



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório

**Impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca- *Scoping Review***

David Bernardo Varela

fevereiro 2026

**Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Mobilização da pessoa
submetida a cirurgia da anca: *Scoping Review***

David Bernardo Varela

Estágio em Enfermagem de Reabilitação II e Relatório

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Paula Rocha

Pensamento

“O que fazemos por nós mesmos morre connosco. O que fazemos pelos outros e pelo mundo permanece e é imortal.” - Albert Pike

Agradecimentos

O presente relatório surge como o culminar de um processo de aprendizagem profissional e pessoal complexo que permitiu a aquisição de competências essenciais à prática da Enfermagem de Reabilitação. Tudo isto foi possível devido ao contributo de diversas instituições que me receberam, às quais deixo desde já os meus agradecimentos, em especial à minha instituição de ensino.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Paula Rocha, pela disponibilidade e a dedicação que demonstrou, bem como pelo conhecimento científico que me foi transmitindo e que foi essencial para a conclusão do presente documento.

À minha família um agradecimento especial por toda a paciência, entreaajuda e apoio emocional que forneceram, em especial aos meus pais, irmã, avó e namorada.

A todos os professores um obrigado pelo conhecimento transmitido e pelo carinho e apoio que forneceram no decorrer desta jornada.

A todos os meus colegas e amigos com quem fui partilhando este processo de aprendizagem um obrigado pela colaboração e por todas as experiências adquiridas.

A todos as pessoas a quem prestei cuidado e profissionais de saúde que foram meus tutores um obrigado pelo tempo despendido e pela oportunidade de aprendizagem. Sem vocês nada disto seria possível.

Por fim, a todos os enfermeiros um abraço e uma mão cheia de força. Somos uma área da saúde essencial que faz a diferença na hora dos cuidados e na vida das pessoas. Uma profissão muito gratificante em que muitas das vezes abdica de cuidar dos nossos para cuidar de todos os mais próximos aos que nos rodeiam.

A todos os que de forma direta ou indireta apoiaram o meu percurso académico, o meu sincero agradecimento.

Resumo

Introdução: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), tendo por base a sua formação especializada e pelo seu conhecimento teórico, constitui um pilar fundamental não apenas na prestação de cuidados individualizados e personalizados, centrados na maximização da funcionalidade e promoção da qualidade de vida, mas também na liderança e gestão dos cuidados. Neste enquadramento, os períodos de estágio aliados à componente teórica previamente adquirida, assumem-se como uma vertente essencial no desenvolvimento e consolidação de competências do profissional de saúde.

Objetivos: Descrever o percurso de aquisição e sistematização das competências comuns e específicas do EEER, e mapear a evidência científica sobre o impacto da intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca.

Métodos: O relatório encontra-se estruturado em duas partes. A primeira diz respeito à componente clínica, onde se recorreu à metodologia descritiva para refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas. A segunda parte inclui a componente de investigação, na qual é apresentada uma *scoping review* “Impacto da Intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca”, conduzida de acordo com a metodologia mais recente proposta pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) e apresentada segundo o PRISMA-ScR.

Resultados: A componente de estágios realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação permitiu aplicar e consolidar o conhecimento técnico e científico e a organização do raciocínio clínico, objetivando uma prática segura, ética e autónoma. A investigação proporcionou uma melhoria da capacidade de pesquisa e análise crítica, permitindo a produção de conhecimento científico. Esta *scoping review* engloba 11 estudos que foram agrupados em quatro dimensões referentes ao impacto da intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca.

Conclusão: O caminho formativo permitiu a aquisição e consolidação de competências específicas essenciais ao EEER, realçando a sua importância na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. A *scoping review* evidenciou o impacto da intervenção do EEER no processo de recuperação da pessoa submetida a cirurgia da anca.

Palavras-chave: Enfermeiro de Reabilitação; Cirurgia da Anca; Competências; Mobilização

Abstract

Introduction: The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER), drawing on their specialized training and theoretical knowledge, plays a fundamental role not only in providing individualized and personalized care focused on maximizing functionality and promoting quality of life, but also in the leadership and management of care. In this context, clinical rotations, combined with previously acquired theoretical knowledge, are an essential component in the development and consolidation of the healthcare professionals competencies.

Objectives: To describe the process of acquiring and systematizing the common and specific competencies of the EEER, and to map the scientific evidence regarding the impact of the EEER intervention on the mobilization of individuals who have undergone hip surgery.

Methods: The report is structured in two parts. The first concerns the clinical component, where a descriptive methodology was used to reflect on the process of developing common and specific competencies. The second part includes the research component, which presents a *scoping review* titled “Impact of EEER Intervention on Mobility in Patients Who Have Undergone Hip Surgery,” conducted in accordance with the latest methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) and reported in accordance with PRISMA-ScR.

Results: The clinical placement component of the Master’s Program in Rehabilitation Nursing enabled students to apply and consolidate their technical and scientific knowledge and to organize their clinical reasoning, with the aim of fostering safe, ethical, and autonomous practice. The research component improved students’ research and critical analysis skills, enabling the generation of scientific knowledge. This scoping review includes 11 studies that were grouped into four categories related to the impact of the EEER intervention on the mobilization of patients who have undergone hip surgery.

Conclusion: The training program enabled participants to acquire and consolidate specific skills essential to the EEER, highlighting its importance in promoting functionality, independence, and quality of life. The scoping review demonstrated the impact of the EEER intervention on the recovery process of individuals who have undergone hip surgery.

Keywords: Rehabilitation Nurse; Hip Surgery; Competencies; Mobilization

Sumário

Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de Quadros	
Lista de Siglas e Acrónimos	
Introdução	21
Parte I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	25
1. Enquadramento dos Contextos de Estágio	27
1.1. Estágio em contexto Neurológico Traumático	28
1.2. Estágio em contexto Neurológico Vascular e Degenerativo	31
1.3. Estágio em contexto Ortopedológico e Reumatológico	33
1.4. Estágio em contexto Comunitário	35
2. Enquadramento Teórico e Concetual	39
3. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas	43
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	47
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	47
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	51
3.1.3. Gestão dos cuidados	54
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	57
3.2. Competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	59
3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	60
3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	64
3.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	70
4. Considerações Finais	74
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: “Impacto da Intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca: <i>Scoping Review</i> ”	77
Introdução	83
1. Metodologia	86
1.1. Critérios de inclusão	86
1.2. Estratégia de pesquisa	87
1.3. Análise e seleção dos estudos	88
2. Resultados	89
3. Discussão	103
Conclusão	112
Conclusão final	114

Referências Bibliográficas	116
Apêndices	135
Apêndice A: Poster acerca de “Deambulação com Auxiliar de Marcha” em contexto ortopédico	137
Apêndice B: Folheto informativo sobre “ Reabilitação Cardíaca”	138
Apêndice C: “Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação realizado para utente em Contexto de Reabilitação Respiratória”	139

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1- Critérios de Inclusão e Exclusão segundo metodologia PCC	86
Tabela 2- Estratégia de Pesquisa	87
Tabela 3- Resumo da Análise dos Artigos Incluídos	91
Tabela 4- Resumo dos Temas Emergentes dos Estudos Seleccionados	101

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 Diagrama PRISMA-ScR <i>flow</i>	89

Lista de Siglas e Acrónimos

ADM- Amplitude De Movimento

ASIA- American Spinal Injury Association

ATA- Artroplastia total da Anca

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diárias

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral da Saúde

ECCI- Equipa Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GUSS- Gugging Swallowing Scale

MIF- Medida Independência Funcional

MMSE- Mini Mental State Examination

MRC- Medical Research Council

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TVM- Traumatismo Vertebro Medular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULS- Unidade Local de Saúde

Introdução

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu prevê a realização de um estágio com relatório final que espelhe o processo de desenvolvimento de competências. Neste âmbito, este estágio decorreu em contexto Ortopneumológico e Neurológico Traumático e Degenerativo, no período compreendido entre 24 de fevereiro de 2025 e 4 de julho de 2025, totalizando 408 horas de contacto com a prática clínica.

A elaboração do presente relatório, que será alvo de defesa pública, tem como finalidade a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem de Reabilitação e o posterior reconhecimento e certificação do título de Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação (EEER) atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Assim, este documento visa apresentar as aprendizagens e competências adquiridas, com ênfase no desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, refletindo os objetivos delineados para o decorrer do mesmo.

A enfermagem é uma ciência e uma profissão na área da saúde que tem como finalidade a prestação de cuidados ao ser humano, quer em situação de saúde quer de doença. Ao longo do ciclo vital, todas as pessoas necessitam, em algum momento, de cuidados de saúde. Neste contexto, cabe ao enfermeiro promover a manutenção, a melhoria e a recuperação da saúde, bem como maximizar a capacidade funcional da pessoa, no mais curto período de tempo possível (Lei n.º 8/2024, 2024).

No que se refere aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, estes implicam a implementação e avaliação dos planos de intervenção ajustados às necessidades da pessoa e da sua família. Têm como finalidade o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da capacidade funcional, o incentivo ao autocuidado e a prevenção de complicações, evitando o desenvolvimento de incapacidades ou minimizando as já existentes (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Segundo o Regulamento nº 392/2019 (2019), a área de especialização em Enfermagem de Reabilitação tem como foco de intervenção a pessoa que necessita de cuidados diferenciados ou que apresenta limitação de atividade nos diversos contextos da prática clínica. Neste sentido, os cuidados prestados procuram responder ao projeto de vida e de saúde das pessoas, ao longo dos processos de transição saúde/doença, promovendo a adaptação a novas

condições e o desenvolvimento das capacidades da pessoa para a realização dos seus autocuidados. Neste âmbito, o EEER deve contribuir para a reestruturação do quotidiano da pessoa e para a implementação das adaptações necessárias, com vista à promoção da máxima qualidade de vida possível.

O Enfermeiro Especialista (EE), tendo por base a sua formação e os seus conhecimentos práticos e teóricos, constituem um pilar fundamental não apenas na prestação de cuidados individualizados e personalizados, como na liderança e gestão dos cuidados. A reabilitação, em concreto, é uma área do saber que proporciona um conjunto de conhecimentos e de competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados seguros e especializados em enfermagem (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a aprendizagem ao longo da vida é crucial para os profissionais de enfermagem, a fim de garantir práticas seguras, baseadas em evidência e adaptadas às necessidades em constante mudança das populações (Organização Mundial da Saúde, 2023). No âmbito da Enfermagem Especializada, particularmente na área da reabilitação, o processo de melhoria contínua assume-se como uma postura reflexiva e crítica, sustentada na evidência científica, que permite alcançar ganhos em saúde mensuráveis.

Considerando estes pressupostos, um dos objetivos principais desta formação, enquanto profissional e estudante, consiste em encarar a prática clínica como um processo dinâmico de aprendizagem contínua, que integra oportunidades permanentes de reflexão e de melhoria, assumindo-se como um compromisso constante com a evolução e a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, o meu percurso no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi sustentado por referenciais teóricos estruturantes, nomeadamente a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Avaliação Familiar ou de Calgary.

O presente relatório visa descrever e analisar o percurso formativo desenvolvido, demonstrando o processo de aquisição e consolidação de competências em Enfermagem de Reabilitação, a articulação entre a componente teórica e a prática clínica, a análise crítica da prática profissional e o contributo da investigação para a evolução da Enfermagem de Reabilitação.

Este documento apresenta-se dividido em duas partes, sendo que na parte I será apresentado o percurso de desenvolvimento de competências, abordando os contextos clínicos

e as atividades desenvolvidas para concretizar cada domínio de competência, tais como as competências comuns do enfermeiro e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. A parte II corresponde à componente de investigação, na qual é apresentada uma *scoping review*, cujo principal objetivo é mapear a evidência científica sobre o impacto da intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca.

A escolha do tema de investigação surge da crescente necessidade de demonstrar a relevância dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na recuperação aprimorada e célere das pessoas. Portugal apresenta-se como um país envelhecido demograficamente, traduzindo-se num acréscimo de situações de dependência funcional, fragilidade e risco de eventos adversos, como as quedas. A cirurgia da anca é uma intervenção amplamente utilizada que permite às pessoas o regresso à mobilidade de forma precoce e segura, melhorando a autonomia e qualidade de vida das mesmas.

O EEER é dotado de competências essenciais neste contexto, orientando a sua prática clínica para a recuperação funcional da pessoa, através de técnicas como a mobilização precoce, o levantar e a marcha com ajuda técnica, sendo essencial na prevenção de complicações associadas à imobilidade prolongada no leito e no regresso seguro da pessoa ao seu contexto de vida no domicílio.

No que respeita à metodologia utilizada, a componente clínica do relatório seguiu uma abordagem descritiva e reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica em diversas fontes, como documentos legislativos e jurídicos, artigos científicos, livros e revistas, não descurando a reflexão crítica sobre práticas desenvolvidas. A vertente de investigação foi desenvolvida com base na metodologia de *scoping review* preconizada pelo *Joanna Briggs Institute*, garantindo rigor científico nos processos de identificação, seleção e síntese da evidência existente. A conjugação destas duas vertentes permitiu uma análise global e integrada, articulando a dimensão prática da formação especializada com a produção de conhecimento científico relevante para a Enfermagem de Reabilitação.

**Parte I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

A realização de estágios, articulados com a componente teórica previamente adquirida, constituem um elemento fundamental no desenvolvimento e na consolidação do profissional de saúde, ao possibilitar a aplicação prática dos conhecimentos desenvolvidos ao longo do percurso formativo. As experiências vivenciadas ao longo desses contextos contribuem significativamente para o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem de Reabilitação, alicerçadas numa adequada avaliação da pessoa e na implementação de planos de cuidados individualizados.

No decorrer da componente prática, a Teoria das Transições de Afaf Meleis demonstrou-se um referencial teórico fundamental que permitiu compreender os processos de transições vivenciados pelas pessoas no decorrer das suas vidas. A teoria de Meleis permite ao Enfermeiro intervir, orientar e detetar de forma precoce alterações de vulnerabilidade causadas por processos de transição, permitindo ao profissional de saúde planear e adequar intervenções com a finalidade de apoiar a pessoa na adaptação às novas condições impostas e a vivenciar o processo de transição de forma saudável (Meleis, 2010).

As transições podem ser decorrentes de várias alterações no estado de saúde, classificando-se em: saúde-doença, desenvolvimento, situacional e organizacional. O modo como as transições são vivenciadas, reflete-se diretamente nos resultados em saúde, estando estes dependentes apenas das características individuais da pessoa. Fatores extrínsecos como o contexto e meio envolvente onde a pessoa está inserida, bem como o apoio adequado familiar e suporte emocional, assumem-se como elementos facilitadores de uma vivência positiva da transição. No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, a Teoria das Transições revela-se particularmente pertinente, ao sustentar intervenções orientadas para a melhoria da qualidade de vida de pessoas que apresentam limitações funcionais, que podem ser temporárias ou permanentes (Meleis, 2010).

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório, incluído no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu. Os contextos de estágio desenvolvem-se em ambiente hospitalar e comunitário, nos seguintes contextos: neurológico vascular e degenerativo, neurológico traumático e ortotraumático e reumatológico, decorrendo estes entre o dia 24 de fevereiro de 2024 e 4 de julho de 2025, finalizando um total de 408 horas de contacto.

Cada local de estágio, apresentou desafios distintos e características e métodos de trabalho diferentes revelando-se cruciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me desenvolver competências específicas e comuns relacionadas à Enfermagem Especializada em Reabilitação, tendo por base de orientação o documento dos Padrões de Qualidade preconizados pela ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O contacto direto com as várias equipas multidisciplinares bem como a oportunidade de explorar e prestar um leque diversificado de cuidados, permitiram-me aprimorar competências relacionais que se tornaram agentes facilitadores na relação terapêutica estabelecida com a pessoa. Estes estágios proporcionaram ainda uma visão abrangente sobre as necessidades da pessoa no processo de reabilitação, criando oportunidades de abordar competências como o avaliar, planear, implementar e adequar as intervenções direcionadas à Enfermagem de Reabilitação.

Ao longo deste capítulo, é realizada uma breve apresentação de cada local de estágio incluindo as suas características estruturais e funcionais, bem como o papel desempenhado pelo EEER. As experiências vivenciadas e as aprendizagens adquiridas nos vários locais forneceram uma base para a realização das reflexões que se apresentam de seguida.

1.1. Estágio em contexto Neurológico Traumático

O estágio na componente neurológica traumática decorreu no serviço de Neurocirurgia B da Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS), localizado no 4.º piso do Polo HUC, com uma lotação de 29 camas. Este serviço encontra-se direcionado para a prestação de cuidados especializados a pessoas com patologia neurocirúrgica, nomeadamente traumatismos crânio-encefálicos (TCE), aneurismas rotos e não rotos, lesões ocupantes de espaço e traumatismos vertebromedulares (TVM). Apresenta como área de cobertura toda a região centro, recebendo pessoas provenientes do Serviço de Urgência, de outros serviços da instituição e de outras unidades hospitalares. A equipa de enfermagem é constituída por 41 enfermeiros, dos quais cinco detêm o título de EEER. A restante equipa multidisciplinar é constituída por médicos, fisiatras, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicólogos, técnicos auxiliares de saúde e assistentes sociais.

Relativamente à distribuição diária dos enfermeiros, esta fica a cargo do enfermeiro gestor ou do EEER, integrando seis enfermeiros no turno da manhã, dos quais dois são EEER, três no turno da tarde e dois no turno da noite.

As doenças neurológicas, independentemente da sua etiologia, assumem-se como uma prioridade em saúde, conforme salientado pela Direção Geral da Saúde [DGS] (DGS, 2022). Neste contexto, o EEER desempenha um papel crucial, dada a sua capacidade para identificar diagnósticos de enfermagem orientados para a promoção da independência, autonomia, qualidade de vida, bem-estar e inclusão social da pessoa, bem como para implementar intervenções que previnam incapacidades, promovam a recuperação e maximizem o potencial de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Segundo Oddo et al. (2012), a lesão cerebral traumática pode comprometer a cognição e o comportamento normais ao afetar as conexões funcionais, perturbando a eficiência da comunicação entre as regiões cerebrais. Neste sentido, o cérebro distingue-se do restante organismo por possuir um mecanismo de autorregulação eficiente do fluxo sanguíneo, pelo que qualquer perturbação nesse equilíbrio prejudica a atividade metabólica normal. O TCE tem origem quando uma força externa atinge o crânio, provocando danos no cérebro sem o penetrar. Deste modo, movimentos bruscos e impactos do cérebro dentro do crânio representam algumas das causas comuns deste tipo de lesão, que pode desencadear hemorragia e rutura do tecido cerebral e dos vasos sanguíneos (Chan et al., 2024).

Para além das repercussões físicas, visíveis ou não, o TCE pode comprometer de forma significativa a qualidade de vida da pessoa. Assim os défices cognitivos, as lesões internas e as alterações psicológicas associadas, podem interferir de forma prejudicial na autonomia da pessoa na satisfação das suas atividades de vida diária, bem como nos processos de reintegração familiar e social (McKee et al., 2013).

Em resposta ao referido, a intervenção do EEER assume particular relevância devido à complexidade das situações clínicas e ao elevado grau de dependência funcional frequentemente associado. A sua atuação é orientada por uma abordagem multidimensional e centrada na pessoa, sustentada na avaliação especializada, no planeamento de cuidados e na implementação de intervenções de reabilitação ajustadas à condição clínica da pessoa, sem descuidar a dimensão emocional inerente ao processo de transição saúde-doença (Campuzano & Ortiz, 2025).

No serviço supracitado, o EEER desenvolvia diversas intervenções destacando-se, na componente motora, a mobilização musculoesquelética, o treino de transferências, o treino de marcha com recurso a auxiliares de marcha e o treino de correção postural e de equilíbrio. Na componente respiratória, eram implementadas intervenções de reeducação funcional respiratória, técnicas de tosse assistida com recurso a dispositivos como o *cough assist*, treino

de limpeza e manutenção da permeabilidade das vias aéreas e treino ventilatório com recurso a mecanismos como o espirómetro de incentivo.

Como instrumentos de avaliação inerentes à componente neurológica traumática, o EEER recorre à utilização de escalas como a Escala de Glasgow e a Medida de Independência Funcional (MIF).

A Escala de Glasgow é um instrumento essencial para a avaliação da pessoa com TCE, permitindo estabelecer, de forma rápida e rigorosa, o estado de consciência e a gravidade da lesão. Madjan et al, (2017) referem que a Escala de Glasgow é uma das principais medidas da gravidade de lesões como TCE, evidenciando que *scores* iniciais mais baixos representam situações de maior gravidade clínica e funcional.

Por sua vez, em complementaridade, a MIF é relevante na fase da reabilitação da pessoa, permitindo identificar e quantificar o grau de independência funcional na componente cognitiva e motora (Howrey et al., 2017).

Durante este estágio, foi possível acompanhar pessoas com situações clínicas decorrentes de eventos traumáticos graves, nomeadamente os Traumatismos Vertebro Medulares (TVM) e os TCE. O TVM é uma lesão traumática que afeta a coluna vertebral e que pode originar comprometimento das funções motoras sensitivas e autonómicas da pessoa, com repercussões temporárias ou permanentes (OMS, 2024).

Nos casos de TVM, no momento da admissão, o EEER realizava uma avaliação aprofundada do comprometimento sensitivo e motor, com o objetivo de identificar o nível da lesão e o grau de funcionalidade comprometida, recorrendo, para tal, à escala da *American Spinal Injury Association* (ASIA).

No que respeita às intervenções desenvolvidas em pessoas com TVM, os EEER devem intervir de forma precoce assim que o estado clínico da pessoa seja considerado estável.

O EEER implementa e monitoriza planos de enfermagem diferenciados centrando-se na mobilização musculoesquelética, treino de transferências, treino de equilíbrio corporal e promoção de autonomia na realização das atividades de vida diária com o objetivo de facilitar a reintegração social. A educação para a saúde é um foco essencial, uma vez que, através dos ensinamentos o EEER capacita a pessoa e a sua família/cuidadores face à sua nova condição clínica, às limitações funcionais e ao grau de dependência instalado. Neste sentido, o EEER identifica o potencial de cada pessoa, promove a maximização das capacidades funcionais e promove a

aceitação da pessoa ao seu novo estilo de vida, potenciando a sua autonomia e satisfação pessoal.

É fundamental o registo diário das intervenções de enfermagem de reabilitação, recorrendo-se à plataforma *SClinic* segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Os exames complementares de diagnóstico são também consultados no sistema informático supracitado possibilitando a avaliação funcional e clínica da pessoa para sustentação das intervenções a desenvolver.

O método de trabalho adotado corresponde ao método individual, no qual cada enfermeiro assume, de forma autónoma, o planeamento, a execução e a avaliação dos cuidados. Esta organização favorece a continuidade dos cuidados, minimiza a perda de informação e reduz o risco de fragmentação dos cuidados. Embora cada enfermeiro mantenha a responsabilidade pelas intervenções prestadas, a colaboração entre colegas é assegurada sempre que a situação clínica da pessoa ou as necessidades do serviço assim o exigem.

Este contexto de estágio constituiu uma oportunidade particularmente relevante para o desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem de reabilitação neurológica traumática, representando uma mais valia significativa para a minha formação académica e profissional.

1.2. Estágio em contexto Neurológico Vascular e Degenerativo

O estágio na componente neurológica vascular e degenerativa decorreu no serviço de Neurologia C da ULS de Coimbra, situado no piso 1 do Polo HUC, com uma lotação de 21 camas, distribuídas por cinco quartos individuais, três quartos duplos e os restantes triplos. Este serviço recebe, maioritariamente, pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), provenientes do Serviço de Urgência ou de outras unidades hospitalares. Apresenta ainda a particularidade de integrar uma Unidade de AVC com oito camas, destinada ao acompanhamento de pessoas em fase aguda, frequentemente com maior instabilidade hemodinâmica e neurológica, submetidas a terapêuticas como fibrinólise, medicação para controlo tensional ou procedimentos intra-arteriais, como a trombectomia. Esta unidade recebe pessoas de diferentes unidades hospitalares da região centro e tem uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros (incluindo EEER), terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e técnicos assistentes de saúde.

Os registos de enfermagem, à semelhança de outros contextos de estágio, são realizados no sistema informático *SClinic*, o qual reúne todas as ferramentas de consulta de exames complementares de diagnóstico essenciais na prática clínica adequada do EEER.

No âmbito da reabilitação, encontram-se habitualmente três EEER em prestação de cuidados diferenciados, distribuídos entre a Unidade de AVC e a enfermaria. Após a alta clínica, uma parte significativa das pessoas internadas é encaminhada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para unidades de Reabilitação Geral de Adultos ou para centros de reabilitação, nomeadamente o Centro de Reabilitação Rovisco Pais, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados.

A generalidade das pessoas internadas neste serviço apresentavam sequelas graves como hemiparésias, hemiplegias, alterações do equilíbrio, espasticidade, compromissos sensitivos e motores bem como alterações na deglutição (disfagia) e na comunicação (afasia, disartria).

No contexto neurológico vascular e degenerativo, a enfermagem de reabilitação assume um papel crucial na prestação de cuidados individualizados e ajustados à condição funcional da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Doenças neurológicas como o AVC apresentam elevada prevalência e estão frequentemente associadas a alterações motoras, cognitivas, comunicacionais e emocionais (Campuzano & Ortiz, 2025).

A intervenção do EEER neste serviço era ampla sendo realizada uma avaliação minuciosa das pessoas, recorrendo a instrumentos específicos como a *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), a Escala de Coma de Glasgow, a escala de força muscular da *Medical Research Council* (MRC) e a escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), utilizada na avaliação do risco de aspiração associado à disfagia.

Os planos de intervenção terapêutica realizados incluíam a reeducação funcional motora, nomeadamente as mobilizações músculoarticulares, treinos de equilíbrio, treino de marcha com e sem recurso a dispositivos de apoio, treino de subida e descida de escadas, bem como treino de destreza manual e estimulação cognitiva associada à realização das atividades de vida diária.

Na deglutição o EEER apoiava as pessoas com défices em todas as suas refeições, avaliando a disfagia, ajustando as consistências da alimentação e providenciando ensinamentos essenciais à pessoa com comprometimento da deglutição. Eram realizados treinos de correção postural e sensoriais, com o objetivo de promover uma deglutição mais segura e eficaz. Para

além do mencionado, diariamente o EEER realizava treinos de atividades de vida diários, ajustando os recursos técnicos disponíveis e trabalhando para aumentar a autonomia da pessoa.

Em complementaridade, do ponto de vista das alterações do foro respiratório realizavam-se treinos de reeducação funcional respiratória, salientando-se a dissociação de tempos respiratórios, a reeducação diafragmática, o ensino de técnicas de tosse assistida e limpeza da via aérea.

