



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Estágio em Enfermagem de Reabilitação II e Relatório Final**

### **Perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca**

Milene de Fátima Pinheiro Gata nº 29495

29 de setembro de 2025





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca**

Milene de Fátima Pinheiro Gata nº 29495

**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

29 de setembro de 2025



*“Oferecer ao outro os meios de que dispõe, para que ele possa reencontrar o equilíbrio, no caminho que tenha escolhido tomar ou ao longo do qual deverá caminhar.”*

Walter Hesbeen (2002)



## **Agradecimentos**

À minha família, em especial, ao meu marido José e aos meus filhos, Rodrigo e Benedita, por todo o apoio, palavras de encorajamento, amor e carinho demonstrados nos momentos mais difíceis.

À Exma. Senhora Professora Paula Rocha, Professora docente da Escola Superior de Saúde de Viseu, pelo apoio, orientação, disponibilidade, partilha e interesse sempre demonstrados ao longo deste percurso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Aos Exmos. Senhores Enfermeiros Tutores, pela partilha, disponibilidade, compreensão e incansável apoio.

Aos Exmos. Senhores Enfermeiros que de forma livre e pronta, participaram no estudo de investigação.

Às colegas e companheiras deste Mestrado, Sandra e Joana, por estarem sempre presentes e pela amizade demonstrada ao longo deste percurso.

O meu mais sincero obrigada a todos aqueles que caminharam ao meu lado, ao longo destes quase dois anos de mestrado, e tornaram este percurso mais simples.



## Resumo

**Introdução:** A crescente complexidade dos cuidados de saúde, exige profissionais altamente qualificados, cuja prática clínica se fundamenta em evidência científica, enfatizando-se o papel essencial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção da autonomia e recuperação da funcionalidade da pessoa. Neste contexto, a aquisição e consolidação de competências proporcionada pelos estágios, bem como o desenvolvimento do estudo sobre a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca (AA), reforçam estes desideratos.

**Objetivo:** Descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem de Reabilitação (ER) durante os estágios, assim como explorar a percepção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a AA.

**Metodologia:** Este relatório foi dividido em duas partes. A primeira parte refere-se à componente clínica, onde se recorreu à metodologia descritiva para refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas. A segunda parte corresponde à componente de investigação, e integra um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com recolha de dados através de dois *focus group online* intitulado “Percepção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca”, encontrando-se estruturado em formato de artigo.

**Resultados:** A realização dos estágios permitiu o desenvolvimento de competências através da aplicação da teoria na prática, da reflexão sobre a ação, da vivência de experiências desafiantes e da oportunidade de desenvolver projetos na área da ER. A componente de investigação revelou a percepção do EEER sobre a capacitação da pessoa submetida a AA, com necessidade de desenvolver uma intervenção personalizada ao longo do processo cirúrgico, assumindo um papel preponderante na continuidade e qualidade dos cuidados, de forma a garantir uma transição de cuidados segura.

**Conclusão:** O desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do EEER, fundamentais na sua intervenção em contexto de prática clínica foi concretizado com a realização dos estágios. Paralelamente, o estudo realizado evidenciou a percepção dos EEER sobre o processo capacitação da pessoa submetida a AA, aspeto essencial num contexto de transição após a alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista; Artroplastia da Anca; Capacitação.



## **Abstract**

**Introduction:** The growing complexity of healthcare demands highly qualified professionals whose clinical practice is grounded in scientific evidence. In this context, the Rehabilitation Nursing Specialist plays a crucial role in promoting autonomy and restoring functional capacity. Clinical placements contribute significantly to the acquisition and consolidation of competencies, while research on the Rehabilitation Nursing Specialist perception of patient empowerment following Hip Arthroplasty further reinforces this objective.

**Objective:** To describe the process of acquiring and developing core and specific competencies in Rehabilitation Nursing during clinical placements, and to explore the Rehabilitation Nursing Specialist perception of the empowerment process of patients undergoing Hip Arthroplasty.

