> <p>- Executar exercícios de coordenação dos MS e MI (exemplo: alcançar a mão do enfermeiro que se vai movimentando, mover o lençol superior da cama)</p> <p>- Incentivar exercícios de automobilização, rolamentos e utilização das grades da cama como dispositivo de apoio;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar com esposa abordagem pelo lado afetado para aumentar a estimulação;</p> <p>- Avaliação qualitativa da resposta à estimulação pelo lado afetado.</p>

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

2. RESULTADOS

A implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado teve como objetivo promover ganhos mensuráveis nos diagnósticos de Enfermagem descritos no plano de intervenção, mas acima de tudo cumprir a expectativa do Sr.A em transferir-se da cama para cadeira. Contemplaram-se 3 momentos de avaliação formal, descritos como avaliação inicial, intermédia e final integradas num total de 12 sessões de Enfermagem de Reabilitação realizadas no domicílio do Sr.A. durante um período aproximado de 30 dias. As visitas domiciliárias para sessão de ER foram consecutadas com a frequência de 2 a 3 x por semana com duração variável entre 45 a 60 minutos.

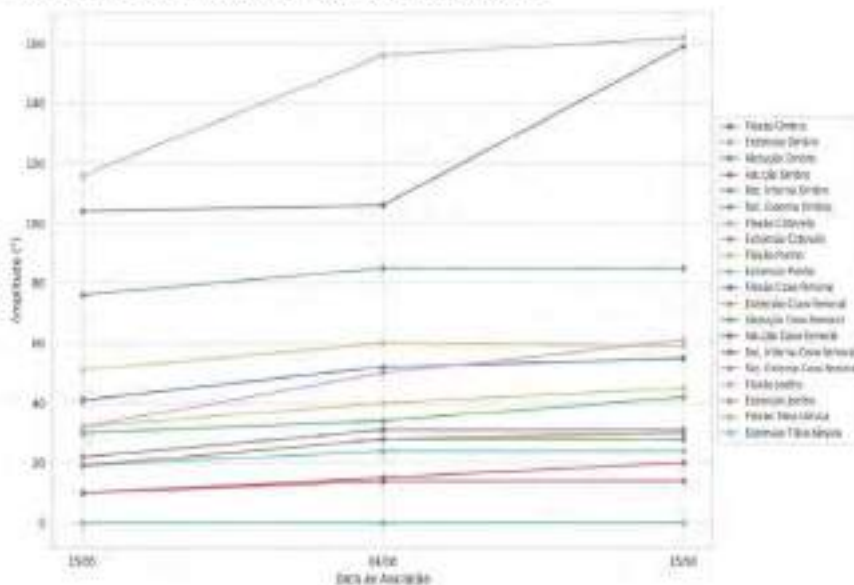
A avaliação dos resultados decorreu com base em instrumentos de avaliação e observações direta durante as sessões de ER, que permitiram aferir de forma objetiva a evolução clínica da pessoa alvo de intervenção. Seguidamente apresentam-se os dados dos instrumentos de avaliações utilizados sob a forma de tabela relativa aos instrumentos de avaliação validados (tabela 2) e o gráfico apresentado demonstra a evolução no que concerne a avaliação das amplitudes articulares por goniometria (figura 1). Todas as escalas de avaliação utilizadas estão disponíveis para consulta nos Apêndices de I a IX.

Tabela 2 Síntese dos resultados dos instrumentos de avaliação

Instrumento de Avaliação	Avaliação Inicial		Avaliação intermédia		Avaliação Final	
	0/100 – Dependência total		5/100 – Dependência total		5/100 – Dependência total	
Índice de Barthel						
Escala Medical Research Council (MRC)	MS esquerdo	2/5	MS esquerdo	2/5	MS esquerdo	3/5
	MS direito	3/5	MS direito	4/5	MS direito	4/5
	MI esquerdo	3/5	MI esquerdo	3/5	MI esquerdo	4/5
	MI direito	3/5	MI direito	4/5	MI direito	4/5
Medida de Independência Funcional (MIF)	23/126		2/126		27/126	
Escala Numérica da Dor	3/10		3/10		2/10	
Equilíbrio Sentado	Estático Reduzido	Dinâmico Ausente	Estático Reduzido	Dinâmico Ausente	Estático Reduzido	Dinâmico Ausente

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Figura 1 Avaliação amplitudes articulares por Goniometria



Em análise mais detalhada dos principais focos de atenção de Enfermagem trabalhados neste plano de cuidados destaca-se:

Movimento Muscular: Verificaram-se melhorias discretas nos grupos musculares afetados do hemicorpo esquerdo. A Escala MRC evidenciou um aumento da força muscular global. Esta evolução está diretamente associada à implementação do programa exercícios músculo-articulares ativos assistidos e resistidos ajustados à tolerância e capacidade do Sr. A. Foi realizada tentativa de adequar o planejamento através da metodologia FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão) tentando manter uma sequência de progressão ao longo das sessões contudo pelas oscilações na colaboração por parte da pessoa parceira de cuidados justificável pelas sequelas neuromusculares e neurocognitivas decorrentes do AVC e da doença de Parkinson, não foi possível cumprir estruturalmente esta *guideline* na realização dos exercícios pela variação das respostas/colaboração durante as sessões. Assim como estratégia adaptativa foi fundamental a adequação do planejamento de intervenções durante as sessões consoante disponibilidade e tolerância do Sr.A.

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Quanto aos conhecimentos valoriza-se a aprendizagem por parte da prestadora de cuidados, demonstrada pela aquisição de conhecimentos e capacidades tendo sido fulcral a sua presença e participação ativa em todas as sessões. Foi esclarecido a importância do movimento ativo-assistido, do posicionamento correto, do incentivo à participação do Sr.A. nos cuidados como forma de potenciar a adesão ao plano estipulado e à melhoria contínua perspetivada. O Sr.A. conseguiu alcançar algum potencial de capacidade na execução dos exercícios, mas a avaliação realizada não permite destacar uma melhoria no compromisso do diagnóstico de enfermagem.

Quanto a percepção subjetiva do Sr.A. e da sua esposa foi referenciado maior facilidade nos processos de mobilização e posicionamentos no leito, associados à realização dos exercícios propostos.

Rigidez articular: A amplitude articular, avaliada por goniometria, registou evolução favorável na maioria das articulações avaliadas, com destaque para a flexão do ombro (de 41º para 55º), cotovelo (de 115º para 162º) e joelho esquerdo (de 90º para 110º). Estes dados reforçam a eficácia das intervenções realizadas relacionadas com a prevenção da rigidez. Associado a estes ganhos impera referir que a diminuição da dor durante a realização dos exercícios também constitui um ganho para o Sr.A., e demonstra a importância da manutenção da implementação dos exercícios propostos a longo prazo. Não houve variabilidade na percepção subjetiva no que concerne este diagnóstico, contudo foi possível de observar durante as sessões que o Sr.A. demonstrava iniciativa para realizar os exercícios propostos e por vezes quando solicitado adquiriu a capacidade de os iniciar autonomamente (exemplo: a automobilização do MS). A melhoria a nível do compromisso no diagnóstico de Enfermagem foi demonstrada essencialmente na capacitação da prestadora de cuidados tendo demonstrado a aquisição de conhecimentos e capacidades demonstrados na otimização de posicionamentos, no incentivo à participação ativa do Sr.A. no seu autocuidado.

Equilíbrio corporal: A avaliação realizada com a Escala de Equilíbrio de Berg manteve-se nos 0 pontos ao longo do processo de intervenção, demonstrando ausência de progresso neste diagnóstico de enfermagem. Importa destacar que não foi possível alcançar o objetivo estabelecido inicialmente na implementação de treino de transferência para a cadeira de rodas, mantendo-se o Sr. A. o diagnóstico de enfermagem equilíbrio corporal totalmente comprometido. Por se apresentar sem equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (com e sem apoio), a fraca ativação muscular do tronco e a ausência de controlo postural dificultaram quer o treino quer a obtenção de ganhos. Foram realizadas em diversas sessões tentativas de

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

transição para a posição de sentado na cama sempre sem sucesso, por intolerância do S.c.A. manifestada por sensação de mal-estar, hipotensão e ausência de controlo postural do tronco. A limitação severa da função neuromuscular e cognitiva, possivelmente, comprometeu a eficácia das intervenções de ER, exigindo continuidade e adaptações nas intervenções realizadas. Deste modo foram tentadas algumas estratégias como a elevação da cabeceira da cama prévia à tentativa de transição para a posição de sentado por um período prolongado, e também o reforço hidrico prévio à transição para a posição, sem sucesso. Conclui-se que não houve progressão no diagnóstico de enfermagem mantendo o grau de compromisso aquando implementação do plano de intervenção de ER.

Esquecimento unilateral: A abordagem terapêutica incluiu a utilização de estímulos visuais, táteis e verbais sistemáticos, como reforço positivo e treino de reconhecimento do hemicorpo afetado. Houve melhoria na perceção do lado esquerdo durante o autocuidado assistido, e uma redução da negligência verificada em tarefas simples, como a alternância de decúbitos, nos rolamentos ou até mesmo durante o estabelecimento de contacto visual durante a realização de exercícios do lado esquerdo. A esposa também demonstrou a aquisição de conhecimentos neste âmbito tendo potenciado os resultados positivos pela sua participação ativa no processo de cuidados, implementando estratégia estimulantes fora dos períodos das sessões (ex. a televisão no hemicampo esquerdo da visão). Em suma neste diagnóstico de enfermagem existiu melhoria do compromisso documentado.

Em síntese, os dados recolhidos permitem concluir que, apesar das limitações funcionais significativas decorrentes do AVC e das comorbilidades associadas, a intervenção sistemática e diferenciada em enfermagem de reabilitação produziu melhorias discretas mas mesmo assim mensuráveis refletindo a importância de planos de cuidados personalizados, centrados nas pessoas, sustentados na avaliação contínua e adaptação do plano de intervenções mas também focaram a importância da capacitação do prestador de cuidados enquanto parceiro ativo no processo de reabilitação, conforme tabela 3.

Tabela 3 Evolução dos diagnósticos de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Movimento Muscular Diminuído (Membro Superior - MS)	Diminuído	Diminuído	Ligeiramente melhorado

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

23

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Movimento Muscular Diminuído (Membro Inferior - MI)	Diminuído	Diminuído	Melhorado
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício músculo-articular	Não demonstra	Não demonstra	Não demonstra
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício músculo-articular	Não demonstra	Não demonstra	Não demonstra
Risco de Rigidez Articular (MS e MI esquerdo)	Presente	Presente	Presente
Potencial para melhorar conhecimento para prevenção de rigidez articular	Não demonstra	Não demonstra	Não demonstra
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados para prevenção de rigidez articular	Não demonstra	Demonstra	Demonstra
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para prevenção de rigidez articular	Não demonstra	Demonstra	Demonstra
Equilíbrio corporal comprometido	Comprometido	Comprometido	Comprometido
Potencial para melhorar conhecimento para usar técnicas de equilíbrio corporal	Não demonstra	Não demonstra	Não demonstra
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	Não demonstra	Não demonstra	Não demonstra
Esquecimento unilateral do corpo do lado esquerdo	Presente	Reduzido	Reduzido

3. DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos com a implementação do plano de cuidados de ER, neste contexto específico da pessoa idosa com multimorbilidade e sequelas de AVC demonstra uma consonância significativa com a evidência científica publicada recentemente.

Estudos recentes destacam que a presença de diversas patologias concomitantes condicionam negativamente os ganhos em saúde durante o processo de reabilitação, dificultando a recuperação da pessoa, acresce que, quanto mais patologias associadas mais acentuado é o grau de incapacidade esperado definindo assim, a presença destas como fator preditor da efetividade das intervenções de reabilitação (Altıntaş, et al., 2021) (Simiô-Panió et al., 2018).

O conceito de multimorbilidade destaca a coexistência de duas ou mais doenças crônicas em simultâneo, sendo que na população idosa portuguesa, estas atingem valores elevados na população portuguesa com uma média de 3.3 doenças crônicas por pessoa. Estes dados permitem inferir que o aumento da esperança média de vida não traduz melhoria da saúde nem qualidade de vida da população idosa (Rodrigues et al., 2018). Correlacionando com o RCC é

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

possível constatar que o Sr. A. se insere nestas estatísticas, sendo então um fator possível de impactar a implementação das intervenções, mas também os resultados da intervenção de enfermagem de reabilitação previamente apresentados.

Uma das patologias que poderá ter condicionado a implementação do plano de cuidados de ER e conseqüente obtenção de resultados mais significativos poderá ter sido a doença de Parkinson, esta é uma doença neurodegenerativa que se caracteriza pela diminuição dos níveis de dopamina nos gânglios basais, os principais sintomas relatados podem dividir-se em motores (o tremor, a rigidez, a bradicinesia e a alteração do equilíbrio postural) e não motores (sonolência e a apatia). As pessoas com doença de Parkinson apresentam geralmente flutuações importantes a nível de sintomatologia quer motora quer não motora (Çiftçi et al., 2018; Silva, 2023). Neste RCC destaca-se a importância do conceito de bloqueio *on-off* decorrente destas flutuações descritas pois impacta severamente o potencial de reabilitação da pessoa. (Neves et al., 2025)

O envelhecimento segundo Gil et al. (2020) este pode ser definido como: “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (p. 28), associado a este conceito impera também definir fragilidade na pessoa idosa que se caracteriza por uma síndrome multifatorial, marcada pela diminuição das reservas fisiológicas e pela menor capacidade de adaptação a situações adversas. Este estado manifesta-se através da redução da força e resistência muscular, alterações cognitivas e declínio funcional global, o que potencia o grau de dependência, ao transpor para o RCC elaborado várias destas características estão presentes na avaliação realizada do Sr.A. (Novo et al., 2025). Então a presença de fragilidade contribuiu para a limitação demonstrada na recuperação funcional do Sr.A., exigindo intervenções de enfermagem de reabilitação prolongadas, multidimensionais e adaptadas às reais capacidades da pessoa, no entanto e como foi preconizado na intervenção deste RCC, a transição do objetivo da reabilitação de ganhos mensuráveis para a manutenção das capacidades remanescentes foi primordial limitando assim a progressão da incapacidade previamente instalada. Em contraponto a OMS define o envelhecimento saudável como processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que permita o bem-estar nesta fase da vida, contudo pela vivência atual do Sr.A. o mesmo possivelmente não se revê nesta definição (World Health Organization, 2024). Destarte torna-se fundamental a existência e implementação de programas/ iniciativas como o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável, a Década do Envelhecimento

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Saudável 2021-2030 das Nações Unidas e *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health (2016-2020)* da Organização Mundial de Saúde para que futuramente o processo de envelhecimento seja efetivamente uma experiência favorável para as pessoas.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, a atuação do EEER assume uma responsabilidade determinante, sendo este encarregue pela avaliação, planeamento e implementação de intervenções especializadas e individualizadas, centradas na pessoa. Ao longo do processo de reabilitação, foram mobilizadas as várias as competências como por exemplo a avaliação das alterações funcionais motoras, sensoriais e cognitivas, o uso de instrumentos de avaliação validados para o efeito, a utilização de estratégias de ensino e treino de técnicas à pessoa e ao seu prestador de cuidados promovendo a continuidade, qualidade e segurança no cuidado prestado. Neste sentido, a articulação das intervenções realizadas com os domínios regulamentares da especialidade de ER permitiu não só fundamentar a prática clínica numa base normativa e ética, mas também sustentar o processo de aquisição de competências enquanto funera EEER, numa perspetiva de formação avançada. A reflexão crítica sobre os resultados obtidos, embora limitados, reforça o entendimento de que a prática do EEER não se reduz apenas à restituição/recuperação funcional plena, mas também à maximização das funções residuais, promoção da adaptação à condição de saúde atual e à educação e capacitação da pessoa e do seu cuidador. (Regulamento n.º 392/2019, 2019)

Apesar dos resultados não apresentarem uma melhoria funcional significativa, observa-se que a abordagem integrada de cuidados de ER contribuiu para a estabilização da condição clínica e prevenção do surgimento de complicações. Tal é confirmado por estudos que indicam que ganhos mínimos em contextos de elevada dependência podem representar um impacto significativo na qualidade de vida e no alívio da sobrecarga do cuidador (Lima et al., 2019)

A capacitação do cuidador informal constituiu um dos pilares deste RCC considerando o elevado grau de dependência do Sr.A. e a necessidade da esposa em gerir esta sua nova função de prestadora de cuidados. O ensinar técnicas de mobilização, o capacitar para a prevenção de complicações, o treino de estratégias adaptativas torna-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados e a eficácia do plano instituído e em simultâneo fornecer estratégias que facilitam a gestão dos cuidados. A literatura recente destaca que a sobrecarga física e emocional do cuidador pode comprometer não só a qualidade dos cuidados prestados, mas também a saúde do próprio cuidador, tornando a sua preparação e suporte um objetivo prioritário da intervenção do EEER. (Maciel dos Santos et al., 2023; Ohashi et al., 2022). Neste contexto, é essencial que

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

26

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

o cuidador não se limite a substituir a pessoa na realização de tarefas, mas que promova o estímulo e a preservação das capacidades remanescentes bem como o atraso do declínio funcional. Contudo, observa-se frequentemente uma tendência para a substituição do idoso na realização de determinadas atividades, com base na percepção de incapacidade, o que pode, inadvertidamente, acelerar a perda de competências e promover maior dependência (Inácio, 2022)

No RCC presente, a implicação ativa do prestador de cuidados revelou-se essencial para a continuidade dos cuidados, mas também demonstrou a necessidade de estratégias de suporte emocional e educativo constantes. Foi também necessária a pesquisa e a apresentação de opções alternativas na comunidade para minimizar a sobrecarga sentida pela esposa, como por exemplo o apoio de cuidadores formais e também a portaria n.º 335-A/2023, de 3 de novembro que estabelece os termos e as condições para o descanso do cuidador informal.

Por outro lado, é também necessário refletir sobre os desafios enfrentados. A ausência de evolução no foco equilíbrio corporal ou impossibilidade de alcançar o objetivo primordial do Sr.A. (transferência), revela a complexidade inerente ao processo de ER em contexto domiciliário, sobretudo perante a pessoa idosa com sequelas de AVC e multimorbilidade associada. Enquanto estudante do mestrado de ER, uma das maiores dificuldades sentidas foi a gestão das minhas próprias expectativas face à ausência de resultados expressivos, na confrontação entre o plano definido e os limites reais do Sr. A., este desafio implicou um exercício contínuo de adaptação, resiliência e reflexão ética acerca da minha atuação. Neste enquadramento, a Teoria do Cuidar de Swanson revelou-se particularmente pertinente, ao destacar a importância de conhecer e estar com o Sr.A. e a sua esposa de forma empática e disponível, fazer por sempre que necessário e possibilitar a capacitação e facilitação neste processo complexo respeitando o ritmo individual de adaptação da tríade de cuidados e ainda mantendo a crença no futuro. (Swanson, 2015) Esta abordagem permitiu valorizar não apenas os ganhos mensuráveis da intervenção do EEER, mas sim o cuidar.

Desta forma, este RCC contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências clínicas, reflexivas e éticas em ER, permitindo compreender a complexidade da reabilitação em contextos de elevada dependência na comunidade e reforçando a importância dos cuidados centrados na pessoa, na sua família e no seu ambiente.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente RCC evidenciou a importância da intervenção especializada EEER em parceria com a pessoa idosa com sequelas AVC e múltiplas comorbidades, em contexto domiciliário. Ainda que os ganhos em saúde observados tenham sido limitados, destacaram-se pequenas melhorias na força muscular e na consciência corporal, as quais, apesar de subtis, assumem significado humano relevante num quadro de dependência severa como o do Sr.A. A abordagem sistemática, individualizada e fundamentada permitiu promover gestão de um planeamento de cuidados fluido e adaptado às necessidades reais e potenciais da pessoa e do seu prestador de cuidados, confluindo para o estabelecimento de uma relação terapêutica que permitiu a implementação deste plano de cuidados.

Paralelamente, a capacitação do prestador de cuidados revelou-se um eixo central da intervenção de ER, tendo permitido não só promover a continuidade dos cuidados, mas também mitigar parcialmente a sobrecarga associada à responsabilidade de cuidar de alguém com dependência. As estratégias educativas e de instrução/treino/supervisão desenhadas em parceria com o prestador de cuidados evidenciaram-se como determinantes para a segurança e bem-estar de ambos (pessoa e cuidador) reforçando a importância da presença do EEER na dinamização de cuidados centrados na pessoa e família, potenciando assim a melhoria da qualidade de vida.

Enquanto estudante do mestrado em Enfermagem de Reabilitação, este RCC representou uma oportunidade ímpar de crescimento profissional e pessoal. A complexidade clínica, aliada à necessidade de uma abordagem conjunta com a pessoa e prestador de cuidados, e centrada no contexto domiciliar, permitiu desenvolver competências científicas técnicas, éticas e relacionais fundamentais para a prática clínica.

Contudo, importa reconhecer a influência da inexperiência, natural enquanto estudante do mestrado de Enfermagem de Reabilitação em todo o processo de Enfermagem que poderá ter condicionado quer os resultados quer a eficácia das estratégias implementadas.

Apesar destas limitações, o presente trabalho contribui para o corpo de conhecimento em enfermagem de reabilitação, reforçando a pertinência de intervenções individualizadas, baseadas na evidência científica, mesmo em contextos de elevada complexidade. De igual modo, salienta-se a necessidade de fomentar investigação futura sobre estratégias que respondam eficazmente aos desafios da reabilitação em pessoas idosas com multimorbidade e elevado grau de dependência.

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

28

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Este Relato de Caso Clínico insere-se igualmente no compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), definidos pela Organização das Nações Unidas (2016), nomeadamente o ODS 3 – “Saúde de Qualidade”, ao promover cuidados seguros, inclusivos e adaptados às necessidades da pessoa em situação de dependência, e o ODS 4 – “Educação de Qualidade”, ao incentivar a formação crítica e reflexiva de profissionais de saúde e cuidadores. Afirmando a Enfermagem de Reabilitação como alicerce na construção de respostas sustentáveis, humanizadas e equitativas para os desafios futuros do envelhecimento.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Çiftci, S., Kuran, B., Duman, Z., Yılmaz, F., Mert, C., Duranık, G., & Öncü, J. (2018). The Effect of Associated Parkinsonism on Rehabilitation in Stroke Patients: A Case Series. *Med Bull Sisi Eçfol Hosp*, 52(1), 64-69. <https://doi.org/10.14744/SEMB.2017.69772>
- Gil, A. C., Sousa, F. M., & Martins, M. (2020). IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM IDOSO COM FRAGILIDADE/SÍNDROME DE DESUSO - Estudo de caso. *RPER*, 3(2), 27-35. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>
- Instituto Nacional de Estatística I.P. (2023). *Causas de Morte- 2023*. Instituto Nacional de Estatística I.P., Retrieved junho de 2025, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdist_bou=706996012&DESTAQUESmodo=2
- Maciel dos Santos, A., Fonseca, M., Gomes, J., Soares, S., & Ribeiro, C. (2023). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC: um estudo quase-experimental. *Rev Port Enf Reab*, 6(2), 1-18. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.339>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.
- Ohashi, T., Fujita, T., Togashi, Y., Ohashi, Y., Kisara, Y., Jinbo, R., Kasahara, R., & Yamamoto, Y. (2022). Relationship between Activities of Daily Living of Home-Based Rehabilitation Users and Caregiver Burden-Induced Depression: A Retrospective Study. *Occupational Therapy International*, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2022/4524985>
- Altıntaş, D., Taş, S., & Çetin, A. (2021). An investigation of the factors that influence functional improvement in stroke. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 51, 1448-1454. Retrieved junho de 2025, from <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/>
- Decreto-lei nº65/2018. [16 de agosto de 2018]. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 157 —, Retrieved maio de 2025, from <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Escola Superior de Saúde Atlântica . (2022). *GUIA PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ESCRITOS, . GUIA PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ESCRITOS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E CITAÇÕES*. Barcarena.

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

30

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

- Felgin, V., Murray, C., Vos, T., Bisignano, C., Roth, G., Johnson, C., Aravkin, A., Bryazka, D., Burkart, K., Cogen, R., Dai, X., Dandona, L., Dandona, K., Flor, L., Hamilton, E., Lim, S., Mestrovic, T., Mokdad, A., Razo, C., Schumacher, A., . . . Stafford, L. (setembro de 2024). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021. *The Lancet Neurology*. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7).
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, 21(3), pp. 513-518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Fonseca, L. (outubro de 2021). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal*. Retrieved junho de 2025, from Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Gagnier, J., Kienle, G., Altman, D., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. 7(223), 1-6. Retrieved junho de 2025, from <https://medicaseereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1947-7-223#citeas>
- Gomes, C., Marques-Vieira, C., & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 387-403). Lusodidacta.
- Inácio, M. S. (dezembro de 2022). (Re)construção da autonomia da pessoa idosa com dependência na autocuidado de higiene : contributo da Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH[®]). Tese de Doutoramento- Universidade de Lisboa . <http://hdl.handle.net/10451/58258>
- Instituto Nacional de Estatística, I. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Retrieved junho de 2025, from https://www.inec.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xapp=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bou_t=655860798;PUBLICACOESmodo=2
- Lima AMN, F. M. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28-43. <https://doi.org/10.30681/252610104062>
- Lopes, D. G., Mendonça, N., Henriques, A., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (Agosto de 2023). Trajectories and determinants of ageing in Portugal : insights from EpiDoC, a nationwide

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

population-based cohort. *BMC Public Health*, 23(1564), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-023-16170-8>

Moura, M., Ventura, & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48-57). Lidel- Edições Técnicas.

Neves, B., Vilhena, A., Sousa, L., & Severino, S. (2025). Rehabilitation Nursing for people with Parkinson's Disease Immobility Syndrome: a case report. *AG Saúde*, 3(224), 2-8. <https://doi.org/10.62486/agsauid3025224>

Norving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *Eur Stroke J*, 3(4), 309-336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>

Novo, B., Ribeiro, M., Bação, M., Andrade, M., Horta, P., Sousa, L., Guerra, N., & Severino, S. (2025). Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling. *Multidisciplinar*, 3(226), 1-6. <https://doi.org/10.62486/mmu2025226>

Oliveira, C., Couro, G., & Silva, R. (2021). Enfermagem de Reabilitação nos. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação de* (pp. 554-670). Lidel- edições técnicas.

Ordem dos Enfermeiros. (24 de janeiro de 2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação. Retrieved maio de 2025, from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colecoes/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Retrieved junho de 2025, from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colecoes/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (26 de janeiro de 2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Retrieved maio de 2025, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4-regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Organização das Nações Unidas. (Janeiro de 2016). Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). *Guia dos programas nacionais de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://doi.org/10.37774/9789275272928>

Prazeres, V. P., Ribeiro, C. D., & Marques, G. S. (2021). Tomada de decisão em enfermagem de reabilitação nos cuidados intensivos: focos de atenção. *Rev Rene*, 22(61706), 1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261706>

Regulamento n.º 392/2019. (3 de maio de 2019). Diário da República 2ª série. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved maio de 2025, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

República Portuguesa. (2023). Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. Retrieved junho de 2025, from <https://envelhecimentoativo.pt/sobre/>

República, D. d. (Novembro de 2023). Portaria n.º 335-A/2023, de 3 de novembro.

RODRIGUES, A., GREGÓRIO, M., SOUSA, R., DIAS, S., SANTOS, M., MENDES, J., COELHO, P., BRANCO, J., & CANHÃO, H. (2018). Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoC. *Acta Medica Portuguesa*, 2(31), 80-93. <https://doi.org/10.20344/amp.3817>

Sacco, R., Kasner, S., Broderick, J., Caplan, L., Connors, J., Culebras, A., Elkind, M., George, M., Hamdan, A., Higashida, R., Hoh, B., Janis, L., Kase, C., Kleindorfer, D., Lee, J., Moseley, M., Peterson, E., Valderrama, A., & Vinters, H. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7). <https://doi.org/10.1161/STROKE.0b013e318296eccc>

Santos, A. S. (2022). O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Capitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC no Domicílio. *Dissertação de Mestrado*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo :

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

- Schoeller, S. D., Martins, M., Ribeiro, I., Lima, D. S., Padilha, M. I., & Gomes, B. P. (2018). Breve Panorama Mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6-12. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388>
- Silva, S. (2023). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Neurológica Degenerativa. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 475-486). Lusodidacta.
- Simić-Parić, D., Bošković, K., Miličević, M., Rabi Žikić, T., Bošnjak, M., Tomašević-Todorović, S., & Jovičević, M. (2018). THE IMPACT OF COMORBIDITY ON REHABILITATION OUTCOME AFTER ISCHEMIC STROKE. *Acta Clin Croat*, 57(1), 5-15. <https://doi.org/10.20473/acc.2018.57.01.01>
- Sousa, L. M., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (Maio de 2018). MODELOS DE FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO NA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA. *REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM*, pp. 31-39.
- Swanson, K. M. (2015). Kristen Swanson's Theory of Caring. Em M. C. Smith, & M. E. Parker, *Nursing Theories & Nursing Practice* (pp. 521-531). F. A. Davis Company.
- World Health Organization. (dezembro de 2022). Long-term care- Questions and answers. Retrieved junho de 2025, from https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care?utm_source=chatgpt.com
- World Health Organization. (2024). *Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group*. Retrieved junho de 2025, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380350/9789240104181-eng.pdf?sequence=2>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICES

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica
35

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice I Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, no contexto domiciliar com a pessoa idosa com sequelas de AVC- Relato de Caso.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do Professor Coordenador do Mestrado Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Explicação do estudo: O presente estudo consiste na elaboração de um relato de caso clínico com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico no âmbito do diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados em Enfermagem de Reabilitação, no contexto domiciliar. A recolha de dados será realizada de forma observacional e descritiva, centrada no processo de cuidados prestados à pessoa/família, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática profissional.

Serão utilizados instrumentos e testes de avaliação validados com o intuito de avaliar as principais necessidades da pessoa/ família que possam constituir alvo de intervenção por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centrar-se-á nos focos de Enfermagem de Reabilitação: Movimento Muscular, Equilíbrio Corporal, Transferir-se e Queda, com objetivo de capacitar a pessoa/família promovendo a autonomia e possibilitando melhoria na qualidade de vida.

A participação no estudo é voluntária, garantindo-se o respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, quer aceite, quer recuse participar. Não se prevê qualquer tipo de risco ou prejuízo para a pessoa em virtude da sua participação ou não participação no estudo, nomeadamente no que diz respeito à continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

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

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados do Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados. 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 atenção.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

A estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação: Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº aluna [REDACTED])

¹ <https://www.vbto.net/saude/etiva/consent/consent0.htm>

² <https://www.welfareregulation.com/consent.htm>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Contactos: [Redacted]

Assinatura/s: [Redacted]

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: ____/____/____

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)	
NOME: _____	
BI/CID Nº: _____	DATA DA VALIDADE: ____/____/____
GRAU DE MAIORISCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____	
ASSINATURA: _____	

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

Apêndice II PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

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

A aluna Mariana Seijo y Seijo Santos Bação da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um Relato de Caso Clínico inserido no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Reabilitação na Comunidade inserida 1º ano, 2º semestre do 3º curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Sandy Severino.

Título do estudo: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação no contexto domiciliar com a pessoa idosa que apresenta sequelas de AVC- Relato de Caso.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio da Unidade Curricular de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade Cuidados na Comunidade [REDACTED], âmbito do 3º mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do Professor Coordenador do Mestrado Luis Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Metodologia: Será elaborado um Relato de Caso Clínico seguindo as normas da Equator Network, nomeadamente a check-list CARE que se encontra disponível para consulta em anexo neste documento. O principal objetivo deste estudo é descrever a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com sequelas de AVC, no seu domicílio.

Explicação do estudo: O presente estudo consiste na elaboração de um relato de caso clínico com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico no âmbito do diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados em Enfermagem de Reabilitação, no contexto domiciliar. A recolha de dados será realizada de forma observacional e descritiva, centrada no processo de cuidados prestados à pessoa/família, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática profissional.

Serão utilizados instrumentos e escalas de avaliação validadas que se encontram disponíveis em anexo, com o intuito de avaliar as principais necessidades da pessoa/ família que possam constituir alvo de intervenção por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centrar-se-á nos focos de Enfermagem de Reabilitação, dentro dos quais destacam-se: Movimento Muscular, Equilíbrio Corporal, Transferir-se e Queda, com objetivo de capacitar a pessoa/família promovendo a autonomia e possibilitando melhoria na qualidade de vida.

A participação no estudo é voluntária, garantindo-se o respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, quer aceite, quer recuse participar. Não se prevê qualquer tipo de risco ou prejuízo para a pessoa em virtude da sua participação ou não participação no estudo, nomeadamente no que diz respeito à continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Condições e financiamento: A participação no relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra. Se decidir participar, a pessoa poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem qualquer prejuízo associado.

Confidencialidade e anonimato: Na participação neste relato de caso clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados do Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados. 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 disponibilidade,

A aluna Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº aluno [REDACTED])

Contactos: [REDACTED]

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Assinatura: 

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assinou este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura:

Data:/...../.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o interessado for incapaz deve <u>assinar</u> ou assinar em nome, se possível)	
NOME:	DATA DE VALIDADE:/...../.....
BI/CID Nº:	GRAU DE PARALELISMO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:
Assinatura	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice III Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação do Sr. A.

<u>Data:</u> 15/05/2025	Colheita de Dados
1. Identificação	Nome: Sr. A. Idade: 80 - Gênero: Masculino Cuidador (Nome): Sra E. _
2. Dados Gerais Gerais	Data: Admissão ECCI <u>Março</u> de 2025 -> Reabilitação 07/05/2025; 1ª visita domiciliar 15/05/2025 Diagnóstico Atual: Internamento prolongado em serviço de MI por Lesão Renal Aguda, Gastroenterite Viral e Anemia - Feversiro - Março 2025 Diagnósticos Secundários: doença cerebrovascular prévia (AVC hemorrágico em 2010 resultando hemiparesia esquerda), doença de Parkinson, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Dislipidemia, Litíase Renal, Insuficiência Renal Crônica, Hiperuricemia Terapêutica atual: Sinemet 4x dia; Bisoprolol 1x dia; Losartan+hidroclorotiazida 1x dia; Amlodipina 1 x dia; Ac. Fólico 1x dia; Pantoprazol 1x dia; Tamsulosina 1x dia; Pregabalina 1x dia; Ferrugina 1x dia; Metformina 2 x dia; Rosuvastatina 1 x dia; Primidona 2 x dia
3. Funcionalidade	Índice de Barthel: 0 Medida Independência Funcional: 23
4. Avaliação Respiratória	Frequência Respiratória: 17 - Saturação periférica 93% Sintomas: Sem patologia respiratória nem sinais de DR, sem tosse , sem dispneia , Eupneico.
5. Avaliação Motora e Mobilidade	Força muscular (escala MRCM) segmentos: globalmente diminuída nos 5 segmentos Amplitude Articular (Goniômetro) segmentos: globalmente diminuída em todas as articulações Espasticidade - aumento do tônus em particular no hemicorpo esquerdo Marcha: não deambula. Equilíbrio (BERG): 0 Equilíbrio estático e dinâmico sentado: não apresenta Equilíbrio estático e dinâmico em pé: não apresenta

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

41

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	Transferências: não realiza deste internamento
6. AVD/Autocuidados	Higiene: Independente ___; Dependente Parcial ___; Dependente Total-X Vestuário: Independente ___; Dependente Parcial ___; Dependente Total X Posicionar: Independente ___; Dependente Parcial ___; Dependente Total X Eliminação: Independente ___; Dependente Parcial ___; Dependente Total X - incontinência de esfíncteres Alimentação: Independente ___; Dependente Parcial ___; Dependente Total X Transferir-se: Independente ___; Dependente Parcial ___; Dependente Total - não realiza transferência Andar: Independente ___; Dependente Parcial ___; Dependente Total - não anda
7. Avaliação Neurológica	Nível de Consciência: 15 com discurso lentificada Sequelas Neurológicas : hemiparesia esquerda de predomínio braquial Pares cranianos: sem alterações aparentes Sensibilidade: mantida Comunicação (descrição): discurso pouco fluente, respondendo a ordens simples , nomeia e repete. Coordenação: lentificada Deglutição: sem alterações , dieta mole por ausência de peças dentárias
8. Meio Envolvente	Condições do Domicílio: cama articulada com grades laterais , andarrilho, cadeira de rodas. Barreiras Arquitetónicas: Sim -X Não ___-Quais: 1º andar sem elevador com escadas , dentro do domicílio espaço insuficiente para se deslocar de andarrilho ou cadeira pela mobília presente
9. Apoio Familiar/Cuidador	Existe Cuidador? Sim -X; Não ___ Quem: esposa Grau de Apoio: principal cuidadora , conta com apoio domiciliário para a higiene Capacidade de aprendizagem e colaboração: motivada e interessada na aprendizagem
10. Objetivos da Intervenção	Promoção de autonomia e independência , capacitação da esposa dado agravamento de grau de dependência , transferência

Relatório do Curso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice IV Escala Medical Research Council Modificada

Membro	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
MS esquerdo	2	2	2
MS direito	3	4	4
MI esquerdo	3	3	4
MI direito	3	4	4

0	Sem perceção (paralisia total)
1	Contractão muscular visível ou palpável sem movimento
2	Movimento ativo sem eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

Fonte: Guyton, 1984; Guyton, 1988; (2020). Guia de Avaliação de Força Muscular em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341811111/Guia-de-Avaliacao-de-Forca-Muscular-em-Enfermagem-de-Reabilitacao>

Apêndice V Escala Numérica da Dor

Avaliação Escala Numérica da Dor		
Inicial (15/05/2025)	Intermédia (04/06/2025)	Final (15/06/2025)
3 pé direito e na mobilização do membro superior esquerdo	3 mobilização do membro superior esquerdo	2 mobilização do membro superior esquerdo



Este é o modelo oficial da Escala da Dor (Escala Numérica da Dor) - versão 2002, desenvolvida pelo Dr. David B. Clark, da Universidade de Toronto, Canadá. Este modelo foi desenvolvido em 2006, com o objetivo de facilitar a utilização da Escala da Dor em ambientes de trabalho e de ensino. Este modelo é uma reprodução fiel do modelo original, desenvolvido pelo Dr. David B. Clark.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VI Avaliação amplitudes articulares com recurso a goniómetro

Avaliação Goniometria (c/ goniómetro)				
Membro superior esquerdo	Movimento	Amplitude (°)		
		15/05/2025	04/06/2025	15/06/2025
Ombro	Flexão	41°	52°	55°
	Extensão	0°	0°	0°
	Abdução	76°	85°	85°
	Adução	10°	14°	14°
	Rotação interna	22°	31°	31°
	Rotação externa	19°	28°	30°
Cotovelo	Flexão	116°	156°	162°
	Extensão	0°	0°	0°
Punho	Flexão	51°	60°	59°
	Extensão	19°	24°	24°
Avaliação Goniometria (c/ goniómetro)				
Membro inferior esquerdo	Movimento	Amplitude (°)		
		15/05/2025	04/06/2025	15/06/2025
Coxo-femoral	Flexão	104°	106°	159°
	Extensão	0°	0°	0°
	Abdução	30°	34°	42°
	Adução	10°	15°	26°
	Rotação interna	22°	31°	31°
	Rotação externa	19°	28°	28°
Joelho	Flexão	32°	50°	61°
	Extensão	0°	0°	0°
Tibio-társica	Flexão	32°	40°	40°
	Extensão	0°	10°	10°

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

45

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VII Escala de Equilíbrio de Berg