No que concerne à componente da capacitação, esta apresentava-se como um pilar central da intervenção do EEER na pessoa e sua família. No decorrer do internamento eram realizados vários ensinamentos relativamente à utilização de ortóteses de apoio, aos treinos e apoios necessários nos autocuidados e à prevenção de complicações, optando sempre por tranquilizar a família e esclarecer acerca de todas as dúvidas que estas apresentavam.

Quanto a situações do foro neurológico degenerativo, as oportunidades foram reduzidas, contudo ainda tive oportunidade de contactar com pessoas com doença de Alzheimer, o que me permitiu consolidar conhecimentos acerca desta patologia caracterizada pela perda progressiva da funcionalidade. A intervenção do EEER incidiu na preservação das capacidades remanescentes da pessoa, na maximização da qualidade de vida e no apoio à adaptação familiar.

1.3. Estágio em contexto Ortopedico e Reumatológico

O estágio de ortopedia decorreu no serviço de ortopedia F, do Hospital Geral dos Covões, inserido na ULS Coimbra. Este serviço está situado no piso -2 e possui uma lotação de 20 camas. É um serviço direccionado à prestação de cuidados especializados dirigidos a pessoas que sofreram uma fratura. A maioria das pessoas em contexto de internamento são idosos, provenientes do serviço de urgência, após queda no domicílio ou na instituição de acolhimento da qual resultou algum traumatismo do esqueleto apendicular.

O serviço de Ortopedia F é composto por 5 enfermarias de 3 camas, 2 enfermarias de 2 camas e 1 enfermaria com apenas um quarto (quarto de isolamento). A equipa multidisciplinar é constituída por médicos ortopedistas e fisiatras, técnicos auxiliares de saúde e enfermeiros.

A equipa de enfermagem é composta por 25 enfermeiros, dos quais 4 desempenham funções exclusivas de enfermagem de reabilitação. No turno da manhã, estão presentes 2 EEER mais 4 enfermeiros de cuidados gerais e 1 enfermeiro em função de gestão. Na tarde,

existem 3 enfermeiros de cuidados gerais, sendo que um acumula também a função de coordenação. No que toca ao turno da noite, a enfermaria fica ao encargo de 2 enfermeiros generalistas sendo que um assume também a função de coordenação.

Os registos e a consulta de exames complementares de diagnóstico são realizados na plataforma clínica *SClinic*. Tal como em outros contextos clínicos, é utilizada a CIPE, com o objetivo de padronizar a linguagem utilizada em enfermagem.

O serviço dispõe de uma variedade de material de apoio à reabilitação, nomeadamente dispositivos auxiliares de marcha (canadianas, andarilhos), aparelhos de tala dinâmica, escadas para treino de subir e descer escadas, pedaleiras, halteres para fortalecimento muscular, espelho quadriculado para correção de postura e barras de apoio à deambulação. O material anteriormente mencionado encontra-se dividido pela enfermaria e pelo ginásio de apoio.

No decorrer deste estágio surgiu a oportunidade de participar ativamente na avaliação funcional e na realização de planos de intervenção individualizados a cada diagnóstico e condição da pessoa. Aliada à reabilitação motora, devido à tipologia das pessoas internadas, tive a oportunidade de trabalhar e aperfeiçoar técnicas de cinesiterapia respiratória, recorrendo a dispositivos como o espirómetro de incentivo.

A intervenção do EEER neste serviço compreende a prestação de cuidados ortotraumatológicos a pessoas que apresentam, no âmbito traumatológico, fraturas de membro superior e inferior, na sua maioria, fraturas de fémur, tíbia, bimaléolares e trimaleolares, fraturas do úmero e rádio. Relativamente à componente ortopédica de natureza degenerativa, são igualmente acompanhadas pessoas com diagnóstico de coxartrose ou gonartrose. A abordagem terapêutica adotada varia em função da gravidade da lesão, podendo a equipa médica optar por tratamento cirúrgico ou por uma estratégia conservadora.

Assim sendo, a intervenção do EEER no serviço enquadra-se em quatro dimensões. A primeira relacionada com a vertente de avaliação inicial, através da realização de uma avaliação funcional inicial, onde através da palpação inspeção e observação direta se deteta deformações, situações de risco de rigidez articular e se realiza um planeamento adequado das intervenções para a pessoa.

A segunda dimensão associada à componente motora, onde após um controlo adequado da dor, se procede à avaliação de força muscular através da aplicação da MRC, à implementação de exercícios músculoarticulares passivos, ativos e ativos-assistidos, por vezes

com recurso a tala dinâmica, bem como exercícios isotónicos e isocinéticos que permitam o reforço muscular de grupos enfraquecidos e uma boa manutenção da amplitude articular, avaliada através da goniometria. O EEER neste contexto previne ainda a atrofia muscular e realiza treinos de equilíbrio estático e dinâmico que permitem a prevenção de quedas e um melhor sucesso dos treinos de marcha em plano horizontal e no subir e descer escadas.

A terceira, associada ao processo de capacitação da pessoa e do seu cuidador na gestão da sua nova condição, na transição saúde-doença vivenciada, recorrendo a ensinamentos dirigidos à continuidade do plano de reabilitação, nomeadamente, despiste de sinais de alerta, precauções de segurança e exercícios de reeducação funcional motora a manter, capacitando as pessoas na autogestão da sua condição no domicílio. Esta intervenção assume particular importância no momento do regresso a casa da pessoa, permitindo altas clínicas mais seguras e uma continuidade correta dos cuidados, sendo para isso imprescindível a articulação com a equipa multidisciplinar e as equipas domiciliárias.

Por fim, a quarta vertente aborda o aparelho respiratório. Dada a idade avançada da população que se encontra internada no serviço, aliada ao fator da imobilidade no leito devido à sua condição de saúde (fraturas), recorre-se à reabilitação funcional respiratória, nomeadamente à cinesiterapia, com o objetivo final de prevenir complicações, agudizações e permitir à pessoa ser intervencionada no período mais curto possível. Além do mencionado, o EEER apoia na reexpansão pulmonar e no assegurar uma permeabilidade das vias aéreas eficiente, evitando agravamento respiratório, fator comum em pessoas com patologia do foro ortopédico, idosos e em repouso no leito.

Transversalmente a estas quatro dimensões, a avaliação contínua da evolução funcional da pessoa permite reajustar o plano de cuidados, garantindo a adequação das intervenções implementadas e promovendo a maximização da independência e da funcionalidade.

1.4. Estágio em contexto Comunitário

Para além do contexto hospitalar, tive oportunidade de realizar estágios em contextos comunitários com a duração de 166 horas totais, nomeadamente, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) pertencente a uma Unidade Cuidados Continuados (UCC) e numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). O estágio na ECCI, em particular, proporcionou-me a oportunidade de prestar cuidados de forma mais próxima no

domicílio, favorecendo uma compreensão mais aprofundada das necessidades das pessoas no contexto comunitário.

O estágio em contexto de UCCI decorreu na UCCI Cantanhede, inserida no Hospital Arcebispo João Crisóstomo. As UCCI, são unidades que se destinam a pessoas que, após doença aguda ou agravamento de doenças crónicas, apresentam dependências que requerem cuidados médicos e de enfermagem permanentes, assim como reabilitação intensiva (OE, 2020). O serviço divide-se em dois pisos, ambos referentes a Unidade de Convalescença e a admissão nesta tipologia de unidades é feita através de referenciação hospitalar ou proveniente dos cuidados de saúde primários da área de residência da pessoa.

Por sua vez, o estágio referente à ECCI, decorreu no Centro de Saúde Norton de Matos, unidade pertencente à ULS Coimbra, que integra uma UCC, representando uma valência inserida na RNCCI.

As UCC têm como missão a prestação de cuidados domiciliários e comunitários à população mais vulnerável e em situação de dependência.

Atualmente, o Centro Saúde Norton Matos é constituído por três Unidades de Saúde Familiar: Briosas, Pulsar e Norton de Matos, e pela Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos. A missão desta unidade de saúde engloba a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidade móveis de intervenção.

A ECCI é composta por profissionais de diversas áreas e atua sob a responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, prestando assistência no domicílio. Caracteriza-se por avaliações abrangentes e cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e apoio social. Através das equipas domiciliárias, as pessoas recebem cuidados personalizados nas suas casas, no seu ambiente de conforto, permitindo a potencialização dos resultados obtidos e, além disso, o convívio com outras pessoas. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, EEER, assistente social, psicóloga e médico. A referenciação pode ser realizada através do hospital, caso a pessoa se encontre internada num hospital do Serviço Nacional de Saúde ou pelo médico de família, se a pessoa estiver no domicílio.

Neste estágio surgiu a oportunidade de colaborar em alguns programas a cargo dos Enfermeiros de Reabilitação. O “Reabilitar a Comunidade”, que é um Programa de

Enfermagem de Reabilitação ao longo do ciclo vital nos três níveis de prevenção e tem como objetivo promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida. A população alvo, deste programa, são as pessoas inscritas nas Unidades de Saúde que sejam portadores de limitação funcional ou de doença osteoarticular com necessidade de cuidados de reabilitação. O “Casa Segura para Idosos” é um programa de prevenção de acidentes domésticos dirigido a pessoas idosas, que tem como objetivo promover a segurança e prevenir a ocorrência de acidentes domésticos, no sentido de obter ganhos em anos de vida com autonomia e independência. O programa “Anos de Vida Q(ualidade)” é um Programa de Envelhecimento Ativo, que tem como finalidade reduzir e adiar a incapacidade causada pelo envelhecimento, contribuindo para a qualidade e independência de vida dos idosos e diminuir o isolamento social e risco de depressão.

No que toca às patologias mais frequentes são idênticas em ambos os contextos, dado que a população que carece de cuidados é semelhante, identificando essencialmente pessoas idosas que sofreram um AVC, eventos traumáticos que provocaram fraturas da extremidade proximal do fémur ou agravamento de doenças respiratórias prévias que necessitam de reabilitação respiratória. Neste contexto tive a possibilidade de aplicar conhecimentos abrangentes associados às áreas de ortopedia, neurologia e cardiorrespiratória.

A prática de EEER nos contextos supracitados, prioriza a dependência no autocuidado, objetivando a melhoria da autonomia da pessoa com limitações. Para tal, no decorrer do estágio foi realizada reabilitação motora, bem como a reabilitação respiratória. O EEER, intervém junto das pessoas em processo de recuperação de situações agudas ou em situações de adaptação a condições crónicas incapacitantes. A sua intervenção centrava-se na mobilização e promoção da autonomia e independência nas atividades de vida diária.

Além do mencionado, a intervenção do EEER assume particular importância na capacitação dos cuidadores, através do ensino e treino do mesmo, fomentando a aquisição de competências que permitam a continuidade de cuidados no período de ausência de um profissional de saúde. A preparação para a alta é também realizada pelo EEER.

No decorrer da minha vida profissional, já tive a oportunidade de exercer em UCCI e, na maioria do tempo profissional em contexto hospitalar. O estágio em contexto comunitário revelou-se notavelmente proveitoso pois não tinha tido, até então, contacto prático com esta área de intervenção, nem plena perceção da sua relevância.

A passagem por estes contextos de prestação de cuidados permitiu-me reconhecer a existência de uma lacuna significativa ao nível da comunicação entre as unidades hospitalares, as UCCI e os cuidados domiciliários. A comunicação eficaz na transição de cuidados é determinante para assegurar a continuidade assistencial com qualidade e segurança, sendo este um tema que suscitou em mim particular interesse e preocupação.

Enquanto enfermeiro, a exercer funções em contexto ortopédico, constato que muitas pessoas, após tratamento cirúrgico, são encaminhadas para UCCI com o objetivo de manter programas de reabilitação adequados. No entanto, verifiquei que, inclusivamente na minha instituição, existiam fragilidades na transmissão de informação clínica no momento da alta, comprometendo a eficácia da transição e influenciando negativamente a continuidade dos cuidados. Desde então, passei a adotar uma postura mais proativa na minha prática clínica diária, assegurando, sempre que ocorre uma alta, o contacto direto com as UCCI para onde as pessoas são transferidas, com o intuito de garantir uma comunicação clara, completa e facilitadora da continuidade dos cuidados.

Em suma, estes estágios reforçaram a perceção da importância do EEER não apenas em contexto hospitalar, como em todas as outras instituições de saúde. A intervenção especializada é fundamental na promoção da saúde e continuidade dos cuidados. A capacidade de adaptação do EEER permite uma abordagem de intervenções ajustadas à realidade e ao espaço físico onde a pessoa se insere.

2. Enquadramento Teórico e Concetual

No contexto das atividades de vida diária, a articulação coxofemoral desempenha um papel fundamental na capacidade funcional da pessoa. Assim, perante a presença de dor, limitações ou a necessidade de recuperação no período pós-operatório, torna-se necessária uma intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), sustentada em referenciais teóricos que orientem a prestação de cuidados centrados na pessoa, nas suas necessidades e nos processos de transição que vivencia. Neste sentido, os modelos teóricos e concetuais assumem-se como pilares estruturantes do conhecimento em enfermagem, uma vez que, alicerçados numa base teórica consistente, sustentam a prática clínica, bem como a formação e a investigação (Meleis, 2018).

As teorias de enfermagem constituem um suporte essencial à prática clínica e aos desafios da investigação, funcionando como base estruturante do processo de enfermagem. Ao permitirem organizar e sistematizar os conhecimentos da profissão, contribuem para uma prestação de cuidados mais consciente, crítica e fundamentada (Boura, 2021). Neste âmbito, a ciência da enfermagem assenta em paradigmas entendidos como um conjunto de crenças, valores e metodologias que caracterizam a profissão e orientam a sua evolução. Estes paradigmas não são estáticos, podendo sofrer alterações ao longo do tempo, à medida que emergem novas evidências científicas que desafiam e reformulam os pressupostos anteriormente estabelecidos (Brandão & Lopes, 2023).

A elaboração de modelos concetuais em enfermagem é um processo dinâmico em constante evolução, no qual as teorias que fornecem a base da prática da enfermagem são reinterpretadas de acordo com as descobertas e dados científicos mais atuais (Notarnicola et al., 2024). Assim sendo, torna-se necessária a evolução das teorias de enfermagem com a finalidade de guiar as transições vividas pela população. Nesse sentido, surge a necessidade de enquadrar a Teoria das Transições de Afaf Meleis, referencial teórico amplamente utilizado, que orienta a prática dos enfermeiros, com um especial enfoque e cuidado nos diversos processos de transição vivenciados pelas pessoas, intervindo e facilitando adaptações estáveis e saudáveis.

Afaf Meleis apresenta a Teoria das Transições como um modelo que pretende analisar as mudanças significativas que ocorrem durante o ciclo de vida de uma pessoa (Meleis, 2010), considerando que os processos de transição são complexos e singulares dependendo da perspetiva de cada pessoa perante certa transição (Guimarães & Silva, 2016).

As transições podem ser classificadas quanto ao seu tipo, padrões e propriedades. No contexto prático da reabilitação a transição mais vivenciada é a situação de transição saúde-doença (Guimarães & Silva, 2016). O EEER possui um papel preponderante na facilitação deste tipo de processo de transição, fornecendo apoio e estratégias centradas nas necessidades da pessoa. Cada pessoa é única e tem a sua forma de lidar com as situações que vivencia. É imprescindível que o EEER tenha a capacidade de consciencializar a pessoa para a mudança de forma a obter um processo de transição saudável. Se a consciencialização não se verificar, o processo de transição não foi aceite e conseguido. O EEER deve estar alerta e envolver a pessoa em todo o processo de cuidados, envolvendo-a no processo de mudança e estabelecendo uma relação mútua de compromisso e respeito (Boura, 2021). Outro fator essencial a ter em conta, prende-se com a necessidade de conhecer os condicionantes pessoais de cada pessoa, fatores que podem afetar de forma positiva ou negativa o processo de transição. Todas as transições desencadeiam mudanças e para compreendê-las é fundamental identificar os efeitos e os seus significados (Guimarães & Silva, 2016).

Em consonância com a Teoria das Transições, a literatura defende que, para que a pessoa consiga ultrapassar e adaptar-se a novas vivências, é fundamental integrar os desafios emergentes no seu quotidiano. Neste processo, a pessoa tende a reinventar-se e a desenvolver recursos essenciais que lhe permitam vivenciar as transições de saúde de forma mais adaptativa e saudável (Boura, 2021). Neste contexto, o profissional de enfermagem deve manter uma presença contínua ao longo de todo o processo de transição, apoiando a pessoa e a sua família na superação consciente dos desafios, disponibilizando estratégias adaptativas e promovendo a sua capacitação. Assim, com recurso à Teoria de Afaf Meleis, o enfermeiro dispõe de um referencial que lhe permite analisar o processo de transição, compreender os fatores envolvidos e intervir de acordo com as necessidades da pessoa, contribuindo ativamente para a promoção da saúde (Boura, 2021).

Paralelamente, surge a necessidade de abordagem de outras teorias de enfermagem, com particular relevância para a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. De acordo com Orem (2001), os sistemas de enfermagem representam um conjunto de abordagens e estratégias que pretendem dar resposta às limitações de cada pessoa, tendo em conta o potencial da mesma e a carência individual que apresenta. Essas intervenções são orientadas tanto pelas carências específicas de cada pessoa quanto pela sua capacidade de participar ativamente no cuidado de si mesma.

Orem reconhece três tipos de sistemas de enfermagem: (1) Sistema Totalmente Compensatório, aplicável quando a pessoa não consegue realizar/satisfazer qualquer forma de autocuidado, dependendo integralmente de terceiros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar; (2) Sistema Parcialmente Compensatório, no qual o enfermeiro e a pessoa partilham a responsabilidade pelo autocuidado, sendo o enfermeiro responsável por compensar as limitações da pessoa através da realização parcial das atividades; e (3) Sistema de Apoio/Educação, destinado a pessoas com capacidade para o autocuidado ou com potencial para as desenvolver, apresentando apenas uma necessidade de orientação, incentivo e instrução profissional para promover a sua autonomia (Orem, 2001).

A enfermagem de reabilitação encontra-se diretamente relacionada com a teoria de Orem, atuando na capacitação da pessoa e na promoção de autonomia da mesma através da realização de ensinamentos. A capacitação é definida como um processo dinâmico entre o profissional de saúde e a pessoa, centralizado na promoção da autonomia e independência funcional da mesma no decorrer das transições saúde-doença (Sousa et al., 2020). A educação da pessoa é um processo que passa pela construção e aquisição de conhecimentos e pela capacidade de desenvolver habilidades pessoais. O capacitar é um conceito multidimensional que envolve vários domínios (cognitivo, físico, material) que surge através do treino, ensino e desenvolvimento de capacidades e estratégias que permitam à pessoa entender a sua condição e controlá-la de forma autónoma (Sousa et al., 2020).

Relacionando as duas teorias expostas anteriormente, é possível perceber que a teoria de Orem complementa a teoria de Meleis, uma vez que, enquanto que Meleis enfatiza a necessidade de apoiar as pessoas a vivenciar processos de transição, Orem foca-se na necessidade de complementar e ajudar as pessoas a realizar os seus próprios cuidados, satisfazer as suas necessidades básicas. A intervenção do enfermeiro torna-se assim, necessária e essencial na vida da pessoa, sempre que esta não reúne as condições e capacidades para atender às suas próprias necessidades (George, 2014). A recuperação funcional mediante a capacitação da pessoa, a potencialização das capacidades, a prevenção de complicações e a autossatisfação da pessoa para conseguir realizar as suas tarefas comprovam a relevância da intervenção (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

Além da transmissão de conhecimentos, o processo de capacitação permite à pessoa obter capacidades para gerir ativamente a sua condição de saúde, atingindo uma maior autonomia funcional e tomadas de decisões mais acertadas (Sousa et al., 2020). O EEER assume um papel preponderante ao se apresentar como agente facilitador das aprendizagens, sendo

dotado de ferramentas que permitem adequar as intervenções e materiais educativos existentes, às capacidades que a pessoa e a sua família apresentam. Desta forma, o processo de transição e adaptação à nova condição fica mais simples, traduzindo-se numa melhor qualidade de vida das pessoas cuidadas (Sousa et al., 2020).

Os enfermeiros, em especial os EEER, são pilares fundamentais na capacitação da pessoa e sua família a partir do conhecimento desta área do saber. Aliadas às intervenções do EEER a família representa uma componente crucial na transição de cuidados seguros e num planeamento de alta hospitalar bem estruturado.

Neste contexto, o planeamento da alta clínica deve ser iniciado de forma precoce, pois a antecipação e planeamento deste momento permite desde cedo a otimização dos recursos existentes, tendo em conta as necessidades individuais da pessoa e da família. Uma preparação de alta bem sucedida, permite reunir os meios existentes, garantindo uma continuidade de cuidados seguros e promovendo ganhos em saúde (Registered Nurses' Association of Ontario, 2023).

Finalizando, garantir transições de cuidados seguras e eficazes não só conduz a melhores desfechos clínicos, como também se reflete num aumento da satisfação da pessoa que carece de cuidados e da sua família.

3. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

O percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios integrados no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação constituiu uma etapa determinante no meu crescimento pessoal, profissional, técnico e científico. Este processo traduziu-se na consolidação e ampliação de conhecimentos, bem como na aquisição de aprendizagens significativas, marcadas pela constante necessidade de adaptação às diferentes realidades da prática clínica, pela integração de saberes e pelo exercício contínuo de reflexão crítica.

Perante a crescente necessidade e exigência de desenvolvimento profissional na área da saúde, a formação contínua e as especializações assumem um papel fundamental, ao garantirem a atualização permanente de conhecimentos e a excelência da prática clínica, assegurando que esta se mantém alinhada com os mais recentes avanços científicos. De acordo com Ribeiro et al. (2024), a educação contínua está associada a maiores níveis de retenção e satisfação dos profissionais, bem como à redução do *turnover*, contribuindo para a promoção da estabilidade e da eficiência nas unidades de saúde. Contudo, apesar da relevância amplamente reconhecida na literatura, muitos profissionais de saúde enfrentam obstáculos no acesso à formação e ao desenvolvimento pessoal, nomeadamente a escassez de recursos e a limitação de tempo e de apoio institucional, fatores que podem impactar de forma negativa a qualidade dos cuidados prestados à população (Ribeiro et al., 2024).

A formação contínua reveste-se de particular importância no percurso dos enfermeiros, possibilitando-lhes o aprofundar conhecimentos e competências que permitam dar respostas eficazes para as necessidades das pessoas a quem são prestados os cuidados.

Além de contribuir para o desenvolvimento pessoal, a formação contínua representa um compromisso ético com a profissão e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Apesar da importância comprovada pela literatura acerca da temática, não existem protocolos formativos normativos do percurso dos enfermeiros, pelo que a responsabilidade do trajeto profissional ao longo do seu ciclo de vida profissional é do dever dos mesmos (Rodrigues et al., 2012). A área da enfermagem encontra-se em constante mudança, quer a nível tecnológico, quer científico, o que exige destes profissionais uma procura contínua de atualização de conhecimentos teóricos e práticos, tal como refere o Regulamento do Exercício Profissional (OE, 2019).

Reforçando esta perspetiva, Cestari (2003) destaca que a aprendizagem em enfermagem deve ser entendida como um processo dinâmico e crítico, no qual o profissional é

continuamente incentivado a integrar evidência científica e a desenvolver competências teóricas e técnicas na sua prática. O enfermeiro assume-se, assim, como um profissional dotado de elevada capacidade de adaptação aos diferentes contextos clínicos, característica essencial para um desenvolvimento profissional consistente e sustentado (Cestari, 2003).

O desenvolvimento da profissão de enfermagem encontra-se perfeitamente alinhado com um dos documentos orientadores, que regem a profissão: os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Definidos pela OE como um referencial essencial na prestação de cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa, estes padrões constituem um guia estruturante para a prática profissional. Entre os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional destacam-se: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações no processo de reabilitação da pessoa, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O meu percurso profissional enquanto enfermeiro teve início após a conclusão da licenciatura em Enfermagem, em 2022, momento a partir do qual iniciei a minha prática clínica como enfermeiro de cuidados gerais. No meu primeiro contexto de trabalho, e face às circunstâncias vivenciadas nesse período, integrei uma equipa de enfermagem que prestava cuidados e apoio a lares em situação de surto de COVID-19, tendo igualmente colaborado nas equipas de vacinação dos centros de saúde. Posteriormente, surgiu a oportunidade de exercer funções numa residência para pessoas idosas e numa UCCI de grande dimensão, na região centro, onde desenvolvia intervenções diversificadas no âmbito dos cuidados de enfermagem. Foi sobretudo nestes dois contextos que comecei a evidenciar um interesse crescente pela área da reabilitação, interessando-me pelo apoio e acompanhamento contínuo das pessoas e pelo trabalho orientado para a promoção da autonomia funcional.

A decisão de ingressar no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação surgiu quando entrei para o serviço onde ainda hoje me encontro, o serviço de ortopedia. O contacto próximo com os colegas da área da reabilitação, a motivação para adquirir conhecimentos específicos e a perceção do impacto significativo que o EEER tem na vida das pessoas constituíram os principais pilares desta escolha. Embora a minha trajetória profissional ainda seja relativamente recente, as experiências acumuladas nos diferentes contextos onde exerci funções permitiram-me consolidar conhecimentos teóricos e práticos, bem como aperfeiçoar técnicas e competências relevantes. Este crescimento foi potenciado pela interação contínua

com as equipas de enfermagem, equipas multidisciplinares e, sobretudo, com as pessoas e as suas necessidades específicas.

A prática clínica desenvolvida nos diferentes contextos de estágio, particularmente naqueles de maior complexidade e que exigem respostas céleres, fundamentadas e eficazes, constituiu um elemento central no fortalecimento das minhas capacidades. Este percurso foi determinante para a aquisição e consolidação de competências técnico-científicas, bem como para o aprofundamento da minha capacidade de análise e reflexão crítica sobre a prática profissional.

As equipas multidisciplinares, bem como a comunicação, a confiança e as relações estabelecidas entre os seus elementos, assumiram um papel determinante na minha evolução e na aquisição de aprendizagens significativas. Ao longo dos estágios, procurei integrar-me nas dinâmicas dos serviços, respeitando os diferentes profissionais e adotando uma postura responsável na prestação de cuidados. Esforcei-me por estabelecer relações empáticas e de confiança mútua, tanto com a equipa multidisciplinar como com as pessoas internadas nos contextos onde realizei estágio. Uma equipa multidisciplinar coesa, assente num verdadeiro “espírito de equipa”, torna o trabalho mais fluido e exequível, promovendo um ambiente positivo, colaborativo e motivador (Organization, 2010). Neste sentido, os estágios e os desafios académicos revelaram-se fundamentais ao longo do meu percurso, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento das minhas competências enquanto EEER e Mestre.