**Methods:** This report is structured in two parts. The first refers to the clinical component, adopting a descriptive methodology to reflect on the development of general and specific competencies. The second part presents the research component—a qualitative, exploratory, and descriptive study—conducted through two online focus groups, entitled "Rehabilitation Nursing Specialist Perceptions on the Empowerment Process of Patients Undergoing Hip Arthroplasty", and structured in the form of a scientific article.

**Results:** Clinical placements enabled competency development through theory-to-practice integration, reflective practice, challenging experiences, and the implementation of projects in the Rehabilitation Nursing field. The research revealed that Rehabilitation Nursing Specialist perceive patient empowerment throughout the hip arthroplasty process as requiring personalized interventions, emphasizing their pivotal role in ensuring continuity and quality of care to support a safe transition post-discharge.

**Conclusion:** The development and consolidation of core and specific competencies essential to Rehabilitation Nursing Specialist practice were achieved through clinical placements. Simultaneously, the study highlighted the Rehabilitation Nursing Specialist critical perspective on the empowerment process of patients undergoing hip arthroplasty, a key factor for safe and effective care transitions after hospital discharge.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Specialist Nurse; Hip Arthroplasty; Patient Empowerment.



## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas e siglas	
<b>Introdução</b>	19
<b>PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b>	23
<b>1- Enquadramento dos Contextos de Estágio</b>	25
1.1- Contexto Orto-traumatológico/Reumatológico	26
1.2 - Contexto Neurológico Traumático	31
1.3 - Contexto Equipa de Cuidados Continuados Integrados	34
1.4 - Contexto Unidade de Cuidados Continuados Integrados	36
1.5 - Contexto Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	37
1.6 - Contexto Neurológico Vascular e Degenerativo	38
<b>2- Análise Reflexiva das Competências Adquiridas</b>	41
2.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	42
<b>2.1.1- Responsabilidade profissional, ética e legal</b>	42
<b>2.1.2- Melhoria contínua da qualidade</b>	44
<b>2.1.3- Gestão dos cuidados</b>	46
<b>2.1.4- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	47
2.2- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	48
<b>2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b>	49
<b>2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b>	52
<b>2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b>	57
<b>3 - Considerações Finais</b>	61
<b>PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO “Perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca”</b>	63
<b>1- Introdução</b>	69
<b>2- Metodologia</b>	75

2.1- Delimitação e Objetivos do Estudo	75
2.2- Desenho do Estudo	75
2.3- Participantes	76
2.4- Instrumento de colheita de dados	76
2.5- Procedimentos	78
<b>3- Resultados</b>	81
<b>4- Discussão</b>	107
<b>5- Conclusão</b>	117
<b>Referência Bibliográficas</b>	119
<b>Apêndices</b>	
<b>Apêndice I</b> – Proposta de procedimento para “Guia orientador de ensinios para a pessoa com artroplastia da anca”	129
<b>Apêndice II</b> – Proposta de procedimento para “Intervenção do EEER na pessoa com hidrocefalia de pressão normal”	133
<b>Apêndice III</b> – Sessão de formação “Inaloterapia”	149
<b>Apêndice IV</b> – Proposta de procedimento para “Folha de registo de enfermagem de reabilitação ”	157
<b>Apêndice V</b> – Sessão de formação “Prevenção de quedas”	159
<b>Apêndice VI</b> – Guião Focus Group	169
<b>Apêndice VII</b> – Consentimento informado para participação em investigação	173

## **Lista de tabelas**

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1:</b> Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	81
<b>Tabela 2:</b> Caracterização profissional dos participantes	83
<b>Tabela 3:</b> Síntese das dimensões, categorias e subcategorias	83
<b>Tabela 4:</b> Sistematização da análise categorial referente à dimensão: Dinâmicas do processo	84
<b>Tabela 5:</b> Sistematização da análise categorial referente à dimensão: Constrangimentos	105