Avaliação do Equilíbrio- Escala de Berg				
Score	Descrição dos Itens	Avaliação		
		15/05/2025	04/06/2025	15/06/2025
	1. Da posição de sentado para a posição de pé	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma			
3	Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos			
2	Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas			
1	Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável			
0	Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar			
	2.Ficar em pé sem apoio	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos			
3	Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão			
2	Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos			
1	Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos			
0	Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda			
	3. Senta-se com as costas desapoadas, mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco	0	0	0
4	Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos			
3	Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão			
2	Mantém-se sentado durante 30 segundos			
1	Mantém-se sentado durante 10 segundos			
0	Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos			
	4. Da posição de pé para a posição de sentado	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos			
3	Ao sentar-se recorre às mãos			
2	Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida			

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

46

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

1	Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida			
0	Necessita de ajuda para se sentar			
	5. Transferências	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos			
3	Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos			
2	Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ ou supervisão			
1	Necessita de ajuda de uma pessoa			
0	Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança			
	6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos			
3	Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão			
2	Consegue manter-se em pé durante 3 segundos			
1	Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável			
0	Necessita de ajuda para evitar a queda			
	7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto			
3	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão			
2	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos			
1	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos			
0	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas não consegue mantê-la durante 15 segundos			
	8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

4	Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante			
3	Consegue inclinar-se mais de 12cm para a frente, com segurança			
2	Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança			
1	Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão			
0	Perde o equilíbrio durante as tentativas/ necessita de apoio externo			
	9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança			
3	Consegue apanhar o <u>chinelo</u> mas necessita de supervisão			
2	Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma			
1	Não consegue apanhar o chinelo e necessita de supervisão enquanto tenta			
0	Não consegue tentar/ necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda			
	10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso			
3	Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir peso			
2	Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio			
1	Necessita de supervisão ao virar			
0	Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda			
	11. Dar uma volta de 360 graus	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos			
3	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em segundos ou menos			
2	Consegue dar uma volta de 360 graus com <u>segurança</u> mas lentamente			
1	Necessita de supervisão ou de indicações verbais			

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

0	Necessita de ajuda enquanto dá a volta			
	12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos			
3	Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos			
2	Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão			
1	Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda			
0	Necessita de ajuda para evitar a queda/ não consegue tentar			
	13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos			
3	Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos			
2	Consegue 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			
	14. Permanecer em pé sobre uma perna	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos			
3	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos			
2	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos			
1	Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente			
0	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Score Total (0- 56)	0 (Equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda)	0 (Equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda)	0 (Equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda)
---------------------	---	---	---

FONTE: ADAPTADO DE : PAIVA, L. (2016). *AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DO EQUILÍBRIO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS, PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR, ATRAVÉS DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG*. DISSERTAÇÃO DE Mestrado em INTERVENÇÃO PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO, ORIENTADA POR ALDA MARIA MARTINS MOURÃO E ROGÉRIO PAULO JOAQUIM SALVADOR. INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA. ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE. LEIRIA.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VIII Índice de Barthel

Índice de Barthel				
Score	Atividade	Avaliação		
		21/05/2025	04/06/2025	18/06/2025
1. Alimentação				
10	Independente			
5	Precisa de alguma ajuda (Por exemplo para cortar alimentos)		X	X
0	Dependente	X		
2. Transferências				
15	Independente			
10	Precisa de alguma ajuda			
5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se			
0	Dependente, não tem equilíbrio sentado	X	X	X
3. Toalete				
5	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes			
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	X	X	X
4. Utilização do WC				
10	Independente			
5	Precisa de alguma ajuda			
0	Dependente	X	X	X
5. Banho				
5	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)			
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	X	X	X
6. Mobilidade				
15	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)			
10	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda			
5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas			
0	Imóvel	X	X	X
7. Subir e Descer Escadas				
10	Independente, com ou sem ajudas técnicas			
5	Precisa de ajuda			
0	Dependente	X	X	X
8. Vestir				
10	Independente			
5	Com ajuda			
0	Impossível	X	X	X

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

51

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

9. Controlo Intestinal				
10	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar			
5	Acidente ocasional			
0	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	X	X	X
10. Controlo Urinário				
10	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho			
5	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)			
0	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	X	X	X
Score Total (0- 100)		0	5	5

FONTE: ADAPTADO DE: ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2016). *INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. [HTTPS://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/ARQUIVO/COLEGIOS/DOCUMENTS/2017/INSTRECOLHADADOSDOCUMENTACAOQUIDENFREABILITACAO_FINAL_2017.PDF](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/COLEGIOS/DOCUMENTS/2017/INSTRECOLHADADOSDOCUMENTACAOQUIDENFREABILITACAO_FINAL_2017.PDF)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice IX Medida de Independência Funcional

Medida de Independência Funcional	Avaliação inicial (15/05/2025)	Avaliação intermédia (04/06/2025)	Avaliação final (15/06/2025)
Autocuidados			
A - Alimentação	1	2	2
B - Higiene pessoal	1	1	1
C - Banho (lavar o corpo)	1	2	2
D - Vestir a metade superior	1	2	2
E - Vestir metade inferior	1	1	1
Controlo de esfíncteres			
G - Bexiga	1	1	1
H - Intestinal	1	1	1
Mobilidade/Transferências			
I - Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	1	1
J - Sanita	N/A	N/A	N/A
K - Duche/Banheira	N/A	N/A	N/A
Locomoção			
L - Marcha/Cadeira de rodas	1	1	1
M - Escadas	N/A	N/A	N/A
Comunicação			
N - Compreensão	7	7	7
O - Expressão	7	7	7
Score total	23	27	27

FONTE ADAPTADO DE: ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2016). *INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/COLEGIOS/DOCUMENTS/2017/INSTRECOLHADADOSDOCUMENTACAOQUIDENFREABILITACAO_FINAL_2017.PDF

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

ANEXO

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- junho 2025- Atlântica

54

Relato de Caso Clínico-3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Anexo I **CHECLIST CARE**

CARE CARE Checklist of information to include when writing a case report  

Topic	Item	Checklist item description	Reported or Done
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	_____
Key Words	2	2 to 3 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 case diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" message 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	Differential (including other diagnoses considered)	_____
	8d	Prognosis (with an staging or severity) when 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 biases)	_____
	11d	The primary "take-away" message 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"/>

APÊNDICE II

Relato de Caso Clínico Estágio de Profissionalizante



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2024/2025

2º Ano- 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante

Relato de Caso Clínico

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, no contexto hospitalar, com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho.

Elaborado por

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº estudante-202490016)

Docente Orientadora

Sandy Severino

Enfermeiros Supervisores



Barcarena,

novembro 2025



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2024/2025

2º Ano- 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante

Relato de Caso Clínico

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, no contexto hospitalar, com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho.

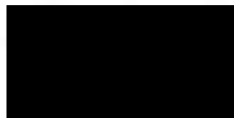
Elaborado por

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº estudante-202490016)

Docente Orientadora

Sandy Severino

Enfermeiros Supervisores



Barcarena,

novembro 2025

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relato de caso clínico.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AVD** – Atividades de Vida Diária
- ATJ** – Artroplastia Total do Joelho
- EEB** – Escala de Equilíbrio de Berg
- EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- END** – Escala Numérica da Dor
- ER** – Enfermagem de Reabilitação
- ESSATLA** – Escola Superior de Saúde Atlântica
- KOOS** – *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*
- MIF** – Medida de Independência Funcional
- MRC** – *Medical Research Council Muscle Scale*
- OA** – Osteoartrose
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- RCC** – Relato de Caso Clínico
- RNAO** – *Registered Nurses' Association of Ontario*
- TUGT** – Timed Up and Go Test

RESUMO

Introdução: A artroplastia total do joelho constitui uma intervenção cirúrgica de eleição no tratamento da osteoartrose do joelho, permitindo o alívio da dor e a recuperação funcional. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é essencial no processo de reabilitação, ao implementar intervenções especializadas baseadas na evidência que promovem a autonomia e a qualidade de vida.

Objetivo: Descrever as intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho, em contexto hospitalar.

Metodologia: Estudo descritivo, sob a forma de Relato de Caso Clínico, elaborado segundo as CARE *Guidelines*. A recolha de dados incluiu diversas metodologias que culminaram na elaboração de um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Resultados: Verificaram-se ganhos expressivos na força muscular, amplitude articular, equilíbrio corporal e no andar com auxiliar de marcha.

Discussão: A mobilização precoce e um programa de reabilitação em parceria com a pessoa favoreceram a recuperação eficaz, reforçando a evidência sobre a importância da reabilitação centrada na pessoa.

Conclusão: A intervenção especializada de Enfermagem de Reabilitação revelou-se determinante para a otimização funcional e transição segura para o domicílio, promovendo ganhos em saúde e qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem, Reabilitação, Artroplastia do Joelho e Capacitação.

ABSTRACT

Introduction: Total knee arthroplasty is a surgical procedure of choice for the treatment of knee osteoarthritis, allowing pain relief and functional recovery. The Rehabilitation Nursing Specialist plays an essential role in the rehabilitation process by implementing evidence-based specialized interventions that promote autonomy and quality of life.

Objective: To describe the specialized Rehabilitation Nursing interventions with a person undergoing total knee arthroplasty in a hospital setting.

Methodology: Descriptive study, in the form of a Clinical Case Report, prepared according to the *CARE Guidelines*. Data collection included several methodologies that culminated in the development of a Rehabilitation Nursing care plan.

Results: Significant improvements were observed in muscle strength, joint range of motion, body balance, and walking with an assistive device.

Discussion: Early mobilization and a rehabilitation program carried out in partnership with the person promoted an effective recovery, reinforcing the evidence on the importance of person-centred rehabilitation.

Conclusion: The specialized intervention of the Rehabilitation Nurse proved to be crucial for functional optimization and a safer home transition, promoting health gains and improving quality of life.

Keywords: Nursing, Rehabilitation, Knee Arthroplasty, and Empowerment

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
2. RESULTADOS	24
3. DISCUSSÃO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
Apêndice I Consentimento informado.....	39
Apêndice II PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA	41
Apêndice III Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação da Sra. M.	43
Apêndice IV Escala Medical Research Council Modificada	46
Apêndice V Escala Numérica da Dor.....	47
Apêndice VI Avaliação amplitudes articulares com recurso a goniómetro	48
Apêndice VII Escala de Equilíbrio de Berg	49
Apêndice VIII Índice de Barthel.....	54
Apêndice IX Medida de Independência Funcional.....	56
Apêndice X Timed Up and Go Test.....	57
Apêndice XI Escala de Quedas de Morse.....	58
Apêndice XIV "Cuidar do Meu Joelho".....	66
ANEXOS	70
Anexo I Checklist CARE.....	71
Anexo II Guião da Entrevista.....	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Plano de cuidados de ER da Sra. M.....	18
Tabela 2 Síntese Resultados.....	24

INTRODUÇÃO

No decorrer da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, disciplina componente do 2º ano, 1º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), foi solicitada a realização de um relato de caso clínico (RCC), exaltando a necessidade de desenvolvimento de uma prática crítica e reflexiva sustentada em evidência científica. De forma a maximizar a intervenção especializada de ER, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), deve fundamentar a sua prática na melhor evidência científica atual, demonstrando-a através da implementação de planos de cuidados especializados e individualizados, assentes na parceria terapêutica com a pessoa para que o culminar da intervenção explique a melhor prática de Enfermagem.

A construção precisa e estruturada de questões de investigação deve constituir-se como pilar essencial do pensamento crítico e reflexivo do EEER, norteando a tomada de decisão clínica baseada na evidência mais atual e adequada a cada situação (Regulamento n.º 392, 2019) (Sousa et al., 2018), assim e considerando a temática em estudo, foi formulada a seguinte questão de investigação: "quais as principais intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho (ATJ), em contexto hospitalar?"

O principal objetivo da redação deste RCC, intitulado de "Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, no contexto hospitalar, com a pessoa submetida a artroplastia total do joelho" será: descrever as intervenções de ER em parceria com a pessoa submetida a ATJ neste contexto particular; quanto aos objetivos específicos os mesmos foram definidos como: Identificar os principais diagnósticos de ER com pessoa submetida a ATJ; Definir um plano de intervenção de ER individualizado, com estratégias específicas que favoreçam a centralidade na pessoa neste contexto particular; Implementar e monitorizar as intervenções especializadas de ER, avaliando o seu impacto na recuperação funcional, promoção da independência e melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Este RCC pretende demonstrar a responsabilidade da intervenção do EEER com pessoa submetida a ATJ, através da conceção, implementação e monitorização de um plano de cuidados orientado para a recuperação/maximização funcional, a promoção do autocuidado e a readaptação à situação clínica atual da pessoa (Regulamento n.º 392, 2019). Esta atuação especializada desenvolve-se em parceria com a pessoa/família, garantindo a participação ativa no seu processo de reabilitação almejando alcançar a satisfação da pessoa parceira de cuidados,

promover a saúde, o bem-estar e o autocuidado e prevenindo as complicações decorrentes a situação complexa experienciada pela pessoa parceira de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A osteoartrite (OA) do joelho, ou gonartrose, configura-se como uma das patologias músculo-esqueléticas crônicas mais prevalentes e incapacitantes a nível mundial, representando uma das principais causas de limitação funcional e de diminuição da qualidade de vida das pessoas particularmente em pessoas idosas (Preto et al., 2021; Pereira et al., 2024; Ferreira Pinto, 2023). Trata-se de uma doença degenerativa e progressiva caracterizada pela deterioração da cartilagem articular, remodelação óssea, inflamação sinovial e alterações nos tecidos peri-articulares, que culminam em dor, rigidez, instabilidade e consequentemente perda da mobilidade (Leitão et al., 2022; Longo et al., 2023; Preto et al., 2021). A articulação do joelho, enquanto principal articulação de carga do corpo humano, é essencial à marcha, ao ortostatismo e à execução das atividades de vida diária (AVD), assim, qualquer compromisso da sua integridade anatómica ou funcional repercute-se diretamente na independência da pessoa. (Leitão et al., 2022; Preto et al., 2021; Li et al., 2023).

O envelhecimento populacional, aliado ao aumento da esperança média de vida e à prevalência de estilos de vida sedentários, tem contribuído para o crescimento exponencial das doenças osteoarticulares degenerativas (Longo et al., 2023; OECD, 2023; Pereira et al., 2024). A OA afeta até 85 % das pessoas com mais de 75 anos e, em Portugal, estima-se uma prevalência de cerca de 12,4 % na população adulta (Pereira et al., 2024). Este cenário traduz-se num desafio de saúde pública com repercussões clínicas, funcionais, sociais e económicas significativas, evidenciando a necessidade de intervenções terapêuticas orientadas para a promoção da funcionalidade e do bem-estar global, concomitante ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde no documento *Rehabilitation 2030- a call for action* (World Health Organization, 2023).

Nos estádios avançados da doença, a dor persistente, a limitação da mobilidade e a perda de independência justificam, frequentemente, a opção pelo tratamento cirúrgico. A ATJ constitui o procedimento de eleição quando as medidas conservadoras não asseguram controlo sintomático adequado (Ferreira Pinto, 2023; Leitão et al., 2022; Longo et al., 2023; Preto et al., 2021). Esta intervenção tem como objetivos fundamentais o alívio da dor, a restauração do alinhamento articular e a recuperação da capacidade funcional, traduzindo-se numa melhoria expressiva da qualidade de vida (Ferreira Pinto, 2023; Preto et al., 2021). A ATJ é atualmente uma das

cirurgias ortopédicas mais realizadas a nível global, com projeções que apontam para o crescimento progressivo do número de procedimentos ao longo do tempo (Ferreira Pinto, 2023; Kebeh et al., 2023; OECD, 2023). Em Portugal, no espaço temporal 2020-2022, foram realizadas mais de 4 000 cirurgias de ATJ no SNS (Ferreira Pinto, 2023;), confirmando a relevância crescente desta abordagem cirúrgica bem como a sua relevância enquanto área de estudo.

O sucesso da ATJ, contudo, não depende apenas do ato cirúrgico, mas sobretudo do processo de reabilitação peri-operatória. A literatura recente enfatiza que a recuperação funcional e a satisfação da pessoa estão intimamente relacionadas com a implementação de programas estruturados de reabilitação mais eficazes (Sun et al., 2024; Zbeng et al., 2022).

A prática especializada do EEER orienta-se pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação definidos pela da Ordem dos Enfermeiros (2018), os quais constituem a matriz orientadora da qualidade, segurança e eficácia dos cuidados. Estes padrões visam promover a satisfação da pessoa, a prevenção de complicações, a promoção da saúde, o autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, bem como a inclusão social e a continuidade de cuidados. A sua operacionalização concretiza-se através de intervenções que promovem a autonomia, o bem-estar e a capacitação da pessoa ao longo do processo de reabilitação. Estes princípios encontram correspondência nas *guidelines* da *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*, nomeadamente no guia "Cuidados Centrados na Pessoa e na Família" (RNAO, 2015), que defende uma prática baseada na parceria terapêutica, na valorização das preferências e experiências da pessoa e na coresponsabilização no processo de decisão. Do mesmo modo, o guia "Transições nos Cuidados e Serviços" (RNAO, 2023) enfatiza a importância da transição segura e planeada, assegurada por uma comunicação interprofissional eficaz, pela continuidade assistencial e pela capacitação da pessoa e da sua rede de suporte para o regresso ao domicílio e integração comunitária. Assim, a integração dos padrões de qualidade nacionais com as *guidelines* internacionais constitui um referencial de suporte ético e científico para o exercício especializado, assegurando cuidados de ER centrados na pessoa, seguros, baseados na evidência e promotores de ganhos em saúde.

A eficácia das intervenções do EEER deve ser analisada através de indicadores sensíveis aos cuidados de ER, que evidenciem de forma mensurável o impacto da prática profissional nos ganhos em saúde. A medição sistemática de resultados através de *Patient-Reported Outcome Measures* e dos *Patient- Reported Experience Measures* permite quantificar os ganhos

percebidos pela pessoa e simultaneamente sustentar a prática baseada na evidência (Ferreira Pinto, 2023; Magalhães et al., 2025). Esta abordagem reforça a visão da pessoa como pilar central do cuidado e corresponsável pelo seu processo de reabilitação, valorizando a experiência subjetiva individual de cada um.

O atual RCC encontra-se organizado de modo a assegurar uma apresentação lógica e articulada do percurso desenvolvido. Inicia-se com a introdução, que contextualiza o tema, a sua pertinência na Enfermagem de Reabilitação, a fundamentação teórica, a questão de investigação e os objetivos do estudo. Segue-se o capítulo de metodologia, no qual se descreve o enquadramento metodológico adotado, a caracterização da pessoa e o plano de intervenção delineado. No capítulo de resultados, apresentam-se os mesmos e na discussão analisam-se os dados obtidos, numa abordagem crítica e sintética sustentada na literatura científica. Por fim, nas considerações finais, são sintetizados os contributos principais, as limitações identificadas e as implicações para a prática clínica especializada.

As referências bibliográficas foram elaboradas segundo as normas da *American Psychological Association* (7.ª edição), em conformidade com o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2022).

1. MATERIAIS E MÉTODOS

A elaboração do RCC segue as orientações metodológicas das *CARE Guidelines* (Anexo II), desenvolvidas pela *EQUATOR Network*, reconhecidas como o padrão de referência para a redação e publicação de relatos de caso clínico. Estas diretrizes têm como objetivo assegurar a qualidade, a transparência e a consistência na comunicação científica, promovendo uma apresentação sistemática e completa das informações clínicas e contextuais do caso em estudo (Gagnier et al., 2013). A sua aplicação garante a fiabilidade metodológica e a comparabilidade entre estudos, constituindo um instrumento essencial para a produção e disseminação de conhecimento, ao permitir a descrição detalhada e estruturada da situação da pessoa, das intervenções implementadas e da evolução observada, refletindo a complexidade dos contextos reais de prática (Gagnier et al., 2013; Riley et al., 2017).

No âmbito da ER, o RCC assume particular relevância, ao permitir documentar e analisar de forma sistemática as intervenções do EEER, evidenciando os seus efeitos nos resultados obtidos, destarte esta abordagem favorece a partilha de experiências, a valorização da prática

profissional e a consolidação de conhecimento disciplinar, contribuindo para o desenvolvimento científico da profissão.

A recolha de dados foi precedida da obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, após explicação pormenorizada dos objetivos e natureza do estudo, garantindo que não existiam potenciais prejuízos para a pessoa parceira de cuidados (Apêndice I). Todo o processo decorreu em conformidade com a legislação atual, assegurando confidencialidade e anonimato, sendo a pessoa identificada ao longo do trabalho como Sra. M. O presente RCC foi ainda submetido à apreciação e obteve aval positivo da Comissão de Ética da ESSATLA (Apêndice II).

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas plataformas Google Académico, SciELO e EBSCOhost, recorrendo às diversas bases de dados disponíveis, utilizando os descritores: Enfermagem, Reabilitação, Artroplastia do Joelho e Capacitação, foi também consultada literatura cinzenta, de modo a incluir publicações relevantes para a sustentação teórica.

A recolha de dados significativos para este RCC foi realizada no primeiro dia (D1) de pós-operatório da Sra. M. através de múltiplas metodologias de avaliação clínica: a entrevista estruturada (anexo X), o exame físico, a observação direta e a consulta do processo clínico da pessoa em estudo. Esta abordagem permitiu uma análise sistematizada e abrangente da informação relevante ao processo de cuidados de ER.

Destaco a utilização de diversos instrumentos validados (Apêndice IV-XIII) para a população portuguesa, entre eles: Escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC); Escala Numérica da Dor (END); Escala de Equilíbrio de Berg (EEB); Índice de Baribel; Medida de Independência Funcional (MIF); *Timed Up and Go Test* (TUGT); escala de Quedas de Morse; *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score* (KOOS); escala modificada de Borg (Gonçalves et al., 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2016). A aplicação sistemática destas escalas assume particular relevância na prática do EFER, uma vez que permite quantificar objetivamente as respostas humanas, monitorizar a evolução clínica e funcional da pessoa, fundamentar decisões terapêuticas baseadas em evidência e assegurar a comparabilidade dos resultados ao longo do processo, promovendo assim uma avaliação rigorosa e individualizada (Sousa et al., 2021).

O plano de intervenção de ER foi adaptado à especificidade da pessoa, tendo sido os objetivos definidos em concordância com as suas expectativas de forma a serem exequíveis e realistas. O plano de cuidados apresentado foi elaborado de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros,

2015), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e fundamentado em três referenciais teóricos complementares: a Teoria do Défice de Autocuidado de *Dorothea Orem*, a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* e o modelo *Person-Centred Nursing* de *McCormack* e *McCance*.

A Teoria do Défice de Autocuidado de *Orem* serviu de base à estruturação do plano de cuidados, orientando a avaliação das respostas humanas comprometidas da Sra. M. De acordo com a autora, o autocuidado pode ser entendido como um conjunto de ações deliberadas que a pessoa realiza com o propósito de preservar a vida, promover a saúde e assegurar o bem-estar, quando as exigências associadas a esse processo ultrapassam a capacidade individual de resposta, verifica-se um défice de autocuidado, o qual fundamenta a intervenção da Enfermagem (Moura et al., 2021). No caso em estudo, as intervenções foram delineadas de acordo com os sistemas de enfermagem parcialmente compensatório e de apoio-educação, conforme necessário ao longo do percurso.

Complementarmente, a Teoria das Transições de *Meleis* oferece um enquadramento conceitual essencial à compreensão da experiência de adaptação da pessoa submetida a ATJ. Esta teoria centra-se nos processos e nas respostas humanas às mudanças significativas de vida e de saúde, como é o caso da transição de um estado de limitação funcional para a recuperação da independência ou o seu inverso (Meleis, 2015). A pertinência da sua utilização neste contexto decorre do facto de a Sra. M. experienciar uma mudança complexa e multifacetada, que envolve dimensões físicas, emocionais e sociais, exigindo novas competências, papéis e comportamentos. Segundo *Meleis* (2015), a transição é um processo dinâmico e subjetivo, que se inicia antes do evento clínico e se prolonga até à integração plena da nova condição de vida. Assim, a teoria fornece um quadro de referência para o EEER intervir como facilitador do processo de transição, promovendo a adaptação positiva, o empoderamento, a autoconfiança e a redefinição do papel funcional e social do indivíduo.

Por sua vez, o modelo *Person-Centred Nursing* de *McCormack* & *McCance* (2010) confere uma dimensão relacional e humanizadora à prática de ER. Este referencial enfatiza que o cuidar centrado na pessoa se constrói através de relações terapêuticas de parceria, baseadas no respeito mútuo, na autodeterminação e na compreensão das experiências individuais.

Em síntese, a articulação entre estes três referenciais teóricos permitiu desenvolver um plano de intervenção integrador, que contempla simultaneamente as respostas humanas

comprometidas da pessoa, o processo de transição experienciado e a centralidade da pessoa na construção do seu percurso de reabilitação.

Apresentação do Caso Clínico: Mulher de 78 anos, residente na área metropolitana de Lisboa, onde vive com o marido, reformada e com história profissional como assistente administrativa. Até ao agravamento da gonalgia esquerda, era independente nas atividades de vida diária (AVD), contudo, a dor e limitação da marcha condicionaram progressivamente a sua independência, passando a necessitar de apoio familiar. Apresenta um contexto familiar alargado, mantendo forte suporte e envolvimento afetivo com filhos e netos, tendo sido cuidadora principal de dois netos e, mais recentemente, de uma bisneta. Socialmente, é ativa e integra um rancho folclórico.

Do ponto de vista clínico apresenta história progressiva de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, gastrite, dislipidemia, obesidade e ansiedade, encontrando-se medicada e clinicamente estável. Seguida há vários anos na consulta de Ortopedia por osteoartrose do joelho esquerdo, tendo inicialmente adiado a cirurgia por motivos familiares, o agravamento dos sintomas há uma ano conduziu à indicação para ATJ esquerda, realizada sem intercorrências sob anestesia geral, com implantação de prótese total cimentada. No pós-operatório, manteve estabilidade hemodinâmica e iniciou o processo de reabilitação no primeiro dia após a cirurgia (D1) quando foram formulados diagnósticos de Enfermagem e definidos objetivos terapêuticos da intervenção considerando as respostas humanas comprometidas mas garantindo a adequação das intervenções ao seu perfil individual e às suas expectativas, com metas realistas e clinicamente pertinentes. O objetivo prioritário, definido pela própria, consistiu em adquirir segurança e capacidade para andar com auxiliar de marcha, um dos seus principais receios. Adicionalmente, expressou como metas a realização de tarefas domésticas e a médio prazo, o regresso às atividades no grupo folclórico, refletindo a importância da reintegração funcional e social no seu processo de reabilitação.

Assim, o EEER, no exercício das suas competências diferenciadas, é responsável por conceber, implementar e avaliar intervenções especializadas que visam prevenir complicações, manter ou restaurar a funcionalidade e promover a autonomia da pessoa (Regulamento n.º 392, 2019). Seguidamente, apresenta-se, sob a forma de tabela, os principais focos de atenção, diagnósticos de Enfermagem e intervenções de Enfermagem desenvolvidos neste RCC.

Tabela 1 Plano de cuidados de ER da Sra. M.

Focos de Atenção	Objetivo	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem			
			D1 pós-operatório	D2 pós-operatório	D3 pós-operatório	
Movimento Muscular	<p>Aumentar a força muscular avaliada através de escala MRC modificada;</p> <p>Progridir nas mobilizações e exercícios aumentado frequência e intensidade.</p>	<p>Movimento muscular diminuído na perna esquerda</p>	<p>Avaliar: força muscular do membro inferior esquerdo (escala MRC); dor (END); Escala Modificada de Borg (apêndices IV;V: XIII)</p>	<p>-Executar técnica de exercícios muscular e articular passivos e ativo-assistidos do MI esquerdo no leito: coxofemoral: flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, adução e abdução; joelho: flexão e extensão; tornozelo: flexão, extensão, inversão e eversão.</p> <p>-Executar contrações isométricas (glúteos, quadríceps e isquiotibiais).</p> <p>- Executar técnica de exercícios muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar (artromotor);</p> <p>-Assistir na transferência da cama para cadeira</p>	<p>-Executar técnica de exercícios muscular e articular ativos e ativos do MI esquerdo; no leito: coxofemoral: flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, adução e abdução; joelho: flexão e extensão; tornozelo: flexão, extensão, inversão e eversão.</p> <p>sentada: coxofemoral: flexão, extensão; joelho: flexão e extensão; tornozelo: flexão, extensão.</p> <p>-Executar contrações isométricas (glúteos, quadríceps e isquiotibiais).</p> <p>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos (auto-mobilizações)</p>	<p>-Executar técnica de exercícios muscular e articular ativos e ativo-resistidos do MI esquerdo;</p> <p>- No leito: coxofemoral: flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, adução e abdução; joelho: flexão e extensão; tornozelo: flexão, extensão, inversão e eversão.</p> <p>-Sentada: coxofemoral: flexão, extensão; joelho: flexão e extensão; tornozelo: flexão, extensão.</p> <p>- Em pé: coxofemoral: abdução e adução, flexão e extensão; joelho: flexão e extensão (anterior e posterior); tornozelo: flexão e extensão com carga</p>

				<p>(colocar-se em pontas dos pés); agachamento; apoio unipodal com alternância de peso entre os pés.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Executar contrações isométricas (glúteos, quadríceps e isquiotibiais com recurso a almofada). - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos (auto-mobilizações).
			<p>Progressão: aumentar número de séries e repetições ao longo dos dias. Realização de exercícios no mínimo 1 x por dia com aumento de acordo com a tolerância: Iniciou-se com 3 séries 8 repetições de cada progredindo até 3 séries de 10 repetições cada, 2 vezes no dia.</p>	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício músculo-articular (da pessoa)		<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar técnicas de exercício à pessoa (exemplos de exercícios acima descritos); - Providenciar material educativo: Folheto do serviço "Cuidados após Artroplastia do Joelho" + Documento personalizado: "Cuidar do meu joelho" (Apêndice XIV); -Avaliar conhecimento das técnicas acima descritas através da supervisão e demonstração das mesmas (método <i>teach-back</i>); -Avaliar aquisição de conhecimento (Questionário Clínico+ questionário adaptado de Moorhead et al. (2016). 	
	Potencial para melhorar		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (acima descritas); - Incentivar a execução de exercícios com supervisão do ER; 	

		capacidade para executar técnicas de exercício músculo-articular (da pessoa)	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar capacidade de execução das técnicas acima descritas (através do questionário da plataforma <i>Scimico</i>®). -Avaliar capacidade de execução das técnicas acima descritas através da demonstração das mesmas (método <i>teach-back</i>).
Rigidez Articular	Prevenir o surgimento de rigidez articular do joelho esquerdo	Risco de Rigidez Articular Joelho esquerdo	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar amplitudes articulares (goniômetro)(apêndice VI); -Executar técnicas de posicionamento de acordo com as <i>guidelines</i> para a artroplastia do joelho (joelho em extensão; posição neutra da perna); -Executar técnicas exercícios musculares e articulares acima descritos (Foco Movimento Muscular), dentro da tolerância da Sra M.; -Incentivar execução de exercícios; -Avaliar adesão ao plano exercícios através da demonstração (Método <i>teach-back</i>); - Providenciar material educativo: Folheto do serviço "Cuidados após Artroplastia do Joelho"+ Documento personalizado: "Cuidar do meu joelho" ; -Avaliar evolução da amplitude articular (goniômetro).
		Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular para prevenção de	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento da Sra M. sobre condições de risco para a rigidez articular (questionário da plataforma do <i>Scimico</i>®; questionário adaptado de Moochard et al. (2016); - Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular e as principais medidas para prevenção da rigidez articular (incentivar a Sra M. a mobilizar ativamente o MIE, cumprir posicionamento do joelho em extensão, manter alinhamento em posição neutra); -Validar a aprendizagem de conhecimentos através da repetição de informação e demonstração do posicionamento adequado (Método <i>Teach-back</i>);

		<p>rigidez articular do joelho esquerdo</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular para prevenção de rigidez articular do joelho esquerdo</p>	<p>- Providenciar material educativo: Folheto do serviço "Cuidados pós artroplastia de joelho"¹⁴</p> <p>Documento personalizado: "Cuidar do meu joelho"¹⁵;</p> <p>- Avaliar aquisição de conhecimento (Questionário Clínico⁸ questionário adaptado de Moorhead et al (2016).</p> <p>- Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (acima descritas);</p> <p>- Incentivar a execução de exercícios com supervisão do ER;</p> <p>- Avaliar capacidade de execução das técnicas acima descritas (questionário da plataforma Clínico⁸);</p> <p>- Avaliar capacidade de execução das técnicas acima descritas através da demonstração das mesmas (método teach-back).</p>
Equilíbrio Corporal	<p>Manter posição ortostática;</p> <p>Realizar treino de marcha com auxiliares com</p>	Equilíbrio corporal comprometido	<p>- Monitorizar equilíbrio (Escala de Equilíbrio de Berg) (Apêndice VII);</p> <p>- Aplicar dispositivo auxiliar (canadias);</p> <p>- Executar técnica de treino de equilíbrio postural em pé (exercícios de apoio unipodal em pé: flexão plantar, flexão joelho, flexão/extensão coxofemoral alternância de carga nos MIS; circuito de treino de marcha (ênfase na mudança de direção; parar/reiniciar marcha e contorno de obstáculos);</p> <p>- Orientar na técnica de equilíbrio corporal (exercícios acima descritos);</p> <p>- Implementar medidas de segurança preventivas do risco de queda (ex: altura das canadias, calçado adequado, avaliação da capacidade de andar com auxiliar de marcha);</p> <p>- Avaliar equilíbrio estático e dinâmico através de escala acima descrita.</p>

	estabilidade postural.	Potencial para melhorar conhecimento para usar técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre técnicas que promovam equilíbrio corporal (exercícios acima descritos); - Providenciar material educativo: Folheto do serviço "Cuidados pós artroplastia do joelho" + Documento personalizado: "Cuidar do meu joelho"; - Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio postural (questionário da plataforma Sclince® + questionário adaptado de Moorhead et al. (2016). 		
		Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar técnica de equilíbrio (exercícios acima descritos); - Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio postural através da demonstração dos exercícios acima descritos (Método teach-back). 		
Andar auxiliar marcha	<p>Promover a aquisição da técnica correta de marcha com o auxiliar assegurando a segurança e a prevenção de quedas;</p> <p>Potenciar a independência funcional na marcha com recurso ao auxiliar.</p>	Andar com auxiliar de marcha comprometido	D1	D2	D3
			<p>Avaliar: força muscular (escala MRC); dor (END); Equilíbrio (EEB); MIF; TUGT; Escala de Queda de Morse; Escala Modificada de Borg (Apêndice: IV, V; VII; IX, X, XI, XIII)</p>		
			<ul style="list-style-type: none"> - Orientar para a adaptação do auxiliar de marcha mais adequado às necessidades da pessoa (1º treino com andador e progredir para 2 canadianas); - Orientar e incentivar a técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha – calçado adequado, roupa ajustada, postura corporal correta, altura do auxiliar de marcha; - Orientar e ensinar a técnica da marcha com auxiliar de 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar e ensinar a técnica de subir e descer escadas com auxiliar de marcha (apoio no corrimão, para subir iniciar com o membro não operado, subir posteriormente com o membro operado e posteriormente a canadiana, para descer iniciar com a canadiana e perna operada e posteriormente perna contralateral); - Assistir a Sra M. no andar com auxiliar de marcha (corredor: 25 metros+ subir e descer escadas com 1 canadiana e corrimão); 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a Sra M. no andar com auxiliar de marcha; - Supervisionar a Sra M. no andar com auxiliar de marcha (corredor: 25 metros+ subir e descer escadas com duas canadianas); - Supervisionar a Sra M. no circuito de treino de marcha (18 metros com contorno de obstáculos, parar/reiniciar a marcha, mudanças de direção).

		<p>marcha (marcha em 3 apoios com carga parcial no MIE); - Assistir a Sra M. no andar com auxiliar de marcha (dentro do quarto: 5/8 metros.</p>	<p>- Incentivar a Sra M. no andar com auxiliar de marcha.</p>
		<p>Progressão: aumentar número de repetições e distância percorrida ao longo dos dias.</p>	
	<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha</p>	<p>- Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (calçado adequado, roupa ajustada, postura corporal correta, altura do auxiliar de marcha, marcha em 3 apoios com carga parcial no MIE); - Ensinar sobre adaptação do domicílio sobre andar com auxiliar de marcha (ex: remover tapetes, pisos escorregadios, espaço livre e amplo, calçado adequado) - Providenciar material educativo: Folheto do serviço "Cuidados pós artroplastia do joelho"+ Documento personalizado: "Cuidar do meu joelho"; - Avaliar aquisição de conhecimentos (Questionário Clínico®+ questionário adaptado de Moorhead et al. (2016).</p>	
	<p>Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</p>	<p>- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha- Canadistas - Treinar o andar com auxiliar de marcha- Canadistas - Avaliar a capacidade de andar com auxiliar de marcha (questionário Clínico®).</p>	

2. RESULTADOS

A implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado teve como objetivo promover ganhos mensuráveis nos diagnósticos de Enfermagem descritos no plano de intervenção. Contemplaram-se 4 momentos de avaliação formal, descritos como D1, D2 e D3 correspondentes aos dias de internamento iniciando-se o acompanhamento no primeiro dia de pós-operatório e D15 como reavaliação em consulta externa.

A avaliação dos resultados decorreu com base nos instrumentos de avaliação e observações diretas durante as sessões de ER, que permitiram aferir de forma objetiva a evolução da pessoa parceira de cuidados. Seguidamente apresentam-se os dados dos instrumentos de avaliações utilizados sob a forma de tabela relativa aos instrumentos de avaliação validados (tabela 2) e também os dados relativos à evolução dos diagnósticos de enfermagem formulados no plano de cuidados acima (Figura 1). Todas as escalas de avaliação utilizadas estão disponíveis para consulta nos Apêndices de I-XV.

Tabela 2 Síntese Resultados

Instrumento de Avaliação	Avaliação D1		Avaliação D2		Avaliação D3		Avaliação D15	
Índice de Barthel	70		-----		90		100	
MIF	98		-----		107		112	
Goniometria joelho esquerdo	flexão	60°	flexão	72°	flexão	85°	flexão	100°
	extensão	10°	extensão	0°	extensão	0°	extensão	0°
Escala Medical Research Council (MRC)	Joelho Esq	flexão 3 extensão 3	Joelho Esq	flexão 3 extensão 3	Joelho Esq	flexão 4 extensão 4	Joelho Esq	flexão 4 extensão 5
Timed Up and Go Teste	-----		1 minuto e 58 segundos		1 minuto e 04 segundos		-----	
Escala Numérica da Dor Repouso	Pré sessão	5/10	Pré sessão	3/10	Pré sessão	0/10	0	
	Pós sessão	6/10	Pós sessão	4/10	Pós sessão	0/10		
Escala Numérica	Pré sessão	7/10	Pré sessão	5/10	Pré sessão	2/10	2/10	

Percepção do esforço	Pós sessão	8/10	Pós sessão	5/10	Pós sessão	2/10		
Percepção do esforço	Pré sessão	6	Pré sessão	6	Pré sessão	6	-----	
Modificação de Borg	Pós sessão	9	Pós sessão	7	Pós sessão	7	-----	
Escala de Queda de Morse	70 pontos- Alto Risco de Queda		40 pontos- Baixo Risco de Queda		40 pontos- Baixo Risco de Queda		-----	
Escala de Equilíbrio de Berg	25- Equilíbrio aceitável		29- Equilíbrio aceitável		31- Equilíbrio aceitável		35- Equilíbrio aceitável	
Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score	Subescalas	Pontuação (0-100)					Subescalas	Pontuação (0-100)
	Sintomas	32,1					Sintomas	67,9
	Dor	30,6					Dor	63,9
	Atividades de vida diária	27,9	-----				Atividades de vida diária	47,1
	Atividades desportivas e lazer	5,0					Atividades desportivas e lazer	20
	Qualidade de Vida	12,5					Qualidade de Vida	18,8

A análise global dos resultados obtidos evidencia uma evolução positiva e consistente da Sra. M. ao longo do percurso de reabilitação, demonstrando ganhos significativos em todas as dimensões avaliadas traduzindo a eficácia e consistência do plano de ER implementado.