A realização do Mestrado permitiu-me aprofundar e consolidar conhecimentos, bem como compreender, de forma mais clara, a relevância da evidência científica, da investigação e da fundamentação teórica na prática da Enfermagem de Reabilitação. A conclusão deste ciclo de estudos constitui um marco significativo no meu desenvolvimento enquanto profissional de saúde e enquanto pessoa. A formação avançada, aliada à necessidade constante de procurar saber mais e melhor, explorando e articulando saberes teóricos e práticos, revela-se imprescindível para os enfermeiros, preparando-os para as múltiplas realidades e desafios inerentes à prática clínica. Neste sentido, a formação contínua e as especializações são amplamente reconhecidas como elementos fundamentais para a atualização permanente e para a excelência da prática clínica dos enfermeiros (Ribeiro et al., 2024).

De acordo com a OE (2010), o EEER deve possuir um conjunto de competências específicas que, articuladas com as competências comuns às diferentes especialidades, lhe

permitam intervir de forma autónoma, responsável e orientada para a promoção da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas. Para que seja atribuído a qualquer enfermeiro o título de Enfermeiro Especialista (EE), é necessário que este demonstre a aquisição e o domínio das competências definidas nos Regulamentos da Especialidade em Enfermagem, bem como das competências comuns do EE (Regulamento n.º 428/2010, 2010).

No âmbito das competências comuns, a OE definiu quatro domínios estruturantes para o exercício do EE: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente às competências específicas do EEER, a OE (2010) caracteriza-as como complementares às competências comuns, traduzindo-se num conhecimento mais aprofundado e diferenciado na sua área de intervenção clínica (Regulamento n.º 428/2010, 2010). Assim, as competências específicas do EEER organizam-se em três domínios: cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A análise crítico-reflexiva que se segue apresenta o meu percurso formativo, evidenciando o impacto das aprendizagens adquiridas no meu desenvolvimento profissional e pessoal, dando ênfase às competências adquiridas e à capacidade de adaptação perante transformações constantes. Os desafios enfrentados foram devidamente ultrapassados, demonstrando-se essenciais no meu crescimento enquanto EEER. O meu foco será sempre procurar a excelência na prestação de cuidados apoiando a minha prática clínica em evidência científica. Este percurso formativo não cessa com o título de Mestre em Reabilitação, mas seguirá como um processo duradouro e contínuo ao longo da minha carreira profissional.

Neste sentido, o processo de aquisição de competências encontra-se estruturado em duas dimensões: as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Segundo o Regulamento nº 140/2019 (pág. 4744), “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”.

Independentemente da área de especialização, o EE deve possuir um conjunto de competências que, de acordo com a OE (2019), decorrem do aprofundamento e da consolidação das aptidões integradas nos domínios de competências definidos para o enfermeiro de cuidados gerais. Estas competências assumem uma natureza transversal, revelando-se pertinentes nos diferentes contextos de atuação e em todos os níveis de prestação de cuidados, sustentando uma prática de elevada qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No que se refere ao perfil de competências comuns, estas estruturam-se, de acordo com o artigo nº 4. do Regulamento n.º 140/2019, 2019, em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio assenta no desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, fundamentando a prestação de cuidados com base em normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Como tal, promove práticas de cuidados de enfermagem que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

Segundo Hamric et al. (2020), o EE é portador de um nível de conhecimento aprofundado, que lhe permite intervir em contextos de maior complexidade que não descuram a necessidade de tomada de decisão ética e deontológica, orientada pela evidência científica. Tal facto, reflete-se tanto na prestação direta de cuidados como na colaboração com as equipas multidisciplinares.

A bioética estabelece diretrizes e princípios orientadores que apoiam os enfermeiros na ponderação de questões éticas inerentes à prestação de cuidados de qualidade, promovendo o respeito pela autonomia da pessoa, a justiça na alocação dos recursos em saúde e a reflexão contínua perante dilemas éticos emergentes na prática clínica. Neste sentido, assume um papel fundamental no exercício profissional, proporcionando ao EE uma base ética consistente para enfrentar situações complexas relacionadas com a saúde e o cuidado (Santos & Magri, 2024).

Ao longo dos diversos contextos de estágio, a responsabilidade profissional constituiu um princípio orientador constante, refletindo-se em cada intervenção realizada, pautada pelo rigor técnico-científico e pelo cumprimento das orientações estabelecidas pela OE, em articulação com os princípios bioéticos da beneficência e da responsabilidade profissional. Assim, a prestação de cuidados assentou no respeito pela vida, pela dignidade humana e pela promoção da saúde e do bem-estar da pessoa, procurando implementar medidas que contribuíssem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para dar resposta a esta premissa, no momento da prestação de cuidados procurei sempre questionar a pessoa quanto à sua aceitação relativamente às intervenções propostas, valorizando o exercício do seu direito de escolha e reforçando a importância do consentimento informado. Desta forma, privilegiei o estabelecimento de uma relação terapêutica assente na empatia, na confiança e no respeito mútuo, reconhecendo a pessoa como elemento central no processo de cuidar.

No que concerne ao respeito pela autonomia, liberdade e dever de informação, assegurei que a pessoa fosse devidamente esclarecida relativamente aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a prestar, garantindo o seu direito ao consentimento informado. Neste âmbito, tornou-se pertinente refletir sobre o facto de o consentimento informado integrar duas dimensões essenciais: a compreensão e o livre consentimento. A compreensão envolve o acesso à informação clara e adequada sobre a situação clínica e sobre as diferentes opções terapêuticas disponíveis. Por sua vez, o livre consentimento corresponde ao ato pelo qual a pessoa, de forma voluntária e esclarecida, aceita uma intervenção com potencial impacto na sua vida e/ou qualidade de vida, seja no contexto terapêutico, seja no âmbito da participação em investigação (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Nos diferentes contextos de estágio, pautei a minha prática pelo respeito e valorização das crenças, valores e hábitos de cada pessoa, reconhecendo-a como um ser único e autónomo, e salvaguardando as suas escolhas no âmbito da vida e da saúde (Entwistle & Watt, 2013). A título exemplificativo, no estágio realizado em Neurologia, prestei cuidados a uma pessoa que sofreu um AVC, do qual resultou uma hemiparésia. Durante a elaboração do plano de cuidados de reabilitação, a pessoa manifestou resistência à realização de determinados exercícios em grupo, referindo sentir-se exposta e desconfortável nessa dinâmica. Perante esta situação, procurei respeitar a sua decisão e, em articulação com a equipa multidisciplinar, procedeu-se ao reajuste do plano de cuidados, privilegiando a realização de exercícios de forma individualizada, garantindo assim o respeito pela sua autonomia e bem-estar. Em

consonância com o princípio em análise, destacou-se ainda uma situação na qual a pessoa expressou preferência por realizar exercícios de reabilitação durante a tarde, momento que se sentia com mais energia e motivação. Assim, sempre que possível, articulei o plano de cuidados com a restante equipa para adaptar os horários às preferências da mesma.

No que se refere ao respeito pelo direito à confidencialidade, orientei a minha prática de acordo com este princípio fundamental. Estudos sobre as questões éticas enfrentadas pelos enfermeiros na prática diária demonstram que as preocupações mais frequentes se centram na proteção dos direitos das pessoas, uma vez que este constitui um dos pilares basilares da profissão. Evidencia-se, igualmente, que os códigos de ética nacionais e internacionais de enfermagem reforçam a importância da beneficência, da advocacia profissional e da salvaguarda dos melhores interesses da pessoa, assegurando sempre o respeito pela confidencialidade (Ulrich et al., 2010).

Num dos contextos de estágio, vivenciei uma situação em que um familiar solicitou informação detalhada sobre o processo de reabilitação da pessoa. Perante esta circunstância, esclareci que a partilha de informação dependia do consentimento explícito da própria, procedendo posteriormente ao encaminhamento da situação para o enfermeiro responsável, garantindo assim o cumprimento dos princípios éticos e legais inerentes à prática profissional. Face ao exposto, adotei uma abordagem prudente e criteriosa, assegurando a confidencialidade das informações da pessoa e a proteção dos seus direitos, elemento essencial para a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança (Santos & Magri, 2024). Simultaneamente, procurei promover o envolvimento da família no processo de cuidados, sempre com o consentimento e em consonância com a vontade expressa pela própria pessoa.

Outro aspeto de particular relevância relacionou-se com a preservação da privacidade, o que representa um desafio no contexto da prestação de cuidados. Com base no Código Deontológico dos Enfermeiros, os conceitos de privacidade e intimidade apresentam-se intimamente interligados, sendo a privacidade entendida como o respeito pela esfera íntima da pessoa, que constitui a sua essência (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, compete ao enfermeiro reconhecer que a privacidade e a dignidade integram os direitos fundamentais da pessoa, devendo, para tal, delinear e implementar estratégias que salvaguardem estes princípios na prática clínica quotidiana, prevenindo situações que possam comprometer o seu respeito.

Em articulação com o anteriormente referido, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS, 2015) reforça que todas as pessoas são detentoras de direitos inalienáveis e indiscutíveis, os quais não se perdem nem são diminuídos em situação de doença.

No decorrer do estágio, observei que uma pessoa manifestava desconforto ao realizar treino de marcha com muletas axilares no quarto, devido à presença de outra pessoa internada no mesmo espaço. Evidenciava-se um sentimento de constrangimento, sobretudo por se tratar de uma pessoa relativamente jovem, que demonstrava dificuldade em aceitar a transição saúde-doença que estava a experienciar. Perante esta situação, e como estratégia de resolução, foi proposta a realização dos exercícios num espaço mais reservado, particularmente na fase inicial do processo de reabilitação. Esta medida revelou-se benéfica, permitindo uma evolução progressiva da autonomia e a superação gradual do desconforto inicialmente manifestado. Ainda neste contexto, promovi a privacidade da pessoa, não só nos momentos de prestação direta de cuidados, mas também na forma como se estabeleceu a comunicação, respeitando o espaço pessoal da mesma e garantindo o sigilo da informação clínica.

A comunicação e a partilha de informação assumem um papel central e incontornável na prática de enfermagem, sendo amplamente reconhecido que a escuta ativa das preferências e necessidades da pessoa é determinante para que esta se sinta valorizada e respeitada (Pestana, 2023). De acordo com o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021–2026, a Comunicação constitui o terceiro pilar estratégico, evidenciando que uma comunicação eficaz e eficiente nas instituições de saúde é fundamental para a promoção de cuidados seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Nesta vertente estudos como os de Khan et al, (2018) reforçam que a comunicação efetiva entre profissionais de saúde, pessoa e família é um elemento essencial na prevenção de eventos adversos. Neste sentido, na minha prática clínica procurei adotar uma postura assertiva, explicando previamente cada atividade ou intervenção a realizar e solicitando o consentimento da pessoa. Esta abordagem contribuiu para o reforço da autonomia, da autoestima e da participação ativa da pessoa no seu processo de cuidados.

Adicionalmente, tive a oportunidade de reconhecer a relevância da elaboração de planos de cuidados em parceria com a pessoa e a família, assegurando que estes reflitam o respeito pela individualidade, pela autodeterminação e pelas preferências de cada uma (McCormack & McCance, 2017).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, tornou-se evidente que a humanização dos cuidados constitui um elemento central na prática clínica, ao proporcionar uma experiência menos penosa para a pessoa e para a sua família, favorecendo o desenvolvimento máximo das

suas potencialidades. A promoção de um ambiente não apenas terapêutico, mas também humanizado e menos hostil, garantindo condições dignas e respeitadoras da pessoa, traduz-se na prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade (Pinheiro et al., 2019).

De forma a responder ao anteriormente exposto, foram delineadas metas orientadas para a promoção do bem-estar físico, psicológico e social da pessoa, reconhecendo-a como um ser autónomo, dotado de vontades, receios e necessidades próprias. Neste sentido, foram desenvolvidos planos de cuidados individualizados, ajustados à condição clínica e às especificidades de cada pessoa. Verificou-se que o processo de hospitalização implica frequentemente alterações de natureza psicológica e social, não apenas para a pessoa, mas também para a sua família, assumindo o enfermeiro um papel determinante na promoção de uma adaptação saudável a esta realidade.

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) no âmbito da melhoria contínua da qualidade, o EE deve assumir um papel ativo na dinamização e apoio às iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, assegurando práticas de qualidade, participando de forma consistente em programas de melhoria contínua e atuando de modo a promover um ambiente terapêutico seguro e favorável aos cuidados.

De acordo com Brás (2025), a governação clínica corresponde a uma abordagem multidimensional orientada para a melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde, que assenta na definição de objetivos e indicadores de desempenho, na monitorização sistemática dos resultados e no envolvimento contínuo dos profissionais, promovendo uma prática sustentada na melhor evidência científica disponível. Entre os principais componentes da governação clínica destacam-se a auditoria clínica, a efetividade clínica, a gestão do risco, a gestão do conhecimento, a educação clínica, a investigação e desenvolvimento, bem como a transparência (Zangão & Bilro, 2022).

Segundo Zangão e Bilro (2022), a gestão do risco e a segurança da pessoa assumem-se como dimensões centrais na cultura das organizações de saúde. Neste enquadramento, a correta identificação da pessoa constitui um procedimento fundamental para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, antes de iniciar qualquer intervenção, assegurei sempre a confirmação prévia da identidade da pessoa, através da verificação da

pulseira identificativa e da confirmação verbal do nome completo e da data de nascimento, garantindo que os cuidados eram efetivamente dirigidos à pessoa certa.

Por outro lado, e em linha com Zangão e Bilro (2022), a gestão do conhecimento assume particular relevância no contexto da saúde. Neste âmbito, o EE desempenha um papel determinante na partilha e disseminação de saber junto dos pares, bem como na procura contínua de informação sustentada na melhor evidência científica disponível. Assim, a gestão do conhecimento deve estar integrada na estratégia organizacional, uma vez que visa promover a melhoria contínua na prestação de cuidados e, consequentemente, favorecer processos de tomada de decisão mais informados, críticos e conscientes.

O conceito de auditoria clínica refere-se à análise sistemática do desempenho clínico, com vista ao aperfeiçoamento da prática e à sua avaliação face a padrões previamente definidos, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados (Brás, 2025). Zangão e Bilro (2022) acrescentam que a auditoria clínica constitui um elemento essencial para salvaguardar o bem-estar dos profissionais de saúde, bem como para assegurar a eficácia e o sucesso das instituições prestadoras de cuidados. Recordo, a este propósito, o exemplo do EE que acompanhei, o qual era responsável pela realização de auditorias ao carro de emergência. Esta prática permitia garantir que todos os materiais e equipamentos se encontravam em conformidade com os requisitos legais e funcionais exigidos, assegurando a prontidão para atuar em situações críticas e, consequentemente, a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne à gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, estes constituem pilares essenciais para o adequado funcionamento das organizações de saúde (Zangão & Bilro, 2022). A este respeito, saliento a gestão de recursos humanos, por ter sido uma das áreas em que tive a oportunidade de colaborar, em articulação com os meus tutores, ao longo dos diferentes contextos de estágio. Esta colaboração envolveu a elaboração e organização de escalas, bem como a distribuição de tarefas entre os elementos da equipa de enfermagem e os técnicos auxiliares de saúde. Evidenciou-se uma clara preocupação com a otimização dos recursos disponíveis, procurando conciliar as necessidades dos profissionais com a garantia da presença de elementos detentores de competências específicas em reabilitação, assegurando uma resposta adequada às necessidades das pessoas que requeriam intervenções mais diferenciadas nesta área.

O desenvolvimento e apoio a iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica constituem igualmente uma realidade transversal à maioria dos contextos de estágio,

verificando-se a existência de equipas diferenciadas responsáveis pela dinamização de ações de formação, sensibilização e avaliação de procedimentos. Neste enquadramento, alguns elementos da equipa de enfermagem são elos em diferentes áreas de atuação, designadamente no controlo de infeção, na gestão do risco, nos sistemas de informação e na formação. Estes profissionais desempenham um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados prestados, bem como na minimização dos riscos associados à prática clínica.

O PNSD 2021-2026 enquadra-se neste contexto enquanto instrumento orientador da prática clínica, promovendo cuidados seguros, centrados na pessoa e sustentados na melhor evidência científica disponível. Os oito enunciados descritivos que o integram são: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e do autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Ao longo do estágio, o contacto com os diversos instrumentos de avaliação utilizados, bem como com os protocolos, normas e projetos de melhoria contínua da qualidade em vigor nos diferentes contextos, permitiu-me compreender que estas ferramentas possibilitam a tradução, para a prática, de dados concretos relativos a indicadores de estrutura e de processo. Deste modo, tornei-me mais consciente de uma dimensão que, frequentemente, pode passar despercebida no quotidiano assistencial, mas que assume particular relevância na garantia da qualidade. Neste âmbito, o EEER destaca-se como o profissional responsável por promover, implementar e monitorizar estratégias orientadas para a excelência e segurança dos cuidados prestados.

No processo de integração nas dinâmicas dos diferentes contextos de estágio, procurei sempre contribuir para a promoção de um ambiente seguro e favorecedor do bem-estar da pessoa. Para tal, mantive uma atenção constante à identificação de fatores de risco, à adoção de práticas seguras e de medidas preventivas, bem como à implementação de uma comunicação assertiva e empática, assegurando simultaneamente o cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais em vigor.

Segundo Franco et al. (2010), a comunicação eficaz entre profissionais, no seio das organizações, constitui uma competência essencial integrada na gestão do conhecimento. O desenvolvimento de competências comunicacionais revela-se, assim, imprescindível para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, ajustados às necessidades específicas de cada pessoa e facilitadores de um processo de tomada de decisão fundamentado.

Perante as fragilidades identificadas na comunicação em saúde, a DGS publicou, em 2017, uma norma com o objetivo de uniformizar a transição de cuidados, através da adoção da mnemónica ISBAR (Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação). Esta ferramenta visa promover segurança, clareza e padronização na comunicação, sendo transversal a diferentes contextos assistenciais, ainda que passível de adaptação às especificidades de cada realidade (DGS, 2017). Neste âmbito, ao longo do estágio, procurei aplicar de forma consistente esta metodologia, com o intuito de aprimorar o meu desempenho comunicacional e contribuir para a garantia de uma continuidade de cuidados eficaz e segura.

Ao longo do meu percurso de estágio, tornou-se evidente que o estabelecimento de uma parceria de cuidados com a pessoa e a família, aliado à implementação de planos de cuidados sustentados em orientações de boas práticas em enfermagem de reabilitação, constitui um fator determinante para a promoção da autonomia e para a maximização do potencial funcional, traduzindo-se em ganhos efetivos em saúde. A prestação de cuidados de reabilitação centrada nas necessidades individuais e no contexto familiar revela-se, assim, essencial para a individualização das intervenções, potenciando a sua eficácia, promovendo a adesão ao processo terapêutico e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

A avaliação da satisfação da pessoa, através do questionamento direto acerca da qualidade dos cuidados prestados, constituiu uma estratégia relevante para identificar oportunidades de melhoria. Esta prática permitiu ajustar as intervenções às perceções, expectativas e necessidades individuais, reforçando a humanização dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Neste sentido, Pontes e Santos (2023) referem que o EEER tem a responsabilidade de pôr em prática cuidados em parceria com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, promovendo ganhos em saúde para a pessoa, família e comunidade. Em consonância com esta perspetiva, procurei adotar uma postura assente na parceria de cuidados, o que facilitou uma melhor compreensão do processo de readaptação funcional e da evolução contínua da pessoa, orientando a minha prática com base na melhor evidência científica disponível.

3.1.3. Gestão dos cuidados

O PNSD 2021-2026 foca a necessidade de serem garantidos ambientes seguros e práticas confiáveis, reforçando a necessidade de adequação das equipas, da formação dos profissionais,

da organização do trabalho e do uso de ferramentas para garantir processos seguros (Despacho n.º 9390, 2021).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o domínio da Gestão dos Cuidados de Enfermagem refere-se à otimização da resposta da equipa de enfermagem, em articulação com os restantes elementos da equipa de saúde. Implica, igualmente, a adequação da liderança e da gestão de recursos às especificidades das situações e dos contextos, mantendo como eixo central a garantia e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No âmbito da gestão dos cuidados de saúde, desenvolvi o meu trabalho em equipa, promovendo o envolvimento dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, com o intuito de dar resposta às necessidades identificadas, sempre que solicitado. Dediquei particular atenção à elaboração de planos de cuidados individualizados, sustentados numa avaliação contínua realizada diariamente, com recurso à aplicação de escalas específicas. A partir desta monitorização, defini objetivos terapêuticos realistas e exequíveis, garantindo uma abordagem centrada na pessoa e ajustada à sua condição clínica e contexto.

De acordo com o International Council of Nurses (2021), o EEER orienta a sua prática por princípios basilares como a equidade, a segurança, a justiça e a qualidade, assegurando uma gestão eficaz dos recursos humanos e materiais em função das necessidades específicas de cada pessoa. Neste enquadramento, assume um papel central na coordenação dos cuidados, articulando a sua intervenção com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar e com as redes de cuidados disponíveis na comunidade. Desta forma, o EEER contribui para a garantia da continuidade dos cuidados, orientando a sua atuação para a excelência dos mesmos (International Council of Nurses, 2021).

No contexto de ensino clínico no serviço de Medicina Física Respiratória (MFR), em específico, tive a necessidade de alinhar as intervenções do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação com as rotinas da pessoa e os recursos existentes. Como até então não havia acontecido noutros contextos, as pessoas eram provenientes do domicílio e frequentavam o serviço de MFR de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, isto é, diariamente, de dois em dois dias ou de três em três. Assim, procurei colocar em prática intervenções que promovessem a adaptação progressiva às atividades de vida diária e ao ambiente familiar, respeitando o ritmo e as preferências de cada uma.

No âmbito da liderança em enfermagem, os enfermeiros assumem um papel determinante, uma vez que exercem a sua atividade num contexto marcado por desafios complexos e

constantes exigências de mudança (Macphee, 2012). Para que a liderança seja eficaz, é essencial que o líder conheça profundamente a sua equipa, de modo a organizar adequadamente os recursos humanos, otimizar os cuidados prestados e gerir de forma eficiente os meios disponíveis, prevenindo e minimizando potenciais conflitos internos (Macphee, 2012). Na minha perspetiva, o desenvolvimento de competências de liderança por parte do EEER favorece a coordenação eficaz dos cuidados previamente delineados, bem como a integração ativa da equipa multidisciplinar no processo de reabilitação, assegurando uma resposta ajustada às necessidades da pessoa.

Um dos desafios mais significativos surgiu no contexto de estágio em cardiologia, onde tive a oportunidade de desenvolver sessões de ensino sobre a autovigilância de sinais e sintomas associados à insuficiência cardíaca. Nesse âmbito, tornou-se evidente que a liderança por mim assumida, enquanto enfermeiro, foi determinante para envolver não apenas a pessoa, mas também a família, promovendo uma maior responsabilização de todos na identificação precoce de eventuais sinais de alarme. Adicionalmente, compreendi que a adoção de uma liderança colaborativa e proativa favorece o estabelecimento de uma comunicação assertiva e eficaz entre os diferentes profissionais, potenciando uma atuação articulada e orientada para objetivos comuns.

Nesta perspetiva, em contexto ortopédico tive a oportunidade de acompanhar pessoas ao longo de todo o período de internamento até à alta clínica, o que me permitiu elaborar e implementar planos de cuidados de reabilitação funcional, bem como participar em reuniões com a equipa multidisciplinar. O processo culminava com o estabelecimento de uma parceria de cuidados com o serviço de apoio domiciliário, assegurando a continuidade assistencial. Este acompanhamento possibilitou garantir que a pessoa e a família se encontravam devidamente esclarecidas sobre os cuidados a ter no domicílio, nomeadamente no que respeita à correta utilização do auxiliar de marcha e à deambulação segura, com especial atenção à subida e descida de escadas existentes na habitação. Perante estas exigências, tornou-se necessário desenvolver competências de organização e gestão do tempo, bem como reforçar capacidades comunicacionais e de prevenção e resolução de problemas, sobretudo quando confrontado com desafios estruturais no domicílio das pessoas e famílias. De forma global, constatei que a legitimidade da liderança não decorre apenas do conhecimento técnico, mas também da confiança construída nas relações estabelecidas com a pessoa, família e equipa.

Com vista ao desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, procurei adotar uma postura assente numa articulação eficaz com os diferentes elementos da

equipa multidisciplinar, escutando atentamente as suas orientações e ajustando a minha intervenção às necessidades identificadas. Ao longo dos diversos contextos de estágio, considero ter evoluído de forma positiva neste domínio, o que me permitiu consolidar uma prática centrada na pessoa e na família. Neste percurso, reconheci a assertividade como uma competência fundamental para a construção de relações terapêuticas de qualidade e para a promoção de um trabalho em equipa coeso e eficaz.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências comuns do EE no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, englobam o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, fundamentando a prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Nesta perspetiva, cabe ao EEER procurar incessantemente conhecimento fundamentado na melhor evidência científica, assegurando a organização e a partilha de informação tanto na sua prática diária de prestação de cuidados como em momentos dedicados à formação e aprendizagem.

A experiência vivenciada no estágio em contexto neurocirúrgico constituiu um verdadeiro desafio, impulsionando significativamente o meu crescimento profissional, a minha resiliência e a capacidade de reflexão crítica sobre a prática de cuidados. Numa fase inicial, senti apreensão na prestação de cuidados de reabilitação a estas pessoas, atendendo à complexidade das patologias neurológicas, à instabilidade clínica frequentemente presente e às limitações funcionais marcadas que as caracterizavam. Perante este contexto exigente, tornou-se necessária uma revisão e consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos, sustentada na melhor evidência científica disponível, assim como a exploração de novas abordagens e estratégias de intervenção adaptadas a situações clínicas com as quais ainda não tinha contactado. O apoio dos enfermeiros tutores revelou-se determinante para conseguir superar as dificuldades sentidas, permitindo o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, bem como o desenvolvimento de uma maior capacidade de adaptação às necessidades específicas e frequentemente mutáveis, características desta tipologia de pessoas.

Nesta perspetiva, torna-se evidente que a aquisição de competências resulta, em larga medida, do investimento pessoal na atualização contínua de conhecimentos, com vista a uma prática profissional segura e orientada para a excelência dos cuidados. Ao longo dos

diferentes contextos de estágio, recorri à observação, à consulta da evidência científica mais recente (incluindo livros de referência, artigos científicos e pósteres) e à reflexão sobre as intervenções desenvolvidas. Desde uma fase inicial, compreendi que a reabilitação, nas diversas realidades assistenciais, exige conhecimentos sólidos e específicos, particularmente no que respeita à mobilização precoce, à prevenção de complicações associadas ao internamento prolongado e à promoção da autonomia funcional. Participei ainda em formações internas, como a formação em disfagia, realizada durante o estágio em contexto neurocirúrgico. Paralelamente, através da aprendizagem prática com profissionais mais experientes das equipas que integrei, aprofundei conhecimentos sobre técnicas de transferência mais seguras, utilização adequada de auxiliares de marcha, posicionamentos terapêuticos, técnicas de controlo ventilatório e estratégias de conservação de energia, com especial enfoque nas pessoas com patologia do foro cardíaco.