## **Lista de abreviaturas e siglas**

AA	Artroplastia da Anca
ATA	Artroplastia Total da Anca
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diárias
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
FG	Focus Group
GUSS	Gugging Swallowing Screen
OE	Ordem dos Enfermeiros
P	Participantes
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
TOMBO	Terapêutica Ocupacional Multidisciplinar com Benefício na Osteoporose
TUGT	Timed Up and Go Test
TVM	Traumatismo Vertebro Medular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS	Unidade Local de Saúde



## **Introdução**

O presente documento constitui o relatório da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório, elaborado no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), sob a orientação da professora Paula Rocha. A sua composição e apresentação visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

A constante evolução da ciência e tecnologia, aliada à complexidade e necessidades crescentes e específicas ao nível dos cuidados de saúde, particularmente no que diz respeito à área da reabilitação, exige dos profissionais um elevado nível de competências técnicas, científicas e humanas. Neste contexto, os cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deverão ser diferenciados, de qualidade, alicerçados num conjunto de conhecimentos próprios, suportados na melhor evidência científica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no seu Regulamento n.º 140/2019 define o enfermeiro especialista como o profissional que detém competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade. A certificação dessas competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto integrado de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobiliza para intervir em todos os contextos de vida das pessoas e em diferentes níveis de prevenção (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

Ao nível formativo, a realização de estágios proporciona o desenvolvimento de aprendizagens e a aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento N.º 140/2019), assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento N.º 392/2019).

De acordo com a OE, o EEER possui competências específicas para identificar precocemente necessidades de reabilitação, implementar medidas preventivas e promover a funcionalidade e autonomia. Neste sentido, destaca-se a importância da sua intervenção, cuja

atuação visa capacitar a pessoa com limitações, respeitando as suas capacidades remanescentes, e promovendo a sua funcionalidade e independência (Portugal, Regulamento nº 392/2019).

A atuação do EEER centra-se na prevenção de incapacidades e na otimização das capacidades funcionais da pessoa alvo dos seus cuidados, com vista ao seu bem-estar futuro (Freitas, 2017). Neste contexto, as intervenções destes profissionais visam essencialmente o diagnóstico precoce, a prevenção de complicações e a promoção da funcionalidade, com o objetivo de preservar ou recuperar a autonomia na realização das Atividades de Vida Diárias (AVD), atenuando o impacto das limitações de origem motora, neurológica ou cardiorrespiratória (Portugal, Regulamento nº 392/2019).

O Estágio em Enfermagem de Reabilitação II decorreu no período compreendido entre 2 de dezembro de 2024 e 24 de abril de 2025, abrangendo diversos contextos de prática clínica, designadamente Orto-Traumatologia/Reumatologia, Neurologia Traumática, Neurologia Vasculare e Degenerativa, em meio hospitalar e comunitário. A experiência formativa desenvolveu-se em serviços de internamento hospitalar — Serviço de Ortopedia, Serviço de Neurocirurgia e Serviço de Medicina — e em cuidados na comunidade, integrando a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

O presente relatório visa relatar as experiências vivenciadas nos estágios clínicos, constituindo-se como um exercício reflexivo sobre o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. A elaboração deste documento possibilitou o confronto entre as experiências práticas e as competências definidas para a profissão, valorizando todo o processo formativo e reforçando a importância do papel do EEER no contexto da prática clínica.

Exercendo funções como enfermeira generalista num Serviço de Ortopedia e reconhecendo a minha necessidade de formação especializada, pela ausência de um conjunto de conhecimentos e competências específicas que possibilitem apoiar eficazmente a pessoa na maximização do seu potencial funcional, tendo em consideração a sua condição de saúde, optei pela área de especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Tal escolha fundamenta-se na relevância da intervenção do EEER no acompanhamento e tratamento da pessoa com compromisso musculoesquelético.

A escolha da temática do estudo de investigação “Perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a

Artroplastia da Anca” surgiu no decorrer do estágio realizado em contexto Orto-Traumatológico, onde a prestação dos cuidados de ER à pessoa com Artroplastia da Anca (AA) é uma realidade diária. Neste contexto, destaca-se a relevância de um papel ativo do EEER no ensino e capacitação da pessoa e familiar/cuidador, visando a otimização do potencial funcional e autonomia nas AVD.