A avaliação da independência funcional, medida através do Índice de Barthel e da MIF, evidenciou melhoria progressiva na capacidade da pessoa para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária. O Índice de Barthel, instrumento amplamente utilizado para avaliar o desempenho funcional nas atividades de autocuidado e mobilidade, varia entre 0 (dependência total) e 100 (independência total) (Ordem dos Enfermeiros, 2016). No D1, a Sra. M. apresentou uma pontuação correspondente a dependência moderada tendo evoluído até alcançar a independência, paralelamente, a MIF com pontuação total entre 18 e 126 pontos (Ordem dos Enfermeiros, 2016), apresentou uma evolução significativa, demonstrando

recuperação funcional acentuada, sobretudo ao nível dos domínios motor e de autocuidado. Estes resultados traduzem o aumento da independência associadas à melhoria da mobilidade e à maior confiança na execução das atividades.

A Escala Medical Research Council (MRC) foi utilizada para aferir a força muscular do membro inferior esquerdo. Este instrumento, recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2016), permite quantificar a força entre 0 (ausência de contração) e 5 (força normal). No período pós-operatório, a Sra. M. evidenciou uma recuperação gradual da força muscular, inicialmente limitada pela dor e pelas restrições pós cirúrgicas (ligadura, dreno), contudo observou-se uma melhoria progressiva da força, culminando na recuperação adequada. Estes resultados demonstram uma recuperação progressiva da força muscular, essencial para a estabilidade articular, controlo postural e readaptação à marcha, confirmando a eficácia do treino de fortalecimento muscular e da mobilização ativa precoce.

A dor, avaliada pela Escala Numérica da Dor apresentou uma diminuição significativa ao longo das avaliações sendo que este instrumento de autoavaliação permite à pessoa classificar a intensidade da dor entre 0 (ausência de dor) e 10 (dor máxima) (Direção-Geral da Saúde, 2003). A evolução positiva reflete o sucesso das estratégias de controlo da dor (farmacológicas/ não farmacológicas) implementadas, favorecendo a participação ativa nas sessões e a adesão ao plano de reabilitação construído em parceria.

A Escala de Perceção Subjetiva de Esforço de Berg, com valores de 6 (esforço muito leve) a 20 (esforço máximo), foi utilizada como parâmetro de segurança para ajustar a intensidade do exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A avaliação do equilíbrio foi realizada através da Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), composta por 14 itens que avaliam o equilíbrio estático e dinâmico, com pontuação máxima de 56 pontos, as pontuações inferiores a 45 indicam risco aumentado de queda. A Sra. M. evidenciou uma evolução gradual do equilíbrio, com melhoria progressiva da estabilidade e maior ganho nas transferências e na marcha, embora ainda se mantivesse dentro da categoria de equilíbrio aceitável na última avaliação (Paiva 2016).

Complementarmente, a Escala de Quedas de Morse, que avalia o risco de queda através de parâmetros clínicos e funcionais, classificou inicialmente a pessoa com 70 pontos (alto risco). No D2, após mobilização e treino de equilíbrio, verificou-se redução para 40 pontos (baixo

risco), mantendo-se estável (DGS, 2019). O Timed Up and Go Test foi aplicado para avaliar o andar, o equilíbrio e risco de queda, medindo o tempo necessário para a pessoa se levantar, caminhar 3 metros, regressar e sentar-se no qual tempo acima de 13,5 segundos indiciam elevado risco de queda que neste RCC, apesar da melhoria descrita foi mantido (DGS, 2019).

A Escala Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score na versão para a população portuguesa, permitiu avaliar a percepção da Sra. M. relativamente as subescalas destacadas. Os resultados explanam melhorias expressivas entre a avaliação inicial e final, a evolução traduz uma percepção positiva da recuperação (embora a linha temporal de medições seja muito curta) do ponto de vista da pessoa, fundamental na perspetiva dos cuidados centrado na pessoa (Gonçalves et al., 2009).

Figura 1- Evolução Diagnósticos de ER



A análise comparativa dos diagnósticos de ER entre o Dia 1 e o Dia 3 evidencia uma progressão positiva e consistente da Sra.M. Inicialmente, observaram-se compromissos moderados ao nível do movimento muscular, equilíbrio corporal e ao andar com auxiliar de marcha, bem como défices de conhecimento e da capacidade nos diversos focos de atenção. Após a implementação do plano acima descrito (tabela 1), verificou-se uma evolução significativa, expressa pela transição de diagnósticos de “potencial para melhorar” para estados de competência adquirida, nomeadamente no conhecimento e na capacidade, e resolução dos compromissos. Estes resultados traduzem o impacto positivo das intervenções de ER, orientadas para a capacitação da pessoa e promotoras da facilitação para uma transição mais saudável e segura do contexto hospitalar para o domicílio.

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

3. DISCUSSÃO

A instituição de um programa de reabilitação desde o D1 de pós-operatório que englobou a reeducação funcional motora bem como mobilização precoce e o primeiro levante nas primeiras 24 horas após intervenção demonstrou-se em sintonia com as recomendações presentes na literatura. É descrito por Sousa e Carvalho (2021) que o início do percurso de reabilitação iniciado nas primeiras 24 horas pós cirurgia potencializará a redução de dias de internamento e a renquisição de independência funcional precoce, concomitantemente diversos autores internacionais corroboram esta evidência, destacando que a reabilitação iniciada no próprio dia da cirurgia ou nas primeiras 24 horas favorecem melhores resultados funcionais, maiores ganhos em amplitude articular, melhoria do equilíbrio, maior recuperação da força muscular e ainda está associado à prevenção de complicações, contribuindo assim para uma recuperação mais segura e eficiente (Hung et al., 2025; Jetto et al., 2020; Thwin et al., 2024). Todos estes fatores são fortemente recomendados pela *Enhanced Recovery After Surgery Society* (ERAS®) no seu documento orientador para a recuperação após ATJ, reforçando a validade científica dos dados apresentados e contribuindo para a uniformização das práticas de reabilitação precoce, garantindo que a intervenção realizada seguiu padrões internacionais de qualidade e segurança no período pós-operatório (Wainwright, T. W., et al., 2020).

Os ganhos na recuperação da amplitude articular e da força muscular demonstram franca relevância no percurso de reabilitação da pessoa intervencionada, pois decorrente do processo cirúrgico invariavelmente existirá compromisso/défice da força muscular e da amplitude articular do joelho associado a múltiplos fatores como a dor, a atrofia muscular, a imobilidade e a própria presença do material cirúrgico (Leitão et al., 2022; Salehian et al., 2025; Zheng et al., 2022). Os ganhos relatados neste RCC com a progressiva recuperação da amplitude articular são essenciais para a realização de atividades como o subir e descer escadas, como a marcha, como o sentar/levantar e até para o ortostatismo, sendo descrito que a recuperação da amplitude da articulação do joelho pode ser considerada como um indicador de sucesso da ATJ almejando a aquisição de flexão a 90° à data da alta (Sousa & Carvalho, 2021). Embora a flexão máxima de 85° obtida durante o internamento não corresponda ao valor de referência da literatura, destaca que este representa uma evolução funcionalmente significativa, suficiente para permitir o treino de marcha, treino de escadas e realização das AVD. É igualmente relevante salientar a importância da extensão completa do joelho (0°), uma vez que a sua limitação está associada ao aumento da rigidez articular e conseqüentemente a piores resultados funcionais (Leitão et

al., 2022). A promoção dos ganhos através do fortalecimento muscular assume-se também como determinante para a estabilidade articular, o treino de exercícios dirigidos à musculatura periarticular do joelho favorece o controlo postural, a eficiência da marcha e consequentemente promove a independência para a realização das AVD (Jette et al., 2020).

O treino de equilíbrio constitui um componente essencial do programa de reabilitação da pessoa intervencionada, uma vez que esta articulação é determinante para a manutenção do ortostatismo e da funcionalidade global (Leitão et al., 2022). A evidência recomenda que o treino de equilíbrio seja parte integrante do plano de reabilitação pós-operatória demonstrada neste RCC através da realização dos exercícios descritos no plano de intervenção descrito no capítulo anterior (Jette et al., 2020; Coelho et al., 2021). A evolução positiva observada no foco equilíbrio corporal corrobora que o treino de equilíbrio se revelou particularmente eficaz, em sintonia com a literatura consultada que destaca existência de melhorias precoces nos resultados da marcha, do treino de escadas, e até da melhoria da qualidade da vida (Ferreira Pinto, 2023; Jette et al., 2020). Destaca-se que a implementação de exercícios de treino de equilíbrio detêm um impacto significativo na prevenção de quedas, promovendo uma melhoria da estabilidade postural e da segurança na marcha (Correia et al., 2019).

Neste âmbito torna-se primordial assumir a capacitação da pessoa parceira de cuidados como um componente essencial da ER. A capacitação compreende um processo dinâmico e multidimensional que integra a aquisição de conhecimento, a tomada de decisão e a aplicação prática das aprendizagens (Sousa et al., 2020). Neste RCC bem como na prática especializada de ER, o EEER em parceria com a pessoa/família conduz o processo de capacitação centrando-se no desenvolvimento de competências cognitivas e funcionais que promovam o empoderamento das pessoas/famílias favorecendo a autonomia na tomada de decisão, aperfeiçoamento de habilidades e a capacidade de agir de forma segura, demonstrada através da evolução dos diagnósticos de enfermagem relacionados com conhecimento e capacidade. Impara nesses casos que a disponibilização de material educativo e a utilização do método *teach-back* foram estratégias facilitadoras do processo de capacitação da pessoa neste contexto específico (Li et al., 2025).

Neste caminho de capacitação identificam-se as premissas do modelo do *Person-Centred Nursing* de McCormack e McCance ao reconhecer a pessoa como parceira ativa no seu processo de reabilitação, valorizando a individualidade, a autodeterminação e o respeito pelas suas preferências e valores pessoais, mas também se enquadra na teoria do défice de autocuidado

Mariana Bação - novembro 2025 - Escola Superior de Saúde Atlântica

pela utilização primordial de intervenções focadas num sistema de apoio/educação e complementarmente a responsabilidade do EEER, segundo Melets, em ser um agente facilitador dos processos de transição experienciado pela Sra. M.

A intervenção de ER no período pré-operatório deve centrar-se na avaliação da condição funcional prévia, na identificação de fatores de risco, na otimização da condição de saúde atual e na preparação psicológica e emocional para a transição que irá ser vivenciada no futuro (Kebeh et al., 2023). A educação pré-operatória recomendada deve incluir a gestão de expectativas da pessoa/família, o programa de reabilitação pós-operatório, técnicas de transferência, uso de dispositivos auxiliares e a prevenção de quedas (Jette et al., 2020), esta tem demonstrado ser eficaz na redução da ansiedade pré-operatória, na melhoria da adesão ao processo reabilitação e até na redução do tempo de permanência hospitalar (Longo et al., 2023). No RCC elaborado uma das principais limitações foi o início da parceria de cuidados ter apenas ocorrido no D1 pós ATJ, não tendo sido possível o acompanhamento do período prévio à cirurgia/internamento.

Da necessidade de assegurar continuidade de cuidados após a alta hospitalar, especialmente face à redução do tempo de internamento pós-cirúrgico, emergiu a necessidade de realizar um *follow up* através de contacto telefónico como extensão da intervenção do EEER após a transição hospital/domicílio (Sun et al., 2024; Wainwright, T. W., et al., 2020). Este contacto foi efetuado ao 7 dia de pós-operatório e permitiu acompanhar a pessoa esclarecendo as suas dúvidas, validando as aprendizagens e confirmando a adesão ao programa de reabilitação proposto, paralelamente foi cimentado o fortalecimento da parceria terapêutica da triade de cuidados. Esta prática vai ao encontro das evidências apresentadas por Sun et al., (2024), que demonstraram que o acompanhamento remoto após artroplastia (anca/ Joelho) melhorou significativamente a recuperação funcional, reduziu complicações e aumentou a satisfação da pessoa com os cuidados recebidos, consolidando a importância da continuidade de cuidados enquanto estratégia essencial do ER. Importa destacar como estratégias relevantes para o futuro a integração de plataformas digitais e de programas de telerreabilitação. Estes potenciam uma evolução significativa na continuidade dos cuidados prestados pelo EEER, assegurando a monitorização e o suporte fora do contexto hospitalar. Exemplos como o programa “+PERTO”, contribuem para a capacitação da pessoa e dos cuidadores, reforçando a literacia em saúde e a adesão ao plano de exercícios terapêuticos, através de ensino digital interativo e acompanhamento remoto (Araújo et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso descrito neste Relato de Caso Clínico (RCC) constituiu uma oportunidade significativa para a consolidação de competências especializadas em ER, evidenciando a complexidade e a especificidade da intervenção de EEER na parceria de cuidados. A experiência desenvolvida permitiu articular a análise crítica dos resultados clínicos e funcionais com a prescrição e implementação de programas de reabilitação individualizados.

Esta vivência prática reforçou a importância da avaliação sistematizada e contínua, da utilização de instrumentos padronizados e da parceria terapêutica como pilares fundamentais da eficácia da intervenção da ER. Simultaneamente, destacou o valor da ER enquanto disciplina que conjuga rigor técnico e dimensão humana, sustentada numa prática baseada na evidência e orientada pelos princípios da centralidade da pessoa, da humanização dos cuidados e da corresponsabilização no processo terapêutico, assim o EEER assume-se como profissional autónomo e responsável em todas as fases do processo de reabilitação, sendo-lhe atribuídas competências que abrangem a avaliação global e sistematizada da funcionalidade, a identificação de limitações e potencialidades, e o planeamento e implementação de intervenções terapêuticas ajustadas às respostas humanas comprometidas. A sua prática integra dimensões essenciais como o ensino, o treino, a supervisão e a promoção da autogestão.

Contudo, o presente percurso apresentou algumas limitações relevantes, nomeadamente a dificuldade de inclusão efetiva da família no processo de reabilitação, elemento essencial à continuidade e eficácia da intervenção, e o início do acompanhamento da pessoa apenas no dia da cirurgia, o que condicionou toda a possibilidade de intervenção pré-operatória.

Não obstante a experiência permitiu consolidar competências clínicas, reflexivas e éticas, promovendo uma compreensão mais profunda da responsabilidade do EEER e contribuiu de forma significativa para a construção e afirmação da minha identidade profissional futura, sustentada numa prática crítica, humanizada e baseada na evidência científica.

Este Relato de Caso Clínico enquadra-se igualmente no compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, preconizados pela Organização das Nações Unidas (2016), destacando-se o ODS 3 – “Saúde de Qualidade”, ao contribuir para a prestação de cuidados seguros, inclusivos e centrados na pessoa/família, e o ODS 4 – “Educação de Qualidade”, ao favorecer a formação contínua, crítica e reflexiva dos profissionais de saúde.

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

31

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, T., Rodrigues, E., Novo, A., Moreira, J., & Nunes, J. (2021). Reabilitar em casa com o Hospital +PERTO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), pp. 31-36. <https://doi.org/doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.156>

Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2021). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Lusodidata.

Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas : Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1). <https://doi.org/DOI.10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>

Direção-Geral da Saúde. (14 de março de 2023). *Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-09dgcg-de-14032023-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). *Norma n.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Escola Superior de Saúde Atlântica . (2022). Guia para a elaboração de trabalhos escritos, . *Guia para a elaboração de trabalhos escritos referências bibliográficas e citações*.

Ferreira Pinto, A. M. (2023). Avaliação de resultados da condição e qualidade de vida em saúde de indivíduos submetidos a artroplastia total do joelho na perspetiva do doente (PROM): Contributo para uma gestão eficiente da intervenção do fisioterapeuta. Dissertação de Mestrado Em Gestão E Avaliação De Tecnologias Em Saúde, orientada por Doutora Anabela Pereira Coelho, Instituto Politécnico de Lisboa- Escola Superior De Tecnologia Da Saúde De Lisboa Universidade Do Algarve Escola Superior De Saúde

- Gagnier, J., Kienle, G., Altman, D., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *7*(223), 1-6. <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1947-7-223#citeas>
- Gonçalves, R., Cabri, J., Pinheiro, I., & Ferreira, P. (2009). Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). *Osteoarthritis and Cartilage*, pp. 1156-1162. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2009.01.009>
- Hung, L.-L., Chen, Y.-C., Wang, Y.-T., & Wang, S.-P. (2025). The factors determining early mobilization in elderly patients undergoing total knee replacement. *BMC Geriatrics*, *25*, pp. 1-11 <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05772-5>
- Jette, D., Stephen, H., Burkett, L., Langham, B., Logerstedt, D., Pizzi, N., Poirer, N., Radach, L., Ritter, J., Scalzitti, D., Stevens-Lapsley, J., Tompkins, J., & Zeni Jr, J. (2020). Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. *Phys Ther*, *100*(9), pp. 1603-1631. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa099>
- Kebela, M., Diott, C., Tung, W., Kurek, D., Johnson, C., & Wiznia, D. (2023). Orthopaedic Nurse Navigators and Total Joint Arthroplasty Preoperative Optimization: Improving Patient Access to Musculoskeletal Care – Part One of the Movement is Life Special ONJ Series. *Orthop Nurs*, *42*(5), pp. 279-288. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000968>
- Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., & Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *5*(1), pp. 51-59. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>
- Li, H., Li, W., Kong, X., Wang, Z., Lu, C., & Shi, D. (2025). Application of Teachback health education combined with continuity care in patients with knee joint training injuries: an analysis of clinical effects. *Frontiers Public Health*, pp. 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1577538>
- Li, Y., Gu, Z., Ning, R., & Yin, H. (2023). Study on the effect of internet plus continuous nursing on functional recovery and medication compliance of patients with knee joint

replacement. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 2, pp. 1-8. <https://doi.org/doi.org/10.1186/s13018-023-03907-1>

Longo, U., De Salvatore, S., Rosati, C., Pisani, I., Ceccaroli, A., Rizzello, G., De Marinis, M., & Denaro, V. (2023). The Impact of Preoperative Education on Knee and Hip Replacement: A Systematic Review. *Osteology*, 3(3), pp. 94-112. <https://doi.org/doi.org/10.3390/osteology3030010>

Magalhães, C., Pereira, P., Pereira, P., Campos, F., & Martins, T. (2025). Satisfação com os cuidados prestador na consulta pré-operatória e internamento em Ortopedia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(3), pp. 1-9.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.

Meleis, A. (2015). Transitions Theory. Em M. Smith, & M. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (Fourth edition ed., pp. 361-379). F.A. Davis Company.

Moura, M., Ventura, & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48-57). Lidel- Edições Técnicas.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015). CIPE versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroDocumental_FER.pdf

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

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

34

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-caer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flipstack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Organização das Nações Unidas. (2016). Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*.

Paiva, L. (2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos institucionalizados e não institucionalizados, praticantes de exercício físico regular, através da Escala de Equilíbrio de Berg*. Dissertação de Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, orientada por Alda Maria Martins Mourão e Rogério Paulo Joaquim Salvador. Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde.

Pereira, S., Edra, B., & Rocha, I. (2024). A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Mobilidade da Pessoa Submetida a Artroplastia Total do Joelho no Regresso ao Domicílio: Protocolo Scoping Review. *Servir*, 2(10). <https://doi.org/10.48492/servir0210.31475>

Prazeres, V. P., Ribeiro, C. D., & Marques, G. S. (2021). Tomada de decisão em enfermagem de reabilitação nos cuidados intensivos: focos de atenção. *Rev Rene*, 22(61706), 1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261706>

Prato, L., Pinto, C., Novo, A., Mendes, E., Barreira, L., & López-Espuela, F. (2021). Funcionalidade e Qualidade de Vida em Idosos submetidos a artroplastia total do joelho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), pp. 74-78. <https://doi.org/doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.4584>

Regulamento n.º 392. (3 de maio de 2019). Diário da República 2ª série. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

- Regulamento nº140/2019. (6 de fevereiro de 2019). Diário da República 2ª série. *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, 2ª série.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalha/regulamento/140-2019-119236195>
- Riley, D., Barberb, M., Kienle, G., Aronson, J., Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D., Sox, H., Werthmann, P., Moher, D., Rison, R., Shamseer, L., Koch, C., Sun, G., Hanaway, P., Sudak, N., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J., & Gagnier, J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, pp. 218-235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Salehian, F., Alipour, J., & Zakerabuzali, S. (2025). Utilization of telerehabilitation in TKR patients: A systematic review. *PLOS One*, pp. 1-13. <https://doi.org/doi.org/10.1371/journal.pone.0324074>
- Sousa, L. M., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos De Formulação Da Questão De Investigação Na Prática Baseada Na Evidência. *Revista Investigação Em Enfermagem*, pp. 31-39.
- Sousa, L. M., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição Saúde-Doença. *RPER*, 3(1). <https://scielo.pt/pdf/rper/v3n1/2184-3023-rper-3-01-64.pdf>
- Sousa, L., & Carvalho, M. (2021). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Lusodidata.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2021). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-123). Lusodidata.
- Sun, J., Xu, Y., Zhu, J., Zhu, B., & Gao, W. (2024). Efficacy and safety of continuous nursing in improving functional recovery after total hip or knee arthroplasty in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 11, pp. 286-294. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.013>

Thwin, L., Chee, B. K., Yap, Y., & Tan, K. G. (2024). Total knee arthroplasty: does ultra-early physical therapy improve functional outcomes and reduce length of stay? A retrospective cohort study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 19(288), pp. 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13018-024-04776-y>

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R., Reed, M., Sibota, 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), pp. 3-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

World Health Organization. (2023). *Rehabilitation 2030: meeting report*. Geneva., <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376162/9789240087392-eng.pdf?sequence=1>

Zheng, Y., Huang, Z., Dai, L., Liu, Y., Chen, Y., Zhang, W., & Lin, R. (2022). The Effect of Preoperative Rehabilitation Training on the Early Recovery of Joint Function after Artificial Total Knee Arthroplasty and Its Effect Evaluation. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 1-6. <https://doi.org/doi.org/10.1155/2022/3860991>

APÊNDICES

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

38

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- dezembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

xcvii

princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais, sendo apenas apresentada a síntese dos dados. 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.

Reitera-se que os dados recolhidos serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relatório do estágio.

Grata pela atenção.

À disposição para qualquer esclarecimento adicional,

A estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação: Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (n.º aluno: [redacted])

Contactos: [redacted]

Assinatura/s: [redacted]

Declaro que tenho 18 anos ou mais, que tenho conhecimento e compreendi os objetivos do estudo, bem como os procedimentos associados à minha participação. Li integralmente a informação de consentimento informado, considerei o seu conteúdo claro e explícito e concordo com o mesmo, aceitando participar neste estudo. Confirmando que me foram explicados todos os aspetos relevantes pelo profissional de saúde que assina este documento, que tive oportunidade de colocar todas as questões que considere necessárias e que recebi respostas esclarecedoras. Foi-me garantido tempo suficiente para refletir sobre esta proposta, bem como assegurado que a minha recusa ou desistência não implicará qualquer prejuízo nos meus direitos assistenciais. Reconheço ainda que os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e a respetiva Lei de Execução Nacional. Por fim, autorizo / não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas

Nome:

Assinatura:

Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver o consentimento deve também assinar em cima, só consentir)

NOME:

BIPCD Nº: DATA DE VALIDADE: / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA:

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

Apêndice II PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

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

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

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

A estudante Mariana Seijo y Seijo Santos Bação da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um Relato de Caso Clínico inserido no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Profissionalizante inserida 2º ano, 1º semestre do 3º curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Sandy Severino.

Título do estudo: Enfermagem de Reabilitação: Parceria de cuidados com pessoa submetida a artroplastia total do joelho- Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio da Unidade Curricular de Estágio Profissionalizante que está a decorrer na U [REDACTED] a serviço de internamento de Ortopedia no âmbito do 3º mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do Professor Coordenador do Mestrado Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Metodologia: Será elaborado um Relato de Caso Clínico seguindo as normas da Equator Network, nomeadamente a check-list CARE que se encontra disponível para consulta em anexo neste documento. O principal objetivo deste estudo é descrever a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados em parceria com uma pessoa internada no serviço de Ortopedia, submetida a artroplastia total do joelho, pelo que o mesmo será concretizado através da seleção de uma amostragem intencional.

Explicação do estudo: O presente estudo consiste na elaboração de um relato de caso clínico com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico no âmbito do diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados em Enfermagem de Reabilitação, em contexto clínico nomeadamente num serviço de internamento hospitalar. A recolha de dados será realizada de forma observacional e descritiva através de uma entrevista estruturada conforme disponível em anexo (anexo II), não sendo a mesma sujeita a análise, centrada na parceria com a pessoa e no processo de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação partilhados com a

³<http://www.helsinki.fi/ethics/declaration/declaration.htm>

⁴<http://www.votd.com/1811/04/02/4903884936.pdf>

pessoa/família, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática profissional no decorrer do período do estágio (até dezembro de 2025).

Serão utilizados instrumentos e escalas de avaliação fiáveis e validadas para a população portuguesa (Escala Numérica da Dor, Escala Modificada de Berg, Escala de Força Muscular: Medical Research Council Modificada, Escala de Equilíbrio de Berg, Medida de Independência Funcional, Índice de Barthe, Escala de Queda de Morse, Timed Up and Go Teste, Knee osteoarthritis outcome score versão portuguesa Lik1.0, Escala De Percepção Do Medo De Cair Para Pessoas Idosas) que se encontram disponíveis em anexo, com o intuito de avaliar as principais necessidades da pessoa/família que possam constituir alvo de intervenção por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centrará-se nos focos de Enfermagem de Reabilitação, dentro dos quais destacam-se: Movimento Muscular, Equilíbrio Corporal, Levantar-se, Queda e Andar com Auxiliar de Marcha com objetivo de capacitar a pessoa/família promovendo a segurança, a autonomia e perspetivando a melhoria na qualidade de vida da pessoa parceira de cuidados.

A participação no estudo é voluntária, garantindo-se o respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, quer aceite, quer recuse participar. Não se prevê qualquer tipo de risco ou prejuízo para a pessoa em virtude da sua participação ou não participação no estudo, nomeadamente no que diz respeito à continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Condições e financiamento: A participação no relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, a pessoa poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem qualquer prejuízo associado.

Confidencialidade e anonimato: Na participação neste relato de caso clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados do Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, pelo tratamento dos dados e pela destruição dos mesmos em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais; sendo apenas apresentada a síntese dos dados. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes no estudo.

Reitera-se que os dados recolhidos serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relatório de estágio.

Grata pela disponibilidade,

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação [Redacted]

Contactos: [Redacted]

Assinatura/s: [Redacted]

Apêndice III Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação da Sra. M.

Avaliação Inicial e História Clínica:

O presente Relato de Caso Clínico (RCC) refere-se a uma mulher de 78 anos, natural de Portugal, residente na área metropolitana de Lisboa há 59 anos. Vive em domicílio próprio com o marido, com quem é casada há 58 anos. Encontra-se reformada, tendo exercido atividade profissional até aos 65 anos como assistente administrativa.

Até ao agravamento da gonalgia esquerda, era independente nas atividades básicas e instrumentais da vida diária; contudo, a dor e a consequente limitação da marcha passaram a condicionar a sua independência, necessitando de apoio do marido e dos netos para a realização de atividades como vestir-se (especialmente na parte inferior do corpo), sair de casa e executar tarefas domésticas.

A dinâmica familiar da Sra. M. é complexa. O casal tem três filhos, dos quais apenas um reside na mesma área metropolitana. Tem ainda três netos, com quem mantém uma relação de grande proximidade, tendo sido responsável legal por dois deles até atingirem a maioridade. Atualmente, é também bisavó de uma criança de nove anos, de quem, juntamente com o esposo, foi cuidadora principal até cerca de um ano atrás.

Do ponto de vista social, a Sra. M. é membro ativo de um rancho folclórico, integrando atualmente o grupo coral. Como principal expectativa associada à cirurgia, manifesta o desejo de voltar a dançar no rancho sem dor.

Em termos de antecedentes pessoais, apresenta história clínica de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, gastrite, dislipidemia, obesidade e ansiedade. Mantém seguimento regular com o médico e enfermeiro de família, bem como acompanhamento na especialidade de cardiologia. Cumpre rigorosamente o regime terapêutico prescrito, que inclui: amlodipina + olmesartan (5 mg + 20 mg, 1x/dia), bisoprolol (2,5 mg, 1x/dia), furosemida (40 mg, 1x/dia), rosvastatina + ezetimiba (1x/dia), omeprazol (20 mg, 1x/dia), edoxabano (60 mg, 1x/dia), dapagliflozina (10 mg, 1x/dia), sertralina (50 mg, 1x/dia), pregabalina (25 mg, 1x/dia) e paracetamol (1000 mg SOS).

Foi acompanhada pela especialidade de Ortopedia desde 2013, inicialmente por uma lesão da coifa dos rotadores do ombro direito, tendo sido submetida a tratamento

cirúrgico sem intercorrências e com recuperação funcional completa do membro superior afetado. Durante este seguimento, realizou radiografia do joelho esquerdo devido a queixas de dor, que evidenciou gonartrose. Manteve acompanhamento regular e, em 2021, foi proposta para artroplastia total do joelho, tendo recusado a cirurgia na altura por ser cuidadora principal da bisneta.

Há cerca de um ano, regressou à consulta de Ortopedia devido ao agravamento dos sintomas — nomeadamente dor, rigidez articular de predomínio matinal e défice de marcha. Foi novamente proposta para artroplastia total do joelho esquerdo, tendo-lhe sido recomendado o uso de auxiliar de marcha (bengala), que utiliza desde então.

Foi posteriormente internada no CRITO para realização de artroplastia total do joelho esquerdo programada. No pré-operatório, realizou consulta de anestesia, telerradiografia torácica, análises laboratoriais e eletrocardiograma, que não revelaram alterações significativas além da fibrilhação auricular já conhecida. Obteve parecer favorável da equipa de anestesiologia, sendo classificada como ASA II segundo a *American Society of Anesthesiologists*, correspondente a um risco cirúrgico ligeiro.

A intervenção cirúrgica foi realizada sob anestesia geral, sem intercorrências. Foi implantada uma prótese total cimentada Triathlon®, tendo-se verificado estabilidade hemodinâmica intraoperatória. As perdas hemáticas estimadas foram de 10–15 ml, com administração de 1 g de ácido tranexâmico intra-articular e colocação de dreno passivo. No pós-operatório imediato, a doente permaneceu hemodinamicamente estável, regressando ao serviço de internamento cerca de oito horas após o início da cirurgia. Durante o dia 0, cumpriu repouso, crioterapia e posicionamento do membro operado em extensão. O dreno passivo foi removido no dia 1 (D1), com drenagem total de aproximadamente 150 ml de conteúdo hemático.

Concomitantemente procedeu-se à avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação realizada no D1 correspondente ao primeiro dia de pós-operatório, esta avaliação permitiu uma compreensão global do estado funcional da pessoa, do seu contexto familiar e social, bem como das suas necessidades específicas de reabilitação.

Em articulação com a enfermeira supervisora do estágio clínico, foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem, formulados com base na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A partir desta análise, delinearam-se os objetivos terapêuticos de Enfermagem de Reabilitação (ER), definidos

em parceria com a pessoa alvo de cuidados de modo a garantir a adequação das intervenções às suas capacidades, expectativas e contexto de vida.

O plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação foi elaborado de acordo com as respostas humanas comprometidas identificadas, contemplando a individualidade da pessoa e o seu contexto biopsicossocial. Os objetivos foram definidos de forma colaborativa, tendo em vista a sua exequibilidade e pertinência clínica, alinhados com as metas pessoais da Sra. M.

No caso em estudo, o objetivo prioritário definido pela Sra. M. centra-se na aquisição da capacidade andar com auxiliar de marcha considerando que este segundo a própria seria o seu principal receio, inclusivamente foi descrito que havia testado a utilização de canadianas em casa sem sucesso, paralelamente também foi referido pela pessoa parceira de cuidados que os seus principais objetivos seriam a reacquirição de capacidades para realizar tarefas domésticas sem dor e mais a longo prazo o regresso às suas atividades no grupo do rancho folclórico.

Apêndice IV Escala Medical Research Council Modificada

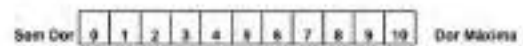
Avaliação da Força Muscular- Escala Medical Research Council					
Membro inferior Esquerdo	Movimento	Avaliação			
		D1	D2	D3	D15
Coxo-femoral	Flexão	3	3	4	5
	Extensão	3	4	4	5
	Abdução	3	4	4	5
	Adução	3	4	4	5
	Rotação interna	3	4	4	5
	Rotação externa	3	4	4	5
Joelho	Flexão	3	3	4	4
	Extensão	3	3	4	5
Tibio-társica	Dorsiflexão	4	4	5	5
	Flexão	4	4	5	5

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

Fonte: DEODI LUIZ DE FREITAS. (2020). Guia Clínico de Boa Prática de Enfermagem de Reabilitação. Curitiba. <https://www.luziluz.com/obras/boapratica/cover/full-view.html>.

Apêndice V Escala Numérica da Dor

Avaliação Escala Numérica da Dor									
Inicial D1		Intermédia D2		Intermédia D3		Intermédia D7		Final D15	
R	M	R	M	R	M	R	M	R	M
5	8	3	5	2	3	0	2	0	2



FONTE: Direção-Geral da Saúde. (18 de Junho de 2003). Circular Normativa n.º 85/DGCS/A. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directivas-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-85de-14062003-por-dgs.aspx>

Apêndice VI Avaliação amplitudes articulares com recurso a goniómetro

Avaliação Goniométria (c/ goniómetro)					
Membro inferior esquerdo	Movimento	Amplitude (°)			
		D1	D2	D3	D15
Joelho	Flexão	60°	72°	85°	100°
	Extensão	10°	0°	0°	0°

Apêndice VII Escala de Equilíbrio de Berg

Avaliação do Equilíbrio- Escala de Berg					
Score	Descrição dos Itens	Avaliação			
		D1	D2	D3	D15
	1. Da posição de sentado para a posição de pé	3	3	3	3
4	Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma				
3	Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos				
2	Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas				
1	Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável				
0	Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar				
	2. Ficar em pé sem apoio	3	4	4	4
4	Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos				
3	Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão				
2	Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos				
1	Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos				
0	Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda				
	3. Senta-se com as costas desapoitadas, mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco	4	4	4	4
4	Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos				
3	Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão				
2	Mantém-se sentado durante 30 segundos				

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

1	Mantém sentado durante 10 segundos				
0	Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos				
	4. Da posição de pé para a posição de sentado	1	2	3	4
4	Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos				
3	Ao sentar-se recorre às mãos				
2	Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida				
1	Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida				
0	Necessita de ajuda para se sentar				
	5. Transferências	2	3	3	4
4	Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos				
3	Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos				
2	Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão				
1	Necessita de ajuda de uma pessoa				
0	Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança				
	6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados	3	3	3	4
4	Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos				
3	Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão				
2	Consegue manter-se em pé durante 3 segundos				
1	Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável				
0	Necessita de ajuda para evitar a queda				
	7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável

4	Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto				
3	Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão				
2	Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos				
1	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos				
0	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas não consegue mantê-la durante 15 segundos				
	8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante				
3	Consegue inclinar-se mais de 12cm para a frente, com segurança				
2	Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança				
1	Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão				
0	Perde o equilíbrio durante as tentativas/ necessita de apoio externo				
	9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança				
3	Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão				
2	Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autônoma				
1	Não consegue apanhar o chinelo e necessita de supervisão enquanto tenta				

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

51

0	Não consegue tentar/ necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda				
	10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé	4	4	4	4
4	Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso				
3	Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir peso				
2	Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio				
1	Necessita de supervisão no virar				
0	Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda				
	11. Dar uma volta de 360 graus	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
4	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos				
3	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em segundos ou menos				
2	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente				
1	Necessita de supervisão ou de indicações verbais				
0	Necessita de ajuda enquanto dá a volta				
	12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
	Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos				
	Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos				
	Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão				
	Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda				
	Necessita de ajuda para evitar a queda/ não consegue tentar				

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

	13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro	2	3	3	4
4	Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos				
3	Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos				
2	Consegue 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				
	14. Permanecer em pé sobre uma perna	3	3	4	4
4	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos				
3	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos				
2	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos				
1	Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente				
0	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair				
	Score Total (0- 56)	25	29	31	35
		Equilíbrio aceitável	Equilíbrio aceitável	Equilíbrio aceitável	Equilíbrio aceitável

Fonte Adaptado de: Paiva, L. (2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos institucionalizados e não institucionalizados, praticantes de exercício físico regular, através da Escala de Equilíbrio de Berg*. Dissertação de Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, orientada por Alda Maria Martins Mourão e Rogério Paulo Joaquim Salvador. Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde.

Apêndice VIII Índice de Barthel

Índice de Barthel						
Score	Atividade	Avaliação				
		D1	D2	D3	D7	D15
1. Alimentação						
10	Independente	10	10	10	10	10
5	Precisa de alguma ajuda (Por exemplo para cortar alimentos)					
0	Dependente					
2. Transferências						
15	Independente			15	15	15
10	Precisa de alguma ajuda	10	10			
5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se					
0	Dependente, não tem equilíbrio sentado					
3. Toalete						
5	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	5	5	5	5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda					
4. Utilização do WC						
10	Independente				10	10
5	Precisa de alguma ajuda		5	5		
0	Dependente	0				
5. Banho						
5	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)					5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0	0	
6. Mobilidade						
15	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar órteses)					15
10	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	10	10	10	
5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas					
0	Imóvel					
7. Subir e Descer Escadas						
10	Independente, com ou sem ajudas técnicas			10	10	10
5	Precisa de ajuda		5			
0	Dependente	0				
8. Vestir						
10	Independente				10	10
5	Com ajuda	5	5	5		
0	Impossível					
9. Controlo Intestinal						
10	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	10	10	10	10
5	Acidente ocasional					
0	Incontinente ou precisa de uso de clisteres					
10. Controlo Urinário						

10	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	10	10	10	10
5	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)					
0	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho					
Score Total (0 - 100)		60	70	80	90	100

FONTE: ADAPTADO DE : ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2016). INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. [HTTPS://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/ARQUIVO/COLEGIOS/DOCUMENTS/2017/INSTRECOLHADADOSDOCUMENTACAOUIDENFREABILITACAO_FINAL_2017.PDF](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/COLEGIOS/DOCUMENTS/2017/INSTRECOLHADADOSDOCUMENTACAOUIDENFREABILITACAO_FINAL_2017.PDF)

Apêndice IX Medida de Independência Funcional

Medida de Independência Funcional			
Itens da escala	D1	D3	D15
Autocuidados			
A - Alimentação	7	7	7
B - Higiene pessoal	3	4	5
C - Banho (lavar o corpo)	3	6	6
D - Vestir a metade superior	5	7	7
E - Vestir metade inferior	4	4	6
Controlo de esfíncteres			
G - Bexiga	7	7	7
H - Intestinal	7	7	7
Mobilidade/Transferências			
I - Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	4	5	6
J - Sanita	4	5	5
K - Duche/Banheira	4	5	5
Locomoção			
L - Marcha/Cadeira de rodas	5	5	6
M - Escadas	4	5	6
Comunicação			
N - Compreensão	7	7	7
O - Expressão	7	7	7
Consciência do mundo exterior			
P - Interação social	7	7	7
Q - Resolução de problemas	7	7	7
R - Memória	7	7	7
Score total	98	107	112

Legenda:
SEM AJUDA: 7- Independência completa (em segurança, em tempo normal); 6- Independência modificada (ajuda técnica)
COM AJUDA- dependência modificada: 5- Supervisão; 4- Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%); 3- Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%);
COMAJUDA- dependência completa: 2- Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%); 1- Ajuda total (indivíduo \geq 0%)

FONTE ADAPTADO DE : ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2016). *INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/INSTRECOLHADADOSDOCUMENTACAOCUIDENFREABILITACAO_FINAL_2017.PDF

Apêndice X Timed Up and Go Test

Timed Up and Go Test						
	D0bar	D1	D2	D3	D5	D15
Avaliação	-	-	1,58 minutos	1,04 minutos	-	

Legenda: São considerados como tendo elevado risco de queda os adultos/idosos com tempos de desempenho no teste TUG iguais ou superiores a 13,5 segundos.