A formação contínua assume particular relevância, tanto em contexto académico como na prática clínica, devendo ser complementada pela participação em cursos, congressos e ações de formação em serviço. Santos (2022) reforça que a formação em serviço constitui um elemento fundamental para a atualização permanente de conhecimentos e competências dos profissionais de saúde, revelando-se indispensável para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. De entre todos os contextos de estágio, destaco o serviço de ortotraumatologia, onde se realizavam sessões mensais de formação em serviço, no período da tarde. Estas sessões proporcionavam momentos de reflexão sobre as práticas desenvolvidas e fomentavam a partilha de experiências e saberes entre os profissionais, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O momento das passagens de turno constituía um espaço privilegiado de reflexão conjunta, no qual eram debatidos aspetos fundamentais relacionados com o diagnóstico, o estado físico e psicológico da pessoa, bem como os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação a implementar. Assim, considero que a minha participação ativa nestes momentos de partilha, aliada ao desafio constante de mobilizar e demonstrar conhecimentos, foi determinante para o desenvolvimento do meu raciocínio clínico e para a consolidação de uma tomada de decisão sustentada na melhor evidência científica disponível. Após cada intervenção realizada, procurava ainda proceder a uma análise crítica da minha atuação e dos resultados alcançados, refletindo sobre possíveis estratégias de melhoria e solicitando, sempre que pertinente, a opinião de profissionais mais experientes, com vista ao aperfeiçoamento contínuo da minha prática.

De forma global, a formação contínua e a atualização sistemática de conhecimentos sustentados na melhor evidência científica constituem pilares essenciais no desenvolvimento de competências do EEER, promovendo uma prática profissional segura, eficaz e orientada para a excelência e qualidade dos cuidados prestados.

3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (2019), a reabilitação, enquanto especialidade de enfermagem, incorpora um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que promovem a maximização do potencial funcional da pessoa e a independência da mesma, em situações de doença aguda, crónica ou na presença de sequelas. Como tal, esta objetiva restabelecer a função, potenciar a independência e a máxima satisfação da pessoa, não descurando de salvaguardar a autoestima (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565), mobilizando o seu conhecimento científico e experiência clínica no processo de tomada de decisão em cuidados.

Neste âmbito, deve integrar na sua prática diária os contributos mais recentes da investigação, desenvolvendo uma atuação sustentada na melhor evidência científica disponível e orientada para a qualidade e eficácia das intervenções.

Face ao exposto, compete ao EEER identificar os elementos chave que determinam a qualidade dos cuidados de reabilitação, procedendo à monitorização sistemática da sua qualidade e dos ganhos em saúde obtidos, bem como à identificação precoce de oportunidades de melhoria. Uma vez reconhecidas essas lacunas, cabe-lhe implementar intervenções sustentadas na melhor evidência científica disponível e acompanhar os resultados alcançados. Deste modo, o EEER assume um papel determinante na concretização das ações preconizadas pelo plano, orientando a sua prática para a excelência e para a garantia da segurança nos cuidados prestados (Donabedian, 2005).

No âmbito da avaliação da qualidade, assente na tríade: estrutura, processo e resultado, cabe ao EEER mobilizar estes referenciais para analisar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Com base nos resultados decorrentes da monitorização das atividades desenvolvidas, são desencadeados processos de tomada de decisão orientados para a

resolução de problemas e para a implementação de mudanças necessárias. Neste âmbito, importa adotar estratégias adequadas e promover a inovação nas instituições de saúde, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade (Franco et al., 2010).

Pestana (2023) reforça que o EEER assume um papel central no acompanhamento da pessoa ao longo dos processos de transição saúde-doença, contribuindo para o fortalecimento das suas competências e das do cuidador, com vista a uma reintegração social eficaz e com significado.

As competências específicas do EEER estão claramente definidas no Regulamento n.º 392/2019 (2019), que acentua a responsabilidade do profissional na prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais, na promoção da reinserção social e na maximização da funcionalidade.

3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

A prática de enfermagem de reabilitação assenta numa abordagem multidimensional da pessoa, considerando a sua condição clínica e a respetiva evolução. A identificação precoce de necessidades de intervenção especializada, em pessoas de diferentes faixas etárias com diminuição da capacidade funcional, decorrente do estado de saúde, de deficiência ou de limitações na realização de atividades, revela-se fundamental para a elaboração de um plano de cuidados individualizado. Este visa a maximização do potencial funcional, a promoção da autonomia e a reintegração nas atividades de vida diária, bem como nos contextos social e profissional (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Neste sentido, importa reconhecer que o desenvolvimento destas competências não depende apenas do domínio técnico-científico, mas também da adoção de uma prática ética e humanizada, comprometida com a dignidade e o bem-estar da pessoa ao longo de todo o ciclo de vida.

Nos diferentes contextos de estágio, tive a oportunidade de desenvolver diversas intervenções que contribuíram de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional e para a consolidação de competências específicas na área da reabilitação. Destaco, em particular, a realização da avaliação funcional da pessoa com recurso à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta constitui uma ferramenta prática sustentada no Modelo Internacional de Funcionalidade, permitindo

compreender a interação entre a condição de saúde e os fatores pessoais e ambientais que influenciam a funcionalidade e a participação da pessoa (OMS, 2001). A utilização da CIF possibilita ao EEER uma avaliação verdadeiramente centrada na pessoa, essencial para a formulação de diagnósticos de enfermagem mais rigorosos e para a implementação de cuidados individualizados. Com base na análise das dimensões física, psicológica e social, o EEER identifica limitações e potencialidades, integrando instrumentos específicos que avaliam a mobilidade, o estado cognitivo e emocional, o nível de independência nas atividades de vida diária, entre outros aspetos considerados pertinentes para uma intervenção abrangente e personalizada.

Em contexto hospitalar, durante o estágio na área da ortopedia, desenvolvi intervenções centradas na capacitação da pessoa, recorrendo a estratégias de ensinar, instruir e treinar. Em particular, tive oportunidade de acompanhar uma pessoa submetida a artroplastia total da anca (ATA), situação na qual se evidenciou a importância da mobilização precoce, do treino de marcha e da realização de ensinos orientados para a promoção do autocuidado, nomeadamente no uso do sanitário, posicionar-se, levantar-se, sentar-se, vestir e despir. No período pós-operatório imediato, estas intervenções revelaram-se determinantes para a recuperação do potencial de autonomia, contribuindo igualmente para uma alta mais precoce e para a prevenção de complicações.

Kehlet e Wilmore (2008) corroboram esta perspetiva, defendendo que a reabilitação precoce tem como principal objetivo otimizar o funcionamento da nova articulação, promovendo o restabelecimento da mobilidade e da independência no menor tempo possível. Em complementaridade, Dias et al. (2021) e Matheis e Stöggel (2018) referem que, nesta fase, as intervenções devem incidir no fortalecimento muscular, na mobilização da articulação intervencionada dentro das amplitudes permitidas, no treino de marcha e no treino das atividades de vida diária. Relativamente ao fortalecimento muscular, recomenda-se a realização de exercícios isométricos e isocinéticos, bem como o treino de força e resistência, com recurso a elásticos de resistência e pesos, ajustados à condição clínica da pessoa.

A utilização do ginásio disponível no serviço em questão, equipado com pesos, escadas, barras paralelas, pedaleiras para membros superiores e inferiores, espelho quadriculado e espaldar, em complementaridade com o recurso a ajudas técnicas durante a execução dos exercícios, revelou-se altamente motivadora para a pessoa. Este ambiente terapêutico proporcionou-lhe uma perceção acrescida de autonomia e de capacidade para realizar as atividades por si própria. Esta abordagem favoreceu uma perceção acrescida de e autonomia e

competência funcional, através da transmissão de conhecimentos e habilidades por parte do EEER, permitindo à pessoa testar, de forma segura, as suas capacidades, contribuindo para o seu *empowerment* e para uma maior confiança no processo de reabilitação.

Sousa et al. (2020) referem que o conceito de *empowerment* está intrinsecamente ligado ao conhecimento e à autonomia na tomada de decisão, traduzindo-se na capacitação da pessoa para gerir o seu processo de saúde e implementar medidas terapêuticas que lhe permitam enfrentar os desafios quotidianos associados às transições vivenciadas.

Enquanto futuro EEER, reconheço ter desempenhado um papel relevante no *empowerment*, sobretudo em situações em que as limitações não resultavam de uma condição crónica instalada, mas sim de uma incapacidade funcional de início súbito, com impacto significativo no desempenho das atividades de vida diária. Assim, procurei intervir no sentido de capacitar a pessoa para responder de forma autónoma e confiante à nova condição, promovendo a adaptação e a superação das dificuldades emergentes.

Ao longo dos diferentes contextos, aprimorei a minha perceção das diferenças na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas portadoras de doença em fase aguda e crónica, orientando a intervenção de acordo com a situação identificada.

No contacto estabelecido com pessoas com patologia respiratória no serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), nomeadamente no âmbito da cinesiterapia respiratória, verifiquei que pessoas com bronquite aguda necessitavam de uma avaliação funcional respiratória rigorosa. Esta incluía a análise da amplitude torácica, frequência respiratória, auscultação pulmonar e observação da utilização de músculos acessórios, entre outros parâmetros relevantes. Paralelamente, tornava-se essencial promover a (re)educação para a autogestão de sintomas, como a tosse e a presença de secreções, bem como o ensino e treino de técnicas específicas de reeducação respiratória. Neste contexto, a promoção da literacia em saúde respiratória assumiu particular importância, constituindo uma estratégia fundamental na prevenção de futuras infeções. Para tal, desenvolvi ensinamentos direcionados para a etiqueta respiratória, a correta higienização das mãos e a adoção de medidas de higiene brônquica, capacitando a pessoa para uma gestão mais eficaz da sua condição.

Duchene (2011) evidencia a necessidade de recorrer a instrumentos de avaliação adequados e ajustados à especificidade deste contexto da enfermagem de reabilitação, de modo a analisar a qualidade dos cuidados prestados. Através do recurso a escalas de avaliação funcional respiratória, consegui monitorizar a evolução do estado clínico da pessoa,

permitindo-me adequar os planos de intervenção de acordo com as necessidades, expectativas, preferência, valores e crenças presentes. Entre os instrumentos utilizados com maior frequência destacou-se o espirômetro de incentivo, fundamental na avaliação e controlo dos padrões ventilatórios e melhoria ao nível da ventilação e da mobilidade torácica (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2024).

Quando coexistia uma condição respiratória crónica, o EEER assumia um papel acrescido na garantia da continuidade dos cuidados de reabilitação respiratória, mesmo após a resolução do episódio agudo. Neste sentido, constatei que pessoas com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) necessitavam, sobretudo, de treino ventilatório, monitorização rigorosa de sinais vitais, administração de oxigenoterapia conforme prescrição médica e ensino de técnicas de controlo da dispneia, como a expiração com os lábios semicerrados e a respiração abdomino-diafragmática. Em situações de limpeza da via aérea ineficaz, tornava-se igualmente necessário intervir ao nível da permeabilização da mesma, através do ensino de técnicas facilitadoras e, quando indicado, da utilização de dispositivos de apoio à tosse eficaz, como o *flutter*, a *acapella*, o *cough assist* e as nebulizações. Adicionalmente, o ensino de técnicas de conservação de energia revelou-se uma mais-valia, devendo ser adaptado ao nível de literacia, do conhecimento prévio e da capacidade de retenção de informação de cada pessoa, de modo a potenciar a eficácia das intervenções e a adesão ao regime terapêutico.

A reabilitação respiratória é entendida como uma intervenção abrangente, sustentada numa avaliação exaustiva, não se limitando à patologia pulmonar em si, mas contemplando igualmente as suas repercussões físicas e psicológicas, bem como a implementação de intervenções individualizadas e direcionadas (Machado, 2024). No contexto da DPOC, compete ao EEER intervir ao nível da otimização terapêutica, nomeadamente através da verificação e correção da técnica inalatória e da adequação do dispositivo utilizado. Paralelamente, assume relevância a realização de ensinamentos dirigidos à pessoa, família ou pessoa significativa, bem como a implementação de programas de reeducação funcional respiratória, treino e exercício físico. A reeducação funcional respiratória integra exercícios respiratórios, a consciencialização dos tempos respiratórios, a (re)aprendizagem da respiração diafragmática e da expiração com lábios semicerrados, não descurando o treino dos músculos respiratórios e dos membros superiores e inferiores (Varão & Saraiva, 2019), promovendo assim uma melhoria global da capacidade funcional e da qualidade de vida. No que se refere às técnicas de conservação de energia, estas têm como objetivo permitir que a pessoa realize as atividades de vida diária com o menor dispêndio energético e consumo de oxigénio

possível no seu quotidiano, constituindo uma das principais intervenções educacionais desenvolvidas pelo EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A educação para a saúde e a promoção da autonomia constituíram práticas constantes ao longo dos diferentes contextos de estágio. Desenvolvi sessões individuais dirigidas à pessoa ou à diade pessoa/família, recorrendo igualmente à elaboração de materiais educativos, como pósteres (no estágio de ortopedia) e folhetos informativos (no estágio de cardiologia) com o objetivo de reforçar a adesão ao autocuidado e potenciar a literacia em saúde.

Outro aspeto relevante diz respeito à adequação das intervenções planeadas às especificidades de cada pessoa, considerando as diferentes faixas etárias. Assim, em pessoas mais jovens, procurei orientar a minha atuação para a promoção da autonomia e da reintegração social e profissional, enquanto que na pessoa idosa, direcionei a intervenção para a prevenção de complicações, a manutenção do conforto e a preservação da qualidade de vida, ajustando os objetivos terapêuticos às necessidades e ao contexto de cada indivíduo. A este respeito, Oliveira et al. (2021) salientam a relevância de uma abordagem centrada na pessoa e da articulação com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados a pessoas com necessidades específicas, destacando a educação em saúde como um elemento fundamental para a capacitação, promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida. Estes princípios foram integrados de forma consistente na minha prática clínica.

3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

A capacitação configura-se como um processo multidimensional que integra a aquisição de conhecimento, a tomada de decisão e a ação, sendo reconhecida como um indicador sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Santos et al., 2023). Neste âmbito, o EEER detém competências para analisar a problemática da deficiência, da limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, implementando programas de treino de Atividades de Vida Diária (AVD) orientados para a maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Assim, este profissional fundamenta a sua intervenção na avaliação rigorosa das necessidades específicas de cada pessoa, considerando as limitações funcionais e o potencial de reabilitação, promovendo a adaptação à nova condição de saúde e favorecendo a sua integração plena nos diferentes contextos de vida.

O desenvolvimento de competências neste domínio foi amplamente favorecido pela diversidade de contextos de estágio e pela multiplicidade de situações clínicas com as quais contactei. Esta variabilidade proporcionou-me a oportunidade de observar e participar em distintas estratégias de capacitação, ajustadas às necessidades específicas identificadas em cada pessoa.

No que concerne ao ensino dirigido à pessoa e/ou cuidador relativamente a técnicas específicas de autocuidado, tive a oportunidade de desenvolver intervenções educativas centradas no autocuidado, posicionar-se, levantar-se e deitar-se e, ainda vestir-se e despir-se. Estas intervenções assumiram particular relevância em pessoas submetidas a artroplastia da anca (prótese total da anca) ou a cirurgias da coluna vertebral, visando o controlo da dor e a prevenção de complicações decorrentes de movimentos inadequados ou de sobrecarga articular, promovendo simultaneamente uma recuperação mais segura e autónoma.

Em pessoas idosas após AVC, implementei intervenções de reabilitação orientadas para a promoção da autonomia e para a adaptação na realização das atividades de autocuidado, nomeadamente alimentar-se; higiene; uso do sanitário; vestir e despir-se; posicionar-se; transferir-se; cuidados com a pele; prevenção de quedas e suporte emocional. A utilização da escala *Stroke Scale* do *National Institute of Health* (NIHSS) aquando da avaliação inicial, na admissão à unidade de Neurologia, constitui um importante ponto de partida para a caracterização do défice neurológico. Esta escala integra 11 itens que avaliam diferentes dimensões, incluindo nível de consciência, campos visuais, movimentos oculares, simetria facial, força muscular, coordenação motora, sensibilidade, linguagem e presença de extinção ou desatenção. Deste modo, a NIHSS permite uma avaliação quantitativa das alterações neurológicas, baseada na capacidade da pessoa para responder a questões e executar as tarefas solicitadas, fornecendo dados objetivos que orientam o planeamento das intervenções de reabilitação (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2024).

Em contexto neurológico, o EEER assume igualmente um papel de relevo no controlo postural e no correto posicionamento da pessoa com lesão medular ou após AVC, nomeadamente no posicionamento em padrão anti-espástico, com o objetivo de prevenir complicações e otimizar a funcionalidade. No que respeita à avaliação da pessoa após AVC, revelou-se fundamental a sistematização da avaliação neurológica, particularmente no que se refere à análise dos pares cranianos. Numa fase inicial, senti algumas dificuldades na operacionalização desta avaliação; contudo, estas foram progressivamente ultrapassadas através da prática diária, da supervisão dos enfermeiros tutores e do aprofundamento de

conhecimentos por meio de pesquisa bibliográfica. Para além das situações de AVC, esta abordagem de avaliação neurológica foi igualmente aplicada em pessoas com TCE, constituindo um instrumento importante no apoio à identificação e monitorização da gravidade da lesão sofrida.

Programas educativos centrados no desenvolvimento de competências do cuidador informal da pessoa idosa após AVC têm demonstrado impacto positivo na redução do comprometimento cognitivo, da ansiedade e da depressão da pessoa alvo de cuidados, bem como na diminuição dos custos em saúde (Santos et al., 2023). Como tal, a capacitação do cuidador deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que a sua eficácia é tanto maior quanto mais cedo se implementa, sem descurar a importância de um acompanhamento contínuo (*follow-up*) ao longo do tempo (Santos et al., 2023). Adicionalmente, a teleassistência tem vindo a revelar-se uma estratégia relevante no processo de reabilitação da pessoa após AVC, constituindo uma mais-valia na monitorização, apoio e continuidade dos cuidados (Santos et al., 2023).

No âmbito da gestão de dispositivos de apoio, desenvolvi competências na utilização de dispositivos como o *flutter*, o *acapella* e o espirómetro de incentivo, fundamentais para uma avaliação rigorosa das alterações respiratórias e para o desenvolvimento de intervenções ajustadas às necessidades identificadas. O *flutter* e o *acapella* são dispositivos particularmente úteis em pessoas com DPOC, contribuindo para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas (Couto, 2020). O funcionamento do *flutter* baseia-se na oscilação de uma esfera metálica existente no seu interior, que, durante a expiração, gera vibrações nas vias aéreas, promovendo o descolamento e a mobilização das secreções (Couto, 2020). Por sua vez, o *acapella* favorece a *clearance* das secreções ao combinar oscilações de alta frequência do fluxo aéreo com pressão expiratória positiva, sendo aconselhável que a pessoa mantenha a expiração durante aproximadamente três segundos, de modo a garantir a resistência adequada e a eficácia da técnica (Couto, 2020).

No âmbito das patologias respiratórias, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) foi uma das condições mais prevalentes com que contactei. Verifiquei que as pessoas com esta patologia apresentavam, frequentemente, baixa adesão aos programas de reabilitação respiratória, quer por défice de conhecimento, quer por reduzida motivação, particularmente quando coexistiam hábitos tabágicos. Perante esta realidade, procurei adotar estratégias clínicas diferenciadas, tornando as sessões mais apelativas e individualizadas, com o intuito

de facilitar a aquisição de conhecimentos e sensibilizar para a importância dos programas de reabilitação respiratória na melhoria da qualidade de vida.

Tomei conhecimento da existência da *TherapEase: Rehabilitation Therapy at Ease*, uma iniciativa inovadora que visa transformar a área da reabilitação física através da implementação de uma abordagem digital, nomeadamente por meio da telerreabilitação. Esta solução possibilitará que a pessoa realize programas de mobilização personalizados no conforto do seu lar, mantendo elevados padrões de eficácia terapêutica (Centeno et al., 2024). Neste contexto, o EEER assume um papel determinante na educação e capacitação dos cuidadores para a utilização destas tecnologias inovadoras, promovendo a sua correta aplicação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a maximização da capacidade funcional da pessoa alvo de cuidados.

Tendo por base a Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência, integrada no PNSD 2021–2030, a igualdade e a não discriminação constituem princípios inalienáveis dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Estes assumem-se como pilares essenciais para a promoção da dignidade e da igualdade de oportunidades das pessoas com deficiência, garantindo a sua independência, liberdade de escolha e participação ativa na vida em sociedade. Neste sentido, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde e a comunidade em geral desenvolvam uma maior sensibilização para a necessidade de transformação dos ambientes, tornando-os acessíveis e inclusivos (OE, 2018).

As barreiras arquitetónicas persistem em múltiplos contextos do quotidiano, limitando ou dificultando a mobilidade de pessoas com incapacidade, quer esta seja transitória ou permanente (Pereira et al., 2018). Neste âmbito, a intervenção do EEER passa pela demonstração de conhecimento da legislação específica, pela identificação e sinalização de barreiras arquitetónicas e pela promoção de condições facilitadoras que permitam à pessoa com mobilidade reduzida participar de forma ativa na comunidade (Pereira et al., 2018). Ao longo dos diferentes estágios, identifiquei diversas barreiras arquitetónicas, entre as quais corredores e portas estreitas, casas de banho não adaptadas, passeios desnivelados, ausência de rampas, inexistência de corrimão de apoio e insuficiência de elevadores, entre outras limitações que comprometem a acessibilidade e a inclusão.

Face ao exposto, a promoção da acessibilidade assume-se como um fator determinante para a qualidade de vida das pessoas, constituindo um instrumento essencial para o pleno exercício dos seus direitos enquanto membros de uma sociedade democrática (Decreto-Lei n.º 163/2006, 2006). Neste contexto, o enfermeiro deve assumir um papel facilitador no processo

de transição e adaptação da pessoa à sua nova condição de vida, apoiando-a na superação de obstáculos e na integração funcional e social (Meleis et al., 2000).

No decorrer do estágio na área de ortotraumatologia, realizavam-se reuniões semanais que envolviam os enfermeiros de reabilitação, o enfermeiro gestor e a assistente social, constituindo um espaço privilegiado de articulação interdisciplinar. A finalidade destas reuniões era avaliar o estado funcional da pessoa, o seu potencial de recuperação e os recursos de apoio disponíveis, de modo a orientar e definir as melhores estratégias para a alta clínica, assegurando a devida continuidade de cuidados. Neste âmbito, destacava-se o papel do EEER na definição de objetivos terapêuticos realistas e ajustados à condição funcional da pessoa. Tal verificou-se numa situação, que exigiu uma adequada articulação entre a pessoa e a sua família, o que tornou possível equacionar uma alta para o domicílio, condicionada à capacidade do utente em percorrer curtas distâncias com o dispositivo de apoio, andarilho. A filha manifestou concordância com esta condição, bem como disponibilidade para acolher o pai no domicílio, o que veio efetivamente a verificar-se.

No estágio realizado em contexto comunitário, implementei programas de reabilitação orientados não só para a maximização do potencial de recuperação funcional da pessoa, mas também para a capacitação dos cuidadores informais. Neste âmbito, desenvolvi uma verdadeira parceria de cuidados, promovendo momentos de ensino, instrução e treino direcionados aos cuidadores. Em situações de pessoas com sequelas de AVC, orientei-os quanto à adoção de técnicas adequadas de posicionamento, com o objetivo de manter o padrão anti-espástico, assegurar o conforto, corrigir alterações associadas à disfagia e prevenir quedas e úlceras por pressão. Paralelamente, enfatizei a importância da aplicação de princípios de ergonomia, com vista à redução do risco de lesões músculoesqueléticas nos próprios cuidadores, promovendo práticas seguras e sustentáveis no desempenho do cuidado (Medeiros et al., 2025).

Neste alinhamento, um estudo desenvolvido por Santos et al. (2023) evidenciou que os programas de enfermagem de reabilitação exercem uma influência positiva na capacitação dos cuidadores informais de pessoas idosas com sequelas de AVC em contexto domiciliário. Os autores identificam que as principais necessidades dos cuidadores se concentram nos domínios do autocuidado, nomeadamente na higiene pessoal, vestir e despir, alimentação, eliminação e mobilidade. O estudo conclui, igualmente, que um ambiente domiciliário adaptado, uma comunicação clara e eficaz e a implementação de estratégias ajustadas à

realidade da pessoa contribuem significativamente para o sucesso do processo de reabilitação e para uma melhor adaptação ao novo estado de saúde-doença (Santos et al., 2023).

No que concerne às alterações da deglutição, importa salientar o contacto com uma pessoa que desenvolveu disfagia após AVC, situação em que a minha intervenção contribuiu para uma melhoria evidente do seu estado. A disfagia está presente em cerca de 29% a 81% das pessoas, sobretudo nas primeiras três semanas após o evento, estando associada a um risco acrescido de desidratação, desnutrição e complicações pulmonares, como a pneumonia de aspiração (Fernandes et al., 2019), o que a converte num importante foco de atenção do EEER. Neste contexto, a minha atuação incidiu na aplicação da escala *GUSS* no início de cada sessão, permitindo monitorizar a evolução da deglutição. Paralelamente, implementei estratégias de alimentação segura, incluindo a adequação da consistência dos alimentos sólidos (dieta triturada ou passada) e dos líquidos, com recurso a espessante. Foi igualmente assegurado o posicionamento correto durante as refeições, recorrendo a técnicas compensatórias, como a flexão cervical anterior e a lateralização da cabeça para o lado sã, com o objetivo de proteger a via aérea durante o ato de deglutição (Feiteirona & Grilo, 2023).

Face ao exposto, evidencia-se que o EEER, sustentado por um elevado nível de conhecimento técnico-científico e experiência especializada, intervém de forma determinante na manutenção das capacidades funcionais, na prevenção de complicações e na otimização das funções residuais, contribuindo para a minimização do impacto das incapacidades instaladas e para a promoção da qualidade de vida da pessoa. Sá et al. (2023) reforçam a relevância da intervenção do EEER em situações de comprometimento da deglutição após AVC, salientando que a intervenção precoce é fundamental para a melhoria da função de deglutição e para a redução das complicações respiratórias associadas (Sá et al., 2023).

Ainda no contexto da prestação de cuidados de reabilitação no domicílio, junto de pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas, desenvolvi intervenções educativas direcionadas para a utilização adequada de diferentes ajudas técnicas de apoio à marcha, levante e transferência, ajustadas às características estruturais da habitação. Destacou-se a utilização de dispositivos como andarilho, tripé, cadeira de rodas, canadianas e canadianas axilares, os quais contribuíram para a melhoria da mobilidade, manutenção da massa muscular e aumento da satisfação da pessoa. Paralelamente, foi promovida a manutenção da saúde e a participação social, em consonância com as competências específicas do EEER e com os referenciais do Plano de Qualificação e Certificação da Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018).