Neste alinhamento, torna-se essencial que o EEER entenda o processo de transição e desenvolva terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar, de forma a prepará-las para um processo de transição de cuidados mais seguro e saudável (Meleis, 2012). Neste sentido, importa melhorar a resposta às necessidades da pessoa submetida a AA, sendo o contributo dos EEER, relativamente à sua perceção na intervenção neste processo, essencial para o estudo que se pretende realizar.

Este documento é composto por duas partes. Na primeira parte encontra-se o relatório da componente de estágio de enfermagem de reabilitação, onde é realizado o enquadramento e caracterização dos contextos de estágio, pela ordem cronológica em que os mesmos foram realizados e comporta a reflexão sobre o contributo para o desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas neste percurso de formação avançada. Na segunda parte, apresenta-se a componente de investigação, em que se dá particular ênfase à perceção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a AA.

No que concerne à metodologia utilizada, a componente de estágio (Parte I), seguiu uma abordagem descritiva, suportada por uma reflexão retrospectiva e análise crítica sobre as aprendizagens e competências adquiridas, os desafios encontrados e as estratégias implementadas, destacando as oportunidades mais relevantes para o meu desenvolvimento profissional e académico, fundamentando-as teoricamente e com recurso a pesquisa bibliográfica. Para a componente de investigação (Parte II) optou-se por um desenho metodológico de natureza qualitativa, com carácter exploratório e descritivo, tendo como principal técnica de recolha de dados a realização de *focus group*.



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



## **1- Enquadramento dos Contextos de Estágio**

O estágio, enquanto etapa inerente ao processo formativo, constitui uma oportunidade estruturante que capacita o estudante para a aquisição e desenvolvimento de competências, através da vivência de experiências significativas, da análise crítica e reflexiva das intervenções realizadas, e da mobilização de conhecimentos científicos.

De acordo com a OE (2018), o alvo de intervenção do EEER é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que esta se encontra, o que implica que os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (ER) possam ser prestados em diferentes contextos da prática clínica, como unidades de internamento de agudos e reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e cuidados na comunidade.

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (Portugal, Regulamento nº 392/2019). Ao longo do estágio, e no desenrolar de todas as experiências clínicas presenciadas neste contexto, foram adquiridos e desenvolvidos conhecimentos, capacidades e habilidades que me permitiram atuar no contexto da prática clínica; refletindo sobre as necessidades de saúde e atuando no contexto de vida da pessoa com necessidade de cuidados.

É sabido que a intervenção do EEER, nos diversos contextos da prática, tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (OE, 2018). Neste alinhamento, o percurso do estágio foi dedicado à aquisição de competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, onde os momentos de reflexão conjuntamente com a pesquisa bibliográfica realizada, constituíram pontos cruciais para aprofundar e aprimorar a temática da prestação de cuidados à pessoa com necessidade de reabilitação.

Preconiza-se que a prática do exercício profissional do EEER seja sustentada na mais recente evidência científica e suportada pelos instrumentos reguladores da profissão, sem

descolar os referenciais teóricos da disciplina. Acresce ainda o reconhecimento da importância das teorias de enfermagem e a sua inclusão no processo de trabalho.

Neste contexto, é dado especial ênfase à Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2012), na qual é defendido que o EEER deve entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar estabilidade e o bem-estar. No seu referencial, Meleis (2012) classifica as transições em quatro tipos: transições de desenvolvimento, situacionais, relacionadas com situações de saúde-doença e organizacionais. A adaptação do indivíduo a essas transições depende da sua capacidade de mobilizar recursos internos e externos, do suporte recebido e da experiência prévia, sendo este processo essencial para alcançar o bem-estar e a estabilidade, sendo este o objetivo do EEER na sua prática clínica.