Fonte Adaptada de: Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). *Norma nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Apêndice XI Escala de Quedas de Morse

Item	Descrição	D1	D2	D3
1. Historial de quedas	Não (0) / Sim (25)	0	0	0
2. Diagnósticos secundários	Não (0) / Sim (15)	15	15	15
3. Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/cadeira de rodas (0) Muletas/canadianas/bengala/andarrilho (15) Apoia-se no mobiliário (30)	15	15	15
4. Terapia intravenosa	Não (0) / Sim (20)	20	0	0
5. Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel (0) Debilidade (10) Dependente de ajuda (20)	20	10	10
6. Estado mental	Consciente (0) Esquece-se das limitações (15)	0	0	0
Total	Soma dos itens (0-125)	70	40	40
Nível de risco de queda	Sem Risco: 0 ≤24 pontos Baixo Risco: ≥25 ≤50 pontos Alto Risco: ≥51 pontos	Alto Risco de Queda	Baixo Risco de Queda	Baixo Risco de Queda

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). *Norma n.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Apêndice XII KOOS – Versão Portuguesa LK 1.0

Instruções de preenchimento: Assinale a resposta que melhor descreve o seu joelho nas últimas semanas. **Escala de resposta (0-4):** 0 = Nenhum/Não; 1 = Ligeiro; 2 = Moderado; 3 = Intenso; 4 = Extremo.

Sintomas

1ª avaliação – D1 internamento	Texto do item (versão PT LK1.0)	Score Resposta (0-4)
S1- Tem tido o joelho inchado?	Sempre	4
S2- Tem sentido ranger, ouvido um estalo ou qualquer outro som quando mexe o joelho?	Frequentemente	3
S3- Tem sentido o joelho preso ou bloqueado quando se mexe?	Frequentemente	3
S4- Tem conseguido esticar o joelho completamente?	Sempre	0
S5- Tem conseguido dobrar o joelho completamente?	Nunca	4
S6- Até que ponto sente rigidez no joelho logo após acordar de manhã?	Moderadamente	2
S7- Até que ponto sente rigidez no joelho depois de se sentar, deitar ou descansar ao final do dia?	Muito	3

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 19 / 28

2ª avaliação – D15 de pós operatório	Texto do item (versão PT LK1.0)	Score Resposta (0-4)
S1- Tem tido o joelho inchado?	Às vezes	2
S2- Tem sentido ranger, ouvido um estalo ou qualquer outro som quando mexe o joelho?	Raramente	1
S3- Tem sentido o joelho preso ou bloqueado quando se mexe?	Raramente	1

S4- Tem conseguido esticar o joelho completamente?	Sempre	0
S5- Tem conseguido dobrar o joelho completamente	Sempre	0
S6- Até que ponto sente rigidez no joelho logo após acordar de manhã?	Moderadamente	2
S7- Até que ponto sente rigidez no joelho depois de se sentar, deitar ou descansar ao final do dia ?	Muito	3

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 9 / 28

Dor

1ª avaliação – D1 internamento	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
P1- Com que frequência tem dores no joelho?	Sempre	4
Que intensidade de dor no joelho teve nas seguintes atividades:		
P2- Rodar/virar-se/torcer sobre o joelho	Muita	3
P3- Esticar completamente o joelho	Pouca	1
P4- Dobrar completamente o joelho	Multíssima	4
P5- Andar sobre superfície plana	Moderada	2
P6- Subir ou descer escadas	Muita	3
P7- À noite na cama	Muita	3
P8- Estar sentado ou deitado	Moderada	2
P9- Estar de pé	Muita	3

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 25 / 35

2ª avaliação – D15 internamento	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
P1- Com que frequência tem dores no joelho?	Todos os dias	3
Que intensidade de dor no joelho teve nas seguintes atividades:		
P2- Rodar/virar-se/torcer sobre o joelho	Moderada	2
P3- Esticar completamente o joelho	Nenhuma	0

P4- Dobrar completamente o joelho	Moderada	2
P5- Andar sobre superfície plana	Pouca	1
P6- Subir ou descer escadas	Moderada	2
P7- À noite na cama	Pouca	1
P8- Estar sentado ou deitado	Pouca	1
P9- Estar de pé	Pouca	1

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 13 / 36

Atividades de Vida Diária- grau de dificuldade que sentiu em realizar atividades

1ª avaliação - D1 internamento	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
A1- Descer escadas	Muita	3
A2- Subir escadas	Muita	3
A3- Levantar-se a partir da posição de sentado	Muita	3
A4- Manter-se de pé	Muita	3
A5- Dobrar-se para apanhar um objeto	Muitíssima	4
A6- Andar numa superfície plana	Moderada	2
A7- Entrar ou sair do carro	Muita	3
A8- Ir às compras	Muitíssima	4
A9- Calçar meias/colants	Muitíssima	4
A10- Levantar-se da cama	Moderada	2
A11- Descalçar meias/colants	Muitíssima	4
A12- Estar deitado na cama e virar-se e manter a posição do joelho	Muitíssima	4
A13- Entrar e sair da banheira	Pouca	1
A14- Estar sentado	Pouca	1
A15- Sentar-se ou levantar-se da sanita	Pouca	1
A16- Tarefas domésticas pesadas (ex.: pegar em caixas, esfregar o chão)	Muitíssima	4
A17- Tarefas domésticas leves (ex.: limpar o pó, cozinhar)	Muita	3

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 49 / 68

2ª avaliação – D15 internamento	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
A1- Descer escadas	Moderada	2
A2- Subir escadas	Pouca	1
A3- Levantar-se a partir da posição de sentado	Pouca	1
A4- Manter-se de pé	Moderada	2
A5- Dobrar-se para apanhar um objeto	Muitíssima	4
A6- Andar numa superfície plana	Moderada	2
A7- Entrar ou sair do carro	Moderada	2
A8- Ir às compras	Muita	3
A9- Calçar meias/collants	Muitíssima	4
A10- Levantar-se da cama	Pouca	1
A11- Descalçar meias/collants	Muitíssima	4
A12- Estar deitado na cama e virar-se e manter a posição do joelho	Pouca	1
A13- Entrar e sair da banheira	Pouca	1
A14- Estar sentado	Pouca	1
A15- Sentar-se ou levantar-se da sanita	Pouca	1
A16- Tarefas domésticas pesadas (ex.: pegar em calças, esfregar o chão)	Muitíssima	4
A17- Tarefas domésticas leves (ex.: limpar o pó, cozinhar)	Moderada	2

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 36 / 68

Atividades de Desporto e Lazer - grau de dificuldade que sentiu em realizar atividades

1ª avaliação – D1 internamento	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
SP1- Pôr-se de cócoras	Muita	3
SP2- Correr	Muitíssima	4
SP3- Saltar	Muitíssima	4
SP4- Rodar/ virar-se/ torcer sobre o joelho	Muitíssima	4
SP5- Ajoelhar	Muitíssima	4

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 19 / 20

2ª avaliação – D15 pós-operatório	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
SP1- Pôr-se de cócoras	Moderada	2

Mariana Bação - novembro 2025 - Escola Superior de Saúde Atlântica

SP2- Correr	Muitíssima	4
SP3- Saltar	Muitíssima	4
SP4- Rodar/ virar-se/ torcer sobre o joelho	Moderada	2
SP5- Ajoelhar	Muitíssima	4

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 16 / 20

Qualidade de Vida

1ª avaliação – D1 Internamento	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
Q1- Com que frequência é que tem consciência do problema que tem no joelho?	Constatemente	4
Q2- Modificou o seu estilo de vida para evitar atividades que poderiam afetar o joelho?	Completamente	4
Q3- Até que ponto é que a falta de confiança no joelho o/a incomoda	Moderadamente	2
Q4- Em geral o joelho causa-lhe muitos problemas ?	Muitíssimos	4

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 14 / 16

2ª avaliação – D15 pós-operatório	Texto do item (versão PT LK1.0)	Resposta (0-4)
Q1- Com que frequência é que tem consciência do problema que tem no joelho?	Constatemente	4
Q2- Modificou o seu estilo de vida para evitar atividades que poderiam afetar o joelho?	Completamente	4
Q3- Até que ponto é que a falta de confiança no joelho o/a incomoda	Moderadamente	2
Q4- Em geral o joelho causa-lhe muitos problemas ?	Muitíssimos	3

Pontuação bruta desta subescala (soma 0-4 de todos os itens): 13 / 16

Cálculo da pontuação transformada (0 a 100; 100 = melhor estado):

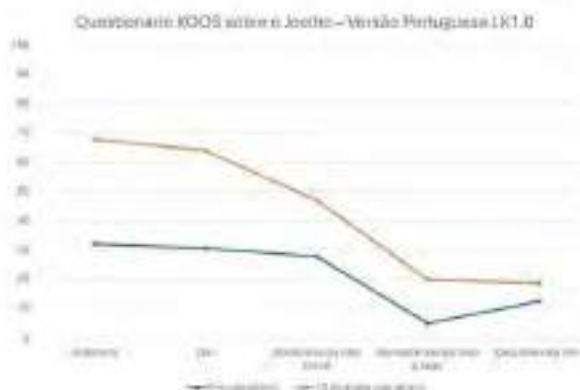
Mariano Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Pontuação KOOS = $100 - [(Soma\ dos\ itens \times 100) / (4 \times n^\circ\ de\ itens)]$.

Resumo das subescalas

Avaliação D1	Nº de itens	Soma bruta (0-4 por item)	Pontuação KOOS 0-100
Subescala			
Sintomas	7	19	32,1
Dor	9	25	30,6
Atividades de vida diária	17	49	27,9
Atividades desportivas e lazer	5	19	5,0
Qualidade de Vida	4	14	12,5

Avaliação D15	Nº de itens	Soma bruta (0-4 por item)	Pontuação KOOS 0-100
Subescala			
Sintomas	7	9	67,9
Dor	9	13	83,9
Atividades de vida diária	17	36	47,1
Atividades desportivas e lazer	5	16	20
Qualidade de Vida	4	13	16,8



Fonte Adaptado de: Gonçalves et al., (2009). Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). *Osteoarthritis and Cartilage*, 17(9), 1156-1162. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2009.01.00>

Apêndice XIII- Escala Modificada de Borg

Avaliação Escala Modificada de Borg	D1	D2	D3
Score Total:	- 6 pontos (em repouso);	- 6 pontos (em repouso);	- 6 pontos (em repouso);
	- 9 pontos (após sessão de ER);	- 7 pontos (após sessão de ER);	- 7 pontos (após sessão de ER);

Escala Modificada de Borg

Escala da percepção do esforço de Borg	Equivalência aproximada da frequência cardíaca/minutos	Grau de intensidade do esforço (% da capacidade máxima possível)	Equivalência de uma escala de esforço na percepção de 0-10 pontos
6	60-80	10	0
7	70-80		1
8	80-100		2
9	80-110	20	3
10	100-120		
11	110-130	30	4
12	120-140		
13	130-150	40	5
14	140-160		
15	150-170	50	6
16	160-180		
17	170-190	60	7
18	180-200		
19	190-210	70	8
20	200-220		

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.lipsomack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Apêndice XIV “Cuidar do Meu Joelho”

Cuidar do meu joelho: Exercícios de prevenção para evitar lesões.

Este documento foi criado para ajudar na sua recuperação após a cirurgia no joelho.

As atividades físicas simples e regulares, recomendadas para a sua recuperação, devem fazer-se com calma, sem fadiga e dentro da amplitude de movimento.

Se sentir dor forte, aumente o ritmo de trabalho no dia seguinte, para o exercício seguinte.



CONDICIONAMENTO




- Faça exercícios aeróbicos durante 20 minutos de cada vez, especialmente após os exercícios.
- Não utilize a escada por baixo do joelho – mantenha a parte estendida quando está sentado(a).
- Ao sentar e levantar, utilize o tronco e a parte de trás do joelho para ajudar.
- Caminhe regularmente após a cirurgia várias vezes ao dia, aumentando progressivamente a distância a percorrer.
- Suavemente, de joelho estendido e movimento circular.
- Utilize as rampas conforme aprendeu durante o treinamento (20 dias depois, 27 para o estendido e 30 para o cíclico).

Atividade física:

- Não afundar a cabeça dos pés, nunca dobrar, olhar em frente.
- Ter as pernas bem fortes, sentadas ou em pé.
- Exercícios de fortalecimento do joelho de forma segura e confortável.

Exercícios em pé sempre com as mãos apoiadas numa bancada ou mesa estável.

Exercício	Descrição	Imagem	Repetições / frequência	✓ / ✗
Movimento de levantar o dedão do pé.	Movimento de pé para cima e para baixo.		10-20 repetições • 2-3x/dia	

<p>Exercício do quadril:</p>	<p>Pressão a parte de trás do péto a parte contra a parte do corpo 5 a 10 segundos</p>		<p>20-25 repetições + 2-3x/dia</p>	
<p>Exercício do glúteo</p>	<p>Aperto ao esfregar uma contra a outra durante 5 a 10 segundos</p>		<p>20-25 repetições + 2-3x/dia</p>	
<p>Flexão e extensão com o cotovelo/ombro</p>	<p>Dois a quatro a parte</p>		<p>20 repetições + 2-3x/dia</p>	

	<p>secamente, só tolerar</p>			
<p>Elevação de pernas esticadas deitado</p>	<p>Elevar a parte operada esticada em uma onda vertical</p>		<p>10 repetições + 2-3x/dia</p>	
<p>Elevação (cotovelo esticado)</p>	<p>Elevar a parte operada sem ajuda de uma</p>		<p>10 repetições + 2-3x/dia</p>	

Aperto dos joelhos sentado	Aperte uma almofada entre os joelhos por 10 segundos		10 repetições	• 2-3x/dia
Flexão-estensão do joelho em pé	Com as mãos apoiadas em bancada ou na parede para trás e pés a 90º, apoiar o pé no chão.		10 repetições	• 2x/dia

Marcha estática (flexão-estensão do joelho em pé)	Com as mãos apoiadas em bancada ou na parede para trás e pés a 90º, apoiar o pé no chão.		10 repetições	• 2x/dia
Atuação na anca em pé	Com as mãos apoiadas em bancada leve a perna para o lado, sem dobrar o tronco.		10 repetições	• 2x/dia

Elevação de calcetões em pé	Com as mãos apoiadas em bancada suba de pontas dos pés e desça lentamente.		30 repetições + 2x/3x
Misturamento	Com as mãos apoiadas em bancada dobre os dois joelhos ao mesmo tempo de forma descendente lentamente.		8-12 repetições + 2x/3x

QUANDO ESTÁ SEM CAPACIDADE:

Evite parar o exercício e descanse se sentir algum dos seguintes sinais:

- Dor forte que não melhora ao descansar
- Aumento excessivo de fadiga
- Vermelhidão ou calor localizado no joelho
- Sensação de instabilidade ou incapacidade de apoiar o pé
- Formigamento persistente ou dormência que persiste
- Febre ou mal estar sistêmico

RECOMENDAÇÕES:

- ✓ Faça os exercícios todos os dias
- ✓ Respeite sempre o limite da dor
- ✓ Com uma curta duração várias vezes ao dia
- ✓ Progrida lentamente — a recuperação é gradual, pode parecer que não está se sentindo confortável para isso



ANEXOS

Mariana Bação- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

70

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação- dezembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

cxxix

Anexo I Checklist CARE

CARE CARE Checklist of information to include when writing a case report 

Topic	Item	Checklist item description	Completed (in %)
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the article 'case report'	
	2	2 to 3 key words that identify diagnosis or interventions in this case report, including 'case report'	
Abstract (in abstract)	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	
Introduction	3c	The main diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes	
	3d	Conclusion—What is the main 'take-away' message from this case?	
Patient Information	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	
	5a	Demographic patient specific information	
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	
Clinical Findings	5c	Medical, family, and psychosocial history including relevant genetic information	
	5d	Relevant past interventions with outcomes	
Timeline	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	
	7	Relevant 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 history of testing, treatment, or outcome)	
	8c	Diagnosis (including other diagnostic considerations)	
Therapeutic Interventions	8d	Prognosis (such as staging or prognosis) where applicable	
	9a	Types of therapeutic interventions (such as pharmacologic, surgical, behavioral, self-care)	
	9b	Administration of therapeutic interventions (such as dosage, strength, duration)	
Follow-up and Outcomes	9c	Changes in therapeutic administration (with rationale)	
	10a	Current and patient assessed outcomes (if available)	
	10b	Important follow-up diagnosis and other test results	
Discussion	10c	Interpretation adherence and reliability (How was this assessed?)	
	10d	Adverse and unintended events	
	11a	A scientific discussion of the strength 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	
Patient Perspective	11d	The primary 'take-home' message of this case report (without references) in one paragraph conclusion	
	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs in the conclusion (if available)	
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if recorded	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Mariana Seijo - dezembro 2025 - Escola Superior de Saúde Atlântica

Anexo II Guião da Entrevista

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

• Objetivo geral:

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

1. Identificação do participante e contexto

(CARE item: *Patient Information*)

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

Perguntas orientadoras:

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

2. História clínica e antecedentes relevantes

(CARE item: *Medical, family and psychosocial history*)

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

Perguntas:

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

3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

(CARE item: *Clinical findings and timeline*)

Objetivo: descrever a condição inicial e o impacto funcional.

Perguntas:

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após o evento (através da - *Knee Injury And Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), Versão Portuguesa Li 1.0*); o dor (ex. através da escala numérica da dor); o movimento muscular (ex. através da escala *Medical Research Council Modificada*); a intolerância à atividade (ex. através da escala modificada de Borg); equilíbrio corporal (ex. através da escala de equilíbrio de Berg) e Levantar-se (ex. funcionalidade através da escala de Medida de Independência Funcional e Índice de Barthel); risco de queda (ex. através da Escala da percepção do medo de cair através da *Falls Efficacy Scale-International 7 itens* e escala de Morse); o andar com auxiliar de Marcha (através do *Timed Up and Go test*)?
- Como se sentia emocionalmente no início do processo de reabilitação?
- Que limitações identificou nas atividades da vida diária?
- Que estratégias utilizou inicialmente para lidar com essas dificuldades?

4. Intervenções de enfermagem de reabilitação

(CARE item: *Therapeutic intervention*)

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

Perguntas:

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

5. Resultados e evolução funcional

(CARE item: *Follow-up and outcomes*)

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

Perguntas:

- Que melhorias sentiu ao longo do processo de reabilitação?
- Que atividades conseguiu retomar?

- Há algo que ainda considera limitado ou difícil de realizar?
- Como avalia a sua autonomia e independência atualmente (escala de independência, mobilidade)?
- O que acha dos resultados obtidos? (avaliação das mesmas escalas colocadas acima no ponto 3)?
- Sente-se satisfeito com os resultados obtidos?

8. Impacto emocional, social e ocupacional

(CARE item: Patient perspective)

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

Perguntas:

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

7. Considerações éticas e consentimento

(CARE item: Informed consent)

Antes da entrevista:

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

8. Observações do entrevistador

(CARE item: Discussion and learning points)

Registrar:

- Impressões clínicas e de comunicação durante a entrevista.

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

APÊNDICE III

Pedidos à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relatos de
Caso Clínico

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

A aluna Mariana Seijo y Seijo Santos Bação da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um Relato de Caso Clínico inserido no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Reabilitação na Comunidade inserida 1º ano, 2º semestre do 3º curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Sandy Severino.

Título do estudo: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação no contexto domiciliário com a pessoa idosa que apresenta sequelas de AVC- Relato de Caso.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio da Unidade Curricular de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade Cuidados na Comunidade [REDACTED], âmbito do 3º mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do Professor Coordenador do Mestrado Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Metodologia: Será elaborado um Relato de Caso Clínico seguindo as normas da *Equator Network*, nomeadamente a *check-list* CARE que se encontra disponível para consulta em anexo neste documento. O principal objetivo deste estudo é descrever a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com sequelas de AVC, no seu domicílio.

Explicação do estudo: O presente estudo consiste na elaboração de um relato de caso clínico com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico no âmbito do diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados em Enfermagem de Reabilitação, no contexto domiciliário. A recolha de dados será realizada de forma observacional e descritiva, centrada no processo de cuidados prestados à pessoa/família, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática profissional.

Serão utilizados instrumentos e escalas de avaliação validadas que se encontram disponíveis em anexo, com o intuito de avaliar as principais necessidades da pessoa/ família que possam constituir alvo de intervenção por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centrar-se-á nos focos de Enfermagem de Reabilitação, dentro dos quais destacam-se: Movimento Muscular, Equilíbrio Corporal, Transferir-se e Queda, com objetivo de capacitar a pessoa/família promovendo a autonomia e possibilitando melhoria na qualidade de vida.

A participação no estudo é voluntária, garantindo-se o respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, quer aceite, quer recuse participar. Não se prevê qualquer tipo de risco ou prejuízo para a pessoa em virtude da sua participação ou não participação no estudo, nomeadamente no que diz respeito à continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Condições e financiamento: A participação no relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, a pessoa poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem qualquer prejuízo associado.

Confidencialidade e anonimato: Na participação neste relato de caso clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados do Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados. 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 disponibilidade,

A aluna Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº aluna [REDACTED])

Contactos: [REDACTED]

Assinatura/ls: [Redacted]

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 autorização, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (marcar 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:/...../.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor ou incapaz não puder assinar em nome, se necessário)	
NOME:	DATA DE VALIDADE:/...../.....
BI/CD Nº:	
GRAU DE PARANTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:	
ASSINATURA:	

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

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

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

A estudante Mariana Seijo y Seijo Santos Bação da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um Relato de Caso Clínico inserido no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Profissionalizante inserida 2º ano, 1º semestre do 3º curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Sandy Severino.

Título do estudo: Enfermagem de Reabilitação: Parceria de cuidados com pessoa submetida a artroplastia total do joelho- Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio da Unidade Curricular de Estágio Profissionalizante que está a decorrer na [REDACTED], no serviço de internamento de Ortopedia no âmbito do 3º mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do Professor Coordenador do Mestrado Luis Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Metodologia: Será elaborado um Relato de Caso Clínico seguindo as normas da Equator Network, nomeadamente a check-list CARE que se encontra disponível para consulta em anexo neste documento. O principal objetivo deste estudo é descrever a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados em parceria com uma pessoa internada no serviço de Ortopedia, submetida a artroplastia total do joelho, pelo que o mesmo será concretizado através da seleção de uma amostragem intencional.

Explicação do estudo: O presente estudo consiste na elaboração de um relato de caso clínico com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico no âmbito do diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados em Enfermagem de Reabilitação, em contexto clínico nomeadamente num serviço de internamento hospitalar. A recolha de dados será realizada de forma observacional e descritiva através de uma entrevista estruturada conforme disponível em anexo (anexo II), não sendo a mesma sujeita a análise, centrada na parceria com a pessoa e no processo de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação partilhados com a

³ <https://www.ubba.mg-estado.pt/wp-content/uploads/2015/02/20150221/declaracaohelsinki.pdf>

⁴ <https://doi.org/10.1007/978-94-007-0000-0>

pessoa/família, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática profissional no decorrer do período do estágio (até dezembro de 2025).

Serão utilizados instrumentos e escalas de avaliação fiáveis e validadas para a população portuguesa (Escala Numérica da Dor, Escala Modificada de Borg, Escala de Força Muscular, Medical Research Council Modificada, Escala de Equilíbrio de Berg, Medida de Independência Funcional, Índice de Barthe, Escala de Queda de Morse, Timed Up and Go Teste, Knees osteoarthritis outcome score versão portuguesa Lk1.0, Escala De Percepção Do Medo De Cair Para Pessoas Idosas) que se encontram disponíveis em anexo, com o intuito de avaliar as principais necessidades da pessoa/família que possam constituir alvo de intervenção por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centrar-se-á nos focos de Enfermagem de Reabilitação, dentro dos quais destacam-se: Movimento Muscular, Equilíbrio Corporal, Levantar-se, Queda e Andar com Auxílio de Marcha com objetivo de capacitar a pessoa/família promovendo a segurança, a autonomia e perspetivando a melhoria na qualidade de vida da pessoa/perceita de cuidados.

A participação no estudo é voluntária, garantindo-se o respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, quer aceite, quer recuse participar. Não se prevê qualquer tipo de risco ou prejuízo para a pessoa em virtude da sua participação ou não participação no estudo, nomeadamente no que diz respeito à continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Condições e financiamento: A participação no relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decide participar, a pessoa poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem qualquer prejuízo associado.

Confidencialidade e anonimato: Na participação neste relato de caso clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados do Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, pelo tratamento dos dados e pela destruição dos mesmos em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais, sendo apenas apresentada a síntese dos dados. 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.

Reitera-se que os dados recolhidos serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relatório de estágio.

Grata pela disponibilidade,

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (n.º [REDACTED])

Contactos: [REDACTED]

Assinatura/s: [REDACTED]

APÊNDICE IV

Pedidos de Consentimento Informado- Relatos de Caso Clínico

Contactos: [REDACTED]

Assinatura/s: [REDACTED]

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) a ata indicada, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR CAUSA DE INCAPACIDADE (ou a indicar qual o representante de-vo (qualquer pessoa em plena consciência))	
Nome: _____	
BI/CD Nº: _____	Data de Validade: ____/____/____
GRAU DE INCAPACITAZÃO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____	
Assinatura: _____	

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

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: Enfermagem de Reabilitação: Parceria de cuidados com pessoa submetida a atrofia total do joelho- Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio da Unidade Curricular de Estágio Profissionalizante que está a decorrer no [REDACTED] no serviço de internamento de Ortopedia, no âmbito do 3º mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino, do Professor Coordenador do Mestrado Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Explicação do estudo: O presente estudo consiste na elaboração de um relato de caso clínico com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico no âmbito do diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados em Enfermagem de Reabilitação, em contexto clínico nomeadamente num serviço de internamento hospitalar. A recolha de dados será realizada de forma observacional e descritiva através de uma entrevista estruturada, centrada na parceria com a pessoa e no processo de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação partilhados com a pessoa/família, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática profissional no decorrer do período de estágio (até dezembro de 2025).

Serão utilizados instrumentos e escalas de avaliação fiáveis que se encontram disponíveis em anexo, com o intuito de avaliar as principais necessidades da pessoa/família que possam constituir alvo de intervenção por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centrarse-á nos focos de Enfermagem de Reabilitação, dentro dos quais destacam-se: Movimento Muscular, Equilíbrio Corporal, Levantar-se, Queda e Andar com Auxiliar de Marcha com objetivo de capacitar a pessoa/família promovendo a segurança, a autonomia e perspetivando a melhoria na qualidade de vida da pessoa parceira de cuidados.

A participação no estudo é voluntária, garantindo-se o respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, quer aceite, quer recuse participar. Não se prevê qualquer tipo de risco ou prejuízo para a pessoa em virtude da sua participação ou não participação no estudo, nomeadamente no que diz respeito à continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

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

Confidencialidade e anonimato: Na participação neste relato de caso clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados do Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, pelo tratamento dos dados e pela destruição dos mesmos, em conformidade com os

¹ <http://www.afiba-em-idade.pt/wp-content/uploads/2016/11/2018/02/Declara%C3%A7%C3%A3o-de-Helsinki.pdf>

² <http://www.afiba-em-idade.pt/wp-content/uploads/2016/11/2018/02/Declara%C3%A7%C3%A3o-de-Oviedo.pdf>

princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais, sendo apenas apresentada a síntese dos dados. 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.

Reitera-se que os dados recolhidos serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relatório do estágio.

Grata pela atenção.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

A estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação: Mariana Seijo y Seijo Santos Bação (nº aluna [REDACTED])

Contactos: [REDACTED]

Assinatura/s: [REDACTED]

Declaro que tenho 18 anos ou mais, que tomei conhecimento e compreendi os objetivos do estudo, bem como os procedimentos associados à minha participação. Li integralmente a informação de consentimento informado, considere-o seu conteúdo claro e explícito e concordo com o mesmo, aceitando participar neste estudo. Confirmando que me foram explicados todos os aspetos relevantes pelo profissional de saúde que assina este documento, que tive oportunidade de colocar todas as questões que considere necessárias e que recebi respostas esclarecedoras. Foi-me garantido tempo suficiente para refletir sobre esta proposta, bem como assegurado que a minha recusa ou desistência não implicará qualquer prejuízo nos meus direitos assistenciais. Reconheço ainda que os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e a respetiva Lei de Execução Nacional. Por fim, autorizo / não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas

Nome:

Assinatura:

Data: / /

.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POTESTADE OU INCAPACIDADE (se o maior tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)	
Nome:	
BI/CD Nº:	Data de Validade: / /
Grau de parentesco ou tipo de representação:	
Assinatura:	

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

APÊNDICE V

Documento de Orientação para a Uniformização dos Registos de Enfermagem de Reabilitação em Sclínico®

Documento de Orientação para Uniformização dos Registos de Enfermagem de Reabilitação no SClínico

1. Enquadramento

Os registos de enfermagem constituem uma parte essencial da documentação clínica, assumindo-se como um instrumento de comunicação entre profissionais de saúde, de suporte à continuidade de cuidados e de evidência do percurso clínico do utente. Para além do seu valor clínico, os registos possuem uma dimensão ética, legal e profissional, dado que documentam a tomada de decisão em enfermagem e a responsabilidade inerente à sua prática (American Nurses Association, 2010).

A utilização de sistemas de informatização traduz-se em benefícios potenciais que englobam a sistematização da informação, agilização do tempo, maior confiabilidade dos dados entre outros (Pestana, 2021).

A evolução dos sistemas de informação em saúde veio reforçar a necessidade de uniformização e rigor nos registos de Enfermagem. Em Portugal, o SClínico® é a plataforma oficial do Serviço Nacional de Saúde para a documentação dos cuidados prestados, permitindo a integração de dados clínicos e a utilização de linguagens classificadas, nomeadamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), de acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros. (Ministério da Saúde, s.d.)

O SClínico Hospitalar, desenvolvido pela SPMS, constitui um sistema de informação evolutivo que resulta da experiência adquirida com as anteriores aplicações informáticas, este surge com o propósito de integrar numa única plataforma os registos clínicos dos diversos profissionais de saúde, numa lógica centrada na pessoa e na continuidade de cuidados. (Ministério da Saúde, s.d.)

Este sistema integra-se na estratégia de informatização do Serviço Nacional de Saúde, assumindo-se como instrumento de uniformização dos registos clínicos e de normalização da informação. Ao permitir o acesso partilhado e sistematizado à informação clínica do utente, promove a homogeneização das práticas, a eficiência da atuação multiprofissional e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, s.d.).

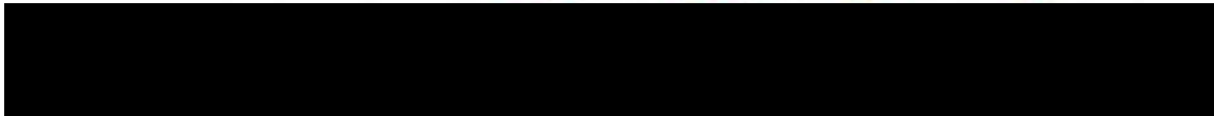
A uniformização dos registos de enfermagem no SClínico é, assim, fundamental para garantir a qualidade, a segurança e a continuidade dos cuidados, assegurando simultaneamente a padronização da linguagem e a redução da variabilidade na prática documental. Este processo contribui para a visibilidade do trabalho de enfermagem, para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e para a investigação em saúde (Ribeiro et al., 2021).

O Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação constitui um instrumento normativo de suporte ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, permitindo uniformizar a produção, gestão e comunicação da informação clínica, este padrão traduz as intervenções específicas da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, promovendo a objetivação do contributo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nos ganhos em saúde, bem como a monitorização da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Sustentado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o presente documento visa padronizar a documentação clínica dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação no serviço, garantindo consistência terminológica e adequada integração nos sistemas de informação em uso. Pretende-se, assim, assegurar registos claros, completos e fiáveis no SClínico®, capazes de refletir o processo de enfermagem, de sustentar o processo de tomada de decisão e de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

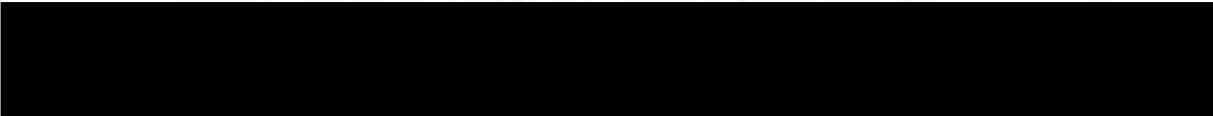
2. Objetivos

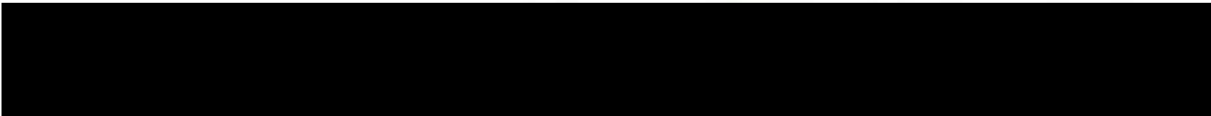
- Garantir uniformidade e qualidade dos registos de enfermagem de Reabilitação no SClínico®.
- Promover clareza, rigor e pertinência da informação.
- Facilitar a comunicação interdisciplinar e assegurar a continuidade de cuidados.
- Reforçar a dimensão ética e legal do registo clínico.