Para além do referido, foram igualmente implementados protocolos de exercício com o peso do próprio corpo e, em fases mais avançadas da reabilitação, programas que incluíam a utilização de halteres, com o objetivo de promover o fortalecimento muscular e o aumento da massa muscular. De acordo com Ribeiro (2023), programas de reabilitação devidamente estruturados e ajustados às necessidades da pessoa contribuem para o incremento da massa muscular, da força e da funcionalidade, aspetos fundamentais para a redução da dor e do edema, para a melhoria da amplitude de movimento e para o restabelecimento da segurança e independência funcional.

As incapacidades temporárias e/ou permanentes (de natureza motora, sensorial ou cognitiva) presentes nas pessoas com quem contactei, desencadeavam frequentemente pensamentos negativos como “não vou sair de casa porque tenho uma limitação”, conduzindo, muitas vezes, à diminuição da interação social e ao conseqüente isolamento. Perante esta realidade, procurei intervir no sentido de desconstruir estas crenças limitadoras, promovendo estratégias de reforço da autoconfiança e de redução da ansiedade, incentivando a participação ativa na comunidade e a valorização das capacidades remanescentes.

3.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

O conceito de funcionalidade assume um carácter abrangente, centrando-se na capacidade da pessoa para desempenhar as atividades do quotidiano. Sempre que ocorre uma alteração no padrão habitual de funcionalidade, pode surgir uma limitação, geralmente de carácter temporário. Quando essa limitação se torna permanente, traduz-se numa situação de incapacidade (OMS, 2001).

Perante estas alterações, o EEER desempenha um papel determinante nos processos de aquisição de conhecimentos e de adaptação a novas condições de saúde. Através da conceção de planos de intervenção individualizados e da aplicação de técnicas específicas de reabilitação, procura manter e/ou recuperar a capacidade funcional da pessoa nas AVD básicas, contribuindo para a minimização do impacto das limitações e incapacidades associadas às transições de saúde vivenciadas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Dotado de competências especializadas, o enfermeiro de reabilitação mobiliza ajudas técnicas que potenciam capacidades adaptativas de autocuidado, implementa intervenções orientadas para a reeducação funcional e desenvolve programas de treino de AVD's que

promovem a reintegração social e a preservação da dignidade da pessoa em situação de limitação e/ou doença (OMS, 2001).

Paralelamente, o EEER mobiliza estratégias de educação para a saúde com o objetivo de promover a literacia da pessoa, através da realização de ensinamentos, instruções e treinos dirigidos à própria e às respetivas famílias. Para que estas intervenções sejam eficazes, é fundamental que o profissional estabeleça previamente uma relação empática e de confiança com a pessoa em processo de reabilitação, favorecendo a adesão terapêutica e potenciando resultados mais positivos num período de tempo mais curto. Paralelamente à relevância da intervenção do EEER, importa reconhecer o papel ativo e indispensável da pessoa no seu próprio processo de saúde, devendo esta participar de forma consciente, aceitar as orientações propostas, refletir sobre as mudanças necessárias e adotar uma postura transformadora ao longo do percurso clínico.

A utilização de instrumentos de avaliação padronizados, válidos e ajustados ao contexto foi uma prática recorrente em todos os estágios realizados, assumindo um papel fundamental no processo de avaliação e acompanhamento das pessoas. Estes instrumentos forneceram dados objetivos e rigorosos sobre a sua evolução, permitindo uma monitorização sistemática dos ganhos em saúde. Simultaneamente, constituíram um importante suporte à reflexão sobre as intervenções desenvolvidas, contribuindo para o meu crescimento profissional e para a consolidação de competências enquanto EEER, ao possibilitar a análise crítica e a avaliação contínua da prática (Sousa et al., 2023). Ao longo dos diferentes contextos de estágio, tive, assim, a oportunidade de fundamentar e ajustar a minha atuação clínica com base nesta competência específica do EEER, reforçando uma prática orientada pela evidência e pela qualidade dos cuidados.

Durante o estágio em contexto neurológico, prestei diariamente cuidados de reabilitação a pessoas que sofreram AVC, dos quais resultaram limitações funcionais e necessidade de adaptação a novas condições de vida. Numa fase inicial, e à luz do Modelo do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, acompanhei uma pessoa com cerca de 50 anos, que sofreu um AVC isquémico, apresentando hemiparésia direita, disartria e alterações da deglutição. Recorri a diversos instrumentos de avaliação do desempenho nas atividades de vida diária, nomeadamente a MIF, o Índice de Barthel, o Índice de Katz, a Escala de Lawton & Brody e a escala de força muscular. Através desta avaliação sistematizada, foi possível constatar um défice significativo ao nível da mobilidade e marcadas dificuldades na satisfação dos

autocuidados. Esses instrumentos permitem uma análise detalhada do grau de independência da pessoa, servindo de base para a definição de intervenções específicas (Sousa et al, 2023).

Com base na avaliação inicial e nos défices identificados, elaborei um plano de cuidados individualizado, centrado na reeducação funcional da pessoa. O programa incluiu treino postural com recurso a espelho quadriculado, reforço muscular, treino de equilíbrio, treino de marcha com apoio de ajudas técnicas e treino de transferências seguras. Ao longo do processo de reabilitação, sustentado por reavaliações periódicas, foi possível constatar uma evolução favorável ao nível da funcionalidade, evidenciada por ganhos significativos no autocuidado, na mobilidade e na perceção de qualidade de vida. Os resultados obtidos evidenciam que a intervenção do EEER, impacta positivamente no aumento da massa e força muscular, promoção da independência e autonomia funcional, bem como na redução da dor musculoesquelética.

Estes resultados reforçam, de forma inequívoca, a importância da intervenção do EEER na maximização da capacidade funcional motora e na promoção da autonomia das pessoas em processo de reabilitação. De acordo com Pinho et al. (2024), a participação em programas de reabilitação não só conduz a benefícios individuais significativos, como também produz efeitos positivos ao nível social, contribuindo para a diminuição do isolamento e da ansiedade, a redução do absentismo laboral e a facilitação do regresso ao trabalho.

No estágio realizado em contexto domiciliário, destaco a intervenção do EEER na melhoria da intolerância à atividade, na otimização da função cardíaca e no controlo da dispneia. Durante este período, acompanhei uma pessoa com diagnóstico de DPOC que apresentava cansaço a pequenos esforços, intolerância à atividade, isolamento social e acumulação de secreções. Este conjunto de limitações restringia significativamente o seu raio de ação, originando sentimentos de incapacidade, tristeza e dispneia persistente.

Perante esta situação clínica, desenvolvi um programa estruturado de reabilitação respiratória, associado a treino de reeducação ao esforço. As intervenções incluíram ensinamentos e treinos sobre técnicas de controlo respiratório, estratégias de relaxamento e descanso, métodos de limpeza das vias aéreas, treino de AVD e aplicação de técnicas de conservação de energia, com o intuito de otimizar a ventilação, reduzir a dispneia e as secreções brônquicas e aumentar a tolerância ao esforço. De acordo com Alves e Grilo (2022), estas intervenções revelam-se eficazes na diminuição da fadiga, no aumento da capacidade vital e na melhoria do desempenho funcional, contribuindo de forma significativa para a qualidade de vida da pessoa.

A aplicação consistente das estratégias referidas, aliada à presença e acompanhamento semanal, permitiu capacitar a pessoa para uma gestão mais eficaz da sua sintomatologia, promovendo maior autonomia no quotidiano. A melhoria na qualidade de vida foi evidente, traduzindo-se em ganhos não apenas ao nível da função respiratória e cardíaca, mas também nas dimensões psicológica e emocional, contribuindo para a recuperação do bem-estar e para a valorização da sua condição de saúde.

Em síntese, o EEER detém competências para conceber, implementar, monitorizar e avaliar programas de reabilitação em diferentes contextos assistenciais, apoiando as pessoas mais vulneráveis na maximização das suas capacidades funcionais, promovendo o bem-estar e a otimização do desempenho nas atividades do quotidiano (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A realização de avaliações sistemáticas do progresso, quer ao nível motor, cardíaco ou respiratório, constitui um elemento essencial para a adequação dos planos de intervenção, definição de metas realistas e monitorização da evolução ou eventual regressão da condição clínica da pessoa.

4. Considerações Finais

Chegando ao fim deste percurso de aprendizagem e desafios, que foi o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, chega a hora de abrir novas portas, e prosseguir para a concretização deste percurso acadêmico de dois anos. Uma trajetória sinuosa, exigente que forneceu para a minha vida pessoal e profissional aprendizagens vibrantes e essenciais para o meu futuro enquanto EEER.

No decorrer deste mestrado, pude verificar que ser EEER, é ser dono de uma visão ímpar, de uma capacidade de adaptação a várias circunstâncias, ser portador de capacidades técnicas, teóricas e relacionais que permitam alcançar a confiança e os ganhos em saúde pretendidos. Aprendi que devo ter a capacidade de olhar para a pessoa como um todo na sua singularidade e particularidades, e não apenas para uma patologia ou incapacidade, entendendo quais as necessidades da mesma e por onde trabalhar para atingir o seu máximo potencial de autonomia.

Os estágios nos diferentes contextos foram cruciais no meu desenvolvimento, demonstrando-se experiências impactantes que permitiram consolidar os conhecimentos teóricos, as competências técnicas, científicas e interpessoais, em consonância com as demandas do EEER e de Mestre. Mantive sempre uma postura proativa, procurando participar e trabalhar em equipa considerando todos os momentos favoráveis na minha aprendizagem e, potencializando assim a melhoria contínua da minha atuação enquanto EEER. Todos os desafios enfrentados, ajudaram na consolidação de uma postura mais madura e consciente sobre o que verdadeiramente é, ser-se EEER.

A presença em várias unidades e serviços permitiram-me verificar a necessidade e importância desempenhada pelo EEER, área crucial na qualidade de vida das pessoas, no seu processo de adaptação aos novos conceitos de vida, reforçando a dignidade da pessoa no decorrer de todo o processo de transição.

Os vários documentos de apoio e reuniões com orientadores e professores, aliados aos diálogos e conversas estabelecidas com os profissionais de cada serviço onde estagiei, permitiram-me refletir acerca da minha prática clínica, identificando limitações e oportunidades de melhoria e superação. É esta a visão que levarei comigo para o futuro, na tentativa de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados. Na minha perspectiva, cada pessoa

que temos a oportunidade de conhecer, representa uma ocasião passível de aprendizagem e crescimento.

O mestrado em Enfermagem de Reabilitação frequentado no instituto, foi uma etapa significativa para a aquisição e consolidação de conhecimentos de competências específicas à área de reabilitação. O presente relatório de estágio é indispensável como instrumento comprovativo do desenvolvimento e percurso académico efetuado, permitindo concluir que a investigação apresenta relevante importância, possibilitando a produção de conhecimento e melhorias na qualidade das práticas na enfermagem.

Considero que, através dos conhecimentos adquiridos em relação à prática de enfermagem de reabilitação, consegui melhorar a qualidade de vida das pessoas que cuidei constituindo um fator de relevância no seu processo de reabilitação e de promoção de independência e qualidade de vida. A reflexão sobre as práticas desenvolvidas permite-nos prestar cuidados de enfermagem de excelência e melhorar a visão que as pessoas têm sobre a importância do EEER. Cabe mencionar como agente facilitador do meu percurso académico de aprendizagem, o apoio dos docentes, orientadores e dos Enfermeiros de Reabilitação com quem tive oportunidade de estagiar.

As experiências vivenciadas no decorrer destes meses forneceram-me capacidades para traduzir a teoria em prática clínica, dotando-me de capacidades e competências que me permitam, no futuro enquanto EEER obter ganhos relevantes em saúde e, deste modo, conseguir valorizar e tornar visível o grande profissional que é o EEER e o quão imprescindível é nos cuidados de saúde às pessoas.

Ser EEER é representar uma área de especialização em crescimento e expansão, uma categoria profissional que permite devolver ou garantir a manutenção das capacidades de autocuidado na pessoa, é procurar saber cada vez mais e melhor com o objetivo final de cuidar da melhor forma possível os nossos e os familiares de outréns.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: “Impacto da
Intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia
da anca: *Scoping Review*”

Resumo

Introdução: A cirurgia da anca, em particular a Artroplastia Total da Anca (ATA), constitui uma das intervenções ortopédicas mais comuns, estando associada a melhorias significativas na recuperação funcional, na diminuição da dor e no aumento da autonomia do utente. A mobilização precoce no período pós-operatório assume um papel fundamental na prevenção de complicações e na otimização dos resultados clínicos. O objetivo deste estudo foi mapear a evidência científica acerca do impacto da intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca.

Metodologia: Foi realizada uma *scoping review* com base nas orientações definidas pela *Joanna Briggs Institute* (JBI), orientada pela questão de investigação: “Qual o impacto da Intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca?”. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados *PubMed*, *Web of Science* e na *CINAHL complete*. Foram considerados todos os artigos publicados em qualquer língua, no período compreendido entre 2020 e 2025, que incluíram pessoas submetidas a cirurgia da anca, período pós-operatório e contexto hospitalar.

Resultados: Foram incluídos 11 estudos, dos quais emergiram quatro categorias que refletem o impacto da Intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca: mobilização precoce e eficiência dos cuidados; recuperação funcional e independência; segurança e prevenção de complicações e intervenções complementares e abordagens multimodais. Os resultados apontaram para melhorias significativas na redução do tempo de internamento, melhoria da recuperação funcional e funcionalidade da articulação coxofemoral, maior satisfação das pessoas e impacto positivo geral no estado clínico.

Conclusões: A evidência analisada sustenta que as intervenções do EEER, centradas na mobilização precoce e integradas em abordagens complementares como os exercícios no leito e a recuperação multimodal, são seguras e eficazes na otimização dos resultados clínicos da pessoa submetida a cirurgia da anca, contribuindo para a melhoria da recuperação funcional, redução do tempo de internamento, prevenção de complicações e redução dos custos em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Mobilização Precoce; Artroplastia Total da Anca; Reabilitação Pós-Operatória

Abstract

Introduction: Hip surgery, particularly total hip arthroplasty (THA), is one of the most common orthopedic procedures and is associated with significant improvements in functional recovery, pain reduction, and increased patient independence. Early mobilization in the postoperative period plays a key role in preventing complications and optimizing clinical outcomes. The objective of this study was to review the scientific evidence regarding the impact of the Rehabilitation Nursing Specialist intervention on the mobilization of patients who have undergone hip surgery.

Methodology: A *scoping review* was conducted based on the guidelines established by the Joanna Briggs Institute (JBI), guided by the research question: “What is the impact of EEER intervention on the mobilization of patients who have undergone hip surgery?”. The search was conducted in the PubMed, Web of Science, and CINAHL Complete databases. All articles published in any language between 2020 and 2025 that included individuals undergoing hip surgery, the postoperative period, and a hospital setting were considered.

Results: Eleven studies were included, from which four categories emerged that reflect the impact of the EEER intervention on the mobilization of patients who have undergone hip surgery: early mobilization and efficiency of care; functional recovery and independence; safety and prevention of complications; and complementary interventions and multimodal approaches. The results indicated significant improvements in reducing length of hospital stay, improved functional recovery and hip joint function, greater patient satisfaction, and an overall positive impact on clinical status.

Conclusions: The evidence reviewed supports the conclusion that EEER interventions focused on early mobilization and integrated into complementary approaches such as bed exercises and multimodal rehabilitation are safe and effective in optimizing clinical outcomes for patients undergoing hip surgery, contributing to improved functional recovery, shorter hospital stays, prevention of complications, and reduced healthcare costs.

Keywords: Rehabilitation nursing; early mobilization; total hip replacement; postoperative rehabilitation

Introdução

A nível mundial, tem-se assistido a um fenómeno de envelhecimento populacional, associado a um aumento significativo da esperança média de vida. Entre 2000 e 2021, este indicador evolui de 66,8 anos para 73,3 anos, respetivamente (World Health Organization [WHO], 2022).

Em Portugal, à semelhança do panorama global, observa-se um envelhecimento progressivo da população. Em 2019, o rácio de jovens por idosos fixava-se em 163 por cada 100, estimando-se que, até 2080, este valor possa atingir cerca de 300 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

Este fenómeno, embora traduza aspetos positivos como o aumento da longevidade, está também associado a um acréscimo de comorbilidades e de complicações decorrentes de alterações morfológicas relacionadas com o envelhecimento, como a artrose, a degeneração articular, as doenças cardiovasculares e as alterações sensoriais. Estas condições aumentam o risco de quedas, comprometem a mobilidade e afetam, sobretudo, a independência e a qualidade de vida da pessoa (Dias et al., 2021).

Na sequência do exposto, as patologias musculo esqueléticas configuram-se como um relevante problema de saúde pública, constituindo, de acordo com a Global Burden of Disease Study 2021 (GBD, 2021), uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. Estas alterações abrangem mais de 150 patologias distintas, afetando estruturas como articulações, músculos, ossos, ligamentos, tendões e a coluna vertebral (Gill et al., 2023).

A Ortopedia e Traumatologia é a especialidade médica dedicada ao estudo e tratamento das patologias do sistema músculo esquelético, que inclui estruturas como ossos, articulações, músculos, tendões e ligamentos. Este sistema constitui um dos principais sistemas do corpo humano, desempenhando não só funções de proteção e suporte de órgãos vitais, como também um papel essencial na mobilidade e funcionalidade, através de um sistema de alavancas que permite o movimento e a dinâmica corporal. Este mecanismo resulta da inserção dos músculos nos ossos por meio dos tendões, sendo a contração muscular responsável pela mobilização óssea e, conseqüentemente, pela realização de movimentos específicos (Dave et al., 2023).

Nesta perspetiva, a Global Burden of Disease (GBD) refere que, em 2020, cerca de 494 milhões de pessoas em todo o mundo apresentavam patologias do sistema músculoesquelético,

registrando-se um aumento de 123,4% desde 1990, com a previsão de um crescimento da prevalência global de 115% até 2050. De acordo com a mesma fonte, as fraturas mais frequentes ocorrem no membro inferior, destacando-se as fraturas proximais do fêmur, que se associam a sintomas como dor intensa, perda súbita de mobilidade e funcionalidade, bem como dependência, particularmente na população idosa (Gill, 2023).

Considerando o exposto, Dias et al. (2021) referem que a articulação coxofemoral é frequentemente afetada pela osteoartrose, dando origem à coxartrose. O tratamento pode incluir uma abordagem conservadora ou, nos casos em que o controlo da dor se torna insuficiente e compromete a qualidade de vida da pessoa, a intervenção cirúrgica (Dias et al., 2021).

A articulação coxofemoral é uma articulação sinovial do tipo *ball and socket*, formada pelas componentes acetabular e femoral. Resulta da articulação entre a cabeça do fêmur e o acetábulo, uma cavidade côncava que proporciona estabilidade ao movimento e permite a realização de movimentos de flexão e extensão, adução e abdução, bem como rotação interna e externa (Peixoto et al., 2022). Estas estruturas encontram-se revestidas por cartilagem articular e desempenham funções essenciais, como a deambulação, a estabilidade e o equilíbrio corporal (Peixoto et al., 2022).

Na mesma perspetiva, quando a abordagem conservadora se revela insuficiente para o controlo da sintomatologia e a recuperação da funcionalidade, a intervenção cirúrgica surge como a opção terapêutica mais eficaz, sobretudo em casos de dor persistente, limitação da mobilidade e comprometimento da qualidade de vida da pessoa (Kisner & Colby, 2016). Entre as cirurgias mais frequentes na articulação coxofemoral, destaca-se a artroplastia da anca, que pode ser total (ATA) ou parcial (Cruz et al., 2021). Este procedimento é amplamente utilizado tanto em situações degenerativas, como a coxartrose, como no tratamento de fraturas, nomeadamente as do colo do fêmur. A abordagem cirúrgica envolve um procedimento invasivo e implica, habitualmente, um período pós-operatório em contexto hospitalar, durante o qual se procede ao controlo da dor e da sintomatologia e ao início do processo de reabilitação (Dias et al., 2021).

Neste contexto, a American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS, 2020) reforça que a cirurgia ortopédica constitui a estratégia terapêutica mais eficaz, permitindo restaurar a mobilidade e a funcionalidade articular, acelerar a recuperação funcional e reduzir a mortalidade e as comorbilidades associadas a períodos prolongados de imobilização no leito. Este aspeto assume particular relevância quando se considera que a imobilidade prolongada

está associada a diversas repercussões negativas no estado funcional da pessoa, nomeadamente sarcopenia, risco de rigidez articular e diminuição da amplitude e da mobilidade articular. Em consequência, podem ocorrer internamentos mais prolongados, maior risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e níveis acrescidos de dependência funcional (Preston & Biddell, 2021).

Considerando o exposto, destaca-se a importância dos cuidados de enfermagem desde o período pré-operatório até ao pós-operatório, assumindo o EEER uma intervenção determinante, com impacto positivo na recuperação funcional da pessoa, na prevenção de complicações e na promoção da autonomia (Rhamelani et al., 2025).

O EEER possui competências e conhecimento que lhe permitem realizar uma avaliação funcional inicial e prescrever, de forma independente e individualizada, um plano de intervenções terapêuticas adequadas. Estes profissionais assumem um papel fundamental no pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia da anca, aplicando os seus conhecimentos para promover a mobilização precoce de forma segura, bem como a realização de exercícios de fortalecimento muscular, levantes e treino de marcha, contribuindo para a recuperação da confiança e da autonomia da pessoa (Arantes et al., 2023; Rhamelani et al., 2025).

Apesar de a mobilização constituir uma estratégia essencial no processo de reabilitação, verifica-se ainda uma escassez de evidência robusta relativamente ao impacto das intervenções específicas do EEER no contexto do pós-operatório de pessoas submetidas a cirurgia da anca. Esta lacuna evidencia a necessidade de investigação rigorosa nesta área, de forma a produzir evidência consistente que suporte e oriente a prática clínica.

Neste contexto, a realização da presente scoping review surge do reconhecimento da importância da mobilização na pessoa submetida a cirurgia da anca e da necessidade de identificar o impacto das intervenções do EEER na recuperação funcional no período pós-operatório. Esta necessidade suscita a reflexão as estratégias mais eficazes para promover a autonomia da pessoa, melhorar a funcionalidade da articulação coxofemoral, reduzir complicações e encurtar o tempo de internamento, com impacto não apenas na pessoa e na sua família, mas também nos sistemas de saúde. Assim, esta *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência científica acerca do impacto das intervenções do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca.

1. Metodologia

Esta *scoping review* foi realizada seguindo as recomendações metodológicas *Joanna Briggs Institute* (JBI) para este tipo de revisão, tendo seguido para a sua elaboração a organização do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). Optou-se por este tipo de revisão por se tratar de uma abordagem metodológica que permite mapear a evidência científica acerca de uma determinada temática, permitindo detetar e identificar fragilidades no conhecimento, sem exigências no que toca à avaliação metodológica dos estudos incluídos (Peters et al., 2020).

Esta revisão teve como objetivo mapear a evidência científica acerca do impacto da intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca.

Foi efetuado o registo do estudo na *Open Science Framework*, intitulado "Impacto da Intervenção do EEER na Mobilização da Pessoa submetida a Cirurgia da Anca: *Scoping Review*", disponível em <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/QBA6V>.

1.1. Critérios de inclusão

De acordo com a metodologia proposta pelo JBI, o enunciado da questão de investigação teve por base o acrónimo PCC (População, Conceito, Contexto), possibilitando direccionar a pesquisa para evidência científica objetiva (Peters et al., 2020). Para tal, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e de exclusão (Tabela 1).

Tabela 1- Critérios de Inclusão e exclusão segundo metodologia PCC

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P	Pessoas submetidas a cirurgia da anca;	População pediátrica ou adolescente;
C	Intervenções com foco na mobilização precoce; Estudos que envolvam intervenções de reabilitação que podem ser realizadas pelo	Intervenções não relacionadas com intervenções de mobilização precoce; Intervenções que não integrem pessoas submetidas a cirurgia da

	enfermeiro de reabilitação;	anca;
C	Hospitalar	Intervenções desenvolvidas em contexto comunitário ou domiciliário.

Desta forma, foi formulada a seguinte questão de investigação: Qual o impacto da intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca?

1.2. Estratégia de pesquisa

Após a elaboração da questão de investigação, iniciou-se a pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *MEDLINE complete* e *Web Of Science*, tendo sido utilizadas palavras chave como “*rehabilitation nursing*”, “*early mobilization*”, “*total hip replacement*”, “*postoperative rehabilitation*”, conjugadas com os operadores booleanos *AND* e *OR*, utilizando as seguintes estratégias de pesquisa (Tabela 2).

A pesquisa foi realizada no dia 4 de outubro de 2025, tendo sido incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, sem restrição de idioma, com o objetivo de reunir a evidência científica mais atual e relevante.

Tabela 2 - Estratégia de pesquisa

Estratégia de Pesquisa	Base de Dados
(("arthroplasty, replacement, hip"[MeSH Terms] OR "arthroplasty replacement hip"[Title/Abstract] OR "arthroplasties hip replacement"[Title/Abstract] OR "arthroplasty hip replacement"[Title/Abstract] OR "hip prosthesis implantation"[Title/Abstract] OR "hip replacement arthroplasties"[Title/Abstract] OR "hip replacement arthroplasty"[Title/Abstract] OR "hip replacement total"[Title/Abstract] OR "replacement arthroplasty hip"[Title/Abstract] OR "replacement total hip"[Title/Abstract] OR "total hip arthroplasty"[Title/Abstract] OR "total hip replacement"[Title/Abstract] OR "hip prosthesis"[MeSH Terms] OR "hip prosthesis"[Title/Abstract]) AND ("rehabilitation nursing"[MeSH Terms] OR "rehabilitation nursing"[Title/Abstract] OR "exercise therapy"[MeSH Terms] OR "exercise therapy"[Title/Abstract] OR "rehabilitation exercise"[Title/Abstract] OR "exercise movement techniques"[MeSH Terms] OR "exercise movement	<i>PubMed</i>

techniques"[Title/Abstract] OR "exercise movement therapies"[Title/Abstract] OR "exercise movement techniques"[Title/Abstract] OR "rehabilitation outcome"[Title/Abstract] OR "rehabilitation"[MeSH Terms] OR "rehabilitation"[Title/Abstract] OR "recovery of function"[MeSH Terms] OR "recovery of function"[Title/Abstract] OR "physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR "physical therapy modalities"[Title/Abstract] OR "physical therapy"[Title/Abstract] OR "physicaltherapy"[Title/Abstract] OR "physical therapy techniques"[Title/Abstract] OR "physical therapy techniques"[Title/Abstract] OR "physical therapy technique"[Title/Abstract] OR "physiotherapy"[Title/Abstract] OR "physiotherapies"[Title/Abstract])) AND (2020/1/1:2025/12/31[pdat])	
"arthroplasty replacement hip" OR "arthroplasties hip replacement" OR "arthroplasty hip replacement" OR "hip prosthesis implantation" OR "hip replacement arthroplasties" OR "hip replacement arthroplasty" OR "hip replacement total" OR "replacement arthroplasty hip" OR "replacement total hip" OR "total hip arthroplasty" OR "total hip replacement" OR "hip prosthesis" OR "hip prosthesis"	<i>CINAHL complete</i>
"rehabilitation nursing" OR "exercise therapy" OR "rehabilitation exercise" OR "exercise movement techniques" OR "exercise movement therapies" OR "exercise movement techniques" OR "rehabilitation outcome" OR "rehabilitation" OR "recovery of function" OR "physical therapy modalities" OR "physical therapy" OR "physicaltherapy" OR "physical therapy techniques" OR "physical therapy techniques" OR "physical therapy technique" OR "physiotherapy" OR "physiotherapies"	<i>Web of Science</i>

1.3. Análise e seleção dos estudos

Os artigos incluídos na *scoping review* foram selecionados de forma rigorosa, sistemática e criteriosa com recurso à plataforma *Rayyan*®. A triagem dos resultados, com base no título e resumo, foi realizada de forma independente e cega por dois revisores, assegurando a sua elegibilidade segundo os critérios de inclusão definidos. Não foi necessário recorrer a um terceiro revisor, uma vez que se verificou consenso na seleção final.