Independentemente da transição evidenciada, o EEER deve dar particular atenção ao modo como a pessoa ou cuidador/familiar se posicionam em relação à nova condição de saúde física, mental, social e económica, ou seja, à forma como se consciencializaram acerca da situação e da mudança e diferença imposta pela mesma (Silva et al., 2019).

Ao longo deste capítulo, pretendem-se caracterizar os contextos de estágio referentes ao Estágio II, inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSV, desenvolvido entre dezembro de 2024 e abril de 2025, perfazendo um total de 408 horas. Em relação ao conteúdo, faz-se referência ao espaço físico, aos recursos humanos e materiais disponíveis e relacionados com a ação do EEER, ao método de organização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e aos projetos de melhoria contínua da qualidade, nas áreas de competências comuns e específicas do EEER. Descritivamente, a caracterização dos mesmos segue a ordem cronológica em que foram realizados, nos contextos clínicos: ortotraumatológico/ reumatológico, neurológico traumático, comunidade, cuidados continuados, estruturas residenciais para pessoas idosas e neurológico vascular e degenerativo.

## 1.1-Contexto Orto-traumatológico/Reumatológico

O Estágio de Orto-traumatologia/Reumatologia decorreu no Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, no período compreendido entre 2 de dezembro a 26 de dezembro de 2024, com a duração total de 80 horas de contacto efetivas.

O serviço de Ortopedia da ULS Guarda tem uma lotação de 32 camas, destinadas a receber utentes com patologia do foro ortotraumatológico, maioritariamente com o diagnóstico

de fraturas sub-capitais, trocânticas, da diáfise do fémur, da diáfise tibial e maleolares, provenientes do serviço de urgência, consulta externa ou por transferência de outros serviços. Os tipos de tratamento variam, de acordo com a avaliação e decisão médica, entre tratamento conservador e maioritariamente tratamento cirúrgico, com especial destaque para a AA ou osteossíntese com cavilha.

De realçar que a média de idades era bastante elevada, verificando-se uma maior ocorrência de fraturas associadas a quedas nas pessoas com idades acima dos 70 anos. Após a alta clínica os utentes poderiam ser encaminhados para o domicílio, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou ainda serem referenciados para Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

A equipa de enfermagem é constituída por 36 enfermeiros, dos quais 4 EEER, que asseguram a prestação de cuidados especializados todos os dias, incluindo fins-de-semana e feriados, no turno da manhã, estando escalados dois por manhã de semana e um ao fim-de-semana. O método de trabalho utilizado pelos EEER é o método individual, embora colaborem mutuamente. Todos os registos da enfermagem de reabilitação são efetuados na plataforma SClínico segundo o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015).

O serviço está dotado dos recursos materiais necessários à reabilitação e promoção da independência funcional da pessoa, tais como: auxiliares de marcha (cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas), ajudas técnicas, ortóteses (membro superior, coluna e membro inferior), material para posicionamentos e equipamento de crioterapia. Existe também outro material específico como halteres, faixas elásticas, artromotor e pedaleira.

O serviço de Ortopedia o EEER possui diversos projetos de melhoria continua, dinamizados pelos EEER: o Projeto Enfermagem Transversal, Programa TOMBO (Terapêutica Ocupacional Multidisciplinar com Benefício na Osteoporose), Projeto Bexiga Neurogénica e Projeto Habilitar, tendo a oportunidade de participar nos dois primeiros projetos mencionados.

O Projeto Enfermagem Transversal aplica-se aos utentes que recorrem ao serviço de urgência ou internados noutros serviços e aos quais é diagnosticada fratura de coluna com indicação para tratamento conservador. Tem como objetivos aplicar e adaptar a ortótese adequada, bem como ensinar, instruir e treinar utentes e cuidadores sobre a sua colocação e os cuidados inerentes (dorsolombostato tipo Jewett, Taylor e Chairback), evitando o internamento.