3. Estrutura dos Registos no SClínico

Foco	Intervenções de Diagnóstico	Diagnóstico	Intervenções	Horário
Movimento Muscular	Avaliar movimento muscular	Sem movimento muscular comprometido	Avaliar movimento muscular	SOS/ Agora
		Movimento muscular comprometido em grau reduzido/moderado/elevado	Avaliar movimento muscular; Executar exercícios musculares; ; Incentivar exercícios musculares.	SOS
	Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular	Sem potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular	SOS/ Agora
		Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular	Avaliar capacidade de executar técnica de exercício muscular e articular Instruir exercícios musculares	SOS
	Avaliar conhecimento sobre executar técnicas de exercício muscular e articular	Sem potencial para melhorar conhecimento para executar técnicas de exercício muscular e articular	Avaliar conhecimento sobre executar técnica de exercício muscular e articular	Agora/SOS

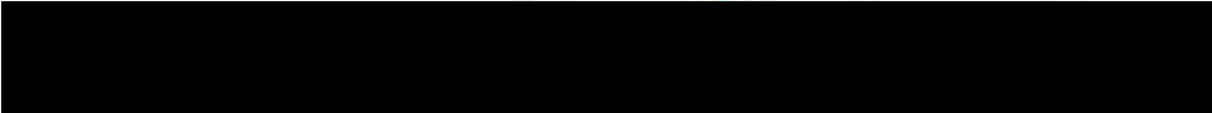




		Potencial para melhorar conhecimento para executar técnicas de exercícios muscular e articular	Avaliar conhecimento sobre executar técnica de exercício muscular e articular Ensinar exercícios musculares	SOS
--	--	--	--	-----

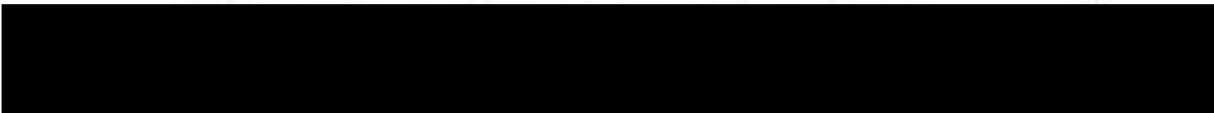
Foco	Intervenções de Diagnóstico	Diagnóstico	Intervenções	Horário
Equilíbrio Corporal	Avaliar equilíbrio corporal	Sem equilíbrio corporal comprometido	Avaliar equilíbrio corporal	SOS/Agora
		Equilíbrio corporal comprometido em grau reduzido	Incentivar a treinar o equilíbrio corporal	SOS
		Equilíbrio corporal comprometido em grau moderado	Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através da técnica de posicionamento	SOS
		Equilíbrio corporal comprometido em grau elevado	Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal	SOS
	Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal	Sem potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal	Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal	SOS/ Agora

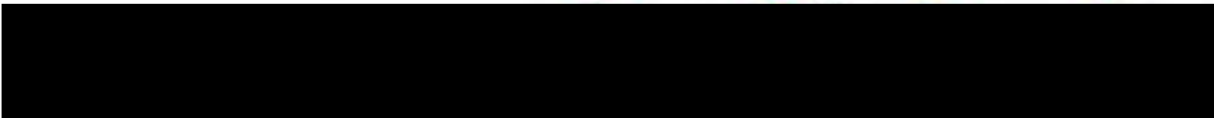




		Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal	Avaliar a capacidade para o equilíbrio corporal Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal	SOS
--	--	---	--	-----

Foco	Intervenções de Diagnóstico	Diagnóstico	Intervenções	Horário
Andar com auxiliar de Marcha	Avaliar o andar com auxiliar de marcha	Sem andar com o auxiliar de marcha comprometido	Avaliar o andar com auxiliar de marcha	SOS/Agora
		Andar com o auxiliar de marcha comprometido	Assistir no andar com auxiliar de marcha Incentivar o andar com auxiliar de marcha Supervisionar no andar com auxiliar de marcha	SOS
	Avaliar a capacidade para andar com o auxiliar de marcha (plano+escadas)	Sem potencial para melhorar a capacidade para andar com o auxiliar de marcha	Avaliar a capacidade para andar com auxiliares de marcha	SOS/Agora
		Potencial para melhorar a capacidade para andar com o auxiliar de marcha	Avaliar a capacidade para andar com o auxiliar de marcha	SOS
			Instruir a andar com auxiliar de marcha	SOS
			Treinar a andar com auxiliar de marcha	SOS





Foco	Intervenções de Diagnóstico	Diagnóstico	Intervenções	Horário
Rigidez articular	Avaliar risco de rigidez articular	Sem risco de rigidez articular	Avaliar risco de rigidez articular	SOS/Agora
		Risco de Rigidez articular	Executar técnica de exercitação muscular; Incentivar a realizar exercícios musculó-articulares; Avaliar risco de rigidez articular	SOS

Foco	Intervenções de Diagnóstico	Diagnóstico	Intervenções	Horário
Queda	Avaliar o conhecimento sobre prevenção de queda	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	SOS/Agora
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	Providenciar material de leitura: folheto de prevenção de quedas; Ensinar sobre prevenção de queda; Assistir a identificar condições de risco para a queda; Avaliar o conhecimento sobre prevenção de queda	SOS



Figura 1 Movimento Muscular

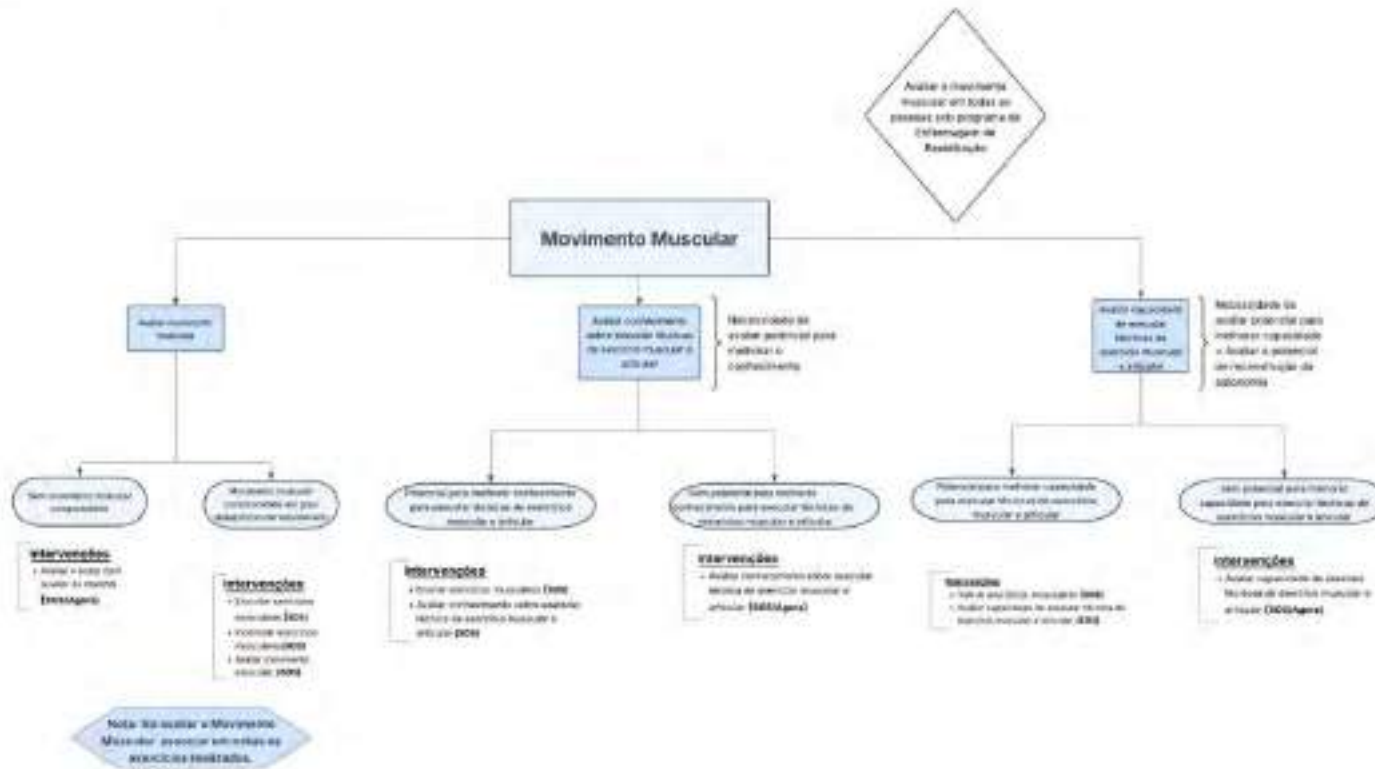


Figura 2 Equilíbrio Corporal

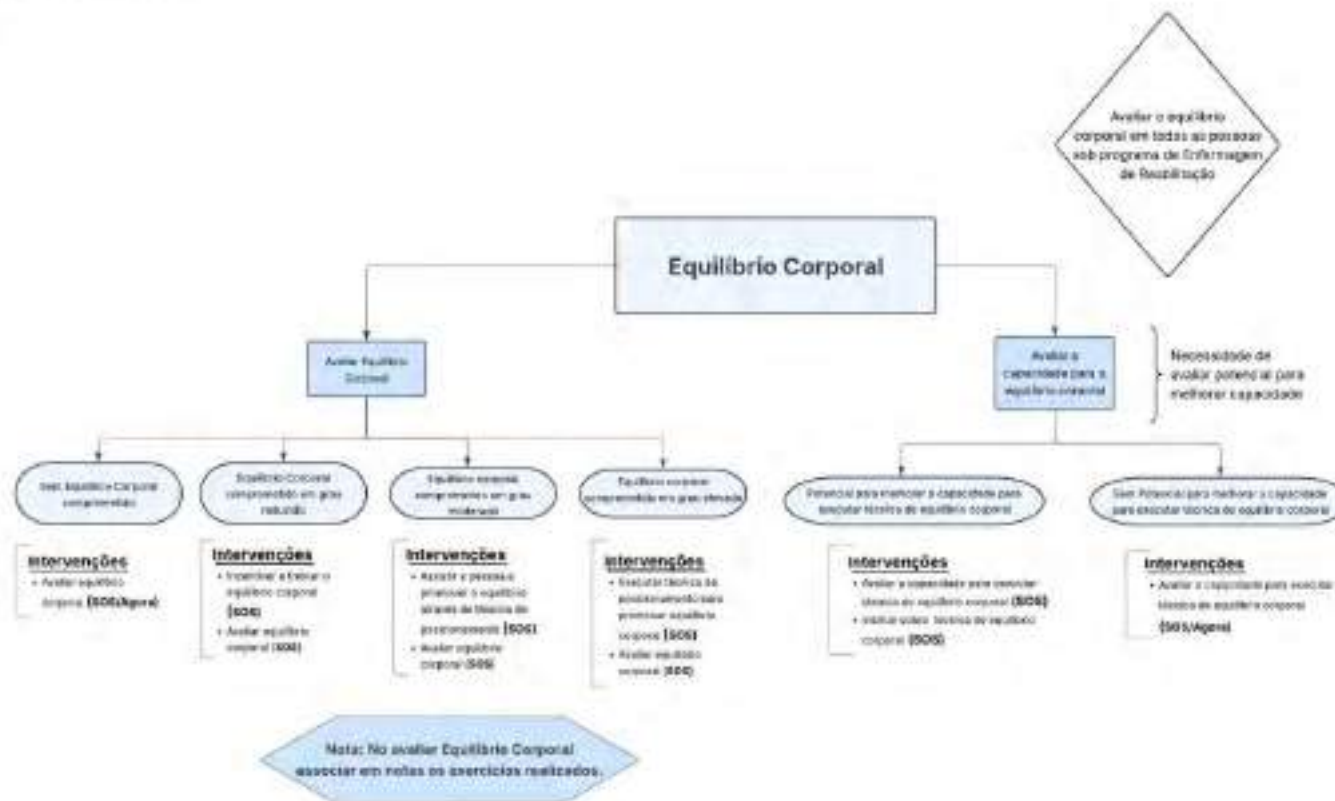


Figura 4-Risco de Rigidez Articular

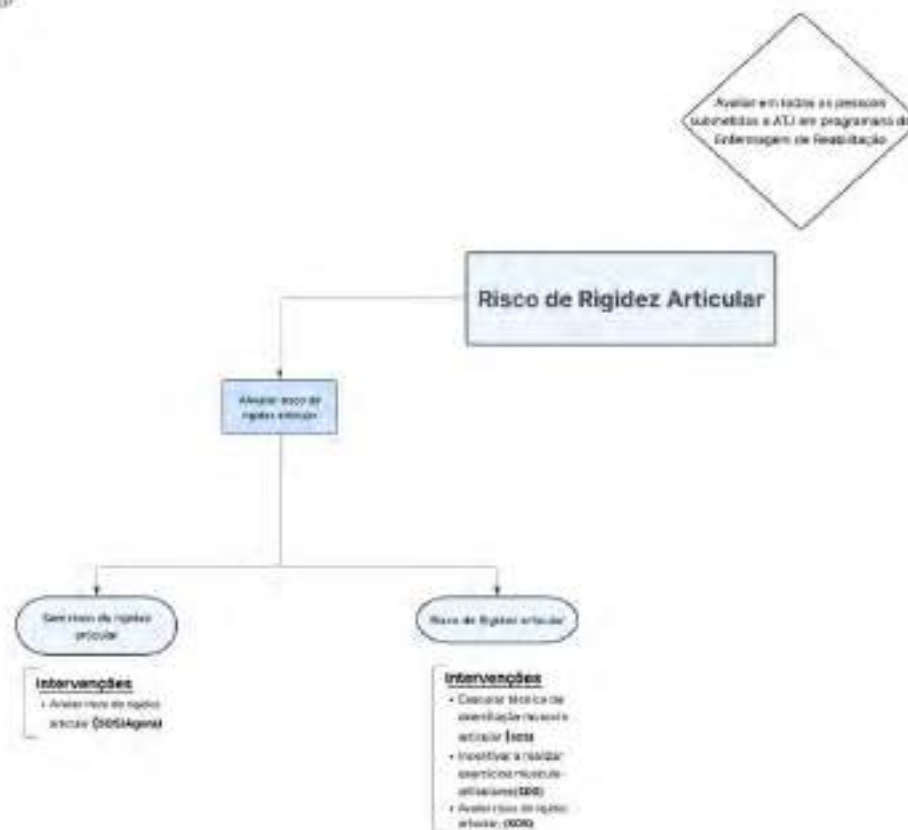


Figura 5-Queda

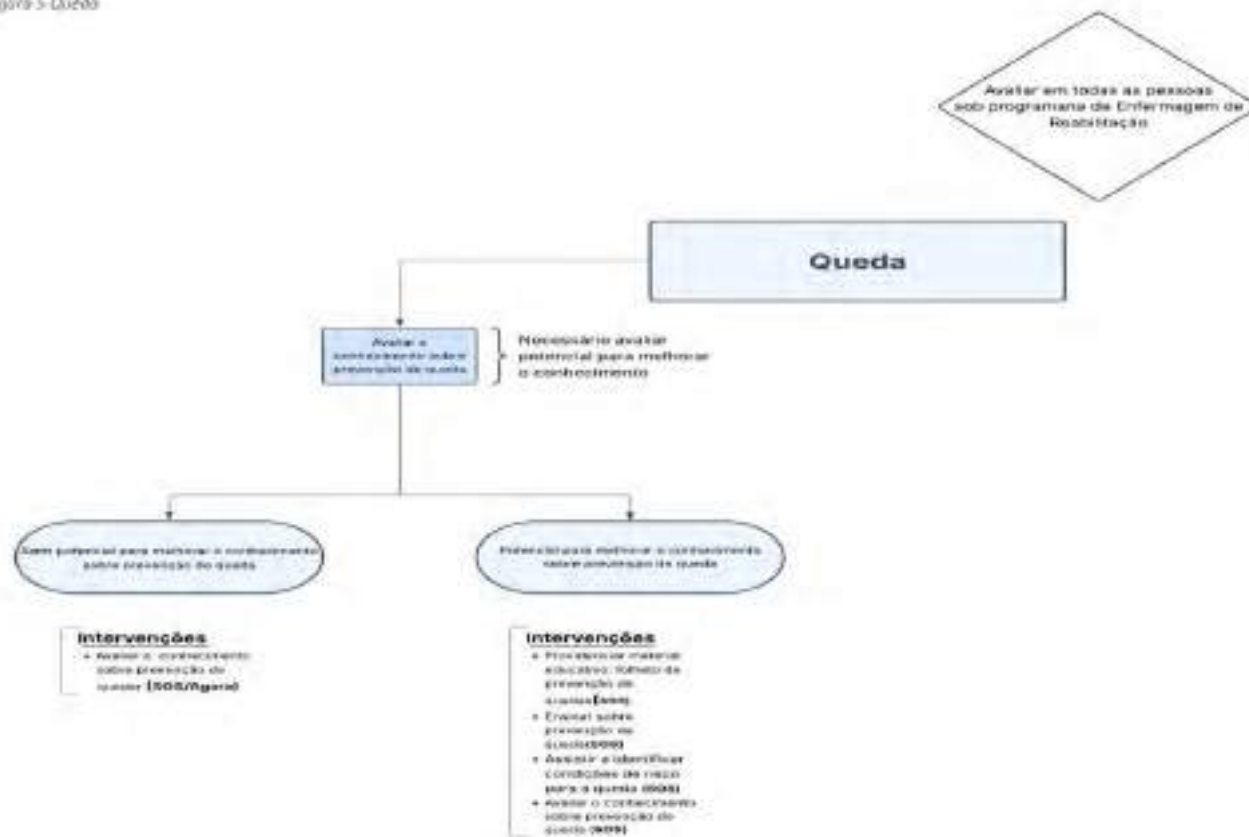
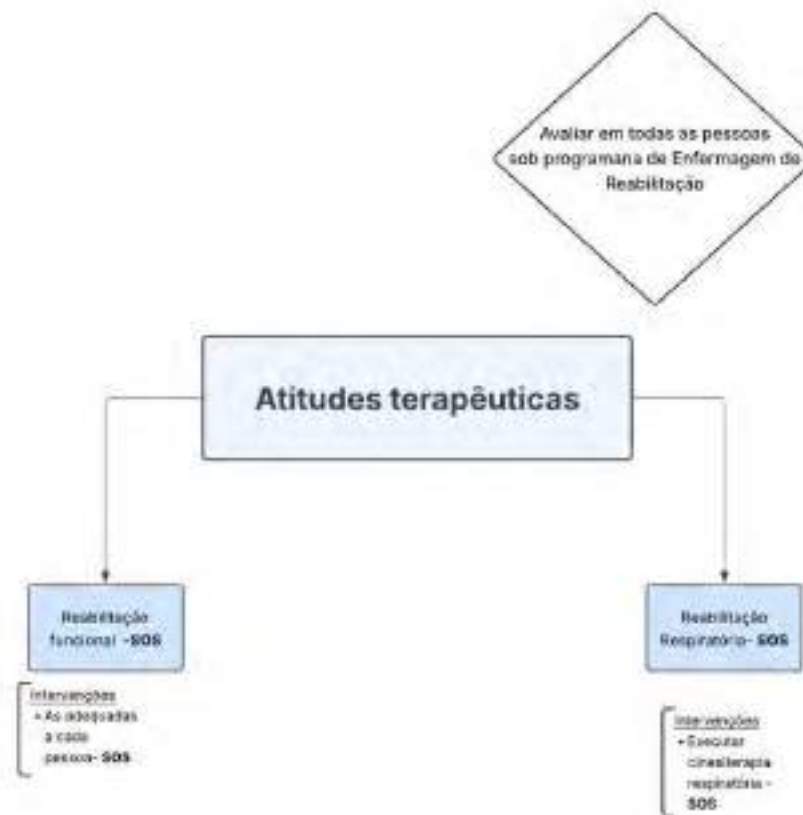




Figura 6- Atitudes Terapêuticas



4. Responsabilidades

- Cada enfermeiro é responsável pela fidedignidade dos seus registos.
- Gestores de enfermagem: monitorização e auditoria periódica da qualidade dos registos.
- Equipa: compromisso com a melhoria contínua.

5. Monitorização e Avaliação

- Definir indicadores sensíveis aos cuidados de ER (ex.: taxa de resolução diagnóstica, efetividade dos diagnósticos de ER, nº de processos documentados/total).
- Auditorias regulares com feedback às equipas.

9. Referências

American Nurses Association. (novembro de 2010). ANA's Principles for Nursing Documentation. Nursesbook.org.

Ministério da Saúde. (s.d.). SClinico | Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH). Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Ordem dos Enfermeiros. (24 de janeiro de 2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação. maio de 2025, from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroDocumental_EER.pdf

Pestana, H. (2021). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques Vieira, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 78-88). Lusodidacta.

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processos de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. Em O. Ribeiro, Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas (pp. 58-67). Lidel.

Apêndice VI

Circuito de Treino de Marcha com Auxiliar- Guia Orientador

Circuito de Treino de Marcha com Auxiliar – Guia de Orientador

1. Enquadramento e Objetivos

Este documento operacional descreve um circuito terapêutico estruturado para o treino de marcha com auxiliar (andarilho ou canadianas) em pessoas internadas no serviço CRI Ortopedia, integrados em programa de Enfermagem de Reabilitação, após aquisição de capacidade de andar com auxiliar de marcha (Diagnóstico Clínico[®]: Sem andar com auxiliar de marcha comprometido/ Capacidade para andar com auxiliar de marcha).

Objetivos específicos:

- Promover segurança, confiança e autonomia da pessoa no andar com auxiliar de marcha;
- Reforçar padrões de marcha e transferência adequados (sequência com auxiliar; mudança de direção; paragens e reinício; sentar/levantar);
- Desenvolver controlo postural e equilíbrio;
- Desenvolver treino de coordenação enquanto utiliza auxiliar de marcha;
- Motivar a participação da pessoa no seu processo de reabilitação.

2. População-alvo e Critérios de Inclusão/Exclusão

População-alvo: Doentes internados no serviço de Ortopedia com indicação para treino de marcha com andarilho/canadianas.

Incluir se:

- Estabilidade hemodinâmica;
- Dor controlada (Escala Numérica da Dor ≤ 4 em repouso);
- Indicação de marcha com dispositivo auxiliar de marcha;
- Capacidade de compreender instruções simples;
- Tolerar ortostatismo.

Excluir/Adiar se:

- Dor não controlada;
- Hipotensão ortostática sintomática; tonturas/síncope;
- Diagnóstico Clínico[®]: intolerância à atividade.

- Contraindicação clínica para mobilização nos membros inferiores.
- Diagnóstico Clínico[®]: Andar com auxiliar de marcha comprometido ou sem potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha.
- Incapacidade de compreender instruções (Diagnóstico Clínico[®]: sem potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha ou sem potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha)

3. Preparação, Materiais e Segurança

Materiais necessários: corredor com medição de métrica de distância, andariço ou canadianas ajustadas, cadeira/cadeirão estável com apoios de braços, cones, fita adesiva colorida para marcar o chão, objeto com altura ≤ 5 cm, cronómetro; instrumentos de avaliação -escala Numérica da Dor e escala de Borg; monitor de avaliação de sinais vitais.

Regras de segurança:

- Necessidade de supervisão- posicionar-se ao lado da pessoa e acompanhá-lo durante o percurso.
- Verificar a utilização de dispositivo auxiliar previamente (andar com dispositivo auxiliar de marcha)
- Instruir e demonstrar a sequência do circuito.
- Parar o treino perante sinais de alarme: tonturas, dor súbita (intensa), fadiga/ intolerância à atividade, sudorese súbita, mal-estar.

4. Avaliação Inicial e Definição de Metas

Avaliar: Dor – END ≤ 4 , intolerância à atividade (BORG ≤ 5), tolerância ortostática com supervisão, padrão de marcha com o auxiliar (Diagnóstico Clínico[®]: Sem andar com auxiliar de marcha comprometido/ Capacidade para andar com auxiliar de marcha), equilíbrio corporal (Diagnóstico Clínico[®]: Equilíbrio Corporal sem compromisso ou comprometido em grau reduzido).

Meta da sessão: completar o circuito com técnica segura, sem quedas/perdas de equilíbrio e com sintomas controlados.



5. Descrição Detalhada do Circuito

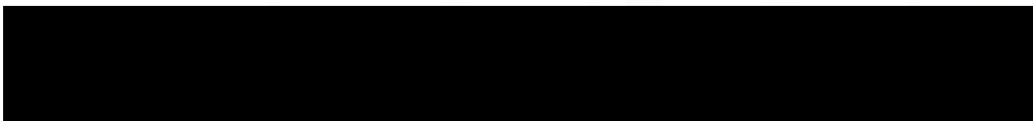
Estação	Objetivo terapêutico	Material necessário	Instruções técnicas (como executar)	Crterios de progresso
1. Transferência segura (partida)	Treinar a técnica de transferência (levantar-se)	Cadeira/cadeirão estável com apoio de braços, dispositivo auxiliar de marcha	A partir da cadeira a pessoa com os pés apoiados; mãos nos apoios/braços da cadeira) eleva-se com tronco ligeiramente à inclinado à frente. Validar posicionamento (sentado em segurança com costas e braços apoiados) e carga nos membros inferiores conforme situação clínica; Colocar o dispositivo corretamente e assumir postura neutra.	Diminuir apoio verbal e físico até realizar de forma autônoma; diminuir tempo na realização deste processo
2. Linha reta (3 metros)	Treinar a marcha com auxiliar	Fita adesiva/ marcação no chão;	Caminhar sobre linha marcada. Sequência	Aumentar distância total (p.





	cadência, comprimento e largura da passada, padrão de marcha segura com o auxiliar.	dispositivo auxiliar de marcha	técnica da marcha com dispositivo: Dispositivo → MI afetado → MI não afetado. Passada segura e base de suporte adequada.	ex., +2 m por sessão).
3. ZigueZague (3 metros)	Treinar a mudança de direção sem perder equilíbrio.	Cones afastados; dispositivo auxiliar de marcha	Contornar cones afastados; antecipar mudança de direção com rotação de tronco e passos curtos; evitar rotações bruscas sobre o MI lesado; Manter dispositivo sempre à frente/estável.	Aproximar cones progressivamente (maior exigência); aumentar o número de cones
4. Parar e reiniciar ("Sinal STOP") (3 metros)	Treinar o controle postural e reação a comandos com paragens e reinício da marcha	Comando verbal (PARE/RECOMECE)	Ao sinal: parar com ambos os pés alinhados, ligeiramente afastados e dispositivo estabilizado; retomar ao novo sinal.	Aumentar nº de paragens e reduzir tempo de resposta esperado ,adequado à avaliação da escala do Borg prévia.
5. Curva e retorno (3 metros)	Viragens amplas com estabilidade.	Dispositivo auxiliar de marcha	Realizar curva em "U" com passos curtos, sem cruzar pés,	Reduzir raio da curva gradualmente.





			virando sobre o membro inferior são; dispositivo acompanha a curva; evitar rotações bruscas.	
6. Obstáculo (5 metros)	Treinar elevação do pé e adaptação ao ambiente.	Fita no chão ou obstáculo ≤ 5 cm; dispositivo auxiliar de marcha	Ultrapassar obstáculo ≤ 5 cm; aproximar os dois pés o obstáculo, avançar dispositivo, transpor um pé de cada vez. Assegurar sequência e apoio adequado.	Aumentar ligeiramente a altura se indicado, aumentar número de obstáculos.
7. Chegada (transferência final)	Treino de transferência (sentar-se).	Cadeira/cadeirão estável com apoio de braços, dispositivo auxiliar de marcha	Virar-se de costas para a cadeira; sentir o assento com a parte posterior das pernas; mãos nos apoios; sentar controlando a descida com a força a ser realizada pelos braços e perna sã.	Diminuir tempo neste processo; diminuir apoio verbal e físico até realizar de forma autônoma

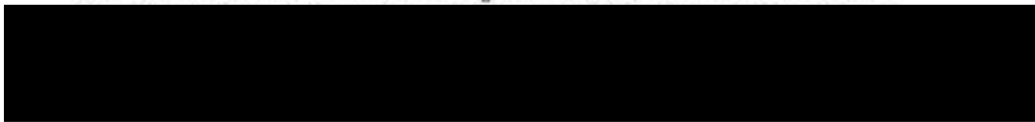




Figura 1- Demonstração Visual do Circuito, criado pelos autores do documento.



Figura 2- Demonstração visual do circuito no cenário





6. Planeamento da Sessão

Duração recomendada: 15 minutos, com pausas curtas entre estações conforme necessário.

Volume: 1–2 voltas ao circuito na sessão inicial; progredir as voltas consoante tolerância à atividade e melhoria técnica.

Frequência: ajustado ao plano de reabilitação.

7. Progressão

Quando progredir	Como progredir
A pessoa conclui o circuito sem desequilíbrios, sem dor (END 0), sem intolerância à atividade (escala Borg <3), técnica correta de marcha com dispositivo auxiliar.	Aumentar distância percorrida, aproximar os cones, reduzir tempo de pausa entre estações, curvas mais fechadas; reduzir gradualmente apoio verbal e físico.

8. Monitorização e Segurança Clínica

Monitorizar dor (END antes e depois), intolerância à atividade (escala Borg antes e depois, equilíbrio corporal (Sclínico* antes), andar com auxiliar de marcha (Sclínico* antes) e sinais vitais (antes e depois).

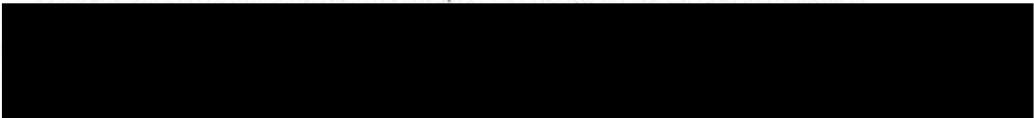
Parar se houver dor aguda intensa, tonturas, palidez, sudorese, alteração do estado de consciência, intolerância à atividade.

Suspender a sessão se a pessoa não quiser realizar ou continuar o circuito.

Documentar acontecimentos adversos e ajustar o plano antes da sessão seguinte.

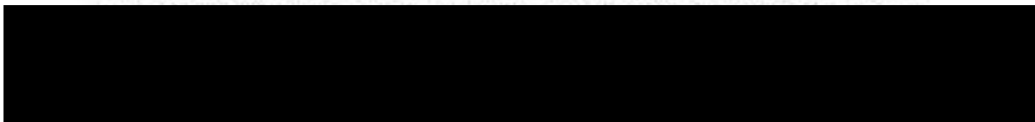
9. Documentação

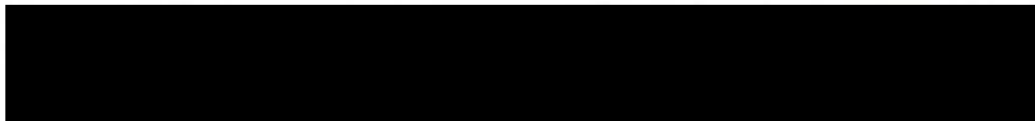
Registar realização do circuito no processo de enfermagem da pessoa na intervenção avaliar o andar com auxiliar de marcha (na observação: breve descrição da realização com referência às principais dificuldades, correções e progressões previstas.





Exemplo: "Realizou circuito de treino de marcha com principal dificuldade no item 6 Obstáculo (por défice da flexão do joelho), necessidade de indicações verbais ao longo de todo o percurso. Progressão prevista: aumentar número de obstáculos."





10. Checklist

Pré Sessão	Sim? Não
Dispositivos adequados	
Sinal vital	
Capacidade de andar com auxílio de marcha	
Ambiente preparado (luzes, cores, cadeira, obstáculos <5 cm)	
Demonstração do circuito	
instruções iniciais compreendidas	
Pós Sessão	
Sem eventos adversos	
Técnicas globalmente corretas (2 erros)	
Registro clínico efetuado	





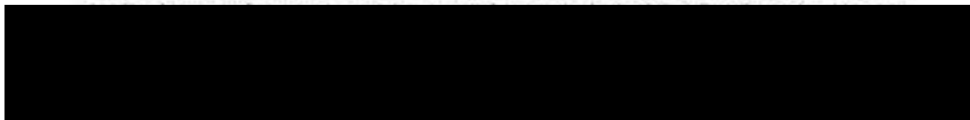
11. Ficha de Registo da Sessão

Data	Dispositivo	Carga	EMB		RORG		Sinais Vitais		Observações	Progressão proposta
			Antes/	depois	Antes/	depois	Antes/	depois		





ANEXOS

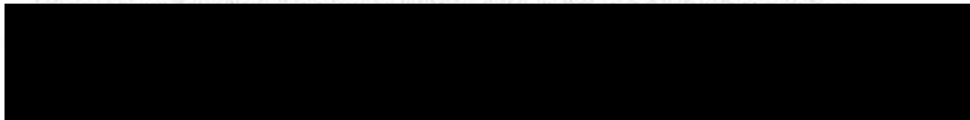


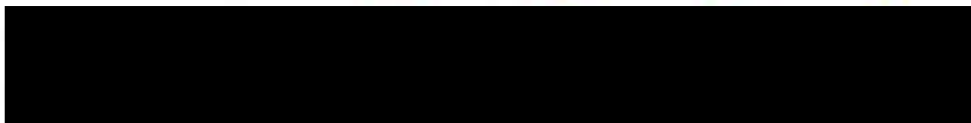


ANEXO I - ESCALA NUMÉRICA DA DOR

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

FONTE: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (14 DE JUNHO DE 2003). CIRCULAR NORMATIVA Nº 09/DGCG- A DOR COMO 5º SINAL VITAL. REGISTO SISTEMÁTICO DA INTENSIDADE DA DOR. [HTTPS://WWW.DGS.PT/DIRECTRIZES-DA-DGS/NORMAS-E-CIRCULARES-NORMATIVAS/CIRCULAR-NORMATIVA-N-9DGCG-DE-14062003-PDF.ASPX](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx)





ANEXO II - ESCALA MODIFICADA DE BORG

Escola da percepção do esforço de Borg	Equivalência aproximada da frequência cardíaca/minutos	Grau de intensidade do esforço (% da capacidade máxima possível)	Equivalência de uma escala de esforço na percepção de 0-10 pontos
6	60-80		0
7	70-90	10	1
8	80-100		
9	90-110	20	2
10	100-120		
11	110-130	30	3
12	120-140	40	4
13	130-150	50	5
14	140-160	60	6
15	150-170	70	7
16	160-180		
17	170-190	80	8
18	180-200	90	9
19	190-210	100	10
20	200-220		

FONTE: ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2020). GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: REABILITAÇÃO CARDÍACA. [HTTPS://WWW.FLIPSNACK.COM/ORDEMENFERMEIROS/GORPER/FULL-VIEW.HTML](https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gorper/full-view.html)



APÊNDICE VII

Resumo Webinares

"Síntese de conteúdos do Webinar 1"

Webinar: "Reabilitação Respiratória para EEER - Sessão 1"

1. Contexto e Importância da Enfermagem

- O ano em que o webinar se realizou foi o Ano Internacional do Enfermeiro, com uma campanha internacional que destacou a necessidade urgente de investir na profissão de enfermagem como um pilar fundamental nos sistemas de saúde.
- O enfermeiro é o maior grupo profissional especializado e desenvolve a sua atividade em toda a cadeia de valor dos sistemas de saúde, sendo crucial para um sistema mais completo e sustentável.
- O trabalho dos enfermeiros tem um impacto fundamental na construção de políticas de saúde (institucionais, nacionais, regionais) e é importante tanto estratégica como operacionalmente.
- A pirâmide demográfica em Portugal está próxima de se encontrar invertida, o que realça a necessidade crescente de reabilitação.

2. A responsabilidade do EER na Reabilitação Respiratória

- O EEER tem uma responsabilidade absolutamente fundamental e central na reabilitação respiratória.
- A equipa transdisciplinar deve estar integrada e trabalhar com os mesmos objetivos para e com a pessoa. Podem também integrar técnicos de cardiopneumologia, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, desde que habilitados em reabilitação respiratória.

3. Implementação da Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

- A Reabilitação Respiratória (RR) pode e deve ser implementada nos CSP por uma equipa transdisciplinar integrada e alinhada com as premissas da RR.
 - **Seleção de Candidatos:**
 - Pessoas com patologia respiratória, sintomatologia associada e repercussão nas AVD e qualidade de vida;
 - A evidência é maior para pessoas com DPOC, mas todas as pessoas com patologias respiratórias crónicas podem beneficiar (ex: cancro do pulmão, doenças neuromusculares com impacto respiratório);
 - Atividade física é sempre recomendada para pessoas com DPOC (de classes A e B devem praticar atividade física na comunidade; de classes C e D com sintomatologia podem integrar programas de RR nos CSP; pessoas com grande sintomatologia ou instabilidade podem necessitar de RR hospitalar).
 - **Contraindicações:**
 - Não adesão previsível no programa (por exemplo, devido a fatores que dificultam a participação prolongada e esquematizada), sendo que não impede a intervenção individualizada.
 - Patologias cardíacas em fase aguda e não controladas (ex: angina).
 - **Avaliação Inicial (equipa transdisciplinar):**
 - História clínica da pessoa.

Realizado por: Beatriz Novo (202490013); Mariana Bação (202490016); Mécia Ribeiro (202490004)

"Síntese do conteúdo de Webinar 1"

- Espirometria.
- Escalas de dispneia.
- Avaliação das AVD e qualidade de vida.
- Avaliação nutricional.
- Parâmetros analíticos.
- Prova de 6 minutos de marcha.
- Radiografia de tórax e eletrocardiograma.
- Avaliação da força muscular e equilíbrio corporal.
- Ecocardiograma e prova de esforço cardiopulmonar (para treino de alta intensidade).

4. Ferramentas de Avaliação e Registo

- O EEER pode introduzir diversas escalas nos seus registos para comparar o início e o fim do programa e acompanhar a evolução da pessoa.
- A colaboração da pessoa é essencial para a aproximação à realidade e às respostas humanas manifestadas.
- Estratégias para facilitar a compreensão das escalas pela pessoa:
 - Utilização de graduação de cores e passos.
 - Colocação das escalas em locais chave no domicílio (ex: higiene pessoal).
 - Autorrelatos de dispneia (onde e quando acontece).
 - Promover a necessidade de avaliação da escala pela pessoa e explicar os benefícios da sua aplicação.

5. Plano Individual de Cuidados

- É um registo de um compromisso entre a equipa, a pessoa e a família.
- Promove o autoconhecimento do plano individual de cuidados pelo própria pessoa.
- É um instrumento de literacia em saúde, permitindo registos e acompanhamento da evolução.
- Deve ser um acordo com um método estruturado, em conjunto com a pessoa/família.
- Integra diversas temáticas: treino de exercícios, educação para a saúde, apoio nutricional, apoio psicológico, treino funcional respiratório, etc..
- Nunca será igual para todas as pessoas, dado que este plano implica um abordagem centrada na pessoa, o que pressupõe que cada pessoa e desta forma, cada plano é único.

6. O Impacto da COVID-19 na Reabilitação Respiratória

- A RR, sendo um procedimento de alto risco, foi muitas vezes cancelada. No entanto, a reabilitação não pode parar; é preciso adaptar, garantindo a segurança dos profissionais e das pessoas.
- Orientações para Cuidados Domiciliários (DGS 10/2020 e Associação Portuguesa de Pneumologia):

2

Realizado por: Beatriz Novo (202490019); Mariana Bação (202490018); Márcia Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos de Webinar"

- Cada unidade deve seguir as medidas definidas no plano de contingência.
- Avaliação das respostas humanas individuais.
- Reduzir o número de contactos presenciais ao mínimo indispensável.
- Manter cuidados multidisciplinares para conforto, mobilidade, funcionalidade.
- Situações consideradas "inadiáveis" para manter os cuidados presenciais: patologias respiratórias (pediátricas e adultas), pós-operatório de cirurgia torácica, alta pós-hospitalar com limitação funcional relevante, doenças neuromusculares com grande comprometimento funcional, patologia cardíaca e respiratória.
- Cuidados presenciais para pessoas em situação estável devem ser suprimidos.
- Proibição/Restrição de Técnicas Geradoras de Aerossóis (fase inicial):
 - Técnicas manuais ou mecânicas geradoras de tosse/produção de expectoração.
 - Dispositivos respiratórios que promovam tosse/produção de expectoração.
 - Mobilização ou tração que resulte em tosse/produção de expectoração.
 - Em caso de imprescindibilidade, realizar em quarto com pressão negativa, com mínimo de profissionais e EPI adequados.
- **Adaptação da Prática com o Avanço do Conhecimento:**
 - Estratificação em 4 grupos de risco para infeção (ex: suspeito, negativo, curado, candidato sem circuito COVID).
 - Estratificação dos procedimentos de RR de acordo com o risco de serem geradores de aerossóis.
 - Condutas relacionadas a EPIs, distanciamento físico, higiene das mãos.
 - RR hospitalar para casos graves com teste COVID negativo (circuito separado).
- **Cuidados Específicos e Recomendações:**
 - Utilização de ventilador/dispositivo não invasivo ou CPAP: Profissional altamente treinado na colocação/remoção do equipamento. Deve ser feito em ambiente de pressão negativa (se possível).
 - EPIs: Máscara FFP2 ou FFP3, óculos de proteção/viscira, bata impermeável e proteção de calçado.
 - Ambiente Domiciliário: O vírus SARS-CoV-2 permanece no ar por 3 horas em ambiente controlado, atenção a visitas no quarto. Criar circuitos seguros para profissionais e pessoas.
 - Distância: Manter 2 metros (profissional-pessoa) e 3 metros no treino de exercício (quando possível).
 - Evitar: Ventilação intensiva como complemento, técnica de toque manual.
 - Preferir: Ensino de técnicas sem contacto (ex: ciclo ativo da respiração, drenagem autogénica).
 - Medicação Broncodilatadora: Usar inalador com câmara expansora.

^{“Síntese de conteúdos de Webinar”}

- Continuar Tratamentos: Manter por contacto à distância (telefónico, videochamada), valorizando a autonomia e literacia da pessoa.
- Visitas Domiciliárias:
 - Avaliar plano individual de intervenção com base nas respostas humanas da pessoa e família/prestadores de cuidados.
 - Intervenção presencial deve ser feita quando a relação de confiança permite definir um plano.
 - Disponibilizar material de leitura sobre medidas preventivas.
 - Capacitar a família sobre circuitos e riscos.
 - Reavaliar necessidade de intervenção presencial.
 - Ligar antes da visita para monitorizar sinais/sintomas da pessoa e familiares.
 - Ter material preparado para a intervenção.
 - Uso de EPIs, mesmo sem sintomas no domicílio.
 - Reduzir tempo de permanência ao mínimo indispensável.
 - Desinfetar o carro após visitas.
- Ventilação Não Invasiva (VNI) e Oxigenoterapia (OT) no Domicílio (Suspeitos/Confirmados COVID):
 - Manter medidas de isolamento respiratório.
 - Higienização do equipamento pelo cuidador familiar a 2 metros de distância.
 - Pessoas sob OT devem usar máscara cirúrgica por cima dos óculos nasais.
 - Óculos nasais descartáveis, desinfetante na tubuladura.
 - Remover interface após desligar equipamento.
 - Se a pessoas não tiver autonomia para VNI, deve ser feito por familiar/prestador de cuidados devidamente protegido.
 - VNI em modo automático, retirar máscara por trás da cabeça, iniciar/terminar VNI com máscara bem colocada, usar dois filtros antibacterianos (saída do dispositivo e interface).

7. Considerações Finais e Literacia em Saúde

- A enfermagem tem uma posição privilegiada nos CSP e no contexto comunitário.
- A proximidade permite a implementação de estratégias mais eficazes, além do mero conhecimento.
- É crucial capacitar a pessoa e família para a resolução de problemas e a autogestão.
- Promover o alcance de resultados favoráveis à qualidade de vida, que sejam valorizados pela própria pessoa.

4

Realizado por: Beatriz Novo (202490013); Mariana Bação (202490015); Márcia Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos do Webinar"

- Literacia em Saúde: Capacidade das pessoas para receber, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde (conhecimento, motivação, competências). Importante criar contextos e ativar as pessoas para comportamentos de prevenção, proteção e promoção da saúde.
- As expectativas da pessoa devem ser articuladas e alinhadas com o programa para promover mudança comportamental.

8. Auscultação

O que devemos descrever na avaliação?

1. Movimentos respiratórios:
 - Simetria torácica
 - Amplitude dos movimentos
 - Frequência respiratória (FR)
2. Sons respiratórios normais:
 - Presença bilateral e simetria entre hemitórax
 - Sons presentes, diminuídos ou ausentes
3. Ciclo respiratório completo:
 - Avaliação durante inspiração e expiração
 - Identificação de ruídos adventícios (patológicos)

A auscultação deve obedecer aos seguintes critérios técnicos:

- Sistematizada: envolver as faces anterior, lateral e posterior do tórax, até ao 6.º espaço intercostal anteriormente e 10.º posteriormente.
- Comparativa e bilateral: sempre com comparação direta entre os lados homólogos.
- De cima para baixo: dos ápices pulmonares até às bases.
- Durante o ciclo respiratório completo, solicitando inspiração profunda pela boca.

Fatores que Influenciam a Qualidade da Auscultação

- Condições físicas do utente:
 - Obesidade, hipertrofia muscular, idade avançada.
- Condição clínica:
 - Estados infecciosos, doenças pulmonares crónicas, capacidade ventilatória reduzida.
- Fatores externos:
 - Ruído ambiente, atrito de roupa ou cabelo, má colocação do estetoscópio ou posição inadequada do utente.