Posteriormente, procedeu-se à leitura integral dos 11 artigos selecionados e à extração dos dados através de um instrumento estruturado, contemplando o autor, o país, o ano de publicação, os objetivos, a amostra, a metodologia, os resultados e as conclusões.

2. Resultados

A pesquisa científica realizada nas diferentes bases de dados permitiu identificar um total de 2905 artigos científicos, dos quais foram removidos 1512 por se encontrarem duplicados. De seguida, foram aplicados os critérios de inclusão previamente definidos e eliminados 1220 artigos.

Dos 173 estudos considerados elegíveis, após leitura integral foram excluídos 162. Os restantes 11 estudos foram analisados em pormenor. Posteriormente, estes foram avaliados com recurso à *JBICritical Appraisal Checklist for Qualitative Research*, confirmando-se o cumprimento dos critérios necessários para inclusão na revisão (Lockwood et al., 2015).

O processo descrito encontra-se sintetizado no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1), o qual apresenta os resultados das três fases principais: identificação, seleção (screening) e inclusão dos estudos.

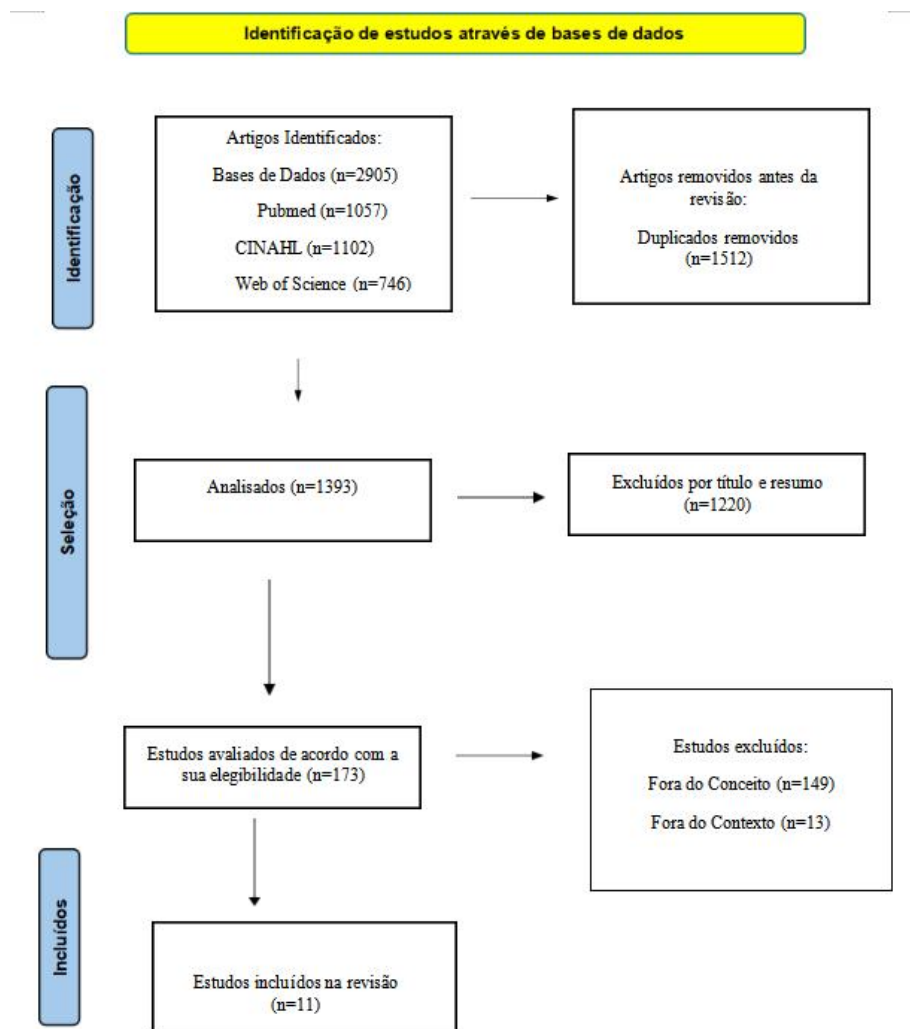


Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR flow (adaptado de Page et al., 2021)

Nesta *scoping review* foram incluídos um total 11 estudos publicados nos últimos 5 anos (2020-2025), verificando-se que ocorreu uma maior concentração de estudos nos anos de 2022 (Prinsloo & Keller, 2022; Tian et al., 2022; Efford & Samuel, 2022), 2024 (Efford et al., 2024; Ohtera et al., 2024; Chojnowska et al., 2024) e 2025 (Liu et al., 2025; Liu et al., 2025; Akiyama et al., 2025), com um total de três artigos cada. No ano de 2021 verificou-se a existência de 2 artigos (Castle et al., 2021; Oberfeld et al., 2021) e, por fim, no ano de 2023 não surgiu qualquer estudo significativo.

Os estudos incluídos provêm de uma distribuição geográfica que abrange quatro continentes distintos. Destes, cinco são provenientes do continente asiático (China e Japão), quatro da Europa (Reino Unido, Alemanha e Polónia), um da Oceânia (Austrália) e um da África (África do Sul). Esta ampla dispersão geográfica evidencia a relevância da temática e o interesse global da área da saúde na investigação e abordagem deste tema.

No que toca à tipologia dos estudos, prevalecerem os estudos observacionais (5), seguidos dos ensaios clínicos experimentais (4) e dos estudos de corte (1) e revisão da literatura (1).

Com o objetivo de sistematizar os dados extraídos dos 11 artigos incluídos na revisão, foi elaborado um instrumento de recolha de dados (Tabela 3), com base no Manual do JBI (Peters et al., 2020), alinhado com o objetivo do estudo e com a questão de investigação. A tabela foi estruturada contemplando os autores, o título, o ano de publicação, o país de origem, os objetivos, a metodologia, os resultados e conclusões.

Tabela 3 : Resumo da análise dos artigos incluídos

Autores, Ano; País	Título	Objetivos	Tipo de Estudo/ Metodologia	Resultados	Conclusões
E1: (Castle et al., 2021) Austrália	<i>Mobilization after joint arthroplasty surgery: who benefits from standing within 12 hours?</i>	Explorar o impacto das intervenções de mobilização precoce na redução do tempo de internamento.	Estudo observacional retrospectivo que contou com uma amostra total de 386 pessoas, sendo que 226 foram submetidos a Artroplastia Total da Anca (ATA) e 160 a Artroplastia Total do Joelho (ATJ). A recolha dos dados faz referência ao período entre janeiro de 2017 e fevereiro de 2018.	A mobilização precoce associada à integração dos Programas de Recuperação Melhorada, contribuem para a redução significativa do período de internamento das pessoas submetidas a ATA (de 4,2 dias para 3,7 dias). O grupo submetido ao protocolo e mobilização precoce, apresentou uma diminuição dos custos associados ao procedimento cirúrgico e internamento, uma diminuição da morbilidade perioperatória, uma redução da taxa de readmissão, redução de risco de infeção, trombose venosa profunda, confusão e retenção urinária e uma maior satisfação da pessoa.	A intervenção, mobilização precoce, é uma intervenção segura e eficaz em pessoas submetidas a ATA, promovendo uma recuperação funcional acelerada, uma redução dos custos associados ao internamento e uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.
E2: (Efford et al., 2024) Reino Unido	<i>What is the multifactorial efficacy of day-zero ambulation post-</i>	Identificar a eficácia da realização do treino de marcha no dia zero após ATA, tendo em conta tempo de	Revisão sistemática da literatura que integrou 8 estudos (2 revisões sistemáticas, 2 estudos de	O treino de Marcha no dia zero pós-operatório melhorou a recuperação funcional da pessoa apresentando benefícios clínicos	O treino de marcha no dia da cirurgia demonstra potencial na redução dos períodos

	<i>total hip replacement surgery: A systematic review</i>	internamento, recuperação funcional, segurança e dor pós-operatória.	corte, 1 estudo caso controlo, 1 estudo de custo utilidade, 2 ensaios clínicos randomizados)	significativos na redução do tempo de internamento, tudo isto sem que ocorra um aumento de complicações associadas. O estudo aponta ainda para resultados positivos na relação custo-efetividade.	de internamento e numa recuperação motora/funcional célere.
E3: (Liu et al., 2025) Republica Popular da China	<i>Efficacy of Bed Exercise Following Primary Total Hip Replacement in Young Active Patients</i>	Avaliar a relevância e eficácia do exercício no leito em pessoas submetidas a ATA, verificando se ocorrem melhorias na função da articulação, redução de complicações pós-operatórias, redução das perdas de massa muscular e melhoria da qualidade de vida.	Estudo retrospectivo comparativo que incluiu utente com idade inferior a 65 anos, submetidos a ATA. A amostra total foi de 389 pessoas divididas em dois grupos: A- Exercícios no leito e treino de marcha desde o primeiro dia pós operatório, incluindo exercícios como flexão plantar e dorsiflexão do tornozelo, flexão e extensão da articulação coxofemoral, exercícios isométricos dos quadríceps e glúteos (10 repetições, 5 vezes/dia durante 35 semanas) ; B - Treino de reeducação de marcha isolado.	As pessoas submetidos ao protocolo de reabilitação A, demonstraram melhorias significativas na função da anca, na qualidade de vida e satisfação. Além disso, verificou-se ainda uma redução das complicações pós-operatórias no que toca à redução da incidência da trombose venosa profunda e rigidez articular. A pessoas deste grupo conseguiram realizar e satisfazer precocemente as suas atividades de vida diária, além de conseguirem tolerar treinos de marcha mais longos.	A reabilitação pós-operatória é uma etapa crucial na promoção da recuperação da função articular, recuperação funcional precoce e qualidade de vida das pessoas. A introdução dos exercícios estruturados no leito nos protocolos de reabilitação em pessoas submetidos a cirurgia da anca (ATA), apresentam-se como uma estratégia de reabilitação precoce eficaz neste grupo etário.
E4: (Liu et al., 2025)	<i>Enhanced recovery after surgery:</i>	Comparar e avaliar a eficácia de protocolos ERAS com	Ensaio clínico randomizado simples-cego, com uma	Os protocolos ERAS são eficazes e seguros na população	O recurso a protocolos especializados de

China	<i>nursing strategy for total hip arthroplasty in older adult patients</i>	protocolos de enfermagem convencionais na abordagem à pessoa idosa submetida a cirurgia da anca (ATA).	amostra total de 90 pessoas com idade superior a 60 anos submetidos a ATA. Amostra total dividida em dois grupos: Grupo ERAS (n=45), dos quais 17 H e 28M. Grupo Enfermagem convencional (n=45), dos quais 16H e 29M.	idosa submetida a ATA. As pessoas submetidas a este protocolo de reabilitação precoce apresentaram redução da dor pós-operatória, melhor recuperação funcional (avaliada através da <i>Harris Hip Score</i> e <i>Barthel Index</i>), menos risco de infecção associada a dispositivos, capacidade de levantar e de treino de marcha precoce e mais bem tolerado, redução da ansiedade e menor taxa de complicações. Desta forma, os internamentos foram mais curtos, a satisfação das pessoas maior e, consequentemente, os custos associados ao internamento diminuíram.	reabilitação precoces e estruturados permitiram às pessoas alcançar marcos de reabilitação de forma acelerada, demonstrando-se uma prática segura e eficaz em pessoas submetidas a ATA. Este tipo de intervenção promove a recuperação funcional e a manutenção de uma adequada função motora e psicológica, pelo que deve ser integrada em protocolos hospitalares.
-------	--	--	---	--	--

E5: (Ohtera et al., 2024) Japão	<i>Variation in Utilization of Postoperative Rehabilitation After Total Hip Arthroplasty in Japan</i>	Identificar as variações no uso de reabilitação pós-operatória em pessoas submetidas a ATA, tendo em conta fatores institucionais e regionais associados no Japão.	Estudo de coorte retrospectivo de grande escala. Amostra total de 51332 pessoas submetidas a ATA e com idade superior a 40 anos.	A reabilitação pós-operatória em pessoas submetidas a ATA no Japão, encontra-se associada a uma redução dos custos médicos e do tempo de internamento, favorecendo ainda uma transição mais célere e facilitada do internamento hospitalar para o acompanhamento em regime ambulatorio.	A reabilitação pós-operatória é uma intervenção que contribui para alta hospitalar mais precoce e melhor gestão dos cuidados de saúde. É necessária uma uniformização das práticas com o objetivo de prestar os melhores cuidados possíveis baseados na evidência científica de maneira igual em todas as regiões do Japão.
E6: (Prinsloo & Keller, 2022) África do Sul	<i>Same-day discharge after early mobilization and increased frequency of physiotherapy following hip and knee arthroplasty</i>	Identificar qual o efeito/eficácia da mobilização precoce e do recurso a fisioterapia mais intensiva desde o dia zero de pós-operatório, sobre o tempo de internamento, a dor, a segurança, o restabelecimento da função, a satisfação das pessoas e os custos associados ao internamento.	Estudo de coorte comparativo prospetivo vs retrospectivo. Amostra total de 120 pessoas que foram submetidos a cirurgia eletiva da anca ou do joelho. Grupo prospetivo: no qual se deu início à mobilização precocemente (1-3h após a cirurgia), bem como realização de educação pré operatória antecipada e tratamento dentro do protocolo em vigor. Grupo retrospectivo:	A mobilização precoce combinada com reabilitação intensiva reduziram significativamente a duração do internamento, sem aumentar eventos adversos ou taxas de readmissão. Ocorreu ainda no grupo prospetivo uma diminuição do tempo de internamento, menor risco de rigidez articular e uma redução total dos custos associados ao internamento hospitalar.	A mobilização precoce permite uma otimização dos recursos hospitalares, além de providenciar altas precoces e maior satisfação geral da pessoa, demonstrando-se uma prática essencial a adotar, quando possível, em todos os hospitais a nível mundial. Intervenção que

			abordagem tradicional no que toca à reabilitação. Medidas mais conservadoras e mobilização mais limitada. Ocorreu apenas uma mobilização única no pós-operatório dia zero, 3 h após a cirurgia. Privilegiado o repouso.	Obtiveram-se altas mais seguras e precoces, ou seja, diminuição das hospitalizações prolongadas e, por sua vez, redução das taxas de mortalidade e morbilidade em pessoas submetidas a ATA com necessidade de hospitalizações prolongadas.	beneficia a pessoa, a unidade de saúde, o estado e a economia.
E7: (Chojnowska et al., 2024) Polónia	<i>The Impact of Early Rehabilitation and the Acceptance of the Disease on the Quality of Life of Patients after Hip Arthroplasty: An Observational Study</i>	Avaliar o impacto da reabilitação precoce na qualidade de vida, satisfação da pessoa e capacidade motora em pessoas submetidas a ATA.	Estudo observacional prospetivo que contempla uma amostra de 147 pessoas submetidos a ATA. Dos 147 participantes, 95 eram do sexo feminino e 52 do sexo masculino. A média de idades foi de 67 anos. Início do protocolo de reabilitação logo após o regresso do bloco operatório, caso as condições e a segurança estivessem garantidas. Exercícios introduzidos no pós-operatório incluíram exercícios ativos de segmentos articulares no leito. A partir do 2º dia as pessoas iniciaram treinos de marcha em plano, treino de subir e descer escadas, treino de reforço	As intervenções de reabilitação precoce permitiram obter melhorias significativas no que toca à mobilidade, controlo de dor e manutenção de uma adequada amplitude de movimento articular. As pessoas apresentaram uma redução do tempo para retomar a sua funcionalidade e capacidade para o autocuidado. Todos estes fatores contribuíram para uma maior satisfação da pessoa submetida a ATA. Ocorreram ainda melhorias significativas nas escalas EVA, HHS e WHOQOL-BREF, traduzindo-se respetivamente na diminuição da intensidade e perceção da dor, uma melhoria da função da articulação coxofemoral, nomeadamente no que toca à dor, capacidade funcional,	O presente estudo e implementação de protocolo de reabilitação contribuiu para a eliminação da incapacidade relacionada com a articulação coxo femural, bem como a sua melhoria progressiva no que toca à mobilidade e funcionalidade. Potenciou ainda uma recuperação funcional acelerada, a independência e a autonomia da pessoa.

			muscular, e receberam ensinamentos acerca da prevenção de complicações e instrução acerca das limitações funcionais. Foram utilizadas escalas/instrumentos de apoio como a Escala de Barthel, HHS, VAS, a AIS e a WHOQOL-BREF.	mobilidade articular e amplitude de movimento e, por fim uma melhor perspectiva acerca da qualidade de vida percebida, avaliada através da WHOQOL-BREF.	
E8: (Tian et al., 2022) República Popular da China	<i>Efficacy of bed exercises in elderly patients after total hip arthroplasty</i>	Analisar a eficácia de intervenções que integram exercícios na cama como técnica de reabilitação em pessoas idosas submetidas a ATA, analisando impacto ao nível da dor, pontuações psicológicas, função da anca e amplitude de movimento articular, complicações pós-operatórias e qualidade de vida.	Estudo retrospectivo observacional comparativo com amostra de 539 pessoas com idades superiores a 60 anos submetidos a ATA. Grupo A: Realizadas técnicas de reabilitação convencionais, recorrendo a treinos de marcha progressivos com recurso a dispositivos auxiliares de marcha. Além disso foi realizado treino funcional básico. Grupo B: programa de exercícios terapêuticos de reabilitação no leito desde o primeiro dia após a cirurgia, incluindo treinos estruturados de sentar-se ao lado da cama, de colocar-se de pé, caminhar com dispositivos de apoio	As pessoas incluídas no grupo B, evidenciaram uma redução na incidência de trombose venosa profunda, sem aumento de outras complicações. Os exercícios estruturados que abordaram a contração muscular permitiram a manutenção da massa muscular, manutenção da força e redução de aderências articulares. Adicionalmente, os exercícios realizados no leito associaram-se a melhorias significativamente superiores ao nível da dor, da função da anca e da amplitude de movimento, bem como a melhores resultados nas componentes física (PCS) e mental (MCS) do SF-36. Estes resultados traduzem-se numa	Os exercícios no leito apresentam-se como uma estratégia segura e benéfica em pessoas submetidas a ATA providenciando qualidade de vida e autonomia. Este tipo de intervenção, realizada pelos profissionais é segura, exequível e deve ser colocada em prática na reabilitação imediata após a cirurgia.

			aconselhados, bem como um treino extra que incorporava flexão ativa da articulação coxofemoral, dorsiflexão e flexão plantar ativa do tornozelo, exercícios estáticos do quadriceps e glúteos e treino bilateral na posição supino.	melhoria da capacidade funcional, da autonomia e do desempenho nas atividades de vida diária, assim como num melhor bem-estar mental, emocional e psicológico.	
E9: (Efford & Samuel, 2022) Reino Unido	<i>Does rapid mobilisation as part of an enhanced recovery pathway improve length of stay, return to function and patient experience post primary total hip replacement? A randomised controlled trial feasibility study</i>	Avaliar e investigar a eficiência dos treinos de marcha no dia zero após ATA, tendo em conta o impacto na duração do internamento, marcos funcionais, complicações e dor pós-operatória e experiência vivenciada pela pessoa.	Estudo de ensaio clínico randomizado e controlado que incluiu 36 pessoas adultas submetidos a ATA. O estudo apresenta duas abordagens distintas: um grupo no qual se realizou treino de marcha no dia zero (grupo de intervenção RAPID) e outro que manteve repouso no dia zero pós-operatório e que iniciou a reabilitação apenas no dia 1 após a intervenção cirúrgica (Grupo Controlo). Como exercícios funcionais, incluíram-se a técnica de sentar à beira da cama, transferências, treino de equilíbrio e de tolerância à posição ortostática, treinos de marcha e de subir e descer escadas e de amplitude de movimento.	A abordagem que contemplou o início da marcha no dia zero obteve resultados positivos, de forma segura, associando-se a uma recuperação funcional mais rápida e um processo de reabilitação mais curto em cerca de 1,04 dias. As pessoas do grupo RAPID atingiram marcos funcionais mais precocemente, como por exemplo transferência para cadeira, 39,7 horas mais rápido; treino de marcha, 24,5h mais cedo; bem como uma redução do período de internamento em 1 dia. Não foram referenciadas complicações ou aumento da ocorrências das mesmas. As pessoas do grupo RAPID vivenciaram experiências melhoradas, e maior satisfação	A mobilização e o treino de marcha no dia zero após a intervenção cirúrgica de ATA produz efeitos clínicos relevantes, acelerando a recuperação funcional da pessoa e facilitando a alta hospitalar precoce. Apesar do referenciado, os resultados obtidos não se demonstram suficientes devido ao desenho de viabilidade e pequena dimensão da amostra, pelo que se sugere que a realização de um ensaio clínico randomizado e controlado maior.

				em relação ao seu período de internamento e perspectiva futura.	
E10: (Oberfeld et al., 2021) Alemanha	<i>Effect of Mobilization on the Day of Surgery After Total Hip Arthroplasty in Elderly, Obese, and Severely Diseased Patients</i>	Avaliar o efeito de mobilização no dia zero da cirurgia após ATA, no caso de pessoas obesas e idosos com ASA ≥ 3 , verificando se esta se encontra associada a uma recuperação melhorada sem eventos adversos e a uma prontidão para alta clínica precoce.	Estudo prospectivo randomizado controlado em pessoas que apresentam maior risco clínico (idade superior ou igual a 75 anos, índice de Massa corporal superior a 30 e ASA maior ou igual que 3) que foram submetidos a ATA. A amostra total engloba 167 pessoas e encontra-se dividida em dois grupos: Grupo dia zero: Pessoas mobilizadas até 4 h após a cirurgia. Exercícios de reabilitação incluíram o treino de marcha, se doente apresentar capacidade e for seguro. Grupo dia 1: Pessoas mobilizadas apenas no dia a seguir à intervenção cirúrgica. No que toca aos protocolos de reabilitação após o primeiro dia, ambos seguiram protocolos semelhantes.	A mobilização no dia da cirurgia em pessoas submetidas a ATA, é uma intervenção segura que se mostrou eficaz para a redução do tempo de preparação para a alta clínica em pessoas idosas, obesas e ASA 3 (pessoas com maior risco clínico). Esta técnica de reabilitação precoce não provocou aumento das complicações e eventos adversos, pelo que se pode inferir que é uma atividade segura. A duração do internamento reduziu de forma significativa, com altas consideradas seguras, sem ocorrências ou consequências para a pessoa.	A mobilização precoce é segura e eficaz mesmo em populações de maior risco submetidas a ATA, contribuindo para alta mais precoce, embora seja recomendada vigilância e investigação adicional quanto a efeitos tardios. É recomendável a realização de novas investigações que permitam avaliar o impacto das intervenções a longo prazo.
E11: (Akiyama et al., 2025) Japão	<i>Effect of postoperative physical activity on the bottom-up attention of older</i>	Estudar a influência da intensidade e quantidade de exercício físico pós-operatório em pessoas idosas submetidas a cirurgia	Estudo observacional longitudinal, realizado num centro único com uma amostra de 22 pessoas, com idade ≥ 65 anos, submetidos a cirurgia	O estudo demonstrou que a prática de exercício físico pós-operatório associou-se a uma diminuição significativa do tempo de reação dos ensaios de	Conclui-se que o presente estudo demonstra que a quantidade de exercício físico

<i>patients who underwent lower extremity orthopedic surgery</i>		ortopédica do membro inferior, bem como a sua associação com a prevenção da disfunção cognitiva pós-operatória (DCOP).	ortopédica do membro inferior, nomeadamente ATA ou ATJ. As pessoas foram divididas tendo em conta o seu nível e intensidade de exercício físico (Alto ou baixo). A atividade física foi quantificada continuamente entre o 1º e o 14º pós-operatório utilizando o acelerómetro <i>Lifecorder</i>. Por sua vez, para a avaliação cognitiva recorreu-se à tarefa de Posner pré operatória no dia 7 e no dia 14 e também ao teste MMSE nos mesmos dias que o mencionado anteriormente.	Posner ao 14 º dia após a intervenção cirúrgica. Dado que esta tarefa avalia a velocidade de resposta a estímulos e a capacidade de orientação da atenção, os presentes resultados sugerem que uma diminuição do tempo de reação poderá refletir-se num menor comprometimento atencional pós-operatório. Por sua vez, a DCOP corresponde a alterações transitórias das funções cognitivas após o ato cirúrgico, prejudicando a capacidade de memória, concentração e celeridade no processamento de informação. No estudo apresentado, o grupo que representa menor nível e intensidade de exercício físico teve tempos de reação mais lentos comparativamente ao grupo com maior prática de exercício físico. Tal facto sugere um possível efeito protetor associado a níveis mais elevados de exercício físico na prevenção da manifestação precoce de alterações cognitivas no período pós-operatório. Assim, a	realizada nas duas primeiras semanas após ATA/ATJ tem um impacto direto na preservação dos comportamentos relacionados com a atenção. As pessoas menos ativas ficam suscetíveis a sinais precoces de disfunção cognitiva pós-operatória, evidenciado pela tarefa de <i>Posner</i>. Para a enfermagem de reabilitação, o presente estudo permite reforçar a importância significativa da mobilização precoce e progressiva, sugerindo que a atividade destes profissionais pode mitigar quadros neurodegenerativos pós-operatório de forma segura as pessoas.
---	--	---	--	---	---

				mobilização e os exercícios de reabilitação pós-operatórios desempenham um papel benéfico imediato de uma cirurgia à anca não apenas na recuperação funcional, como na preservação da capacidade cognitiva.	
--	--	--	--	--	--

A análise dos estudos incluídos nesta revisão demonstra que a mobilização e a reabilitação precoce em pessoas submetidas a cirurgia da anca contribuem significativamente para a melhoria dos resultados clínicos. A evidência demonstra ganhos ao nível da recuperação funcional, da mobilidade articular, da redução da dor e da promoção da autonomia. No que respeita aos aspetos psicológicos e à satisfação da pessoa, a diminuição do tempo de internamento e das complicações pós-operatórias revela-se determinante para a redução do *stress* e a preservação do equilíbrio psicológico.