O Programa TOMBO é um programa inovador com foco na prevenção secundária de fraturas osteoporóticas, da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar constituída por Reumatologistas, Nutricionista e EEER do Serviço de Ortopedia da ULS Guarda. Está fundamentalmente orientado para a vigilância, o controlo e tratamento dos utentes após a ocorrência de uma fratura osteoporótica prevenindo o surgimento de nova fratura (prevenção secundária). As pessoas abrangidas por esta consulta são selecionadas no internamento de Ortopedia após fratura, com idade inferior a 90 anos e superior a 50, com capacidade cognitiva e colaborantes que aceitem integrar o programa. O programa TOMBO preconiza a vigilância e acompanhamento destas pessoas num horizonte temporal de 2 anos, encontrando-se estruturado em quatro consultas multidisciplinares presenciais e duas consultas de *follow up* telefónicas. A pessoa com fratura osteoporótica é referenciada ainda no internamento pelo EEER e é informada de como se desenvolve todo o programa. Antes da alta são realizados ensinamentos e fornecidos panfletos informativos sobre prevenção da osteoporose e prevenção de quedas. Nas consultas pós-alta, a pessoa é instruída e treinada para a realização de um programa de exercícios para reforço muscular, que estão discriminados num panfleto informativo, com o objetivo da capacitação da pessoa para assegurar a continuidade dos mesmos no domicílio. Em todas as consultas são aplicados instrumentos validados para monitorização, tais como a Escala de Morse e Barthel e o Time Up and Go Test (TUGT), teste de Marcha de 10 metros e teste Sit to Stand de 30 segundos.

O Projeto Bexiga Neurogénica é direcionado à abordagem terapêutica e de cuidados a pessoas diagnosticadas com bexiga neurogénica, com retenção urinária. Este projeto tem como principal finalidade potenciar o papel do EEER na prestação de cuidados à pessoa com disfunção vesical de origem neurológica, promovendo uma intervenção estruturada que visa assegurar uma continência urinária eficaz e segura. A intervenção do EEER contempla a utilização de técnicas de drenagem vesical, com especial enfoque no cateterismo intermitente limpo, treino vesical e na capacitação da pessoa e cuidador para a reeducação vesical intermitente autónoma, maximizando a qualidade de vida da pessoa.

O projeto Habilitar consiste numa iniciativa inovadora no âmbito da Enfermagem de reabilitação, destinada a pessoas referenciadas para a realização de cirurgia programada de artroplastia da anca e joelho. Este projeto visa assegurar uma abordagem integrada e multidimensional, que se estende desde o período pré-operatório até ao pós-alta hospitalar, promovendo uma transição segura e eficiente entre os diferentes níveis de cuidados de saúde. A intervenção inicia-se com uma visita domiciliária pré-internamento, realizada pelo EEER,

com o objetivo de fazer uma intervenção educativa estruturada, na qual são apresentados vídeos informativos e distribuídos panfletos explicativos relativos ao procedimento cirúrgico e aos cuidados a adotar no período pós-artroplastia. Paralelamente, é realizada a instrução e o treino de autocuidados e de marcha, com vista à promoção da autonomia e à preparação funcional do utente para o processo cirúrgico. No âmbito desta visita domiciliária é feita uma avaliação as condições físicas, sociais e ambientais do domicílio, identificação de barreiras arquitetónicas e planeamento de estratégias de adaptação que favoreçam a recuperação funcional. Durante o internamento, é desenvolvida uma intervenção de reabilitação individualizada e, no pós-operatório, garante-se o seguimento contínuo, quer em contexto hospitalar, quer em articulação com os cuidados de saúde primários. O projeto destaca-se ainda pela capacitação da pessoa e do cuidador informal, permitindo enfrentar de forma mais informada, segura e autónoma tanto o processo cirúrgico como o período pós-operatório.

Neste estágio de ortotraumatologia, ficou bem patente que a avaliação inicial é um aspeto primordial para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planeamento das intervenções mais adequadas. Realiza-se a avaliação objetiva da pessoa, do ponto de vista das capacidades cognitivas, autocuidado, equilíbrio corporal, amplitude articular, força muscular, ventilação e presença de dor, complementada com antecedentes pessoais. O facto da maioria das pessoas internadas serem do foro traumático direciona a nossa intervenção, através de uma anamnese o mais completa possível, incluindo o mecanismo de lesão.