Caracterização dos Ruídos Respiratórios Patológicos

Para além da presença, é crucial caracterizar os ruídos respiratórios com precisão clínica:

Realizado por: Beatriz Noya (202490013); Mariana Bação (202490016); Mircia Ribeiro (202490004)

^{“Síntese de conteúdos de Webinar”}

- Tipo: Roncos? Sibilos? Fervores?
- Localização: Onde são audíveis?
- Fase do ciclo respiratório: Inspiratórios, expiratórios ou ambos?
- Intensidade: Diminuída? Abolida?
- Timbre: Suave ou rude?

Esta caracterização permite diferenciar patologias, como broncoespasmo, congestão alveolar ou secreções espessas.

9. Radiografia de Tórax

• Avaliação Radiográfica Torácica em Enfermagem de Reabilitação

A radiografia do tórax constitui uma ferramenta complementar essencial à avaliação clínica respiratória, devendo ser interpretada de forma crítica, sistematizada e contextualizada no quadro clínico-funcional do utente.

• Incidências Radiográficas

Postero-Anterior (PA)

- Coração menos ampliado
- Omoplatas fora dos campos pulmonares → maior visibilidade dos campos pulmonares
- Clavículas acima dos vértices pulmonares

Ântero-Posterior (AP)

- Coração ampliado
- Omoplatas sobrepostas aos campos pulmonares → menor visibilidade
- Clavículas localizadas 2 a 3 cm abaixo dos vértices pulmonares

Nota importante: Os bordos das omoplatas devem projetar-se fora dos campos pulmonares para garantir a fiabilidade da leitura radiológica.

• Critérios Técnicos de Qualidade – Acrónimo RIIP

R – Rotação

As clavículas devem apresentar-se equidistantes da coluna vertebral.

I – Inspiração

Devem visualizar-se pelo menos 6 arcos costais anteriores.

I – Inclusão

Todas as estruturas torácicas relevantes devem estar visíveis na imagem.

P – Penetração

A imagem deve permitir a visualização das vértebras torácicas atrás da silhueta cardíaca.

• As Cinco Densidades Radiográficas

6

Realizado por: Beatriz Nova (202490015); Mariana Bação (202490016); Mária Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos de Webinar"

1. Ar → Área mais escura (preto)
Exemplo: pulmões, trato gastrointestinal
2. Gordura → Cinza escuro
Exemplo: tecido mamário
3. Líquido/Músculo → Cinza claro
Exemplo: coração, fígado, vasos
4. Osso → Branco sujo
Exemplo: costelas, coluna vertebral
5. Metal → Branco intenso (hiperdenso)
Exemplo: próteses, dispositivos médicos (não ilustrado)

- **Método ABCDE de Leitura Sistemática da Radiografia Torácica**

A – *Airways*: Avaliar vias aéreas centrais (traqueia, brônquios principais)

B – *Bones*: Observar ossos (claviculas, costelas, vértebras)

C – Coração: Verificar tamanho e contornos cardíacos

D – Diafragma: Analisar simetria e definição dos hemidiafragmas

E – *Everything else*: Identificar alterações em tecidos moles, presença de tubos, drenos, linhas e dispositivos

- **Conclusões Clínicas Relevantes**

Utilizada como complemento à auscultação.

Avaliação da posição, centragem e qualidade técnica da imagem.

Identificação de alterações estruturais (ex: hipotransparência, opacidades, derrames).

Deve ser interpretada em conjunto com o exame físico e o quadro clínico. A avaliação respiratória deve ser compreendida como um processo integrado, que articula a observação clínica, a auscultação e a interpretação imagiológica.

A leitura crítica da radiografia torácica permite uma interpretação fundamentada da condição respiratória, orientando com maior segurança a prática assistencial.

O EEER deve dominar estas competências, integrando os achados radiológicos no planejamento e reavaliação das intervenções terapêuticas, com foco na funcionalidade e autonomia.

Webinar: "Reabilitação Respiratória para EEER - Sessão 2"

Reabilitação Respiratória no Domicílio: Abordagens e Competências

1. Fundamentos e Competências Essenciais:

- o A reabilitação respiratória assenta em três grandes pilares: educação funcional respiratória, treino/exercício, e gestão da saúde/doença.

Realizado por: Beatriz Nova (202490013); Mariana Bação (202490018); Mircia Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos de Webinars"

- As visitas domiciliares são um momento crucial para observação e avaliação do contexto da pessoa e família, visando a construção de uma relação terapêutica de confiança.
- O enfermeiro deve reconhecer que a pessoa é o centro do seu ambiente e que a intervenção visa aumentar o conhecimento e a capacidade da pessoa para definir estratégias de resolução de problemas.
- Motivação, otimismo, tenacidade e empatia são competências transversais indispensáveis.

2. Componentes do Programa de Reabilitação Respiratória Domiciliar:

- Os programas devem ser personalizados e adaptados à pessoa (instrução, capacidade de aprendizagem, situação sociofamiliar, contexto profissional), à doença (fase, patologias associadas) e ao local/recursos disponíveis (ginásio, domicílio).
- A avaliação inicial deve ser exaustiva para identificar dados fundamentais da pessoa, dinâmicas e valores familiares.
- Programas de reabilitação respiratória podem ser aplicados em hospitais, cuidados primários ou domicílio, com duração mínima de 20 sessões, 8 a 12 semanas e sessões de 45 a 60 minutos, duas a três vezes por semana. Os resultados são perceptíveis a partir da segunda semana.

3. Técnicas de Recuperação Funcional Respiratória:

- A terapia utiliza o movimento para aumentar forças e diminuir resistências. Exemplos incluem:
 - Posições de descanso e relaxamento: Diminuem a sobrecarga muscular e a sensação de dispneia, promovendo o controlo da respiração.
 - Respiração diafragmática e costal: Melhoram a distribuição e ventilação alveolar, podendo ser treinadas com estimulação tátil e resistência.
 - Respiração com lábios semicerrados: Melhora a coordenação, assiste os espiromiogramas do risco de colapso da via aérea e colisão.
 - Drenagem de secreções: Essencial para prevenir infeções secundárias e mobilização, com técnicas como tosse assistida, drenagem postural e drenagem autogénica.
 - Técnicas de conservação de energia: Visam diminuir a sensação de dispneia nas atividades de vida diária (ex: tomar banho sentado, calçar sapatos sentado, dividir tarefas), ajudando a pessoa a compreender o ciclo dispneia-atividade.
 - Estratégias de controlo da ansiedade: Importantes para lidar com fatores que causam dispneia não associados a fraqueza muscular.

4. Treino de Exercício:

- Um componente nuclear da reabilitação respiratória, visando melhorar a tolerância ao exercício, os sintomas de dispneia e a gestão da fadiga.
- Inclui exercícios aeróbicos, de força muscular, resistência e flexibilidade.
- A segurança clínica é prioritária, com avaliação prévia (ex: prova de marcha de 6 minutos) e monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigénio.

Revisado por: Beatriz Novo (202490019); Mariana Bação (202490018); Márcia Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos do Webinar 1"

- A prescrição deve ser individualizada, adaptada à capacidade da pessoa e, podendo incluir exercício intervalado.
- Aborda as alterações estruturais e funcionais na DPOC, como a diminuição da massa muscular e tolerância ao esforço, que levam a um círculo vicioso de inatividade.
- Exercícios aeróbicos (bicicleta, passadeira) e de força muscular (pesos, faixas elásticas) podem ser adaptados ao domicílio, usando recursos existentes na casa.
- Alongamentos e treino de equilíbrio são cruciais para a independência funcional e prevenção de quedas.
- É fundamental criar o hábito de exercício nos dias em que não há visita agendada, através de um plano simples e de fácil compreensão, fixado em locais visíveis e confortáveis para a pessoa.

5. Ganhos e Documentação:

- Os programas de reabilitação respiratória domiciliar geram ganhos significativos na qualidade de vida das pessoas, incluindo aumento da capacidade de marcha (25-33 metros), melhoria no teste sentar-levantar, redução da dispnéia, ansiedade e depressão, e aumento da atividade física.
- A documentação da intervenção nos sistemas de informação de enfermagem é essencial para evidenciar o trabalho do enfermeiro e os ganhos obtidos.

6. Constrangimentos e Desafios:

- Cultura do modelo biomédico e crença de que a medicação é suficiente, sem valorização da prevenção.
- Dificuldade em estabelecer a relação de confiança inicial.
- Sobrecarga dos prestadores de cuidados e dificuldades familiares.
- Falta de articulação entre os diversos níveis de cuidados e profissionais de saúde.
- Falta de interesse e motivação das partes envolvidas.
- Angústia da pessoa e família, que não apresentam um papel de participação ativa.
- Fatores socioeconômicos que podem dificultar o acesso e adesão.
- Adaptação de materiais com baixo custo ou com objetos do cotidiano.

O *webinar* reforçou a necessidade e o potencial da reabilitação respiratória no domicílio, destacando a responsabilidade indispensável do EEER. Ao criar uma relação de confiança e fornecer conhecimento adaptado à realidade de cada pessoa, os enfermeiros podem promover a autonomia, melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas com patologia respiratória. É um campo com enorme potencial de atuação, onde o enfermeiro tem um "grande potencial de intervenção" e pode evidenciar "uma mais-valia na gestão da doença".

Webinar: "Reabilitação Respiratória para EEER - Sessão 3"

"Programa "Viver Bem com DPOC" – Síntese Estruturada"

Realizado por: Beatriz Novo (202490019); Mariana Bação (202490015); Márcia Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos de Webinar"

1. Definição e Objetivo Geral

- Programa educacional, estruturado e sustentado em evidência científica.
- Destinado a pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), familiares e cuidadores.
- Foca-se na capacitação para a autogestão da doença, promovendo comportamentos de saúde sustentáveis e aquisição de competências para o quotidiano.

2. Justificação e Fundamentação Científica

- Estudos demonstram:
 - Redução da utilização hospitalar (internamentos e urgências).
 - Diminuição de exacerbações e melhoria da adesão terapêutica.
 - Benefícios económicos e melhoria da qualidade de vida.
- Apoiar a educação em reabilitação respiratória e pode ser integrado em programas formais do SNS.

3. Adaptação Nacional

- Traduzido e adaptado em Portugal desde 2018.
- Inclui materiais escritos e plano de ação individualizado.

4. Conteúdo Programático: 9 Módulos Temáticos

Dirigidos a doentes, cuidadores e familiares:

- Integrar um Programa de Exercício;
- Ser Saudável com DPOC;
- Integrar um Plano de Ação;
- Gerir o Stress e a Ansiedade;
- Gerir a Respiração e Poupar Energia;
- Manter um Estilo de Vida Saudável;
- Prevenir Sintomas e Tomar Medicação;
- Integrar uma Dieta Saudável;
- Integrar a Oxigenoterapia de Longa Duração.

5. Filosofia dos Módulos

Cada módulo:

- Ajuda o doente a definir metas e objetivos pessoais;
- Desenvolve habilidades de autogestão e autoeficácia;
- Identifica barreiras e promove estratégias de superação;
- Estimula a manutenção de comportamentos de saúde a longo prazo.

"Síntese de conteúdos de Webinar"

6. Critérios de Inclusão

- Pessoas com DPOC com capacidade cognitiva preservada;
- Integram o programa de forma estruturada, podendo receber:
 - Follow-up telefónico por "gestor de caso";
 - Acompanhamento a 1, 3, 6 e 12 meses (temas: exacerbações, plano de ação, vacinação, atividade física).

7. Implementação: Onde e Como?

Locais:

- Cuidados de Saúde Primários: consultas de enfermagem, domicílio, sessões de grupo;
- Hospitais: durante internamentos;
- Comunidade: centros de saúde, UCC, lares;

Modalidades:

- Sessões individuais ou de grupo;
- Organizadas por temáticas;
- Utilização possível de formato digital (videoconferência ou plataforma web);

8. Estrutura/Formato das Sessões

- 6 a 8 sessões temáticas;
- Duração: 60 a 90 minutos;
- Frequência: 1 vez por semana;
- 5 a 10 participantes;
- Conduzidas por equipas multidisciplinares (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos);

9. Plano de Ação Individual

Ferramenta que permite:

- Identificar sinais de alerta precoce;
- Classificar sintomas (bem, pior, em perigo);
- Orientar medidas específicas com base no estado do doente;
- Favorecer a auto-gestão diária e a prevenção de exacerbações;

10. Avaliação do Programa

- Avaliação da literacia em saúde e da qualidade de vida do doente antes e após o programa;
- Medição de resultados: aderência, sintomas, funcionalidade e satisfação;
- Integração nos planos de cuidados individualizados;

"Síntese de conteúdos de Webinar"

11. Conclusão

O programa "Viver Bem com DPOC" constitui uma ferramenta essencial na intervenção educativa e reabilitativa, com impacto comprovado na:

- Autonomia do utente;
- Redução de complicações;
- Promoção de estilos de vida saudáveis;
- Melhoria da qualidade de vida.

"Reabilitação Respiratória para EEER- Programa de Reabilitação Respiratória CSP"

1. Objetivos do Programa de RR

- Capacitar a pessoa para gerir a sua doença de forma autónoma;
- Promover a adesão sustentável a comportamentos saudáveis;
- Documentar de forma sistemática a intervenção do EEER.

O programa integra:

- Reeducação funcional respiratória;
- Treino de exercício;
- Gestão da saúde/doença.

2. Gestão e Adesão ao Regime Terapêutico

- A RR no domicílio favorece:
 - Mudanças comportamentais ajustadas à realidade da pessoa;
 - Adaptação funcional progressiva.

Abordagens chave:

- Literacia em saúde individual e em grupo (com partilha entre pares);
- Promoção da autoparticipação e corresponsabilização;
- Ideologia de trabalhar com e não para a pessoa.

3. Conteúdos das Sessões de RR

As sessões devem abordar:

- Fisiopatologia e fatores de risco;
- Gestão dos sintomas respiratórios, dieta, exercício e medicação (com treino da técnica inalatória);
- Técnicas de conservação de energia e gestão do stress;
- Estilos de vida saudáveis, cessação tabágica, oxigenoterapia, ventilação não invasiva;
- Nutrição e vacinação.

12

Realizado por: Beatriz Novo (202490013); Mariana Bação (202490016); Mária Ribeiro (202490006)

"Níveis de conteúdos de Webinars"

4. Facilitadores da Mudança Comportamental

- A escuta ativa e a relação de confiança são fundamentais;
- Os utentes valorizam mais a interação ativa com os profissionais;
- O profissional deve criar espaço para partilha de dificuldades, expectativas e dúvidas;
- O plano de intervenção deve ser ajustado com base no feedback do utente.

5. Plano de Cuidados Individual

- Instrumento de negociação e responsabilização partilhada (pessoa/família/equipa);
- Promove literacia em saúde;
- Objetivos devem ser:
 - Realistas, mensuráveis e individualizados (ex.: sair de casa, subir escadas, fazer compras, etc.);
 - Alvo de reforço positivo contínuo.

6. Padrão Documental na RR

- A documentação é fundamental para:
 - Tornar visível o contributo da enfermagem;
 - Avaliar resultados e sustentar decisões clínicas;
 - Produzir indicadores úteis à gestão da saúde pública.

Dados importantes:

- Apenas 40% das atividades observadas são registadas;
- A consistência entre o que se faz e o que se regista é frequentemente baixa;
- A documentação reforça a visibilidade da consulta de enfermagem.

7. Autonomia e Tomada de Decisão do EEER

- O EEER detém autonomia e responsabilidade clínica;
- A tomada de decisão é essencial para intervenções eficazes;
- *"Não tomar uma decisão é uma decisão."*

8. Indicadores em Saúde – BI-CSP

- Os enfermeiros:
 - São o maior grupo profissional da saúde;
 - Tomam mais decisões e fazem mais registos;
 - São os principais produtores e utilizadores de dados clínicos nos sistemas de informação;
 - Têm papel central na documentação da saúde dos cidadãos.

9. Considerações Finais

13

Realizado por: Beatriz Noya (202490013); Mariana Bação (202490018); Mária Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos de Webinar"

- Espera-se que a pessoa desenvolva:
 - Capacidade para antecipar problemas;
 - Autonomia na procura e uso adequado dos serviços de saúde;
 - Eficácia na comunicação com a equipa;
- O EEER é elemento-chave na transição saúde/doença, pela abordagem holística, multidisciplinar e promotora da funcionalidade;
- A intervenção do EEER é construção partilhada, que valoriza os aspetos físicos, emocionais, cognitivos e sociais, visando reabilitar a pessoa e a sua família para a vida ativa e autónoma.

Webinar: "AVC: Da emergência à reabilitação"

Este *webinar* destacou a importância da intervenção precoce e transdisciplinar no AVC, que é a principal causa de morte e incapacidade funcional permanente em Portugal. A discussão enfatizou que, mais do que equipas multidisciplinares, é fundamental que haja equipas interdisciplinares que trabalhem em comunhão com todos os parceiros sociais para desenvolver uma estratégia única, centrada na pessoa.

"Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade"

A apresentação aborda a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, no âmbito das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), evidenciando a importância de intervenções específicas e sistematizadas no processo de reabilitação.

1. Intervenção da ECCI na Comunidade

- Os Cuidados Continuados Integrados são definidos como intervenções sequenciais de saúde e apoio social, centradas na recuperação funcional e autonomia da pessoa em situação de dependência (DL n.º 101/2006).
- A referência pode ser feita por hospitais do SNS, USF/UCSP ou unidades de internamento da RNCCL.

2. Intervenções no Âmbito da Enfermagem de Reabilitação

- Após encaminhamento para a ECCI, o utente integra um programa que inclui:
 - Visita domiciliária nas primeiras 24h e pelo menos 3x/semana;
 - Adaptação do meio envolvente e envolvimento familiar;
 - Avaliação e promoção da funcionalidade;
 - Gestão do regime terapêutico.

3. Avaliação Inicial

Inclui recolha de dados como identificação, cuidador informal, antecedentes patológicos, avaliação da força muscular (Escala do MRC), equilíbrio corporal, AVD's (Escala de Barthel), e condições do domicílio.

4. Áreas de Intervenção Específica

- Comunicação: Avaliação de disartria e afasia;

"Síntese de conteúdos do Webinar"

- **Alimentação:** Identificação de risco de disfagia, vigilância e aplicação da Escala de GUSS;
- **Higiene:** Apoio na eliminação, vigilância da pele, vestuário e apoio domiciliário.
- **Reeducação Funcional Motora:**
 - Mobilizações, fortalecimento muscular, treino de marcha e equilíbrio;
 - Transferências e posicionamentos em padrões anti-espásticos.
- **Reeducação Funcional Respiratória:**
 - Técnicas respiratórias;
 - Reeducação abomino-diafragmática e costal.

5. Papel do Cuidador Informal

- Considerado parceiro essencial na eficácia dos cuidados domiciliários.

6. Treino do Auto-Cuidado

- Foca-se na capacitação da pessoa dependente para retomar o autocuidado e a autonomia, beneficiando do contexto real do domicílio, o que favorece a aprendizagem.

7. Reflexão Final

- A intervenção do EEER é uma construção partilhada, baseada em competências holísticas (físicas, cognitivas, sociais), e centrada na habilitação da pessoa e da família.
- Destaca-se a importância do "pormenor" na prática do cuidar, enquanto presença e diferença significativa na vida do outro (Walter Hesbeen, 2001).

O *webinar* sublinhou a natureza complexa e urgente do AVC, realçando a necessidade de uma intervenção coordenada e interdisciplinar em todas as fases da doença. Destacou a responsabilidade central do EEER, desde a identificação dos sinais na emergência, passando pelos cuidados especializados na unidade de AVC, até à crucial reabilitação e acompanhamento no domicílio e na comunidade. Foram igualmente evidenciados os desafios estruturais do sistema de saúde, como a subvalorização da prevenção primária e a carência de recursos humanos, que impactam diretamente o prognóstico das pessoas com AVC. Evidencia a necessidade de continuidade de investimento na formação e reconhecimento da enfermagem, e na melhoria do SNS para garantir cuidados de saúde de excelência.

Webinar: "Exercício Físico na Pessoa com Alterações do Processo Respiratório"

- **Enfermeiro Luís Rodrigues Gaspar**, Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, enfermeiro na Unidade de Doença Respiratória no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

1. Conceitos e Definições

- **Atividade Física:** Qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética com gasto energético acima do repouso.
- **Exercício Físico:** Atividades estruturadas e planeadas com o objetivo de melhorar o condicionamento e a aptidão física.

*Síntese de conteúdos de "Webinar 3"

- Atrofia e Fraqueza Muscular: Perda de massa e potência muscular, respetivamente.
- Fadiga Muscular: Incapacidade de manter a força durante o exercício.
- Intolerância à Atividade: Incapacidade ou energia insuficiente para tolerar/completar atividades.

2. Diferenças Terminológicas

- Cinesiterapia Respiratória ≠ Reabilitação Respiratória
- A Cinesiterapia Respiratória corresponde à Reeducação Funcional Respiratória.
- A Reabilitação Respiratória inclui treino de exercício e educação para promover mudanças comportamentais.

3. Fundamentos da Reabilitação Respiratória

- Baseia-se em exercício físico, educação e modificação comportamental.
- Objetivo: Melhorar a condição física e emocional dos doentes com doenças respiratórias crónicas.
- Envolve uma abordagem individualizada e prolongada para promover adesão a comportamentos de saúde.

4. Responsabilidade do Enfermeiro de Reabilitação

- Deve maximizar as potencialidades existentes do doente:
 - Recuperação muscular;
 - Resistência ao esforço;
 - Capacitação para lidar com a intolerância à atividade;
- Intervenção centrada no autocuidado e qualidade de vida.

5. Consequências da Inatividade Física

- Redução da atividade → perda de massa muscular
- Impacto duplo:
 - Muscular: diminuição da força → fadiga precoce → limitação funcional
 - Ventilatório: acidose láctica precoce → aumento das necessidades ventilatórias → limitação respiratória

6. Efeitos do Treino de Exercício

- Estimula opiáceos endógenos → reduz dispneia
- Melhora:
 - Capacidade oxidativa
 - Resistência muscular
 - Tolerância ao esforço
 - Reduz hiperinsuflação dinâmica

"Síntese de conteúdos de Webinar"

7. Princípios Gerais do Treino

1. Sobrecarga: Estimulo superior ao habitual → melhoria funcional
2. Especificidade: Treinar capacidades específicas para o objetivo terapêutico
3. Reversibilidade: Benefícios perdem-se com a interrupção
4. Individualidade: Adaptação ao perfil e limitações de cada pessoa

8. Tipos de Treino

- **Endurance (aeróbio)**: Intensidade moderada/alta e longa duração. Ex: marcha, tapete, cicloergómetro.
- **Força Muscular (anaeróbio)**: Intensidade alta e curta duração. Ex: halteres, máquinas de musculação.

9. Componentes do Treino de Exercício

- Treino Aeróbio
- Treino Anaeróbio
- Alongamentos
- Treino de Equilíbrio

10. Avaliação Inicial do Treino

- Treino aeróbio:
 - 60-80% da capacidade máxima (CPET)
 - 75-80% da velocidade da prova de marcha
 - Escala de Borg modificada (ideal entre 5-8)
- Treino anaeróbio:
 - Baixa intensidade (40-50% IRM)
 - Alta intensidade (60-70% IRM)
 - 8-12 repetições, 1-3 séries, 2-3 sessões semanais
- **Enfermeira Maria de Fátima Alves Pereira**, EEER no serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

1. Sequelas do Internamento em UCI

- Disfunção Mental: Alterações cognitivas, PSPT, perturbações psiquiátricas;
- Disfunção Física: Perda de massa e força muscular, dor, alterações ósseas;
- Disfunção Social: Impacto financeiro e suporte familiar;
- Exacerbação de Condições Pré-existentes: Alterações nas expectativas, agravamento da condição de base.

2. Benefícios da Mobilização Precoce

- Melhoria dos parâmetros respiratórios → Facilita o desmame ventilatório.

17

Realizado por: Beatriz Noya (202490015); Mariana Bação (202490016); Mircia Ribeiro (202490006)

¹⁰"Síntese de conteúdos de Webstar"

- Recuperação funcional → Melhora da força muscular periférica e a capacidade de marcha.
- Redução:
 - Incidência de comorbilidades e *delirium*;
 - Tempo de internamento;
 - Taxa de mortalidade global.

3. Protocolo de Reabilitação: Evidência

- Objetivos principais:
 - Diagnóstico e intervenção precoce;
 - Promoção do autocuidado;
 - Prevenção de complicações;
 - Recuperação da funcionalidade.
- Inclui um plano com atividades progressivas desde a elevação do leito até à marcha independente.

4. Critérios de Segurança para Mobilização Precoce

- Baseados em parâmetros neurológicos, respiratórios, circulatórios, hematológicos, ortopédicos e outros.
- Documento de referência: *Critical Care – Expert consensus on mobilization of ventilated critically ill adults*.

5. Fluxograma: Avaliação dos Critérios de Segurança para Mobilização Precoce

1. Avaliação Inicial:

Critério Neurológico:

- Pergunta: O doente abre os olhos ao estímulo verbal?
 - Sim: Prosseguir para avaliação dos critérios seguintes.
 - Não: Avaliar sedação ou presença de lesão neurológica grave → Exclusão da mobilização / Reavaliar em 24h.

2. Avaliação dos Critérios Fisiológicos

Respiratórios

- $FiO_2 \leq 0,6$;
- $PEEP \leq 10$ cmH₂O;
- $SpO_2 \geq 88\%$;
- $FR \leq 35$ rpm;
- $pH \geq 7,25$;

Circulatórios

"Síntese de conteúdos de Webstar 1"

- PAM \geq 60 mmHg;
- PAM \leq 140 mmHg;
- Ausência de vasopressores em alta dose;
- Ausência de novo episódio de TV/fibrilhação ventricular nas últimas 2 horas;
- Ausência de novo antiarrítmico nas últimas 2 horas;
- Ausência de isquemia do miocárdio aguda;
- Ausência de sinais de baixo débito ou choque;

Outros Critérios

- Ausência de fratura instável;
- Ausência de ferida cirúrgica aberta de grande dimensão;
- PIC < 20 mmHg;
- Contagem de plaquetas > 20.000;
- Sem hemorragias ativas ou com indicação de repouso;
- Sem prognóstico grave incompatível com mobilização;
- Sem medidas de conforto exclusivo.

Se todos os critérios forem cumpridos: prosseguir para estratificação do risco e iniciar mobilização precoce.

3. Estratificação do Risco e Mobilização Adaptada

Caso exista um ou mais dos seguintes parâmetros de alarme:

- FC < 40 ou > 140 bpm;
- FR < 5 ou > 40 rpm durante 5 minutos;
- SpO₂ < 88% por mais de 5 minutos;
- PAM < 60 mmHg ou > 180 mmHg por mais de 5 minutos;
- Dor intensa;
- Desaturação significativa;
- Alteração aguda do estado de consciência;
- Arritmia causada pela mobilização;
- Intolerância (ex: desconforto, cansaço extremo);

→ Suspende a mobilização e reavaliar.

6. Algoritmo de Mobilização Progressiva (Níveis I a V)

- Nível I: Exercício passivo, posição sentada.
- Nível II: Exercício ativo assistido e terapêutico.

19

Realizado por: Beatriz Noya (202490015); Mariana Bação (202490018); Márcia Ribeiro (202490004)

"Síntese de conteúdos de Webstar"

- Nível III: Exercício ativo resistido e treino de equilíbrio.
- Nível IV: Posição ortostática com assistência, treino de transferências.
- Nível V: Transferências e ortostatismo sem assistência, treino de marcha.

- **Enfermeiro Ruben Duarte Fernandes**, enfermeiro do Serviço de Reumatologia e Ortopedia Oncológica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

"Reabilitar a Treinar"- Reabilitação para o treino e a prescrição de exercício num contexto de reabilitação. A abordagem é que a reabilitação depende de vários fatores e que a melhor prática é informada pela ciência e adaptada à pessoa. A reabilitação e a performance situam-se na intersecção entre a ciência e a arte.

A função é o conceito central na reabilitação, e os objetivos são restaurar, manter e desenvolver essa função. Abrange diversos aspetos, incluindo:

- Desempenho Muscular;
- Cardiopulmonar / Resistência física;
- Controlo Neuromuscular / Coordenação;
- Equilíbrio / Controlo postural;
- Estabilidade;
- Mobilidade / Flexibilidade;

1. Reabilitação Desportiva

A reabilitação desportiva tem objetivos claros:

- Restaurar o movimento e a função;
- Permitir um retorno competitivo seguro, idealmente a um nível igual ou melhor de eficiência e no menor tempo possível. Os recursos para esta reabilitação incluem o exercício terapêutico e agentes físicos. O processo envolve uma série de etapas: avaliação, definição de objetivos, elaboração de um plano/programa, e reavaliação/adaptação/correção contínua.

2. Princípios do Exercício Terapêutico

O exercício terapêutico pode ser classificado em Dinâmico ou Estático.

- Dinâmico:
 - Ativo: Envolve Amplitude de Movimento, Alongamento e Resistência;
 - Passivo: Inclui Amplitude de Movimento, Alongamento e Mobilização.
- Estático: Refere-se ao exercício Isométrico.

As Diretrizes Gerais para um Programa de Treino são detalhadas e enfatizam várias fases e considerações:

1. Avaliação Inicial: Essencial, incluindo história clínica e testes específicos;

¹⁰ Síntese de conteúdos de "Webstar" 12

2. **Planeamento:** Deve definir objetivos a curto e médio prazo, horizonte temporal, frequência, intensidade, duração, e incluir reavaliações intermédias para ajustes. No planeamento, é importante estabelecer a FC alvo e máxima;
3. **Execução:** A fase prática do programa;
4. **Avaliação Final:** Para verificar os resultados.

Um programa de treino típico deve incluir:

- Um aquecimento gradual (5-10 minutos);
- Uma fase de condicionamento, onde se aumenta o ritmo de atividade, mantendo a FC alvo por 20-30 minutos;
- Uma desaceleração (retorno aos valores basais de FC, 5-10 minutos);
- Uma componente de flexibilidade (5 minutos).

Além disso, as diretrizes gerais para o programa de treino destacam a importância de:

- Ter uma visão global da pessoa;
- Utilizar equipamento apropriado;
- Individualizar o plano;
- Adequar o plano à situação clínica;
- Ter atenção a síndromes de esforço repetitivo e à gestão das cargas;
- Iniciar num nível seguro e progredir gradualmente;
- Instruir a pessoa sobre os exercícios a realizar;
- Monitorizar parâmetros e realizar acompanhamento;
- Incluir conhecimentos sobre Biomecânica (técnica), Nutrição e Repouso,

3. Take Home Messages

Os pontos mais importantes a reter são:

- A pessoa/atleta é o ponto fulcral do processo;
- Não existem fórmulas exatas: não há exercícios específicos para cada patologia, nem exercícios que sejam intrinsecamente melhores ou piores;
- É crucial adotar uma abordagem multifatorial e trabalhar em equipa, considerando a gestão de cargas/treino, Biomecânica (técnica), nutrição e repouso;
- O objetivo final é sempre restaurar (função), manter (capacidades) e desenvolver (qualidades).

- **Enfermeiro Sérgio João Neves**, enfermeiro do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

1. Cinesiterapia – Técnicas Utilizadas

¹"Síntese de conteúdos de Webinars"

- EzPAP® – técnica de pressão positiva expiratória para ajudar na expansão pulmonar.
- Vest® – sistema de percussão torácica por colete vibratório.
- G5® – dispositivo de massagem percussor para mobilização de secreções.
- Metaneb® – combina terapia de oscilação com pressão positiva e nebulização.

2. Treino de Exercício

Ciclo Disfuncional Respiratório

- A disfunção muscular leva à hiperinsuflação, que contribui para dispneia, perpetuando o ciclo.
- Fatores agravantes:
 - Hipoxemia, hipercapnia;
 - Inflamação crônica, corticoterapia;
 - Desnutrição e inatividade;
 - Alterações nas fibras musculares.

Importância do Exercício

- Exercício iniciado durante a hospitalização aumenta a capacidade funcional;
- Durante fase aguda, o exercício deve ser ajustado de forma progressiva.

3. Modalidades de Treino

- Treino de Força

- Avaliação inicial: contração isométrica máxima (dinamometria)
- Intensidade: 45–80% de IRM
- Grupos musculares:
 - Membros superiores: barra, halteres;
 - Membros inferiores: pesos de tornozelo.
- Monitorização:
 - Escala de Borg (dispneia e esforço);
 - FC, SpO₂, Telemetria;
 - Suplementação de O₂ se SpO₂ < 90% ou ↓ ≥ 4%;

- Treino de Resistência

- Atividades funcionais como marcha, pedalar, transferências.
- Evidência de benefícios:
 - ↓ Dispneia e ↑ capacidade de exercício;
 - ↑ Força muscular e atividade física;

22

Realizado por: Beatriz Naves (202490013); Mariana Bação (202490016); Márcia Ribeiro (202490004)

- ^{"Síntese de conteúdos de Webstar"} ↓ Ansiedade e depressão.

- Treino Aeróbio

- Avaliação pela FC alvo (fórmula de Karvonen);
- Intensidade:
 - Baixa: 10 min/dia, conforme tolerância;
 - Média: 30-60 min/dia (Borg 5-6);
 - Alta: 30-60 min/dia (Borg 7-8);
- Monitorização igual à do treino de força.

4. Complementos – Treino Muscular Inspiratório

- Indicado quando Pim < 80 cmH₂O (Homem) ou < 70 cmH₂O (Mulher);
- Benefícios funcionais:
 - ↑ Força, resistência e velocidade da contração diafragmática;
- Benefícios clínicos:
 - ↓ Dispneia, ↑ capacidade de exercício e qualidade de vida;
- Equipamentos:
 - Resistência manual: 7-41 cmH₂O e 10-90 cmH₂O;
 - Resistência automatizada: até 200 cmH₂O.

5. Complementos – Plataforma Vibratória

Benefícios Clínicos e Funcionais:

- Indicada para pessoas com desempenho muito baixo na capacidade de exercício e equilíbrio;
- ↑ Níveis séricos de irisina, um marcador da atividade muscular;
- ↑ Potência metabólica muscular e reflexos de alongamento muscular;
- ↑ Desempenho funcional dos músculos dos membros inferiores;
- ↑ Capacidade de exercício;
- ↓ Esforço cardiorrespiratório em comparação com o treino realizado no solo.

6. Complementos – Eletroestimulação

Indicações: Utilizada em pacientes com DPOC moderada a grave e fraqueza muscular periférica.

Benefícios Clínicos e Funcionais:

- ↑ Vasodilatação, fluxo sanguíneo e oxigenação muscular periférica;
- ↑ Massa muscular, força e resistência;
- ↑ Tolerância ao exercício e capacidade funcional;

"Síntese de conteúdos do Webinar"

- Considerada segura, sem relatos de eventos adversos.

7. Projetos – Consulta de Reabilitação Respiratória / Telereabilitação

Fluxograma de Intervenção:

- Entrada por consulta externa ou internamento;
- Referenciação para consulta de enfermagem especializada em reabilitação respiratória;
- Avaliação individualizada do doente;
- Elaboração de plano/intervenções personalizadas;
- Possibilidade de telereabilitação, consoante a necessidade e contexto do doente;
- *Follow-up* contínuo para monitorização da evolução;
- Alta clínica, podendo ser encaminhado para programa ambulatório.

O *webinar* reforçou a ideia de que a reabilitação respiratória é uma intervenção multidisciplinar, individualizada e essencial para pessoas com alterações respiratórias. Foi unanimemente defendida a importância da mobilização precoce e do exercício físico estruturado, que inclui componentes aeróbicos, de força, flexibilidade e equilíbrio, para melhorar a função ventilatória, a capacidade de exercício e a qualidade de vida, reduzindo o impacto da doença. Os EEER foram destacados como profissionais chave na conceção, implementação e avaliação destes programas, utilizando a sua prática baseada na evidência científica e adaptando as intervenções às respostas humanas únicas de cada pessoa.

APÊNDICE VIII

Registo Diário de Intervenções – UCC

Registo de intervenções diário- Estágio de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade.

Mariana Seijo y Seijo Santos Bação

Dia 13/05/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. A, Dx: ICD	Dispneia, dor abdominal/estomago, intolerância à atividade, edema pernas +++, ferida tornozelo direito e interdigital esquerdo.	Controlo e dissociação TR, otimização posicionamento e posição de relaxamento, pensos, ensino de Sinais alerta à cuidadora	Melhoria da dor, melhoria da dispneia. Recusa assistência em SU
Sr. A, Dx: AVC+ Parkinson	Ferida tornozelo esquerdo, paresia hemicorpo esquerdo, rigidez articular braço esquerdo	Técnica posicionamento, mobilização ativa-assistida, supervisão avaliação da glicemia capilar, penso	Tratamento de ferida tornozelo esquerdo
Sr.M. Dx: Pneumonia	Sem SDR, secreções audíveis, dificuldade na limpeza das vias aéreas (tossir e expetorar), movimento muscular comprometido	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, HUFF? Aspiração secreções, drenagem postural modificada, transferência para cadeira de rodas, treino de ortostatismo.	Remoção secreções brônquicas, melhoria padrão respiratório, Transferência para cadeira de rodas de forma assistida

Dia 15/05/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M Dx: Pneumonia	Sem SDR, secreções audíveis, dificuldade na limpeza das vias aéreas (tossir e expetorar), movimento muscular comprometido	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, vibração, compressão, tosse assistida, Aspiração secreções, drenagem postural modificada, mobilização ativa-assistida e mobilização passiva	Remoção secreções brônquicas, melhoria padrão respiratório.

Sra.A.F Dx: Demencia	Ferida calcanhar direito, pele ligeiramente macerada peri-lesão, sinais inflamatórios nas unha , em especial de D1. pé direito.	mobilização ativa, tratamento de ferida , observação dos pés e unhas, ensinos à cuidadora e família	Tratamento de ferida calcanhar direito, Capacitação cuidadora e família nos cuidados à pele
Sr.C.G Dx: ITU, DPOC	Sem SDR, neste momento sem secreções audíveis, contudo dificuldade na limpeza das vias aéreas (tossir e expetorar), sem perda sanguínea (hematúria na algália que motivou ida ao SU no dia anterior) movimento muscular comprometido	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida e tosse dirigida, técnica de expiração de forçada e Huffing; abertura costal global com bastão , abertura costa selectiva bilateral , ensinos da técnica de inala terapia e supervisão da mesma. Ensinos sobre cuidados com algália e sinais de alerta à pessoa e família.	Melhoria padrão respiratório, Otimização inala terapia, Capacitação nos cuidados com algália.
	Formação 2 h – Limpeza das vias aeras – técnicas e recursos	Online 14-16h	

Dia 22/05/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr.M	SG14 pouco colaborante com a intervenção, sem SDR, secreções audíveis em menor quantidade do que em visitas anteriores, dificuldade na limpeza das vias aéreas (essencialmente tossir e expetorar), mucosa oral hidratada , SNG fixada sem compromisso, movimento muscular comprometido	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, vibração, compressão, tosse assistida, tentativa de expiração lenta com lábios semicerrados , sem sucesso, Aspiração secreções em moderada quantidade viscosas e esbranquiçadas, drenagem postural	Melhoria do padrão respiratório, melhoria da limpeza das vias aéreas com remoção de secreções.

		modificada, mobilização ativa-assistida dos membros superiores	
Sra.A.F	SG 15, Ferida calcânhar direito, pele peri-lesão com melhoria dos sinais de maceração, melhoria de sinais inflamatórios nas unhas.	mobilização ativa dos membros inferiores, tratamento de ferida, observação dos pés e unhas.	Tratamento de ferido calcânhar direito, Capacitação cuidadora e família nos cuidados à pele
Sr.C.G	SG15, sem SDR, neste momento sem secreções e sem tosse, sem perda sanguínea (hematúria),movimento muscular comprometido força muscular MIS + equilíbrio comprometido, intolerância à atividade para moderados esforços referindo cansaço para esforços.	Controlo e dissociação TR, , tosse assistida e tosse dirigida, técnica de expiração de forcada e abertura costal global com bastão , supervisão da administração de Inaloterapia. Ensinos sobre cuidados com algália e sinais de alerta à pessoa e família; Mobilização ativa e ativa-resistida dos membros inferiores na posição de sentado; treino de equilíbrio estático e dinâmico de pé com alternância de peso entre pernas e apoio unipodal; exercícios de coordenação dos membros superiores; ensino de exercício de automobilização dos membros inferiores para realizar na posição de sentado	Melhoria padrão respiratório, Otimização Inaloterapia, Capacitação nos cuidados com algália, Melhoria do equilíbrio; melhoria da tolerância ao esforço.
Sr. G Dx # patológica fêmur ; Neo prostata	SG15, sem SDR Movimento muscular comprometido generalizado mais acentuados nos MIS (MIE), sem dor , equilíbrio corporal comprometido ; andar com auxiliar comprometido (andariho); intolerância à atividade para médios esforços	Assistir no auto cuidado vestuário da parte inferior do corpo; supervisão da transferência cama/cadeira com andariho ; treino de marcha com andariho pelo	Consciencialização para o risco de queda, melhoria do equilíbrio dinâmico de pé, melhoria da tolerância ao esforço, melhoria na utilização de dispositivo auxiliar de marcha.