Programas de reabilitação bem estruturados e individualizados que incluam a realização de exercícios no leito, os treinos de marcha e a aplicação de protocolos como o ERAS, são essenciais na progressão clínica da pessoa submetida a cirurgia da anca, prevenindo eventos adversos associados à imobilidade prolongada e providenciando às pessoas um processo de transição saúde-doença mais saudável.

A evidência resultante da literatura analisada demonstra que a reabilitação precoce após cirurgia da anca (ATA) apresenta benefícios consistentes e seguros, contribuindo para uma recuperação funcional mais rápida e para a redução do tempo de internamento.

No que diz respeito aos ensaios clínicos, os resultados evidenciam de forma consistente os benefícios da mobilização precoce. Nos diferentes estudos, os grupos de intervenção apresentaram melhorias no controlo da dor, na função da articulação coxofemoral, na satisfação das pessoas e na redução do tempo de internamento. Assim, intervenções de reabilitação precoce com abordagem multimodal e bem estruturadas assumem-se como um elemento fundamental para a obtenção de resultados pós-operatórios favoráveis.

Da análise dos estudos selecionados para esta revisão e subsequente sistematização dos dados, emergiram quatro categorias referentes ao impacto das intervenções do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca (Tabela 4).

Tabela 4 – Resumo das categorias emergentes dos estudos selecionados

Categorias emergentes	Estudos
Mobilização precoce e eficiência dos cuidados	Castle et al., 2021 ; Efford et al., 2024 ; Ohtera et al., 2024 ; Prinsloo & Keller, 2022
Recuperação funcional e independência	Liu et al., 2025 ; Chojnowska et al., 2024 ; Efford & Samuel, 2022

Segurança e prevenção de complicações	Oberfeld., 2021
Intervenções complementares e abordagens multimodais	Liu et al., 2025 ; Tian et al., 2022 ; Akiyama et al., 2025

3. Discussão

Os 11 artigos incluídos nesta *scoping review* não são homogêneos do ponto de vista do desenho de investigação e instrumentos de avaliação, porém globalmente evidenciam de forma consistente a relevância da mobilização precoce, da recuperação funcional, da segurança, da satisfação da pessoa e das altas precoces em pessoas submetidas a ATA.

A mobilização precoce é uma intervenção terapêutica promotora da capacidade para a realização dos autocuidados, promovendo o fortalecimento muscular e a melhoria da autonomia e independência da pessoa. Consequentemente, contribui para a redução do tempo de internamento e dos custos associados (Reis et al., 2021).

As competências específicas do EEER, estabelecidas pela OE (Regulamento nº140/2019, 2019) enfatizam o seu papel crucial na capacitação funcional, promoção da autonomia, controlo da dor, prevenção de complicações e redução do tempo de internamento. Esta afirmação converge com a evidência obtida da análise dos artigos incluídos, uma vez que estes destacam a importância da mobilização precoce através de planos de cuidados de reabilitação individualizados. Estes incluem mobilização precoce, exercícios no leito para fortalecimento muscular e melhoria da amplitude de movimento, treino de marcha no dia zero de pós-operatório e implementação de programas de reabilitação otimizados. Tais intervenções promovem melhorias significativas na autonomia e capacidade funcional das pessoas submetidas a cirurgia da anca, asseguram um controlo eficaz da dor, previnem complicações e reduzem o tempo de internamento, contribuindo ainda, de forma indireta, para a diminuição dos custos associados aos cuidados em saúde.

Mobilização precoce e eficiência dos cuidados

Os estudos incluídos que abordam a mobilização precoce evidenciam que uma abordagem antecipada se associa a programas de recuperação melhorada e conduzem a resultados significativamente positivos na evolução clínica destas pessoas. Estes resultados demonstram que a realização estruturada de um processo de reabilitação iniciado nas primeiras horas após a cirurgia é determinante no período pós-operatório (Castle et al., 2021).

Corroborando essa perspectiva Prinsloo e Keller (2022), verificaram que a mobilização precoce intensiva no dia zero de Pós-Operatório (PO) reduziu de forma significativa a duração do internamento, sem que ocorra aumento de complicações associadas ou taxas de readmissão,

comprovando desta forma que a mobilização precoce é uma intervenção segura exercida pelos EEER. Estes autores fazem ainda referência a uma redução de custos hospitalares, uma melhoria na confiança e satisfação das pessoas e, por fim, uma preparação de alta mais segura.

Efford et al. (2024) ampliam a abordagem da mobilização precoce ao introduzirem o treino de marcha no dia zero de pós-operatório, ou seja, a capacidade de levantar e andar no próprio dia da cirurgia, reforçando os benefícios e segurança da aplicação consistente desta técnica. Os autores supracitados demonstram que o treino de marcha precoce, com recurso a auxiliares de marcha, promove uma otimização da recuperação funcional quando comparado com a mobilização iniciada apenas no dia seguinte à cirurgia, contribuindo igualmente para a redução do tempo de internamento e dos custos associados.

Adicionalmente, esta intervenção contribui para o alcance mais precoce de marcos funcionais, possibilitando a aquisição de maior autonomia num intervalo de tempo mais reduzido, sem aumento das complicações imediatas. A marcha assume um papel central no processo de recuperação, ao estimular o movimento e a tolerância ao esforço, podendo igualmente contribuir para a redução da ansiedade associada à transição saúde-doença. Desta forma, favorece uma evolução clínica mais positiva e promove uma maior independência do utente (Efford et al., 2024).

A evidência disponível indica que a mobilização precoce não beneficia apenas a componente motora e física, assumindo também um papel significativo nos domínios psicológico e emocional, ao promover maior motivação para a progressão gradual. Simultaneamente, contribui para a redução das comorbilidades e dos efeitos negativos associados à imobilidade prolongada no leito.

Ohtera et al., 2024, estudaram o impacto da mobilização precoce no contexto do sistema de saúde japônes, concluindo que a aplicação de programas de reabilitação em contexto pós-operatório de pessoas submetidas a ATA, se correlaciona com uma redução dos custos médicos associados ao internamento e cirurgia, facilitando a eficiência da transição do utente em contexto de internamento para contexto ambatório.

A mobilização precoce converte-se assim numa técnica versátil, segura e benéfica aplicada em todo o tipo de população, incluindo pessoas consideradas de risco, tal como idosos, obesos e com risco moderado de complicações cirúrgicas, como demonstrou Oberfeld et al. (2021). Neste contexto, a intervenção do EEER no pós-operatório evidencia uma melhoria significativa do estado psicológico da pessoa e fomenta a adesão e empenho na

realização de exercícios de reabilitação, promovendo a gestão eficaz da dor e uma progressão contínua no processo de reabilitação (Zhao et al., 2022).

Também Zhang e Xiao (2020) referem que a mobilização precoce, iniciada habitualmente 2 a 3 horas após a cirurgia, através de mobilizações passivas e com progressão gradual para mobilizações ativas, contribui para o restabelecimento da autonomia da pessoa nas atividades de vida diária. Desta forma, os autores salientam que esta intervenção precoce promove uma recuperação articular mais eficaz, estando também associada à redução da dor. Neste contexto, uma melhoria significativa na comunicação entre a pessoa e os enfermeiros durante o internamento, possibilitou o ensino de estratégias de autogestão da dor (Zhang & Xiao, 2020).

No que diz respeito às intervenções do EEER no pós-operatório, Gurcayir e Karabulut (2017) destacam o levante precoce, a transferência da cama para a cadeira e o treino de marcha com recurso a auxiliares de marcha, intervenções que favorecem a adaptação funcional da pessoa e contribuem para a redução do tempo de internamento, bem como dos custos associados.

Os estudos incluídos nesta categoria atestam que a mobilização precoce constitui um pilar fundamental no processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA. Esta intervenção promove maior eficiência dos cuidados, traduzindo-se em ganhos de autonomia para a pessoa e redução dos custos associados, maioritariamente decorrentes da diminuição do tempo de internamento.

Recuperação funcional e independência

As intervenções estruturadas e individualizadas de mobilização precoce visam melhorar a capacidade funcional das pessoas no pós-operatório visando alcançar a máxima independência na realização de tarefas básicas essenciais e, assim facilitar a alta hospitalar (Efford & Samuel, 2022).

Perspetiva semelhante tem Temporiti et al. (2020), que referem que a mobilização e treino de marcha no dia zero da cirurgia aceleram a recuperação da independência funcional da pessoa após a ATA, sem repercussões negativas ao nível da dor, da função da articulação coxofemoral e da qualidade de vida. Tal facto assume um papel preponderante na redução progressiva dos tempos de internamento, promovendo altas hospitalares precoces com reduzidas taxas de dependência funcional da pessoa.

Segundo Tang et al. (2025), a reabilitação precoce permite otimizar os protocolos atuais de cuidados de enfermagem pós-operatórios, evidenciando melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa e uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde. A redução de complicações pós-operatória e a recuperação mais rápida da independência funcional são notórias.

O estudo desenvolvido por Liu et al. (2025) evidenciou que a reabilitação pós-operatória, nomeadamente os exercícios de reabilitação no leito aliado ao treino de marcha são cruciais em pessoas submetidas a ATA, promovendo uma recuperação funcional acelerada, resultante de uma recuperação melhorada da função articular, redução da dor, melhoria na distância e velocidade do treino de marcha, melhoria da Amplitude de Movimento (ADM) e manutenção de uma adequada força muscular. Além do mencionado, os autores apontam ainda resultados significativos referentes à redução de complicações no pós-operatório, como a Trombose Venosa Profunda (TVP) e uma melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Os resultados obtidos neste estudo permitem afirmar que a junção destas duas técnicas de reabilitação é mais eficaz comparativamente ao treino de reeducação de marcha realizado de forma isolada.

Corroborando essa perspectiva, Chojnowska et al. (2024) demonstraram que a implementação de protocolos de reabilitação precoces, estiveram associados a uma diminuição da incapacidade da articulação coxo femural. Estes autores comprovaram que pessoas submetidas a ATA que iniciaram o protocolo de reabilitação assim que regressaram do bloco operatório e, que reuniam as condições de segurança necessárias, manifestaram uma redução do tempo necessário para o retorno à mobilidade, bem como redução da dor pós-operatória, melhoria da funcionalidade da articulação, diminuição das aderências e do risco de rigidez articular, maior satisfação e ADM, traduzindo-se em maior independência na realização das suas atividades de vida diária.

Por sua vez, Efford e Samuel (2022) analisam de forma específica a eficácia do treino de marcha em pessoas submetidas a ATA. Em contraste com o estudo de Liu et al. (2025), estes autores demonstram que a marcha no dia zero de pós-operatório, aplicada de forma isolada e no momento adequado, permite alcançar mais precocemente marcos funcionais de reabilitação, como transferências e deambulação autónoma, proporcionando uma experiência mais positiva e contribuindo para a redução do tempo de internamento.

Comparando ambas as abordagens, verifica-se que, apesar de os dois estudos apresentarem resultados favoráveis, o estudo de Liu et al. (2025) evidencia uma abordagem

mais atual e abrangente no processo de reabilitação, integrando intervenções mais complexas e estruturadas, com resultados mais expressivos ao nível dos ganhos em saúde, da promoção da funcionalidade e da prevenção da dependência prolongada. De igual forma, Xu e Chen (2025) reafirmam que a reabilitação física após cirurgia da anca é crucial para melhorar os resultados funcionais e a qualidade de vida da pessoa, denotando-se efeitos potencialmente positivos na função da articulação coxofemoral, na função motora, bem como na capacidade de autocuidado após cirurgia.

Numa perspetiva mais abrangente, Su et al. (2015) referem que a mobilização precoce após cirurgia da anca está associada a um menor risco de infeção protésica, à redução dos custos em saúde e à diminuição de complicações no primeiro ano pós-cirurgia. Acresce que uma mobilização adequada neste contexto contribui para a redução da dor, para o aumento e manutenção de uma amplitude de movimento (ADM) adequada e para o fortalecimento muscular, refletindo-se de forma significativa na recuperação funcional da pessoa (Su et al., 2015).

De forma concordante, todos os autores reafirmam a importância da aplicação precoce de exercícios de reabilitação, quer no leito quer em treinos de marcha, apresentando contributos imediatos na melhoria das condições e capacidades do utente no desempenho das suas tarefas do dia a dia.

Segurança e prevenção de complicações

O estudo realizado por Oberfeld et al. (2021) remete para os efeitos benéficos da mobilização no dia zero após a ATA em pessoas idosas, obesas e com patologias graves múltiplas, contribuindo para uma discussão mais abrangente da segurança da técnica de mobilização precoce em pessoas debilitadas e vulneráveis.

Os resultados obtidos evidenciam que o risco clínico acrescido não constitui, por si só, um fator impeditivo ou limitativo para a mobilização precoce. Deste modo, Oberfeld et al. (2021) demonstram que a mobilização iniciada no dia zero pós-operatório, isto é, até 4 horas após a intervenção cirúrgica, não desencadeou o aumento de complicações ou eventos adversos, mesmo em pessoas com maior vulnerabilidade clínica, nomeadamente idade avançada, obesidade e classificação ASA ≥ 3 .

Além do referido, torna-se claro que a mobilização precoce permite a diminuição da duração do tempo de internamento e a preparação mais célere da alta clínica, não descurando

a segurança da pessoa através de um plano individualizado de cuidados. Nesta vertente, a evidência torna claro que a mobilização precoce, quando sustentada por avaliação clínica rigorosa e por adequada vigilância, pode ser implementada de forma segura em pessoas submetidas a ATA, inclusive em pessoas portadoras de múltiplas patologias. O papel do EEER assenta na monitorização da tolerância à mobilização, na prevenção de complicações associadas ao maior tempo de permanência no leito e na promoção de ganhos em saúde no período pós-operatório imediato (Oberfeld et al., 2021).

Globalmente, o estudo supracitado permite sustentar a segurança das intervenções do EEER na prestação de cuidados a pessoas com elevado risco clínico submetidas a cirurgias de alta complexidade (ATA), sendo notório que a sua intervenção não se associou ao aumento das complicações ou eventos adversos (Oberfeld et al., 2021).

Joo et al. (2022) valida a perspetiva de Oberfeld et al. (2021), ao afirmar que a mobilização no dia zero através da implementação de protocolos de mobilização individualizados constituem abordagens seguras e viáveis, não se associando ao incremento de complicações ou de readmissões. Na mesma linha de pensamento Sarkies et al. (2023), afirmam que pessoas idosas submetidas a ATA beneficiam de intervenções perioperatórias, nomeadamente da mobilização precoce. Tal facto, sugere que esta intervenção em pessoas idosas deve ser encarada como relevante no processo de recuperação, não devendo ser excluída à partida apenas com base na idade ou comorbilidades existentes.

Intervenções complementares e abordagens multimodais

O estudo de Tian et al. (2022) evidencia que os exercícios no leito representam uma estratégia fundamental nos programas de reabilitação, contribuindo para uma evolução clínica progressiva mais rápida, especialmente em pessoas com maior fragilidade e instabilidade clínica. Este estudo destaca a eficácia da terapia de exercícios na cama, concretamente em pessoas idosas submetidas a ATA. Os resultados demonstraram que planos de exercícios estruturados e implementados precocemente produzem resultados positivos significativos como melhoria no controlo da dor, manutenção de uma adequada função articular e ADM e redução das perdas de força muscular. Este estudo evidenciou ainda uma redução significativa da incidência de TVP e outras complicações no grupo em que foram aplicados os exercícios no leito, reforçando a segurança desta intervenção.

Liu et al. (2025) e Akiyama et al. (2025) apresentam, nos seus estudos, abordagens distintas e multimodais de reabilitação no pós-operatório da pessoa submetida a ATA, objetivando a otimização das intervenções e o alcance de melhores resultados clínicos. Estas perspectivas permitem ultrapassar a visão tradicional da mobilização como uma intervenção isolada, integrando-a em programas estruturados de recuperação melhorada e de exercício físico no período pós-operatório.

Estudos de Liu et al. (2025) evidenciaram que a implementação de protocolos *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) articulados com mobilização precoce e educação pré e pós-operatória demonstraram segurança e eficácia na recuperação da população idosa submetida a ATA. Através da sua implementação, foi possível reduzir complicações pós-operatórias, obter melhorias significativas no controlo da dor, remover precocemente dispositivos médicos invasivos, reduzir a duração do internamento e, atingir uma maior satisfação das pessoas, manifestando-se em benefícios de uma abordagem integrada que permita uma recuperação mais célere.

Neste contexto, Akiyama et al., 2025 apresentou uma dimensão distinta e inovadora relacionando a intensidade da prática de exercício físico pós-operatório com a deterioração do estado cognitivo das pessoas. Achados retirados do estudo revelaram que maior intensidade e quantidade de exercício físico nas primeiras semanas pós-operatórias em pessoas com idade superior a 65 anos, produzem, além de efeitos benéficos na recuperação funcional motora, qualidade de vida e prevenção de complicações uma relevância na preservação das funções cognitivas, atuando como protetor do sistema neurocognitivo e apresentando uma redução na deterioração da atenção. Desta forma, fica reforçada a ideia que a recuperação da pessoa no pós-operatório não se restringe ao domínio músculoesquelético, enfatizando a importância da valorização da vertente neurocognitiva em contexto clínico.

Kanaya et al. (2023) corroboram o descrito anteriormente por Akiyama et al. (2025), ao sugerirem que as pessoas submetidas a reabilitação em pós-operatório imediato de ATA demonstram melhorias significativas quer ao nível da função física, quer da função cognitiva. De acordo com os resultados obtidos através da aplicação da escala da MIF e do *Mini-Mental State Examination* (MMSE), o estudo demonstrou que a mobilização iniciada precocemente, aliada à implementação de protocolos de exercícios de reabilitação são benéficos quer no domínio músculoesquelético, mas também na preservação de um adequado desempenho cognitivo.

Neste contexto, Strahl et al. (2022) reforçam que a reabilitação precoce após ATA evidencia melhorias em diversos domínios cognitivos, designadamente na atenção, na concentração, na velocidade de processamento e na memória. Neste sentido, os resultados obtidos sugerem que os benefícios da ATA vão além da melhoria da função física e do controlo da dor, podendo igualmente estar associados a uma evolução positiva do prognóstico neuropsicológico.

Na perspetiva de Mori et al. (2017), o enfermeiro deve incentivar a pessoa submetida a ATA a realizar o primeiro levante nas primeiras 24 horas após a cirurgia, bem como incentivar a realização de exercício terapêutico estruturado com os membros inferiores, quer no leito quer fora dele. Para tal, torna-se crucial a definição de um plano individualizado de reabilitação, elaborado em articulação com uma equipa multidisciplinar, de modo a favorecer uma recuperação funcional segura e progressiva. Os autores em questão acrescentam que é da responsabilidade do EEER supervisionar e assegurar o cumprimento das metas estabelecidas para as atividades planeadas em cada dia, nomeadamente ao nível da alimentação, da atividade, da terapêutica prescrita e dos ensinamentos realizados à pessoa (Mori et al., 2017).

Os resultados indicam que programas de treino que combinam a mobilização com programas de recuperação multimodais, como o exercício físico estruturado e os programas de recuperação melhorada, atuam de forma sinérgica favorecendo a eficiência dos cuidados prestados. Na prática clínica torna-se crucial abordar a pessoa como um todo, definindo intervenções personalizadas e multidimensionais que visem uma recuperação global melhorada.

Limitações do estudo

A presente revisão apresenta algumas limitações, na sua maioria relacionadas com a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e do reduzido conjunto de estudos incluídos acerca da temática, afetando a robustez da evidência disponível. Assim, é de salientar que existe a necessidade da realização de outros estudos que reúnam amostras maiores, mais homogêneas e robustas.

Seria interessante em estudos futuros, abordar a importância da enfermagem de reabilitação na mobilização de pessoas com outro tipo de patologia, alargando a importância do EEER a outras áreas da saúde.

Conclusão

A presente *scoping review* emergiu da necessidade de abordar uma temática com particular relevância a nível mundial, permitindo mapear a evidência científica acerca do impacto da intervenção do EEER na mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca.

As intervenções do EEER, em particular a mobilização precoce, confirmam o papel determinante destes profissionais na promoção da recuperação funcional, educação e autonomia da pessoa. No contexto da prática clínica, a evidência resultante da análise dos estudos incluídos reforça a importância das intervenções de reabilitação pós-operatórias, nomeadamente a mobilização precoce, os treinos de marcha, os exercícios no leito e a promoção da atividade física no período pós-operatório. Uma intervenção eficaz e segura traduz-se em múltiplos benefícios, incluindo a redução do tempo de internamento, a diminuição de complicações e comorbilidades pós-operatórias, a manutenção da mobilidade articular, a promoção da autonomia nas atividades de vida diária, a prevenção da atrofia muscular e a redução dos custos hospitalares associados aos procedimentos cirúrgicos.

Da análise realizada evidencia-se a necessidade de conceber e implementar protocolos de reabilitação estruturados em contexto hospitalar, de forma a promover a uniformização das práticas clínicas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia da anca. A intervenção especializada e o conhecimento aprofundado do EEER são determinantes para a obtenção de resultados clínicos positivos nesta população.

De forma global, os resultados obtidos permitiram dar resposta à questão de investigação inicial, demonstrando que a evidência reunida torna esta *scoping review* relevante na sistematização do conhecimento sobre a prática e o impacto do EEER na qualidade de vida e na recuperação das pessoas incluídas nos estudos.

Este estudo evidencia implicações relevantes para a prática clínica do EEER, particularmente no contexto da mobilização da pessoa submetida a cirurgia da anca. A evidência científica analisada e sintetizada gera conhecimento pertinente, reforçando a necessidade de sistematizar e integrar estratégias de mobilização e reabilitação enquanto elementos fundamentais da prática clínica.

Neste sentido, a *scoping review* constitui um recurso útil de apoio à tomada de decisão clínica dos profissionais de saúde, em particular dos EEER, contribuindo para a valorização e consolidação do seu papel na promoção de ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Conclusão final

Chegando ao fim deste percurso de aprendizagem e desafios, que foi o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, chega a hora de abrir novas portas, e prosseguir para a finalização deste percurso académico de dois anos. Uma trajetória sinuosa, exigente que forneceu para a minha vida pessoal e profissional aprendizagens vibrantes e essenciais para o meu futuro enquanto EEER.

No decorrer deste mestrado, pude verificar que ser EEER, é ser dono de uma visão ímpar, de uma capacidade de adaptação a várias circunstâncias, ser portador de capacidades técnicas, teóricas e relacionais que permitam alcançar a confiança e os ganhos em saúde pretendidos. Aprendi que devo ter a capacidade de olhar para a pessoa como um todo, na sua singularidade e particularidades, e não apenas para uma patologia ou incapacidade, entendendo quais as necessidades da mesma e por onde trabalhar para atingir o seu máximo potencial de autonomia.

Os estágios nos diferentes contextos foram cruciais para o meu desenvolvimento, proporcionando-me experiências impactantes que permitiram consolidar os conhecimentos teóricos, as competências técnicas, científicas e interpessoais, em consonância com o conteúdo funcional do EEER e inerente ao grau de Mestre. Mantive sempre uma postura proativa, procurando participar e trabalhar em equipa, considerando todos os momentos favoráveis na minha aprendizagem e assim, potencializando a melhoria contínua da minha atuação enquanto EEER. Todos os desafios enfrentados, ajudaram na consolidação de uma postura mais madura e consciente sobre o que verdadeiramente é, ser-se EEER.

A passagem por várias unidades e serviços permitiram-me verificar a preponderância do EEER na melhoria da qualidade de vida das pessoas, no seu processo de readaptação a uma nova condição de vida, reforçando a dignidade da pessoa no decorrer de todo o processo de transição.

Os vários documentos de apoio e reuniões com orientadores e professores, aliados aos diálogos e conversas estabelecidas com os profissionais de cada serviço onde estagiei, permitiram-me refletir acerca da minha prática clínica, identificando limitações e oportunidades de melhoria e superação. É esta a visão que levarei comigo para o futuro, na tentativa de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados. Na minha perspetiva, cada pessoa que temos a oportunidade de conhecer, representa uma ocasião passível de aprendizagem e crescimento.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação frequentado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, foi uma etapa significativa para a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências específicas à área de reabilitação. O presente relatório de estágio é indispensável como instrumento comprovativo do desenvolvimento e percurso académico efetuado, culminando com um percurso de investigação relevante que possibilita a produção de conhecimento e consequente melhoria na qualidade das práticas na enfermagem.

Considero que, através do conhecimento adquirido e competência desenvolvida, consegui melhorar a qualidade de vida das pessoas que cuidei, sendo relevante no seu processo de reabilitação e de promoção de independência e qualidade de vida. A reflexão sobre as práticas desenvolvidas permite-nos prestar cuidados de enfermagem de excelência e melhorar a visão que as pessoas têm sobre a importância do EEER. Importa mencionar, como agentes facilitadores do meu percurso académico, o apoio dos docentes, orientadores e dos Enfermeiros de Reabilitação com quem tive oportunidade de estagiar.

As experiências vivenciadas no decorrer destes meses permitiram-me desenvolver a capacidade para aplicar a teoria em prática clínica, dotando-me de capacidades e competências que me permitirão no futuro, enquanto EEER, alcançar ganhos relevantes em saúde e, deste modo, conseguir valorizar ainda mais o grande profissional que é o EEER e o quão imprescindível é nos cuidados de saúde às pessoas.

Ser EEER corresponde a integrar uma área de especialização em crescimento e contínua evolução, assumindo um papel profissional centrado na promoção, recuperação e manutenção das capacidades de autocuidado da pessoa. Implica um compromisso constante com a atualização e aprofundamento do conhecimento, com o objetivo de prestar cuidados cada vez mais qualificados e centrados na pessoa, contribuindo também para o bem-estar das famílias e cuidadores.