		<p>domicílio com dificuldade no cumprimento da alternância entre andarilho e passada, dificuldade no passada pela velocidade da marcha, treino de transferência para a sanita com utilização do andarilho, ensinos acerca da necessidade de alçador de sanita e importância de barras de apoio, ensino acerca das barreiras arquitetónicas encontradas no WC (caixote junto à sanita, ausência de barras de apoio, poliban); treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé (alternância de pesos, apoio unipodal, marcha estática com flexão do joelho e apoio da mão unilateral); Controlo e dissociação dos TR. Reforço dos ensinos acerca do risco de queda e medidas de segurança. Ensinos de exercício de pushup para fortalecimento dos membros superiores</p>	
<p>Sra. M.O. Ox: DPOC</p>	<p>SG15, sinais de dispneia (respiração superficial predominantemente torácica, com utilização de musculatura acessória, com FR aumentada) sinais de cianose a nível labial e dedos em baqueta, sob OLD a 3 L/M – 4 nos esforços) com ferida na hemiface à direita</p>	<p>Controlo e dissociação de TR, expiração lenta e tosse dirigida. Transferência entre cama e posição ortostática; Realização dos pensos,</p>	<p>Melhoria discreta da dispneia, promoção de conforto</p>

	<p>pelas cânulas nasais.Sem secreções audíveis. Intolerância à actividade para pequenos esforços UP na anca esquerda de reduzidas dimensões (pequena crosta), UP na anca direita cicatrizada e Feridas das nádegas também cicatrizadas</p>		
<p>Sra. A.L DX: AVC</p>	<p>SG 15, colaborante dentro das suas capacidades. Parésia do hemicorpo esquerdo com dor nas mobilizações dos membros, já com alguma rigidez instalada nos membros. Deitada no leito mas já havia feito transferência para cadeirão,</p>	<p>Mobilizações passivas e ativo-assistidas do MSE; Mobilizações passivas e ativo-assistida do MIE; Exercícios de auto-mobilização de MS's: facilitação cruzada. Sessão mais curta por intolerância da pessoa.</p>	<p>Manutenção da mobilidades e capacidade remanescentes.</p>

Dia 23/05/2025:

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
<p>Sr. M</p>	<p>SG 14 , mais desperto. Sem SDR e sem secreções audíveis à nossa chegada. Melhoria global do padrão respiratórios e na colaboração com os exercícios</p>	<p>Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração e compressão , tosse dirigida + assistida, aspiração secreções em menor quantidade , mais fluidas e esbranquiçadas, drenagem postural modificada;</p>	<p>Melhoria do padrão respiratório, melhoria da limpeza das vias aéreas com remoção de secreções</p>
<p>Sr. N.</p>	<p>SG 14/15 , sonolento mas despertável. Hemiparesia esquerda . Perna esquerda sem alterações significativas com manutenção de dor no MIE mais acentuada no joelho (artrose)</p>	<p>Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE; facilitação cruzada + rolamentos; treino de alternância de decúbitos com</p>	<p>Mais colaborante com a intervenção de ER. Discreta melhoria no equilíbrio estático sentado tolerando</p>

		utilização das grades da cama. Transferência para a posição de sentado no leito com pés no chão e treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico) Tratamento de UP no calcanhar esquerdo; Realizados ensinios à cuidadora acerca de técnica de posicionamentos no leito.	melhor a posição.
Sra. C. Dx Pos-op jejunostomia; inf. Respiratória	SG 15, com sensação de náusea frequente que tem dificultado adesão à intervenção em especial exercícios de RFR. Drenos no abdômen bilateral funcionantes e jejunostomia também funcionante	Realizado Controle e dissociação TR, Posição de relaxamento e descanso ; treino de equilíbrio em pé (estático e dinâmico) com realização de exercícios no corredor ; Realizado tratamento a feridas de local de inserção de drenos e jejunostomia bem como mudança do saco de drenagem a esquerda.	Mantem náuseas na realização de RFR com pouca tolerância aos exercícios-reforçados ensinios . Treino de equilíbrio com boa tolerância ao esforço e equilíbrio estático em pé atingindo e dinâmico melhorado
Sra. E. Dx Osteoartroses; dor não-controlado	SG 15 , independente nas suas AVD's. Limitação da mobilidade por dor em grau moderada/elevado em todo o corpo , essencialmente joelhos e MSD.	Mobilização ativa dos MS e MI, com limitação da mobilidade por dor acentuada a nível dos joelhos e MSD ; Treino de equilíbrio dinâmico sentado e em pé com oscilação de tronco (lateral e anterior/posterior; alternância de carga entre os MI's)	Não tolerou exercícios do MSD por dor a nível do ombro-feito ensino para realizar exercícios do MS entre sessões dentro da tolerância da dor. Boa tolerância no treino de equilíbrio e na

		Treino de marcha com andarilho;	marcha com andarilho. Feito contacto pós VD com médica de família para otimização de terapêutica analgésica
--	--	---------------------------------	---

Dia 26/05/2025:

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	Sem SDR, sem secreções audíveis na nossa chegada, mantem dificuldade na limpeza das vias aéreas (tossir e expetorar).	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, Expiração forçada com lábios semi-cerrados Aspiração secreções ainda em moderada quantidade mantendo-se mais fluidas e esbranquiçadas, drenagem postural modificada,.	Remoção secreções brônquicas, melhoria padrão respiratório,
Sr. A	SG15 Ferida tornozelo esquerdo, parestia hemicorpo esquerdo, rigidez articular braço esquerdo	Técnica posicionamento, mobilização passiva, ativa-assistida e ativa do hemicorpo esquerdo. Exercícios de rolamento e facilitação cruzada. Treino com a cuidadora de estratégias facilitadoras na mudança da fraida; Treino de equilíbrio na posição de sentado; avaliação dos SV Validação dos ensinos - avaliação da glicemia capilar, penso	Tratamento de ferida tornozelo esquerdo; Melhoria da participação nos autocuidados; início de treino de equilíbrio para transferência pouco tolerado (hipoTA)

Sra.A.F	SG 15, Ferida calcânhar direito,	mobilização ativa dos membros inferiores, Treino de marcha e treino de equilíbrio tratamento de ferida, observação dos pés e unhas.	Tratamento de ferida calcânhar direito
Sr.G.	SG 15 , menos motivado associado à QT.	Treino de marcha com andador pelo domicílio com dificuldade no cumprimento da alternância entre andador e passada, dificuldade na passada pela velocidade da marcha; treino de equilíbrio com marcha estática e exercícios de coordenação dos MS's; exercícios ativo-resistidos pernas deitado	Melhoria na marcha com andador, contudo sem reconhecer fatores de risco de queda, mantém equilíbrio dinâmico em pé comprometido ; melhoria na FM das pernas contudo pouca tolerância ao esforço
Sra. A.L.	SG14 , hoje colaborante com intervenção	Mobilização passiva e ativa assistida todo hemicorpo esquerdo , dor nos limites máximos de amplitude , mais acentuada do MSE, exercícios de facilitação cruzada com bola e exercícios de coordenação motora com bola.	Melhoria da participação na intervenção; manutenção das amplitudes articulares com dor no MSE; força mantida no MIE
Sr.C.G	SG 15 refere melhoria da respiração	Treino de ponte e rolamento na cama e alongamentos na parede por dor lombar de novo. Massagem terapêutica com AINE tópica. RFR: CD dos TR ; CATR modificado 3 repeticoes em 3 series ; exercícios de abertura global costal	Pouca motivação para o plano de reabilitação proposto. Mantem dificuldade no equilíbrio.

		com bastão , TEF ; tosse dirigida	
--	--	--------------------------------------	--

Dia 27/05/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. N	SG15 ; + desperto e motivado; penso calcanhar esquerdo	CD dos TR e respiração abdomino diafragmática; mobilização ativa assistida , ativa e ativa resistida da perna esquerda, rolamento e ponte ; capacitação do cuidador nos posicionamentos; treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado; treino ostotatismo com andarilho	Melhoria da colaboração nos posicionamentos, melhoria da posição ortostática.
Sra. R	SG 8 , pouco reativa a estímulos. Totalmente dependente nas AVD's Ferida traumática nas costas e perna direita. Anquilose generalizada	Realizados pensos. Ensinos à cuidadora sobre posicionamentos e prevenção do UP	Capacitação da cuidadora na técnica de posicionamento
Sr. M	+ desperto e colaborante , melhoria da respiração sem secreções audíveis	Mobilização ativa- assistida e ativa de todos os segmentos , treino do autocuidado vestuário, treino ponte e rolamentos ; transferência para cadeira de rodas; exercícios de "andar" na cadeira de rodas e coordenação motora dos MS's com bola. RFR sentado com mórbas acessórias , tosse dirigida e TEF lenta . Sem necessidade de aspiração de secreções	Transferência para cadeira de rodas com colaboração da pessoa, melhoria da coordenação motora pelo treino com bola (motivação), melhoria da limpeza das vias aéreas
Sr.C.G	SG15 , colaborante com intervenção de ER.	Realizados treino de marcha pela habitação + treino de escadas com técnicas de	Melhoria dos conhecimentos para gestão da intolerância ao esforço

	Melhoria do equilíbrio tendo realizados exercícios propostos entre sessões	conservação de energia (CDTR+ pausas para se sentar entre lanços)	
--	--	---	--

Dia 29/05/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	Mantem-se desperto e colaborante, melhoria da respiração sem secreções audíveis	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada;	melhoria na limpeza das vias aéreas sem necessidade de aspiração de secreções
Sra. M.O	SG15, sinais de dispneia marcados com menor tolerância ao esforço; UP na anca esquerda de reduzidas	Controlo e dissociação de TR, expiração lenta com lábios semi-cerrados. Realização dos pensos; Pedido apoio à equipa de cuidados paliativos para otimização terapêutica	Maior conforto e diminuição de sensação de dispneia
Sr.A.	SG15, mas com muitos períodos de flutuação de atenção e dificuldade em centrar-se na tarefa; Ferida tornozelo esquerdo, parésia hemi-corpo esquerdo, rigidez articular braço esquerdo	Realizadas mobilizações ativo-assistidas dos MS's e ativo resistidas MI's no leito; Realizado treino de equilíbrio estático na posição de sentado-com pouca tolerância- sem equilíbrio estático sentado. Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinamentos à cuidadora;	Manutenção de capacidades remanescentes (força muscular e amplitude)
Sr. G	SG15, mais cansado refere ter alterações intestinais pela que opta por não realizar intervenção de ER	Realizados ensinamentos sobre regime dietético e hidratação nesta fase.	Melhoria dos conhecimentos
Sr.C.A	SG15, sem alteração da respiração. Totalmente	Realizou autonomamente os	Cliente apresenta melhoria

Dx: TCE prévio. Crise convulsiva com internamento prolongado em UCI	autônomo, deambula com andador por desequilíbrio associado a tonturas	exercícios que realiza entre sessões para validação: mobilizações ativas de todos os segmentos do corpo; treino de equilíbrio dinâmico em pé com apoio do andador; alternância de pesos, apoio unipodal e marcha estática; Treino de marcha com e sem andador. Validou-se terapêutica atual	significativa do processo de reabilitação, mais autonomia e maior funcionalidade; inicia-se planeamento de alta.
---	---	---	--

Dia 30/03/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. A	SG15, hoje + desperto e colaborante; Ferida tornozelo esquerdo e nova ferida no D1 pé direito, paralisia hemicorpo esquerdo, rigidez articular braço esquerdo	Realizadas mobilizações ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizadas técnicas de rolamento, ponte e alternância de decúbitos no leito e realizados ensinios à cuidadora; Tratamento de ferida no tornozelo esquerdo e D1 pé à dta; Tentativa de treino para a posição de sentado sem sucesso por hipotensão	Melhoria na colaboração nos autocuidados
Sra. Esp.	SG15, ansiosa mas motivada. Refere medo em realizar os exercícios relacionado com medo de cair	Realizado treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); Realizado treino de transferências do leito para a posição de pé;	Melhoria dos conhecimentos acerca do medo de cair e exercícios. Boa tolerância ao esforço

		Realizado treino de marcha com apoio de canadiana e andorlho e, posteriormente, sem apoio- boa tolerância; Reforçados ensinios acerca da importância do plano de reabilitação e prevenção de quedas	
Sra.C.	SG 15 , melhoria da náusea e da tosse.	Realizou treino de equilíbrio na posição de pé (estático e dinâmico) e marcha melhorado em comparação com sessão previa; Reforçados ensinios acerca da importância de manter realização de exercícos diariamente;	
Sr.N.	SG 14/15 , sonolento mas despertável. Hemiparesia esquerda . Perna esquerda sem alterações significativas com manutenção de dor no MIE mais acentuada no joelho (artrose)	Realizada RFM no leito; Treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico) Realizados ensinios à cuidadora; Realizado tratamento a UJP no calcâneo esquerdo	Manutenção de FM e amplitude articular a nível do MIE; melhoria no MSE
Sr. M	SG 14/15 mais desperto e colaborante com a intervenção . Mantém melhoria do padrão de limpeza das via aéreas. Sem SDR e sem secreções audíveis . Pela melhoria observada pondera-se teste de deglutição.	Realizado teste de deglutição baseado no GUSS(com adaptações), sem aparente dificuldade na fase oral contudo apresenta aumento do tempo na fase orofaríngea sugerindo algum atraso neste momento pelo que por segurança foi	Avaliação da deglutição

		aspirada a cavidade oral com saída de vestígios de conteúdo alimentar	
--	--	---	--

Dia-31/05/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	SG 14 mais sonolento e pouco colaborante. Sem SDR contudo novamente com ruídos respiratórios audíveis (roncos), segundo esposa com necessidade de realizar SOS de inaloterapia durante a noite. Pela sonolência mais dificuldade em mobilizar secreções	Enfoque nas manobras acessórias - percussão, compressão e vibração, drenagem postural modificada, tosse assistida. Aspiradas secreções em maior quantidade mantendo características (fluidas, esbranquiçadas.)	Melhoria da limpeza das vias aéreas
Sr. A	SG15, hoje + desperto e colaborante ; Ferida tornozelo esquerdo e nova ferida no D1 pé direito , paresia hemicorpo esquerdo, rigidez articular braço esquerdo	Realizadas mobilizações ativo-assistidas dos MS's e resistidas dos MI's no leito; Realizado treino de equilíbrio estático na posição de sentada- com melhor tolerância do que na sessão anterior; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e reforçados ensinios à cuidadora;	
Sr.N	SG 14 mais sonolento e pouco colaborante. Sem SDR contudo ao realizar exercicios sistem a respiração ficando mais cansado	Realizados exercicios de RFM no leito; Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- ;transferência para a posição de sentada com treino de equilibrio na posição de sentada	Melhoria do padrao respiratório , validação dos conhecimentos da cuidadora

		(estático e dinâmico). Sem capacidade Realizada RFR: CDTR; Respiração abdômino diafragmática para gestão dos esforços ; Reforçados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito	
Sra.C	SG 12, consciente e bem disposta. Intervenção para realização de penso de UP na sacro . Totalmente dependente nas AVD's reside com cuidadoras 24h.	Tratamento de UP da sacro; Realizadas mobilização passiva dos MS's e MI's; Realizado alternância de decúbitos e reforçados ensinios junto da cuidadora acerca da importância de otimização de posicionamentos ;	Capacitação da cuidadora
Sra. L	SG 10, pouco reativa a estimulação externa. Chamada por presença de urina na fralda, em utente com cateter urinário. Facies de dor.	Confirmação de extravasamento de urina, testado cateter não funcionante. Substituído cateter urinário. Otimizados posicionamentos, privilegia-se conforto. Reforçados ensinios à família sobre cuidados com cateter urinário, posicionamentos e prevenção de UP. Colocados TD de bruprenorfina prescrito mas que filha não havia colocado .	Promoção de conforto;

Dia -01/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M			

Sra. A.M			
Sr.Cust.	SG 15 , pouco colaborante com intervenção e com incumprimento terapêutico (não tomou medicação)	Realizado tratamento a úlceras venosas em ambos os MI's; Realizados ensinios acerca dos cuidados sobre a mobilização dos membros inferiores e o posicionamento para facilitar evolução. Sem sucesso , a pessoa compreende mas não demonstra vontade em alterar os seus hábitos.	Tratamento de úlceras venosas
Sr.E.	SG14 , colaborante dentro das suas capacidades. Rigidez parkinsónica marcada. Ligaduras em ambas as pernas com edemas marcados.	Tratamento a úlceras venosas; Realizada sessão de RFM: mobilização dos MI's na posição de sentado em cadeira de rodas, realizada transferência de põ-se de pé, realizados exercícios de treino de equilíbrio na posição de sentado e em ortostatismo; Realizados ensinios a cuidadora acerca da técnica de posicionamento no leito e de transferência para cadeira de rodas;	Capcitação da cuidadora e da pessoa.

Dia - 02/06/2025

Visita	Avalliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	+ colaborante e desperto. Sem SDR mas ainda com secreções audíveis em menor quantidade	Controlo e dissociação TH, manobras acessórias –	

		percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada, aspiração de secreções por tosse ineficaz	Melhoria da limpeza das vias aéreas
Sr.N,			
Sra.A.F			
Sr.C.G,			
Sr. A			
Sr.G,			

Dia 03/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	+ colaborante e desperto. Sem SDR e sem secreções audíveis.	RFR: manobras acessórias, TEF lenta tosse dirigida eficaz com mobilização e deglutição de secreções. Face melhoria do estado realizado teste de de deglutição(modelo adaptado do teste GUSS), necessidade de higienizar cavidade oral e aspirar conteúdo alimentar não deglutido reforçado ensinios alimentação por SNG, higienização da cavidade oral e risco de aspiração	Melhoria do padrão de limpeza da via aérea sem necessidade de aspiração de secreções. Teste deglutição demonstra compromisso na fase orofaríngea, higienizada cavidade oral e aspirado conteúdo alimentar não deglutido
Sra.C,	SG 15, com maior intolerância ao esforço por náusea e obstrução da ostomia de alimentação	Pela estado geral da pessoa apenas realizados reforço dos exercícios de CDTR e respiração	Promoção de conforto

		abdomino-diafragmática	
Sr.C.G.	SG 15 , colaborante e bem disposto	Treino de marcha e treino de escadas (15 degraus) com equilíbrio estável . Reforçados ensinios sobre prevenção do risco de queda e gestão de esforço	Demonstra equilíbrio estável e tolerância ao esforço a médios esforços
Sra. E.	Realizada visita domiciliaria , ausente do domicilio.	X	X
Sr.G. .		Treino marcha e treino equilibrio	

Dia - 04/06

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	SG14 , mais prostrado e menos colaborante. SDR com rancos audíveis, tosse não eficaz	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada,aspiração de secreções (mais espessas)	Melhoria da limpeza das vias aéreas
Sr. Et	SG15 motivada para intervenção de ER , refere agravamento da dor no MSD mais acentuada no ombro	Mobilização ativa dos MS e MI- limite da articulação e da dor; Treino de equilibrio sentado e em pé (estático e dinâmico); Treino da marcha com andarilho; Realizados mobilizações ativas dos MS's e MI's na posição de sentada (extensão/ flexão, adução/ abdução), circundação, retração e elevação dos ombros apresentando dor acentuada- realizada massagem de relaxamento no ombro à direita com solução tópica anti-inflamatória;	Melhoria da dor

Sra.C.	SG15 colaborante com a intervenção de ER	Realizou treino de equilíbrio na posição de pé estático e dinâmico (apoio unipodal, adução e abdução coxofemoral, flexão e hiperextensão coxofemoral, equilíbrio em ponta de pés e calcanhares, marcha estática) - boa tolerância; Reforçados ensinamentos acerca da importância de manter realização de exercícios diariamente; Treino de respiração abdominodiafragmática (sentada, decúbito dorsal e decúbito lateral dto e esq.)	Melhoria do equilíbrio para tolerar subir e descer escadas
Sr. J.5	1ª visita : consciente, orientada na pessoa e desorientada no tempo e no espaço; SG 14. Sem SDR , alterações da deglutição identificadas em Internamento tolerando consistência pastosa tipo pudim. Reside no domicílio com a esposa e com o apoio da filha (cuidadora, que reside no andar abaixo); Totalmente dependente nas AVD's; Possui cama articulada+ cadeira higienica	Realizada avaliação inicial : força muscular , rigidez articular ; equilíbrio estático e dinâmico sentado. Realizados exercícios de reabilitação respiratória (controle e dissociação dos tempos respiratórios; Tosse assistida e dirigida; Realizados exercícios de mobilização dos MS's e MI's; Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (razoável tolerância na posição estática; não tolera treino dinâmico); Realizado exercício de posicionamentos no leito, incluindo posição de sentado no leito com os pés no chão; realizados ensinamentos à cuidadora.	Avaliação inicial de ER+ planeamento do processo de cuidados; Capacitação da cuidadora

Dia - 11/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr.M	SG 14, Secreções mas melhorado em comparação com sessão anterior, sem SDR	CDTR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse dirigida, drenagem postural modificada; aspiração de secreções em moderada quantidade	Melhoria da limpeza das vias aéreas
S.J.S	SG14, mais prostrado e sonolento em relação à sessão anterior pelo que menos colaborante. SDR com secreções (roncos) audíveis.	Realizada tentativa CDTR sem sucesso, manobras acessórias (vibração e compressão); tosse dirigida. Realizada tentativa de transferência sem sucesso. Realizados ensinios à cuidadora sobre mobilizações e posicionamentos no leito; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da alimentação e higiene oral (vigiar deglutição+ higiene da cavidade oral); Reforçados ensinios à cuidadora acerca da administração de terapêutica inalatória.	Melhoria da limpeza das vias aeras, capacitação da cuidadora
Sra.Con.	Pessoa consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; Apresenta cansaço a pequenos esforços, polipneia, tosse eficaz;	de RFR: CDTR; terapêutica de posição; tosse dirigida; Realizados exercícios de RFM: mobilização e alternância de posicionamentos no leito; Reforçados ensinios a cuidadora sobre higiene oral	Capacitação da cuidadora, melhoria da dispneia

Sra.L	Pessoa prostrada, não colaborante com intervenção Gemidos de dor pelo que foi otimizada analgesia prescrita;	Mobilizações passivas e posicionamentos no leito; Reforçados ensinios a cuidadora acerca da administração de alimentação e gestão da dor;	Promoção do conforto
Sr.J.	Consciente, orientado na pessoa, desorientado no tempo e no espaço, pouco colaborante;	Realizada sessão de RFM: mobilização passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico, exercícios de facilitação cruzada; Realizados ensinios a cuidadora acerca de posicionamentos em padrão anti-espástico	

Dia 12/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M.	SG 14 mais orientado na pessoa, mais comunicativo e colaborante com intervenção. Melhoria da respiração sem SDR	Realizados ensinios de RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), técnica de expiração lenta; tosse dirigida, drenagem postural modificada; aspiração de secreções	Melhoria da limpeza das vias aéreas
Sr.A.	SG 14 mais prostrado e sonolento durante a sessão	Sonolento, menos colaborante durante a sessão; Realizadas mobilizações passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinios à cuidadora; Tratamento de feridas no tornozelo esquerdo e hallux à dta, apresenta boa evolução cicatricial	Manutenção de capacidades

Sra. A.F	orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo colaborante com intervenção de ER	Realizada sessão de RFM: treino de marcha; Tratamento de UP no calcâneo direito;	Melhoria do equilíbrio na marcha
Sr E.	SG14 colaborante com intervenção	Realizado tratamento úlceras venosas no MI, menos exudativas e MI's com edema em regressão; mobilização dos MI's na posição de sentado em cadeira de rodas, realizada transferência de pôr-se de pé, realizados exercícios de treino de equilíbrio na posição de sentado e em ortostatismo; Realizados ensinios a cuidadora acerca da técnica de posicionamento no leito e de transferência para cadeira de rodas;	Capacitação da cuidadora
Sra. C.	SG 12 , não comunica verbalmente mas cumpre ordens simples	Tratamento de UP na região sacro; Realizadas mobilização passiva dos MS's e MI's; Realizado alternância de decúbitos; Reforçados ensinios junto da cuidadora sobre alternância de decúbitos para alívio de pressão e técnica preventiva de aspiração;	Capacitação da cuidadora
Sr. A.M	SG15 , apática	Prestados cuidados na troca de sacos de nefrostomias bilateral; Ensinios sobre: controlo de queixas algicas, cuidados com ostomia; otimização de terapêutica	Promoção de conforto
Sra I.	SG13 , prostrada e não colaborante com intervenção de ER	Realizado tratamento a UP's na região sagrada e trocânter direito, mantém o estado cicatricial e mantido tratamento; Realizadas mobilizações passivas e posicionamentos no leito	Promoção de conforto

Dia - 14/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M.	SG15 orientado na pessoa, comunicativo, mas pouco colaborante; Cuidadora refere fadiga durante o período noturno não audível à nossa presença	manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), tosse assistida, drenagem postural modificada; aspiração de secreções esbranquiçadas em menor quantidade	Melhoria da limpeza das VA
Sr.J.5	SG 13, mais prostrado e sonolento em relação à sessão previa Não colaborante na sessão	exercícios de RFR: tentativa de CDTR sem sucesso, manobras acessórias modificadas (vibração e compressão); tosse assistida; tosse ineficaz pelo que aspiradas secreções amareladas em moderada quantidade Realizados ensinios à cuidadora sobre mobilizações e posicionamentos no leito; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da alimentação e higiene oral	Capacitação da cuidadora, melhoria da limpeza das VA.
Sra. L.	SG 10 prostrada, reativa a estímulos dolorosos;	Tratamento de UP na região sacro; Realizadas mobilização passiva dos M5's e M1's; Realizado alternância de decúbitos; Reforçados ensinios junto da cuidadora sobre alternância de decúbitos para alívio de pressão	Capacitação cuidadora, promoção de conforto
Sra C.	SG14 consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no	tratamentos a UP's;	

	tempo, pouco colaborante por dor mantida a nível dos MIS (imobilidade?)	exercícios de RFM: mobilização e alternância de posicionamentos no leito; contrações isométricas das pernas	
Sra. C	SG 15, colaborante com os cuidados de enfermagem	Tratamento de UP na região sacro; Realizadas mobilização passiva dos MS's e MI's; Realizado alternância de decúbitos; Reforçados ensinns junto da cuidadora sobre alternância de decúbitos para alívio de pressão e cuidados a ter para manter penso externamente limpo	Promoção de conforto
Sr. N	SG 14, consciente e pouco comunicativo, alterna motivação para realização da intervenção de ER	RFM no leito: mobilização ativa de todos os segmentos articulares com dor no joelho esquerdo, reforçados ensinns à cuidadora Treino coordenação motora com exercícios de facilitação cruzada, Recusou treino de equilíbrio/transferência	Manutenção de amplitudes e força muscular

Dia- 15/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M.	SG 14 consciente, orientado na pessoa, comunicativo e colaborante na sessão; Sensação de melhoria do padrão respiratório – sem SDR	Realizados ensinns de RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), técnica de expiração lenta com lábios semi cerrados;	Melhoria do tossir

		tosse dirigida, drenagem postural modificada; Tosse eficaz tendo deglutido as secreções – sem necessidade de aspiração	
Sr.A	SG 15 Consciente, colaborante durante a sessão; Colaborante com a intervenção	Realizadas mobilizações passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinios à cuidadora; Realizado exercicios de transferência para a posição de sentado no leito com os pés apoiados no chão, apresenta equilíbrio diminuído na posição estática e dinâmica, com apoio bilateral;	
Sr.N.	SG 14, desorientado no tempo e espaço e pouco colaborante com a intervenção	Tratamento de UP's nos trocânteres; Realizado treino de transferência para cadeira de rodas; Ensinios aos cuidadores sobre técnicas de posicionamento e transferência para cadeira de rodas;	Capacitação dos cuidadores
Sr.H	Penso trocanter	Transferência cadeira de rodas ; ensinios cuidador UP, transferência ; posicionamentos	
Sr.E	SG 15, colaborante com a intervenção	Realizado tratamento úlceras venosas no MIS, menos exsudativas e MI's com edema em regressão- incentivado a manter exercicios de mobilização ativa na	Capacitação da pessoa e cuidador; melhoria do edema

		posição de sentado; Realizados ensinios a cuidadora acerca da técnica de posicionamento no leito e de transferência para cadeira de rodas;	
--	--	---	--

Dia -16/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M.	SG 15, consciente e colaborante com intervenção. Removeu SNG durante a noite pelo que se repete teste de deglutição. Sem SDR	Realizados ensinios de RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), técnica de expiração lenta; tosse dirigida, drenagem postural modificada- sem necessidade de aspiração de secreções; Teste de deglutição tolerando consistência mel. Realizados ensinios a cuidadora sobre posição preventiva da aspiração e ainda adequação de consistência dos alimentos	Melhoria da limpeza das V.A.; Melhoria da deglutição
Sr.A	Consciente, pouco colaborante durante a sessão;	Técnica de posicionamento com participação do doente ;exercícios de facilitação cruzada e coordenação motora, mobilizações passivas e ativas-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico; Treino de equilíbrio na posição de sentado sem sucesso	Manutenção de capacidades

Sr.N.	SG 14, desorientado no tempo e espaço e mais colaborante com a intervenção	RFM no leito: mobilização ativa de todos os segmentos articulares com dor no joelho esquerdo, reforçados ensinios à cuidadora Treino coordenação motora com exercícios de facilitação cruzada, Já aceitou o treino de transferência ; realizados exercícios de treino de equilíbrio na posição de sentado	Manutenção de capacidades
Sra.E.	SG15 colaborante e motivada para a intervenção. 1ª visita : Sem SDR, sem alterações da deglutição. Reside no domicílio com o esposo Totalmente independente nas AVD's; Utiliza canadianas – artroplastia do joelho esquerdo	Avaliação da FM através de escala MRC; Equilíbrio através da escala Berg; Mobilizações ativas e ativas assistidas do MIE; treino de marcha com canadianas ; - Exercícios de RFM com ênfase no MIE; - Treino de marcha com canadianas; - Treino de equilíbrio; - Gestão do regime terapêutico; - Treino de AVD's; - Prevenção de quedas.	Planeamento do processo de enfermagem
Sr.G.	SG15 Refere mal-estar geral associado a administração de quimioterapia via oral, recusando sessão de RFR e RFM	Não foi realizada intervenção;	

Dia-17/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr.M	+ colaborante . Sem SNG a tolerar via oral , sem SDR e sem secreções audíveis	RFR : manobra acessórias ; CDTR,	Deglutição melhorada;

		TEF lenta; tosse dirigida Transferência CR; Reforçados ensinamentos : alimentação via oral e medidas preventivas do risco aspiração, benefícios da transferência	melhoria do padrão respiratório
Sra. C.	SG15, pensos feridas cirúrgicas no abdômen	RFR: CDTR + respiração abdomino diafragmática; Treino de equilíbrio dinâmico em pé : marcha estática, apoio unipodal, marcha no corredor em linha reta	Colaborante na sessão, equilíbrio melhora e melhor tolerância aos exercícios menos cansaço a médios esforços (-náuseas)
Sra. AnnaLena	SG14, pouco colaborante por dor nas mobilizações	Mobilizações no leito, passivas em padrão anti espástico em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo	Melhoria da dor
Sra E.	SG15 colaborante e motivada	Preparação alta: treino de marcha e escadas, validação dos conhecimentos sobre prevenção de queda, manutenção de plano de exercícios e uso de dispositivos auxiliares de marcha (andarilho/ bengala)	Demonstrou aquisição de conhecimentos e capacidades, alta em breve

Dia-23/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	SG15, mais colaborante; Limpeza das vias aéreas eficaz; Mantém-se a tolerar dieta via oral, sem SNG consistência mel	RFR: CDTR; manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); Técnica de expiração lenta com lábios semi-cerrados; Tosse dirigida;	Melhoria do estado de consciência, melhoria da limpeza das V.A; manutenção da mobilidade

		Treino de ortostatismo com equilíbrio instável	
Sr.A.	Consciente, sonolento e pouco colaborante durante a sessão.	Técnica de posicionamento, mobilizações passivas e ativas-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da importância de realização de posicionamentos/ mobilizações entre sessões;	Manutenção capacidades
Sr. N.	SG 14 pouco colaborante na sessão de ER	RPM no leito (flexão/ extensão e adução/ abdução da coxofemoral, flexão/ extensão do joelho até ao limite de dor); Treino de equilíbrio; Reforçados ensinios à cuidadora sobre importância de mobilização no leito; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo	Manutenção de capacidades
Sr. G	SG15 consciente e orientado , colaborante com a intervenção. Melhorado em comparação com sessão anterior	Exercícios de equilíbrio em pé junto à cama; Treino de escadas com pouca tolerância ao esforço. Subiu e desceu com auxílio de bengala e enfermeiro cerca de 3 lanços de escadas	Melhorar a tolerância ao esforço
Sra.E	Consciente e orientada nas 3 vertentes . motivada para a intervenção do Enfermagem de Reabilitação.	Realizada reabilitação funcional motora com onfase no MIE, essencialmente a nível do joelho esquerdo: realizado flexão e extensão do joelho esquerdo	

		<p>sentada, treino de marcha (3 apoios) com canadianas, Marcha estática.</p> <p>Treino de equilíbrio com as mãos apoiadas : alternância de apoio , apoio unipodal , oscilação do tronco bilateral, marcha estática , flexão dos joelhos e abdução da coxa femural bilateralmente em ortostatismo.</p> <p>Treino de escadas com apoio de 2 canadianas com boa resposta, postura estável e controlo na utilização dos dispositivos de apoio, Melhorada na descida em comparação com a subida (menos instabilidade). Realizou 2 repetições. Realizado treino de subida e descida com apoio unilateral de canadiana e corrimão, com boa tolerancia mantendo postura estável.</p> <p>Realizou também 2 repetições.</p> <p>Após treino de escadas refere cansaço pelo que otimizadas estratégias de gestão de esforço (controlo e dissociação TR+ alternância entre</p>	
--	--	---	--

		<p>períodos e repouso e atividade). Ficou em repouso no leito após sessão de hoje. Incentivada a realizar períodos de descanso com elevação do MIE para prevenção do edema. Reforçados ensinamentos acerca do calçado apropriado para o treino de marcha+estratégias de prevenção de queda.</p>	
--	--	---	--

Dia - 24/06/2023

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr.M	+ colaborante . Sem SNG a tolerar via oral , sem SDR e sem secreções audíveis. Testadas diferentes consistências de dieta com boa tolerância	RFR : manobra acessórias ; CDTR, TEF lenta; tosse dirigida Transferência CR; Reforçados ensinamentos : alimentação via oral e medidas preventivas do risco aspiração, benefícios da transferência ; Testadas diferentes consistências de dieta com boa tolerância.	Tolerou dieta líquida , néctar mel e pudim; Limpeza das vias aéreas mantém-se melhorada.
Sra. C.	SG15 , pessoas feridas cirurgias no abdômen	RFR: CDTR + respiração abdomino diafragmática; Treino de marcha , e treino de subir e descer escadas	Colaborante na sessão melhor tolerância aos exercícios tolerando treino de marcha sem declives e subida e descida de 3 lances de escadas (21 graus)
Sra. AL	SG14 , mais colaborante, diminuição da dor nas mobilizações	Mobilizações no leito, passivas + ativas assistidas em padrão anti espático	Melhoria da dor nas mobilizações ; boa tolerância na posição de sentada

		em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo; transferência para cadeira de rodas	(dificuldade em realizar carga nos MIS)
--	--	--	--

Dia- 25/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	+ colaborante . Sem SNG a tolerar via oral , sem SDR e sem secreções audíveis. Testadas diferentes consistências de dieta com boa tolerância	RFR : manobra acessórias ; CDTR, TEF lenta; tosse dirigida Transferência CR; Reforçados ensinios : alimentação via oral e medidas preventivas do risco aspiração, benefícios da transferência ; Testadas diferentes consistências de dieta com boa tolerância.	Tolerou dieta líquida , néctar mel e pudim; Limpeza das vias aéreas mante-se melhorada
Sr.A.	Consciente, sonolento e pouco colaborante durante a sessão. Menor colaboração em comparação com outros dias; Sinais vitais estáveis	Técnica de posicionamento, mobilizações passivas e ativas-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico no leito; Não foi realizada transferência para a posição de sentado Reforçados ensinios à cuidadora acerca adequação da alimentação dado prostração e risco de aspiração	Manutenção capacidades
Sr.E.	Consciente e orientada nas 3 vertentes . motivada para a intervenção de Enfermagem de Reabilitação.	Realizada reabilitação funcional motora com ênfase no MIE, essencialmente a nível do joelho esquerdo: realizado flexão e extensão do joelho esquerdo sentada, treino de marcha (3	Capacitação e melhoria da marcha com canadianas

		<p>apoies) com canadianas, Marcha estática. Treino de equilíbrio com as mãos apoiadas : alternância de apoio , apoio unipodal , oscilação do tronco bilateral, marcha estática , flexão dos joelhos e abdução da coxa femural bilateralmente em ortostatismo. Treino de escadas com apoio de 2 canadianas com boa resposta, postura estável e controlo na utilização dos dispositivos de apoio. Melhorada na descida em comparação com a subida (menos instabilidade). Realizou 2 repetições. Realizado treino de subida e descida com apoio unilateral de canadiana e corrimão, com boa tolerância mantendo postura estável. Realizou também 2 repetições. Após treino de escadas refere cansaço pelo que optimizadas estratégias de gestão de esforço (controlo e dissociação TR+ alternância entre períodos e repouso e atividade). Ficou em repouso no leito após sessão de hoje. Incentivada a realizar períodos de descanso com elevação do MIE para prevenção do edema. Reforçados ensinios acerca do calçado apropriado para o treino</p>	
--	--	---	--

		de marcha+estrategias de prevenção de queda.	
--	--	--	--

Dia 26/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	Calmo, desperto, comunicativo e mais colaborante com a intervenção de enfermagem de reabilitação.	Realizada RF respiratória: Realizado controlo e dissociação dos TR e técnica de expiração forçada com lábios semi-cerrados com sucesso pela melhor colaboração do utente. Realizadas manobras acessórias: percussão, compressão e vibração, drenagem postural modificada. Tosse presente e mais eficaz, tendo sido realizada tosse assistida e tosse dirigida, pelo que conseguiu mobilizar e deglutir as secreções. Sem necessidade de aspiração de secreções. Mantém-se sem necessidade de SNG mantendo via oral segura, tendo mantido apetite e colaborando na sua alimentação (leva alimentos à boca). Reforçados ensinios junto da esposa acerca das medidas preventivas de aspiração.	Tolerou dieta líquida, néctar mel e pudim; Limpeza das vias aéreas manteve-se melhorada
Sr.A.	Calmo, consciente, mais prostrado do que na sessão anterior, mesmo assim com flutuação da colaboração durante intervenção de Enfermagem de Reabilitação.	Durante ingestão de água com tosse, possivelmente associada à prostração. Fornecida seringa de alimentação e feito ensino à esposa acerca da importância do posicionamento preventivo	Manutenção capacidades

		<p>de aspiração e ingestão fracionada. Reforçados ensinamentos acerca das medidas preventivas sobre o risco de aspiração. Realizada reabilitação funcional motora, com ênfase no hemitórax esquerdo, mobilização passiva do hemitórax esquerdo sem colaboração do utente por flutuação do estado de consciência, mobilização ativa-assistida do hemitórax direito, realizado treino de automobilização do MSE com necessidade de apoio durante toda a mobilização. Realizada mobilização passiva MIE em todos os seus segmentos. Realizado treino de rolamentos sem colaboração do utente, incentivado na colaboração para alternância dos decúbitos. Realizados exercícios de facilitação cruzada com maior negligência do lado esquerdo em comparação com sessões anteriores. Transferência do leito para a posição de sentado sem tolerância por parte do utente, feito transferência gradual (1ª posição de sentado na cama durante alguns minutos) contudo apresentou hipotensão ortostática (80/42 mmHg) tendo regressado ao leito. Sem equilíbrio</p>	
--	--	--	--

		estático sentado.	
Sr.C.	Consciente e orientada nas 3 vertentes . Não foi realizada sessão de RFR e RFM por utente apresentar quadro de náuseas/ vômitos associados a preparação de colonoscopia que irá realizar de tarde.	RFR – respiração Abdomino diafragmática+ CDTR	Conforto

Dia 27/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr.M	Calmo sonolento com maior frustração mas facilmente despertava com secreções audíveis (roncos)	Realizada RF respiratória: Realizado controlo e dissociação dos TR e técnica de expiração forçada com lábios semi-cerrados sem sucesso pela colaboração do utente. Realizadas manobras acessórias : percussão , compressão e vibração , drenagem postural modificada. Tosse não eficaz com necessidade de aspiração de secreções Em pequena quantidade. Mantém-se sem necessidade de SNG;	Manutenção de capacidades, melhoria da limpeza das vias aéreas
Sr.N.	SG 14 Desperto e mais colaborando do que na última sessão	realizada RFM com mobilização passiva e ativa assistida dos membros superiores e membros inferiores maior colaboração no membro superior esquerdo em	Manutenção de capacidades

		<p>comparação com o membro inferior esquerdo treino de alternância de de e execuções de facilitação cruzada; treino de transferência para a posição sentada com equilíbrio pouco estável estático e dinâmico exercícios de treino de equilíbrio na posição sentada com oscilação do tronco anterior/posterior e lateral</p>	
Sr.A.	<p>Mais desperto do que em sessão anterior contudo com dificuldade em focar a atenção</p>	<p>realizada RFM do hemisfério esquerdo como mobilização passiva e ativa assistida com dor NOS limites das amplitudes toleradas; automobilização do membro superior esquerdo; exercícios de facilitação cruzada com apoio das grades; treino de rolamentos com necessidade de colaboração do enfermeiro; treino de alternância decúbitos. Hipotenso 90/49 mmHg.</p>	<p>Manutenção de capacidades</p>

Dia= 30/06/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr.M	<p>SG15 Consciente colaborando com a intervenção de ER novamente desperto e comunicativo</p>	<p>Realizada RF respiratória; Realizado controlo e dissociação dos TR e técnica de</p>	

		<p>expiração forçada com lábios semi-cerrados com sucesso pela colaboração do utente. Realizadas manobras acessórias: percussão, compressão e vibração, drenagem postural modificada. Tosse eficaz sem necessidade de aspiração de secreções- mobilizou e deglutiu. Mantém-se sem necessidade de SNG; Treino de transferência para a posição de sentado com equilíbrio estático razoável; treino de ortostatismo com pouca tolerância ao esforço equilíbrio instável e diminuição da força</p>	
Sr.G	<p>Calmo consciente e orientado não quis realizar intervenção de ER, sem motivo aparente</p>		
Sra.A.F.	<p>Calma consciente orientada colaborando na sessão de ER</p>	<p>realizado tratamento a UP do calcanhar; realizado treino de marcha e realizados ensinamentos à cuidadora sobre prevenção de queda; incentivada a realizar exercícios entre sessões</p>	
Sr.N	<p>SG 14 Desperto e mais colaborante de que na última sessão</p>	<p>realizada RFM com mobilização passiva e ativa assistida dos membros superiores e membros inferiores maior colaboração no</p>	

		membro superior esquerdo do que no MIE. Dor no joelho esquerdo à mobilização tolerando melhor os exercícios de flexão/extensão sentado. Treino de ortostatismo sem sucesso por intolerância ao esforço	
Sra.E.	Calma consciente e orientada colaborando e motivada no processo de reabilitação; referidor na anca esquerda otimizada terapêutica analgésica prescrita	Realizou treino transferência seat/standing e push UPS na cama treino de equilíbrio em pé estático e dinâmico com melhoria em relação à sessão anterior mobilização Activa de ambos os MI apresenta cansaço fácil para médios esforços reforçados ensinios acerca de técnica de gestão de esforço	

Dia 01/07/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. AL	SG15 pouco colaborante com intervenção	Apenas aceitou realização de exercícios de facilitação cruzada e coordenação motora com bola	
Sr.C.A	Alta da ECC	Alta da ECC	Melhoria funcional global
Sra. C.	Utente consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Discurso lenticificado , cumpre ordens	Avaliação inicial de ER: Objetivos	

	<p>complexas (nomeis , repete, memoriza). Avaliação motora : Apresenta hemiparesia direita com rigidez articular no tornozelo e pé direito, restantes articulações com diminuição de amplitudes. Força muscular diminuída globalmente (MSD:2; MSE:3 ; MID: 3 ; MIE: 3+ segundo escala MRC modificada). Tonus muscular aumentado a nível dos MI's segundo escala de Ashworth modificada apresentado grau 3 em toda a extensão do MID excepto tornozelo e pé que apresenta grau 4; no MIE apresenta rigidez articular acentuada sem causa conhecida e com espasticidade associada. Apresenta dor à mobilização dos MIS sob terapêutica analgésica em esquema e SOS. Apresenta pele íntegra. Dependente total para todas AVD's. Tem apoio SAD para cuidados de higiene (5x por semana , sendo realizada higiene no duche 2x por semana). Não tolera transferência para cadeira de rodas , mesmo com utilização de elevador. Reside em domicílio com esposo , principal cuidador com apoio das filhas. Habitação com boas condições de habitabilidade possuindo cama articulada , cadeira de rodas , cadeira higiénica e elevador de transferência.</p>	<p>programa reabilitação: Treino AVD's; Otimização de posicionamentos e transferências Capacitação do cuidador Gestão do regime terapêutico Controlo da dor</p>	
--	---	--	--

Dia 02/07/2025

Visita	Avaliação	Intervenções	Resultados
Sr. M	Calmos , desperto , comunicativo e colaborante com a intervenção de enfermagem de reabilitação.	Realizado controlo e dissociação dos TR e técnica de expiração forçada com lábios	

	Sem sinais de dificuldade respiratória e mantêm-se sem secreções audíveis.	semi-cerrados com sucesso, tendo sido mobilizadas as secreções (audíveis) . Realizadas manobras acessórias: percussão, compressão e vibração, drenagem postural modificada. realizada tosse dirigida e assistida com tosse produtiva pouco eficaz contudo após transferência para posição de sentado tosse mais eficaz, pelo que conseguiu deglutir as secreções. Sem necessidade de aspiração de secreções. Treino de transferência da posição de deitado para sentado com equilíbrio estático razoável. Treino equilíbrio estático e dinâmico razoável na posição de sentado com boa resposta. Treino de ortostatismo com pouca tolerância contudo ligeira melhoria em comparação com sessão anterior.	
Sr.A.	Foi internado por prostração		
Sr. N.	Utente consciente, orientado nas três vertentes, pouco colaborante na intervenção de Enfermagem de Reabilitação.	Realizada RfM: mobilizações ativas do MSE (flexão/ extensão e abdução/adução; facilitação cruzada dos MS' e	

		<p>automobilização do MSE com boa tolerância. Treino de abertura costal global com bastão com boa resposta mas menos colaborante do que em sessão anterior, tendo realizado também mobilização com bastão contra-resistência, mantem dificuldade na coordenação da respiração pelo que realizada RFR com COTR.</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistida do MIE na posição no leito com dor no joelho esquerdo (durante flexão) , dado enfoque à mobilização desta articulação, com melhor tolerância da flexão do joelho em decúbito lateral direito. Realizada massagem terapêutica do joelho para alívio da dor.</p> <p>Treino de alternância de decúbitos e rolamento com pouca colaboração do utente contudo após insistência consegue alternar entre decúbitos.</p> <p>Realizou treino de transferência para a posição sentado, tendo realizado exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico na</p>	
--	--	--	--

		posição de sentado, com pouca resposta por perda de foco de atenção. Treino de ortostatismo sem sucesso, dificuldade extrema por diminuição na carga dos MIS e equilíbrio comprometido.	
Sra.E	Calma consciente e orientada nas 3 vertentes, melhorada da sintomatologia referida na última sessão (cefaleia, náusea, tontura e HTA) associado à suspensão da toma de etorocoxib. Mantem dores generalizadas, essencialmente articulares.	Mobilização ativa dos MIS (flexão/extensão joelho e adução e abdução coxofemoral), treino de marcha com andarilho com segurança tendo sido reforçados ensinós acerca da prevenção do risco de queda. Treino de mobilização ativa dos MS's (abdução e adução e flexão e extensão do ombro bilateral) sem tolerar os exercícos a nível do MSD, dor acentuada. Realizada tentativa de alongamento deste membro sem sucesso, realizada massagem terapéutica para alívio da dor com discreta melhoria.	
Sra.C	Consciente orientada nas três vertentes, bem disposta e motivada para a intervenção de ER; melhoria da náusea sem vômitos.	Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo com melhoria da tolerância aos exercícos propostos. Realizou: alternância de peso ente apoios (báscula da anca), apoio	Melhoria a tolerância ao esforço e sem de pausas para gestão do esforço.

		unipodal alternado , marcha estática sem apoio dos M5's, flexão e extensão da coxo femoral e joelho bilateral alternado, marcha no corredor com obstáculos e marcha com comprimento do passo diminuído.	
--	--	---	--

APÊNDICE IX

Folhetos de Educação para a Saúde- Contexto Comunitário



Objetivos

- Prevenir complicações;
- Melhorar força muscular;
- Melhorar a funcionalidade;
- Melhorar a **qualidade de vida**.

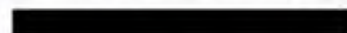


“A recuperação é um caminho, e cada passo é uma conquista.”

Em caso de dúvidas, esclareça com a equipa!

Horário de Funcionamento:

De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00
Sábados, domingos e feriados: 08:00 às 13:00



Elaborado por:

Enf.ª Isabel Fontelas (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)
Márcia Ribeiro e Mariana Bação (Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação- Escola Superior de Saúde Atlântica)

Referências Bibliográficas



Artroplastia Total da Anca

Cuidados Pós-Operatórios Após Alta Hospitalar



1. Artroplastia Total da Anca- O que é?

Vulgarmente, conhecida como Prótese da Anca, esta é uma cirurgia na qual se substitui a articulação da anca danificada, substituindo-a por uma prótese geralmente composta por componentes metálicos, cerâmicos ou plásticos.

As abordagens mais comuns são: antero-lateral e a posterior. Existem cuidados a ter no movimento para evitar complicações:

2. Cuidados a ter

- O penso deverá manter-se limpo e seco, caso se encontre comprometido (descolado, repasse de sangue ou outro conteúdo, deverá contactar a equipa);
- Examine a pele, verificando a presença de edema (inchaço), hematoma (nódoa-negra) ou sinais inflamatórios (vermelhidão, calor);
- Avalie a coloração da pele e alterações súbitas da sensibilidade e do movimento;
- Controle a dor (deverá manter toma da medicação prescrita e aplicação de gelo local);
- Não realizar flexão de anca acima dos 90°;
- Não fazer rotação interna e externa da perna operada;
- Não cruzar a perna operada, colocar almofada entre as pernas.

3. Estratégias para o dia-a-dia

Posicionamentos:

- Evitar deitar-se sobre a perna operada;
- Quando estiver deitado de barriga para cima ou para o lado são, deverá colocar uma almofada entre as pernas;
- Quando estiver sentado, também deverá manter as pernas afastadas com a almofada.

Levantar da cama:

- Sair pelo lado operado: sentar na cama apoiando-se nos braços; evitar fletir o tronco para a frente; manter o membro operado em extensão; dobrar a perna sã até tocar no chão, fazendo carga para se levantar;
- Sair pelo lado são: sentar na cama apoiando-se nos braços; evitar fletir o tronco para a frente; colocar almofada entre as pernas para não juntar as mesmas; virar de lado e sentar no bordo da cama.

Sentar/ Levantar:

- Na posição de sentado, mantenha a perna operada esticada e dobre o membro são até tocar no chão; levante-se, realizando força com os braços; fazendo mais carga na perna sã e tenha as canadianas/ andarilho junto de si (Atenção: no uso da sanita, colocar alçador para evitar a flexão acima de 90°).

Apanhar objetos do chão:

- Utilizar os braços para se apoiar (num objeto sólido e imóvel); o membro inferior operado deverá estar em hiperextensão e, simultaneamente, fletir o membro são de modo a baixar-se (Proibido na abordagem anterior).

Andar:

- Fique em pé com o andarilho/ canadianas apoiadas no chão, ligeiramente à frente do corpo;
- Mantenha as mãos bem apoiadas e os cotovelos ligeiramente fletidos;
- Mantenha o tronco direito e o pé em frente, para evitar desequilíbrio;
- Inicie a marcha nesta ordem:
 - 1.º - Avance o andarilho/ canadianas ao mesmo tempo;
 - 2.º - Avance a perna operada; apoiando o peso parcialmente;
 - 3.º - Avance a perna não operada;
 - 4.º - Repita esta sequência.

Subir de descer escadas com 2 canadianas:

- Subir:**
 - 1.º - Avance a perna sã para o degrau seguinte. Mantenha as canadianas e a perna operada no mesmo degrau;
 - 2.º - Avance a perna operada, mantendo as canadianas no degrau abaixo;
 - 3.º - Avance as canadianas.
- Descer (inverso da subida):**
 - 1.º - Avance as canadianas;
 - 2.º - Avance a perna operada;
 - 3.º - Avance a perna sã.

Entrar e sair do carro:

- Para entrar, sente-se com as pernas do lado de fora; Rode os membros inferiores para dentro, e mantenha o membro operado em extensão e afastado do outro membro;
- Para sair, fazer o inverso.

4. Exercícios

(10 repetições, 2/3 vezes ao longo do dia)

4.1. Contrações isométricas

Realizar as contrações empurrando o membro contra o colchão, durante 10 segundos; Contrair as nádegas, durante 10 segundos.

4.2. Mobilização da articulação tibiotársica

Movimentar o pé para a frente e para trás.

4.3. Flexão do joelho para trás e Flexão do joelho e coxofemoral

Exercícios de dobrar e esticar o joelho da perna operada para trás.

Exercícios de dobrar e esticar a perna operada para frente.

4.4. Ponte

Fletir as pernas e elevar a região lombo-pélvica.



Objetivos

- Estabilizar e proteger a articulação;
- Melhorar a força muscular;
- Melhorar a amplitude do movimento;
- Melhorar a **qualidade de vida**.



"Sinta a diferença, mova-se com confiança"

Em caso de dúvidas,
esclareça com a equipa!

Horário de Funcionamento:

De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00
Sábados, domingos e feriados: 08:00 às 13:00



Elaborado por:

Enf.ª [Redacted] (Enfermeira Especialista
em Enfermagem de Reabilitação)
Márcia Ribeiro e Mariana Bação (Estudantes de
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação-
Escola Superior de Saúde Atlântica)

Referências Bibliográficas



Prótese Total do Joelho

Exercícios Pós-Operatório



1. Contrações isométricas



Realizar as contrações empurrando o membro contra o colchão, durante 10 segundos; Contrair as nádegas, durante 10 segundos.



2. Mobilização da articulação tibiotársica

Fazer 10 repetições, 2/3 vezes ao longo do dia.



3. Flexão e Extensão do joelho (deitado)

Fletir o joelho até tolerar e esticar a perna operada até apoiar na totalidade sobre a cama; Realize 10 repetições, 2 vezes/dia.

Suba a perna o máximo que conseguir sem dor, mantendo-a reta. Depois desça com cuidado, fletindo o joelho; Realize 10 repetições, 2 vezes/dia.



4. Adução e Abdução Coxo-femoral

Deite-se de barriga para cima, com a perna operada esticada; Lentamente, deslize essa perna para o lado, o máximo que conseguir sem dor, e depois traga a perna de volta ao centro; Realize 10 repetições, 2 vezes/dia.



5. Levantar e Sentar

Sair da cama pelo lado do membro operado, rodando até ficar sentado e apoiado nos braços; Na posição de sentado, mantenha a perna operada esticada e dobre o membro não operado até tocar no chão; Levante-se, realizando força com os braços, fazendo mais carga na perna não operada e tenha as canadianas/ andarilho, junto de si.



Para se sentar, coloque o membro operado em extensão; Baixar-se, lentamente, realizando força com os membros superiores nos braços da cadeira; Para se levantar, realizar o inverso.



6. Progressão de Exercícios (10 repetições, 2/3 vezes ao dia, conforme tolerância)

Na posição de sentado, realize extensão do joelho (esticar a perna) e flexão do joelho (dobrar a perna até ao limite de dor).



Na posição de deitado de barriga para baixo, dobre e estique o joelho.



Deitado sobre o lado não operado, afaste a perna operada para cima, mantendo-a esticada; Desça, lentamente, até regressar à posição inicial.



Em pé, com as mãos apoiadas, afaste a perna operada para o lado, mantendo-a esticada; Regresse à posição de apoio inicial.



Com as mãos apoiadas, dobre perna operada para trás, fletindo o joelho; Retorne à posição de apoio inicial.



Com as mãos apoiadas, dobre o joelho à frente, fletindo a coxa; Retorne à posição de apoio inicial.



7. Treino de marcha (andarilho/ canadianas)

Posicione-se corretamente: Fique em pé com o andarilho/ 2 canadianas apoiadas no chão, ligeiramente à frente do corpo; Mantenha as mãos bem apoiadas e os cotovelos ligeiramente fletidos; Mantenha o tronco direito e olhe em frente, para evitar desequilíbrio;



Inicie a marcha nesta ordem:

- 1.º - Avance o andarilho ou as 2 canadianas ao mesmo tempo;
- 2.º - Avance a perna operada, apoiando o peso parcialmente;
- 3.º - Avance a perna não operada;
- 4.º - Repita esta sequência.



8. Treino de subir e descer escadas

Subir com 2 canadianas:

- 1.º - Avance a perna não operada para o degrau seguinte; Mantenha as canadianas e a perna operada no mesmo degrau;
- 2.º - Avance a perna operada, mantendo as canadianas no degrau abaixo;
- 3.º - Avance as canadianas.

Descer com 2 canadianas (inverso da subida):

- 1.º - Avance as canadianas;
- 2.º - Avance a perna operada;
- 3.º - Avance a perna não operada.




Subir com 1 canadiana e corrimão:

- 1.º - Trocar a canadiana de lado consoante a localização do corrimão (direita ou esquerda); Siga a sequência do 1.º, 2.º e 3.º passo acima descritos.



Descer com 1 canadiana e corrimão (inverso da subida):

- 1.º - Trocar a canadiana de lado consoante a localização do corrimão (direita ou esquerda); Siga a sequência do 1.º, 2.º e 3.º passo acima descritos.



APÊNDICE X

“Cuidar do meu Joelho”



Cuidar do meu joelho:

Exercícios das primeiras semanas após alta hospitalar:

Este documento foi criado para ajudar na sua recuperação após a cirurgia ao joelho.

Aqui encontra exercícios simples e seguros, recomendados para a sua situação. Deve fazê-los com calma, em segurança e dentro do limite da dor.

Se sentir dor forte, aumento súbito do inchaço ou calor no joelho, pare o exercício e descanse.

CUIDADOS NO DIA A DIA

- Aplique gelo (crioterapia) durante 20 minutos de cada vez, especialmente após os exercícios.
- Não coloque almofada por baixo do joelho – mantenha a perna esticada quando está deitado(a).
- Ao sentar e levantar, utilize os braços e a perna não operada para ajudar.
- Caminhe pequenas distâncias várias vezes ao dia, aumentando progressivamente conforme a tolerância.
- Evite torções do joelho operado e movimentos bruscos.
- Utilize as canadianas conforme aprendeu durante o internamento (1ª canadianas, 2ª perna operada e 3ª perna sã).






⚠ Segurança primeiro:

- Pés afastados à largura das ancas, tronco direito, olhar em frente.
- Parar se houver dor forte, tonturas ou mal-estar.
- Exercícios deitada ou sentada de forma segura e confortável.
- Exercícios em pé sempre com as mãos apoiadas numa bancada ou mesa estável.

Exercício	Descrição	Imagem	Repetições / Frequência	✓ / ✗
Movimento do tornozelo deitada ou sentada	Movimente o pé para cima e para baixo.		10-20 repetições • 2-3x/dia	



<p>Isometria do quadríceps</p>	<p>Pressione a parte de trás do joelho e perna contra a cama durante 6 a 10 segundos.</p>		<p>10–20 repetições</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2–3x/dia
<p>Isometria dos glúteos</p>	<p>Aperte as nádegas uma contra a outra durante 6 a 10 segundos.</p>		<p>10–20 repetições</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2–3x/dia
<p>Flexão e extensão suave deitada/sentada</p>	<p>Dobre e estique o joelho</p>		<p>10 repetições</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2–3x/dia





	lentamente, até tolerar.			
Elevação da perna esticada deltada	Eleve a perna operada esticada até onde conseguir.			10 repetições • 2-3x/dia
Abdução/adução deltada	Abra e feche a perna operada sem rodar a anca.			10 repetições • 2-3x/dia



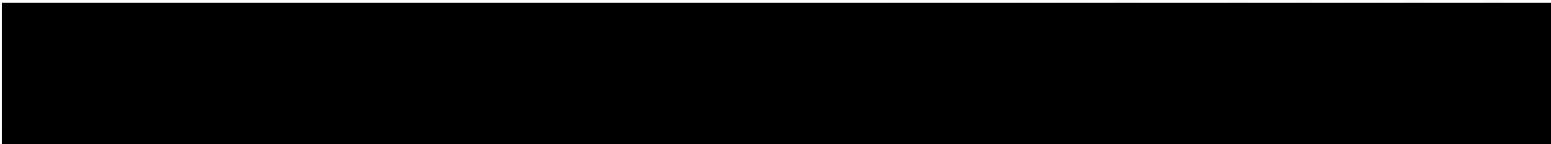
<p>Aperto dos joelhos sentada</p>	<p>Aperte uma almofada entre os joelhos por 6 a 10 segundos.</p>		<p>20 repetições</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-3x/dia
<p>Flexão-extensão do joelho em pé</p>	<p>Com as mãos apoiadas em bancada dobre ligeiramente o joelho para trás e volte a esticar até apoiar o pé no chão.</p>		<p>10 repetições</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2x/dia



<p>Marcha estática (Flexão-extensão do joelho em pé)</p>	<p>Com as mãos apoiadas em bancada dobre ligeiramente o joelho para frente e volte a esticar até apoiar o pé no chão.</p>			<p>10 repetições</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2x/dia
<p>Abdução da anca em pé</p>	<p>Com as mãos apoiadas em bancada leve a perna para o lado, sem inclinar tronco.</p>			<p>10 repetições</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2x/dia



<p>Elevação de calcanhares em pé</p>	<p>Com as mãos apoiadas em bancada suba às pontas dos pés e desça lentamente.</p>		<p>10 repetições</p> <p>• 2x/dia</p>
<p>Mini-agachamento</p>	<p>Com as mãos apoiadas em bancada dobre os dois joelhos ao mesmo tempo descendo lentamente.</p>		<p>8-10 repetições</p> <p>• 2x/dia</p>




QUANDO DEVO PARAR O EXERCÍCIO?

Deve parar o exercício e descansar se verificar algum dos seguintes sinais:

- Dor forte que não melhora ao descansar.
- Aumento súbito do inchaço.
- Vermelhidão e calor localizado no joelho.
- Sensação de instabilidade ou incapacidade de apoiar a perna.
- Formigamento persistente ou dormência que piora.
- Febre ou mal-estar súbito.

RECOMENDAÇÕES:

- ✓ Faça os exercícios todos os dias.
 - ✓ Respeite sempre o limite da dor.
 - ✓ Caminhe curtas distâncias várias vezes ao dia.
 - ✓ Progrida lentamente — a recuperação é gradual- pode aumentar as repetições se sentir confortável para isso.
- 

APÊNDICE XI

Sessão de Educação para a Saúde – Prevenção de Quedas e Promoção de Estratégias

ESSATLA
Escola Superior de Saúde
Atlântica

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
PREVENÇÃO DE QUEDAS
E
PROMOÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Realizada por:
Rafael NOVO
Mário Ribeiro
Mariana Bação

Estudantes do 3º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por:
Luís Sousa
Sandy Severina

24 DE OUTUBRO 2025

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, é natural que o **nosso corpo mude**, pelo que à medida que envelhecemos, **aumentam também os riscos de ocorrência de quedas**.

Estas podem levar a:

- Fraturas;
- Incapacidade de realizar tarefas do dia-a-dia;
- Imobilidade;
- Alteração da dinâmica familiar;
- Aumento do medo de cair;
- Diminuição da qualidade de vida.

EM PORTUGAL,
63,9% DAS QUEDAS
OCORREM NO
DOMICÍLIO!



FATORES DE RISCO

FATORES INTERNOS (PRÓPRIA PESSOA) EXEMPLOS

- Quedas anteriores
- Idade avançada
- Falta de equilíbrio e força muscular



FATORES EXTERNOS (AMBIENTE) EXEMPLOS

- Tapetes Soltos
- Escadas sem corrimão
- Calçado Inadequado



MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS E SEGURANÇA NO DOMICÍLIO



FATORES PESSOAIS

- Usar sempre óculos e/ou aparelho auditivo, se tiver.
- Bengala/andador/canadiana adequada.
- Pertences ao seu alcance.



ILUMINAÇÃO

- Iluminação adequada em casa.
- Usar luzes de presença à noite.
- Conseguir ligar a luz junto à cama.



MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS E SEGURANÇA NO DOMICÍLIO

PAVIMENTOS

- Casa arrumada, evite objetos no chão.
- Escadas com corrimão e bem iluminadas.
- Não suba em escadotes/cadeiras/bancos.
- Retire ou fixe bem os tapetes e evite pisos escorregadios.



CASA DE BANHO

- Instalar barras de apoio na sanita e duche/banheira.
- Usar tapete de banho antiderrapante e fixo.



MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS E SEGURANÇA NO DOMICÍLIO

CALÇADO E VESTUÁRIO



- Usar roupas ajustadas ao corpo e use calçado fechado e antiderrapante (não use chinélos).



IMPORTANTE MEXER O CORPO!

- Pratique exercício.



CAÍ E AGORA?!

Se estiver acompanhado/a:

- 1 Sentar a pessoa no chão. 
- 2 Colocar uma cadeira perto da pessoa. 
- 3 Ajudar a pessoa a levantar-se e segurar com as duas mãos ou a oco das axilas. 
- 4 Deixar a pessoa repousar sentada na cadeira durante o tempo necessário. 

ATENÇÃO:
Se sentir uma dor muito intensa localizada e não consegue mexer-se:
- DEVE PEDIR AJUDA -

Se estiver sozinho/a:

- 1 Colocar-se de gatas e gatinhar até chegar a uma mobília estável. 
- 2 Agarrar-se à mobília e fazer força com os braços e as pernas para se colocar de pé. 
- 3 Repousar sentado na cadeira durante o tempo necessário. 

EXERCÍCIO FÍSICO: ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS



Sentar e levantar da cadeira
(5 repetições)



Em pé, mover a perna para o lado, levantando-a devagar
(5 repetições)



Sentado, levantar uma perna até à altura da cintura
(5 repetições)



Em pé, dobrar e esticar os joelhos, alternando as pernas
(10 repetições)

CONCLUSÃO

- **Cuidar de nós:** Pequenas mudanças no dia a dia, como as abordadas, fazem uma grande diferença na nossa segurança.
- **O movimento é saúde:** Manter o corpo ativo e ágil ajuda a prevenir quedas e aumentar a qualidade de vida.
- **Segurança é partilha:** Juntos podemos tornar cada casa num espaço mais seguro e confiável, envolvendo os familiares/amigos/profissionais de saúde.



Checklist
Segurança em Casa
Assinale as medidas que já tem ou que pretende melhorar

Tarefas pessoais:

- ☐ Não sente dores e/ou dificuldade ao mover-se?
- ☐ Usa sempre bengala/cadeira de rodas quando se mover?

Iluminação:

- ☐ Há luz suficiente em casa?
- ☐ Usa luz de presença durante a noite?
- ☐ Consegue ligar e desligar facilmente as luzes?

Pavimentos:

- ☐ O chão é regular, sem tapetes soltos ou fios expostos?
- ☐ O chão é antiderrapante?
- ☐ As escadas têm corrimão e estão bem iluminadas?
- ☐ Consegue subir e descer facilmente as escadas/ilhas?

Casa de banho:

- ☐ Usa tapete antiderrapante fora do banho/toileta?
- ☐ Existem barras de apoio junto ao banho/toileta e WC?

Calçado adequado:

- ☐ Usa calçado fechado, antiderrapante e confortável?
- ☐ Evita chinelo solto e roupas compridas/largas?

Exercício físico:

- ☐ Pratica exercício físico.

OBRIGADA PELA ATENÇÃO E ENERGIA!
TENHAM UM ÓTIMO DIA



APÊNDICE XII

Checklist – Prevenção de Quedas no Domicílio.

Checklist

Segurança em Casa

Assinale as medidas que já toma ou que precisa de melhorar 

Fatores pessoais:

- Uso sempre óculos e/ou aparelho auditivo se tiver?
- Uso sempre bengala/andarilho/canadianas se tiver?



Iluminação:

- Há luz suficiente em casa?
- Uso luz de presença durante a noite?
- Consigo ligar a luz facilmente junto à cama?



Pavimentos:

- O chão é regular, sem tapetes soltos ou fios espalhados?
- O chão é escorregadio?
- As escadas têm corrimão e estão bem iluminadas?
- Consigo subir e descer facilmente as escadas/degraus?



Casa de banho:

- Uso tapete antiderrapante fixo no duche/banheira?
- Existem barras de apoio junto ao duche/banheira e sanita



Calçado e vestuário:

- Uso calçado fechado, antiderrapante e confortável?
- Evito chinélos soltos e roupas compridas/largas?



Exercício Físico:

- Pratico exercício físico.



ANEXOS

ANEXO I

Aprovação Comissão Ética ESSATLA para os RCC



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

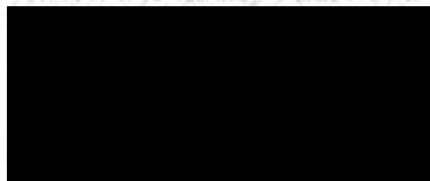
PCE98_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação: "Enfermagem de Reabilitação: Parceria de cuidados com pessoa submetida a artroplastia total do joelho", relato de caso, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

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

Barcarena, 2 de dezembro de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA





PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

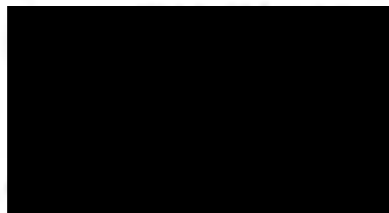
PCE68_2025

Assunto: Projeto no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação_ Relato de Caso Clínico: "Intervenção de Enfermagem de Reabilitação , no contexto domiciliar com a pessoa idosa com sequelas de AVC".

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

Barcarena, 30 de Junho de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA



ANEXO II

Certificado Participação Dia do Enfermeiro ESSATLA



CERTIFICADO

Certifica-se que a Sra. Enfermeira Mariana Bação, integrou a Comissão Organizadora do Encontro de celebração do Dia Nacional do Enfermeiro, com o tema: "Liderança Feminina em Enfermagem, uma utopia inalcançável?" que decorreu no dia 12 de maio de 2025, na Escola Superior de Saúde Atlântica.

Barcarena, 12 de maio de 2025



ANEXO III

Certificados de Participação em Webinares e Seminários







Declaração

Para os devidos efeitos, declara-se que a Sr.^a Enf.^a Mariana Bação, participou como formadora na Sessão de Educação para a Saúde "**Prevenção de quedas e promoção de estratégias**" no âmbito da programação "Mais saber, Mais vida em Barcarena" da Comissão Social de Freguesia de Barcarena, iniciativa promovida pela Junta de Freguesia de Barcarena, em parceria com a ESSATLA, no dia 24 de Outubro 2025 durante 1h.

Barcarena, 24 de Outubro de 2025

A Assistente Social,

(Ana Filipa Nobre)



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIANA SEIJO Y SEIJO SANTOS BAÇÃO

membro nº 77573 desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 27 de Janeiro de 2026**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.



ANEXO IV

Artigos publicados

Rehabilitation and Sports Medicine. 2025; 5:444
doi: 10.56294/rs2025123



REVISIÓN

Nurse interventions in the rehabilitation of adults with neurogenic bowel after spinal cord injury: Rapid Review

Intervenciones de enfermería en la rehabilitación de adultos con intestino neurógeno tras una lesión medular: Revisión Rápida

Beatriz Novo^{1,2}, Márcia Ribeiro^{1,2}, Mariana Bação^{1,2}, Sandy Severino², Isabel Rabiais^{2,3}, João Tomás^{2,4}, Geyslaine Albuquerque², Luís Sousa^{2,4}

¹Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal.

²Escola Superior de Saúde Atlântica, Universidade Atlântica, Departamento de Enfermagem, Barcarena, Portugal.

³Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

⁴Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV), Santarém, Portugal.

⁵Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem, São Paulo, Brasil.

⁶Centro Integral de Investigação em Saúde, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

Citar como: Novo B, Ribeiro M, Bação M, Severino S, Rabiais I, Tomás J, et al. Nurse interventions in the rehabilitation of adults with neurogenic bowel after spinal cord injury: Rapid Review. Rehabilitation and Sports Medicine. 2025; 5:115. <https://doi.org/10.56294/rs2025115>

Enviado: 09-04-2024

Revisado: 27-09-2024

Aceptado: 01-03-2025

Publicado: 02-03-2025

Editor: PhD. Nicola Luigi Bragazzi

Autor para la correspondencia: Beatriz Novo

ABSTRACT

Introduction: neurogenic bowel is a complex condition that affects adults with spinal cord injury, requiring multiple interventions to optimize bowel function.

Objective: this review aims to identify the main nursing interventions in the rehabilitation of people with spinal cord injury who have neurogenic bowel.

Method: a rapid literature review based on the Cochrane guidelines was carried out by searching databases on the EBSCO Host and PubMed platforms. Articles in English, published between 2018 and 2024, with free access and addressing nursing interventions for the management of neurogenic bowel were included.

Results: narrative synthesis was carried out using thematic analysis to analyze the 7 articles included in the review. The following nursing interventions were found: digital rectal stimulation, abdominal massage, electrical rectal stimulation, diet management, stimulation of the gastro-colic reflex, muscular exercise and follow-up.

Conclusions: digital and electrical rectal stimulation were the most widely used, while dietary strategies proved important, but without standardized guidelines. Innovative technologies have shown promise, but accessibility can be a challenge. In addition, there is a significant gap in the literature on nursing interventions, as well as great heterogeneity in the studies analyzed. The combination of interventions has been shown to be effective in bowel management in adults with neurogenic bowel, post spinal cord injury. However, the lack of solid scientific evidence reinforces the need for more studies to validate the best nursing practices in this area.

Keywords: Neurogenic Bowel; Nursing Care; Rehabilitation; Spinal Cord Injuries.

RESUMEN

Introducción: el intestino neurógeno es una patología compleja que afecta personas adultas con lesión medular y que requiere múltiples intervenciones para optimizar la función intestinal.

Multidisciplinar (Montevideo). 2025; 3:226
doi: 10.62486/agmu2025226
ISSN: 3046-4064

AG
EDITOR

SHORT COMMUNICATION

Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling

Enfermería de rehabilitación en la prevención de caídas en ancianos comunitarios con miedo a caerse

Beatriz Novo^{1,2}, Márcia Ribeiro^{1,2}, Mariana Bação^{1,2}, Marta Andrade^{1,2}, Patrícia Horta^{1,2}, Luís Sousa^{2,3,4}, Nelson Guerra^{2,4}, Sandy Severino^{2,5}

¹Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal.

²Escola Superior de Saúde Atlântica, Universidade Atlântica, Departamento de Enfermagem, Barcarena, Portugal.

³Comprehensive Health Research Centre, University of Evora, Évora, Portugal.

⁴RISE - Health Research Network, Porto, Portugal

⁵Nursing Research Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), Nursing School of Lisbon (ESEL), Lisbon, Portugal.

Cite as: Novo B, Ribeiro M, Bação M, Andrade M, Horta P, Sousa L, et al. Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling. *Multidisciplinar (Montevideo)*. 2025; 3:226. <https://doi.org/10.62486/agmu2025226>

Submitted: 27-06-2024

Revised: 10-10-2024

Accepted: 08-06-2025

Published: 09-06-2025

Editor: Prof. Dr. Javier Gonzalez-Argote

Corresponding author: Beatriz Novo

ABSTRACT

Introduction: falls in the home represent an important public health problem due to the ageing of the population. They are associated with physical, emotional and social complications, significantly affecting the quality of life of older people.

Objective: to describe the interventions of nurses specializing in rehabilitation nursing to prevent falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling.

Method: theoretical-reflective article based on a search of scientific literature, using descriptors related to the theme.

Results: multiple intrinsic and extrinsic risk factors were identified as predictors of falls. The interventions of rehabilitation nurses are organized into three phases: risk identification; prevention of falls and fear of falling; and reduction of associated injuries. They contribute not only to promoting independence and maximizing functionality by training remaining abilities and/or using adaptive strategies, but also to enhancing autonomy by empowering older people and their caregivers.

Conclusions: nurses specializing in rehabilitation nursing are essential in the prevention of falls in the home setting, and the importance of an individualized, community-based and transdisciplinary approach stands out. It is suggested that more scientific evidence be produced to reinforce the responsibility and specificity of intervention in this area.

Keywords: Aged; Rehabilitation Nursing; Accidental Falls; Patient Safety; Aging in Place.

RESUMEN

Introducción: las caídas en el hogar representan un importante problema de salud pública debido al envejecimiento de la población. Se asocian a complicaciones físicas, emocionales y sociales, afectando significativamente a la calidad de vida de las personas mayores.

Objetivo: describir las intervenciones de enfermeras especializadas en enfermería de rehabilitación para prevenir las caídas en ancianos residentes en la comunidad con miedo a caerse.

Método: Artículo teórico y reflexivo basado en la búsqueda de literatura científica, utilizando descriptores

© 2025; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada



**A diáde internamento/domicílio: A responsabilidade do Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa.**

Mariana Seijo Y Seijo Santos Bação

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