Referências Bibliográficas

- Akiyama, K., Takeuchi, S., Takeshima, K., & Nishida, Y. (2025). Effect of postoperative physical activity on the bottom-up attention of older patients who underwent lower extremity orthopedic surgery. *Medicine*, 104(35), e43823. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000043823>
- Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 67-76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2020). *Total Hip Replacement*. Orthoinfo. <https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/total-hip-replacement/>
- Arantes, A. P. F., Pires, F. M., & Silva, R. C. D. da. (2023). A importância da mobilização precoce em pacientes críticos: revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências E Educação*, 9(1), 372–379. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i1.8226>
- Boura, S. (2021). *Estratégias de Coping no Ciclo de Vida, Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental* [Relatório de Estágio]. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/64340595-6a5f-4c14-bddc-86448b086439>
- Brandão, F. D., & Lopes, A. G. (2023). *Construção de teorias de médio alcance*. Congresso Internacional de Inteligência Artificial e Qualidade, CIAIQ 2023.
- Brás, R. (2025). Os desafios da governação clínica nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/14033/12038>

- Campuzano, M., & Ortiz, F. (2025). *Prevalencia del accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico en América Latina: Revisión Sistemática de la literatura*.
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/15341/1/20857.pdf>
- Castle, H., Dragovic, M., & Waterreus, A. (2021). Australia ‡Neuropsychiatric Epidemiology Research Unit, School of Population and Global Health. *Mobilization after Joint Arthroplasty Surgery: Who Benefits from Standing within 12 Hours?*
<https://doi.org/10.1111/ans.16795>
- Centeno, C., Mahusay, L., Cortez, D. M., Rana, J. R., Diaz, R., & Sison, A. A. R. C. (2024). TherapEase: Enhancing remote physical therapy using pose estimation, emotion recognition, and k-nearest neighbors (KNN) algorithm. In *2024 International Conference on Innovative Computing, Intelligent Communication and Smart Electrical Systems (ICSES)*. IEEE.
<https://doi.org/10.1109/ICSES63760.2024.10910635>
- Cestari, M. E. (2003). *Aprendizagem e desenvolvimento profissional em enfermagem: Perspectivas e desafios*. São Paulo: Editora Universitária.
- Chan, A., Ouyang, J., Nguyen, K., Jones, A., Basso, S., & Karasik, R. (2024). Traumatic brain injuries: A neuropsychological review. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 18, Article 1326115. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1326115>
- Chojnowska, J., Lewko, J., Chilińska, J., Cybulski, M., Pogroszewska, W., Krajewska-Kułak, E., & Sierżantowicz, R. (2024). The Impact of Early Rehabilitation and the Acceptance of the Disease on the Quality of Life of Patients after Hip Arthroplasty: An Observational Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(10), 2902.
<https://doi.org/10.3390/jcm13102902>

- Couto, G. (2020). Gestão clínica da DPOC no domicílio. In *DPOC: Abordagem a 360º do hospital para o domicílio* (1.ª ed.). Lusodidacta Sabooks.
- Cruz, A., Carvalho e Sá, M., Conceição, V., Castro, J., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). A pessoa com doença músculo-esquelética. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 761–785). Lusodidacta.
- Dave, H. D., Shook, M., & Varacallo, M. A. (2023). *Anatomy, skeletal muscle*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537236/>
- Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto. (2006). *Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais*. Diário da República, 1.ª série, n.º 152. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/163-2006-540798>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*, Série 2, n.º 187, 96-101.
- Dias, P., Ferrinho Ferreira, R., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Direção-Geral da Saúde. https://ordemosmedicos.pt/files/pdfs/UUbb-Carta_dos_Direitos_e_Deверes_dos_Utentes.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma n.º 001/2017). <https://normas.dgs.min->

saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaudef.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Projeções e prognósticos*. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_Projecoes-e-Prognostico.pdf

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

Duchene, P. (2011). *Qualidade: Indicadores e Gestão*. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 153-167). Loures: Lusodidacta.

Efford, C. M., & Samuel, D. (2022). Does rapid mobilisation as part of an enhanced recovery pathway improve length of stay, return to function and patient experience post primary total hip replacement? A randomised controlled trial feasibility study. *Disability and Rehabilitation*, 45(25), 4252–4258. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2148298>

Efford, C., Holdsworth, C., Donovan-Hall, M., & Samuel, D. (2024). What is the multifactorial efficacy of day-zero ambulation post-total hip replacement surgery: A systematic review. *Journal of Orthopaedics*, 60, 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2024.08.003>

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento informado - relatório final*. Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CL.pdf

- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *American Journal of Bioethics*, 13(8), 29–39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>
- Feiteirona, J. A. D., & Grilo, E. N. (2023). Cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso com deglutição comprometida: Revisão integrativa de literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9(3), 9–32. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(3\).598.9-32](https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(3).598.9-32)
- Fernandes, C.S., Gomes, J.A., Magalhães, B.M. & Lima, A.M.N. (2019). Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa *scoping review*. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 282 301. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103378>
- Franco, J. N., Barros, B. P. A., Vaidotas, M., & D’Innocenzo, M. (2010). Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 806–810. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500020>
- George, J. (2014). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9781292053165_A24569976/preview-9781292053165_A24569976.pdf
- Gill, P. (2023). Interview: Peter Gill. *European Medical Journal*, 5. <https://doi.org/10.33590/emj/10302169>
- Gill, T. K., Mittinty, M. M., March, L. M., et al. (2023). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders, 1990–2020, and projections to 2050: A systematic

analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 5(11), e670–e682. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00232-1](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00232-1)

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report* (Version 1.2). <https://goldcopd.org>

Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Gurcayir, D., & Karabulut, N. (2017). The effects of the training provided to patients who are scheduled for hip prosthesis surgery on the level of postoperative comfort and daily activities. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 403–413. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/44_karabulut_original_10_1.pdf

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2020). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (6^a ed.). Elsevier.

Howrey, B. T., Graham, J. E., Pappadis, M. R., & Ottenbacher, K. J. (2017). Trajectories of functional change following inpatient rehabilitation for traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(8), 1606–1613. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.03.010>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses.

https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Joo, B., Marquez, J., Model, G., Fan, B., & Osmotherly, P. G. (2022). Impact of a new post-operative care model in a rural hospital after total hip replacement and total knee replacement. *Australian Journal of Rural Health*, 30(1), 115–122.

<https://doi.org/10.1111/ajr.12826>

Kanaya, Y., Inoue, H., Sawamura, H., Hoshino, Y., & Takeshita, K. (2023). Rehabilitation after hip fracture surgery improves physical and cognitive function in patients with or without sarcopenia. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 14, 21514593231181988. <https://doi.org/10.1177/21514593231181988>

Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2), 189–198.

<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a>

Khan, A., Spector, N. D., Baird, J. D., Ashland, M., Starmer, A. J., Rosenbluth, G., Dalal, A. K., Chen, J., Coffey, M., Garcia, B. M., Gurvich, O. V., Landrigan, C. P., O'Toole, J. K., Patel, S. J., Rosenberg, A. R., Sectish, T. C., Simon, H. K., Srivastava, R., & West, D. C. (2018). Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: Multicenter before and after intervention study. *BMJ*, 363, k4764. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4764>

Kisner, C., & Colby, L. A. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (6.^a ed.). Manole.

Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro. (2024). Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 1.ª série*, n.º 14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

Liu, G., Li, L., Deng, J., Cai, L., & He, R. (2025). Enhanced recovery after surgery: nursing strategy for total hip arthroplasty in older adult patients. *BMC Geriatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05888-8>

Liu, Z., Chang, J., Liu, Y., Ma, Y., Ding, X., & Huo, J. (2025). Efficacy of Bed Exercise Following Primary Total Hip Replacement in Young Active Patients. *Efficacy of Bed Exercise Following Primary Total Hip Replacement in Young Active Patients*. <https://doi.org/10.12659/MSM.946819>

Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>

Machado, C. A. T. (2024). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na autoperceção da pessoa com patologia respiratória* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/93a55ae1-880e-450f-8e4c-0641215f4dfb/download>

- MacPhee, M. (2012). *Leadership in nursing practice: Changing the landscape of healthcare*. Springer Publishing Company.
- Matheis, C., & Stöggel, T. (2018). Strength and mobilization training within the first week following total hip arthroplasty. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 22(2), 519–527. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.06.012>
- McCormack, B., & McCance, T. (Eds.). (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley Blackwell.
- McKee, A. C., Stein, T. D., Nowinski, C. J., Stern, R. A., Daneshvar, D. H., Alvarez, V. E., Lee, H.-S., Hall, G., Wojtowicz, S. M., Baugh, C. M., Riley, D. O., Kubilus, C. A., Cormier, K. A., Jacobs, M. A., Martin, B. R., Abraham, C. R., Ikezu, T., Reichard, R. R., Wolozin, B. L., ... Cantu, R. C. (2013). The spectrum of disease in chronic traumatic encephalopathy. *Brain*, 136(1), 43–64. <https://doi.org/10.1093/brain/aws307>
- Medeiros, L. E. de, Freitas, M. R., Santos, M. L. S. R., Passos, N. S., & Rodrigues, R. R. de F. (2025). Acidente vascular cerebral (AVC): Análise dos fatores de risco e estratégias de reabilitação para a recuperação funcional e qualidade de vida. *Revista FT – Ciências da Saúde*, 29(145). <https://doi.org/10.69849/revistaft/cs10202504300923>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* [Ebook]. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mori, C., Hageman, D., & Zimmerly, K. (2017). Nursing care of the patient undergoing an anterior approach to total hip arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 36(2), 124–130. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000326>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2024). *NIH stroke scale*. National Institutes of Health. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/stroke/assess-and-treat/nih-stroke-scale>
- Notarnicola, I., Lommi, M., Ivziku, D., Carrodano, S., Rocco, G., & Stievano, A. (2024). The Nursing Theory of Complex Adaptive Systems: A New Paradigm for Nursing. *Healthcare*, 12(19), 1997. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191997>
- Oberfeld, J., von Hertzberg-Boelch, S. P., Weissenberger, M., Holzapfel, B. M., Rudert, M., & Jakuscheit, A. (2021). Effect of Mobilization on the Day of Surgery After Total Hip Arthroplasty in Elderly, Obese, and Severely Diseased Patients. *The Journal of Arthroplasty*, 36(11), 3686–3691. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.06.024>
- Oddo, M., Levine, J. M., Kumar, M., Iglesias, K., Frangos, S., Maloney-Wilensky, E., & Le Roux, P. D. (2012). Anemia and brain oxygen after severe traumatic brain injury. *Intensive Care Medicine*, 38(9), 1497–1504. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2593-1>
- Ohtera, S., Kato, G., Ueshima, H., Mori, Y., Nakatani, Y., Nakayama, T., & Kuroda, T. (2024). Variation in Utilization of Postoperative Rehabilitation After Total Hip

Arthroplasty in Japan. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 105(5), 850–856. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.10.007>

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 654–670). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento n.º 428/2010: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2.^a série, N.º 123. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2010-1295265>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2.^a série, 119, 16655–16660. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, e pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª Serie. Nº 26. pp. 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário Da República N.º 85/2019, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. https://dre.pt/web/guest/home//dre/124981040/details/maximized?serie=II&parte_filte_r=33&dreId=124972060

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

Organização Mundial da Saúde. (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. OMS. <https://www.who.int>

- Organização Mundial de Saúde. (2024). *Spinal cord injury*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
- Organization, W. H. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Peixoto, D. V. G., Cantarelli, B. L. A. F., Cavalcanti, D. R., Longuinhas, I. E., de Oliveira, J. P., Maciel, R. V., Felix, W. D. M., & Horta, W. G. (2022). Classificação morfológica e funcional das articulações dos membros superiores e inferiores. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - Pernambuco*, 5(1), 71. <https://periodicos.set.edu.br/unitsaude/article/view/10910>
- Pereira, O., Almeida, M. C., & Lopes, M. J. (2018). Acessibilidade, barreiras arquitetônicas e inclusão da pessoa com incapacidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 221–234). Lusodidacta.
- Pestana, H. (2023). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1.^a ed., reimp., pp. 47–56). Sabooks Editora.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pinheiro, C. W. F., Rodrigues, J. C. L., Dias, T. G., Carvalho, W. R. S., Maia, L. F. S., & Silva, C. J. (2019). Humanização no contexto do cuidado de enfermagem em alta complexidade. In *II Seminário de Produção Científica em Ciências da Saúde* (Vol. 2, p. 8). Faculdade Estácio de Carapicuíba.
<https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/193>

Pinho, A. M., Pires, J., Façanha, J., & Cera, M. C. (2024). Impacto de um projeto de reabilitação na comunidade: Estudo quasi-experimental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1).
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/388/578>

Pontes, L., & Santos, R. (2023). *Competências avançadas e qualidade dos cuidados: O impacto da especialização em enfermagem de reabilitação*. Porto: Editora Saúde Integral.

Portugal. (1998). *Decreto-Lei n.º 104/98*. Diário da República, 1.^a série-A.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>

Prinsloo, R.-M., & Keller, M. (2022). Same-day discharge after early mobilization and increased frequency of physiotherapy following hip and knee arthroplasty. *South African Journal of Physiotherapy*. <https://doi.org/10.4102/sajp>

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

- Reis, S., Castro, E., Carvalho, S., Carvalho, S., Fernandes, C., & Martins, M. (2021). Mobilização precoce de doentes na unidade de cuidados intensivos: Contributo para a enfermagem de reabilitação. Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151>
- Rhamelani, P., Mahdhiya, N., Yoviana, I., Jessica, J., & Komariah, M. (2025). Early mobilization in post-orthopedic surgery patients: A *scoping review*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 305–317. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S483232>
- Ribeiro, J. P. P. (2023). *Efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a prótese total da anca: Prevenção de complicações e otimização da funcionalidade* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/e0751ecd-ee89-41b9-8901-ccbf19fc3fa3>
- Ribeiro, M. A., Dutra, V. A. M. de F., Oliveira, L. P. de, Costa, G. dos S. R., Silva, Y. F. A. da, Inácio, J. P., Costa, A. B. R., Rodrigues, I. P., Cardozo, J. B., Arçari, C. N., Campos, G. A. O., & Aquino, S. K. V. de. (2024). A relevância da formação contínua e especializações para profissionais de saúde: Garantindo excelência e atualização. *Periódicos Brasil: Pesquisa Científica*, 3(2), 816–826. <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/120>
- Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida: Adaptação e validação da Escala de Jefferson. *Cadernos de Saúde*, 5(1–2), 71–77. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2831>

- Sá, N., Oliveira, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: Estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e265. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.26>
- Santos, B. C. dos, & Magri, M. D. F. (2024). Ética e Enfermagem: uma análise dos princípios bioéticos. *Revista Ilustração*, 5(4), 211-221. <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i4.339>
- Santos, L. F. (2022). *Formação em serviço na enfermagem: Estratégias e impactos na prática clínica*. Editora Saúde & Educação.
- Sarkies, M. N., Testa, L., Carrigan, A., Roberts, N., Grey, R., Close, J. C. T., Sherrington, C., McDougall, C., Mitchell, R. J., & Sheehan, K. J. (2023). Perioperative interventions to improve early mobilisation and physical function after hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 52(8), afad154. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad154>
- Silva, D. (2016). *Artroplastia total da anca no doente jovem: Indicações e preocupações: Revisão da literatura* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/26555>
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 113–122). Lusodidacta.

- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Strahl, A., Kazim, M. A., Kattwinkel, N., Ruetters, M., Kirchner, T., Niemeier, A., Perka, C., & Trampuz, A. (2022). Mid-term improvement of cognitive performance after total hip arthroplasty in patients with osteoarthritis of the hip: A prospective cohort study. *The Bone & Joint Journal*, 104-B(3), 331–340. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.104B3.BJJ-2021-0947.R2>
- Su, D.-C. J., Chen, P.-C., Lin, H.-T., Tsai, Y.-Y., Huang, H.-T., Cheng, S.-H., & Chiang, T.-L. (2015). Can early rehabilitation after total hip arthroplasty reduce its major complications and medical expenses? Report from a nationally representative cohort. *BioMed Research International*, 2015, 641931. <https://doi.org/10.1155/2015/641931>
- Tang, W., Wang, Y., He, Y., Liu, B., Yuan, R., Zhou, Y., & Huang, H. (2025). Effect of early rehabilitation on hospital stay and postoperative complications in elderly hip fracture patients: A prospective cohort study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 20(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05354-y>
- Temporiti, F., Della Gatta, S., Di Naro, C., Romano, D., Tettamanti, A., Mazzoleni, S., & Gatti, R. (2020). Does walking the day of total hip arthroplasty speed up functional independence? A non-randomized controlled study. *Archives of Physiotherapy*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40945-020-00079-7>

- Tian, Y., Liu, Z., Liu, S., Jing, W., Li, L., Ma, W., & Han, Y. (2022). Efficacy of bed exercise in elderly patients after total hip arthroplasty: A retrospective study of 539 patients. *Medicine*, 101(47), e31779. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000031779>
- Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510–2519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05425>.
- Varão, S., & Saraiva, C. (2019). Impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica: Revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 41–48. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/133>
- World Health Organization. (2022). *World health statistics: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- Xu, Y., & Chen, L. (2025). The impact of staged rehabilitation guidance based on symptom management theory on functional rehabilitation and quality of life of elderly patients undergoing hip replacement surgery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 41(4), 979–985. <https://doi.org/10.12669/pjms.41.4.11693>
- Zangão, M. O. B., & Bilro, P. C. V. (Eds.). (2022). *Governança clínica: Promoção da qualidade na prática clínica*. Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.481221808>
- Zhang, C., & Xiao, J. (2020). Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty.

Journal of International Medical Research, 48(1), 1–8.

<https://doi.org/10.1177/0300060519889718>

Zhao, X., Bai, R., & Yang, J. (2022). Effect of painless rehabilitation nursing for hip replacement patients. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022.

<https://doi.org/10.1155/2022/5164973>

Apêndices

Apêndice A: Poster acerca de “Deambulação com Auxiliar de Marcha” em contexto ortopédico

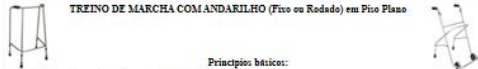
Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saúde de Viseu
DEAMBULAÇÃO COM AUXILIAR DE MARCHA: ENSINAR, INSTRUIR, TREINAR
David Bernardo Varela, ULS Coimbra, Serviço de Ortopedia B
Patrícia Conceição, Hospital Figueira da Foz, Serviço de Urgência

Introdução	Objetivos	Metodologia
A realização de ensinos no pós-operatório assume uma importância crucial, auxiliando no alívio dos sintomas, no cumprimento das atividades diárias, melhorando a funcionalidade e contribuindo para um aumento da qualidade de vida do doente (Silva, et al., 2010). Os auxiliares de marcha, como andarilhos, canadianas e tripés, são dispositivos amplamente utilizados no contexto da reabilitação para promover a mobilidade e prevenir quedas em pessoas com limitações funcionais.	- Melhorar a mobilidade e a segurança de pessoas com limitações motoras; - Potenciar o equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo e/ou durante o treino de marcha; - Promover o fortalecimento dos grupos musculares essenciais para uma marcha segura e eficaz; - Otimizar a postura corporal durante a marcha, prevenindo lesões e/ou quedas; - Potenciar a autonomia e independência funcional da pessoa.	- Metodologia descritiva e reflexiva aliada a uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas.

Tipos de Treinos de Marcha e de Dispositivos:

TREINO DE MARCHA COM ANDARILHO (Fixo ou Rodado) em Piso Plano



Princípios básicos:

1. A articulação do cotovelo deve estar flexida a 25°;
2. O andarilho deve ser ajustado de modo a que os punhos fiquem ao nível do grande trocanter da anca do utente;
3. O punho do utente deverá estar ligeiramente flexido, de modo a evitar danos músculo-esqueléticos;
4. Os andarilhos não são recomendados para subir e descer escadas.



1. Deslocar o andarilho para a frente;

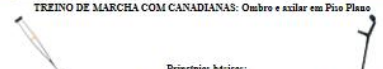


2. Dar um passo em frente com o membro inferior afetado;



3. Usar um passo com o membro inferior saudável, não ultrapassando a base do membro doente;

TREINO DE MARCHA COM CANADIANAS: Ombro e axilar em Piso Plano



Princípios básicos:

1. Ajustar os reguladores de altura de modo que o punho da canadiana fique a nível da anca (grande trocanter) do utente;
2. Nas canadianas de ombro e axilares a articulação do cotovelo deve estar flexida a 25°;
3. As canadianas axilares devem ficar a 3 cm abaixo da articulação do ombro.

Etapas do Treino de marcha com canadianas:



1- Posição neutra;



2- Avançar canadianas;



3- Avançar membro inferior "doente";



4- Avançar membro inferior são;

TREINO DE CANADIANAS A SUBIR E DESGER ESCADAS: Subir escadas: com auxiliar de marcha:



1. Avançar com a perna sã para o degrau superior;



2. Avançar com a perna doente;



3. Por fim, avançar as canadianas;

Descer escadas: com auxiliar marcha:



1. Avançar com as canadianas para o degrau inferior;



2. Avançar com a perna afetada para o degrau inferior;



3. Por último, descer a perna sã.

Referências Bibliográficas:



Apêndice B: Folheto informativo sobre “Reabilitação Cardíaca”

REABILITAÇÃO CARDÍACA

Apresenta-se como um conjunto de atividades coordenadas e planeadas para melhorar a saúde cardiovascular após o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (IC). Tem por objetivo aumentar a tolerância ao esforço, melhorar a capacidade funcional e reduzir sintomatologia.



CUIDADOS ANTES DE INICIAR PROTOCOLOS DE REABILITAÇÃO:

- CONSULTAR EQUIPA MULTIDISCIPLINAR ANTES DE INICIAR QUALQUER PROGRAMA E EXERCÍCIOS;
- UTILIZAR ROUPA CONFORTÁVEL;
- TER SEMPRE ÁGUA POR PERTO;
- REALIZAR EXERCÍCIOS EM LOCAIS AREJADOS E SEGUROS.

REALIZADO POR: DAVID BERNARDO VARELA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, ESSV JUNHO DE 2025

BIBLIOGRAFIA:
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2020).
GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: REABILITAÇÃO CARDÍACA.



REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

EXERCÍCIOS RECOMENDADOS:

Caminhadas leves, a ritmo confortável por entre 5 a 10 minutos, aumentando progressivamente o tempo até aos 30 min;

Elevação de pernas sentado. Sentado em cadeira, eleve uma perna de cada vez. Faça 3 séries de 10 repetições para cada membro;

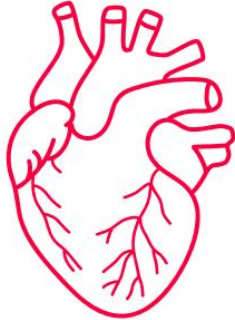
Treino de membros superiores: Com ou sem pesos fazer elevação frontal e lateral dos braços.




CUIDAR DO CORAÇÃO. RECUPERAR VIDAS, DEVOLVER FUNCIONALIDADE

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

REALIZAR OS EXERCÍCIOS 3 A 5 VEZES POR SEMANA;
DESCANSAR SE SENTIR FALTA DE AR, TONTURA OU CANSAÇO EXTREMO;
REGISTAR EVOLUÇÃO SEMANAL E PARTILHAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE.



SINAIS DE ALERTA (PARAR EXERCÍCIO):



**DOR NO PEITO;
FALTA DE AR INTENSA;
DESMAIOS;
PALPITAÇÕES FORTES**

Apêndice C: “Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação realizado para utente em Contexto de Reabilitação Respiratória”

Utente: Pessoa com DPOC grave em programa de Reabilitação Respiratória

Avaliação Inicial

Utente de 59 anos, com diagnósticophiluripatológico: bronquite crónica, DPOC grave, dispneia a pequenos esforços, neoplasia da amígdala (2012), déficponderal, PEG para alimentação e colonização por Klebsiella pneumoniae. Apresenta humor depressivo, baixa adesão terapêutica e dificuldade na aceitação do processo saúde-doença. Oxigenoterapia de longo curso a 3 L/min em período noturno. Tosse produtiva crónica, fadiga fácil, perda significativa de massa e força muscular.

Auscultação pulmonar: roncos bilaterais, predominantes no pulmão direito (bases).

Avaliação funcional inicial:

MRC: Grau 3

LCADL: 42 (impacto elevado nas AVD)

CAT: 53 (impacto muito elevado da DPOC)

Focos de Atenção, Intervenções do EEER e Resultados Esperados



|

Ventilação comprometida / Perfusão pulmonar ineficaz

Intervenções do EEER:

Treino de respiração diafragmática

Dissociação dos tempos respiratórios

Exercícios de abertura costal global e seletiva

Expiração com lábios semicerrados

Resultados esperados:

Redução da dispneia (Redução na escala de Borg)

Diminuição da frequência respiratória

Melhoria da ventilação alveolar

Otimização do padrão ventilatório

Expetoração comprometida

Intervenções do EEER:

Drenagem postural adaptada

Ensino e treino da técnica de tosse eficaz

Técnica de expiração forçada (huffing)

Resultados esperados:

Facilitação da eliminação de secreções

Diminuição dos roncos à auscultação

Melhoria da SpO₂

Redução do esforço e fadiga durante a tosse

Diminuição do risco de infecção respiratória

Capacidade de exercício diminuída

Intervenções do EEER:

Treino aeróbio progressivo individualizado

Monitorização da escala de Borg pré e pós-exercício

Programa de reeducação ao esforço (intensidade, duração e pausas)

Resultados esperados:

Melhoria da tolerância ao esforço

Redução da fadiga durante a atividade física

Diminuição das pausas por dispneia

Aumento da autonomia nas AVD

Maior adesão às sessões de reabilitação

Adesão insuficiente ao regime terapêutico

Intervenções do EEER:

Ensino sobre a terapêutica respiratória

Avaliação e correção da técnica inalatória

Educação para o uso correto da oxigenoterapia

Resultados esperados:

Correta utilização dos inaladores

Aumento da adesão à terapêutica

Maior autocontrolo da doença

Ansiedade associada à dispneia

Intervenções do EEER:

Avaliação da ansiedade relacionada com a dispneia

Ensino de técnicas de relaxamento

Reforço positivo e estimulação progressiva

Resultados esperados

Redução da ansiedade

Melhoria da perceção de controlo respiratório

Aumento da confiança na execução das técnicas

Risco de desequilíbrio nutricional

Intervenções do EEER:

Ensino sobre aporte hídrico adequado

Educação para aporte calórico e proteico adequado

Orientação quanto ao fracionamento das refeições

Resultados esperados:

Estabilização ou aumento do peso corporal

Redução da fadiga

Melhoria da tolerância ao esforço

Dificuldade na aceitação do estado de saúde

Intervenções do EEER:

- Escuta ativa e relação terapêutica
- Avaliação da percepção da doença
- Envolvimento do doente no plano de cuidados
- Exploração da rede de apoio

Resultados esperados:

- Maior aceitação da condição clínica
- Redução do risco de isolamento social
- Aumento da motivação para o autocuidado
- Melhoria da qualidade de vida