A observação e interpretação dos exames complementares de diagnóstico, tais como exames radiológicos, tomografia axilar computadorizada e exames laboratoriais e mostraram-se fundamentais na avaliação e conseqüentemente na implementação de um plano de reabilitação. Foi possível observar na radiografia os sinais de uma coxartrose, detetar os tipos de fraturas, a sua localização óssea e tratamento cirúrgico utilizado.

Até ao momento da cirurgia (no pré-operatório), a intervenção do EEER passa pela realização de exercícios de fortalecimento muscular e articular das articulações livres, exercícios isométricos e isotónicos (exercícios passivos, ativos-assistidos, ativos e resistidos), com dez repetições.

Após a cirurgia, no primeiro dia pós-operatório, a reabilitação motora incluiu a execução, ensino, instrução e treino de exercícios de fortalecimento das estruturas musculares e ligamentares danificadas com a intervenção cirúrgica, com exercícios de mobilização muscular e articular passivos, ativos-assistidos, ativos e resistidos, com utilização de halteres, faixas elásticas e utilização de resistência com a mão.

Está preconizada a realização do primeiro levante nas primeiras 48 horas, após exercícios musculares isométricos e exercícios músculo-articulares ativos-assistidos de forma progressiva, realizados no leito, bem como o início do treino de marcha com dispositivo auxiliar, complementado com o treino de fortalecimento muscular.

A reabilitação motora da pessoa com compromisso musculoesquelético incluiu treino de rodar-se no leito, técnica de transferência, treino de verticalização, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treino de marcha e treino de subir e descer escadas. Foi possível efetuar o treino de marcha com recurso a andarilho e canadianas, com carga parcial e descarga total no membro intervencionado.

Na intervenção da reabilitação ortopédica, foi possível realizar cuidados à pessoa submetida a Artroplastia do Joelho. As mobilizações passivas da articulação do joelho foram realizadas recorrendo ao uso do artromotor, com o objetivo de no final alcançar uma flexão de 90°.

No âmbito da aplicação de ortóteses, procedeu-se à colocação de tala estabilizadora da anca, bota walker, tala de pé equino, dorsolombostato tipo Jewett e colar cervical rígido tipo Philadélfia.

Neste serviço, a atenção centra-se na identificação das necessidades de cuidados relacionados com a otimização, readaptação e reeducação das funções motoras, sensoriais, da sexualidade e do autocuidado, sem desvalorizar a participação social da pessoa, tendo em conta as alterações decorrentes de fenómenos ortopédicos e/ou traumatológicos.

No que compete à capacitação da pessoa, são realizados diversos ensinamentos em contexto pré-operatório que incidem sobre as mobilizações a efetuar no pós-operatório, envolvendo ativamente a pessoa no seu processo de reabilitação. No pós-operatório é envolvida a pessoa e o cuidador de referência na preparação para a alta. Para tal, são realizados os ensinamentos necessários, com vista à capacitação sobre posicionamentos, transferências, andar com auxiliar de marcha, autocuidados, ajudas técnicas, prevenção de quedas, exercícios de mobilização muscular e articular que podem ser realizados no domicílio, precauções de segurança e sinais de alarme. É ainda fornecido material informativo existente no serviço, consoante o compromisso musculoesquelético da pessoa.

Durante este estágio, tive a oportunidade de contactar com diversos contextos clínicos, que proporcionaram importantes momentos de aprendizagem, o que foi muito enriquecedor. Foi possível analisar a autonomia que o enfermeiro especialista de reabilitação possui no

desenvolvimento do seu plano de reabilitação, alicerçado numa minuciosa avaliação da pessoa com compromisso musculoesquelético, e análise dos exames complementares de diagnóstico e abordagem cirúrgica.

Este estágio destacou-se por ter sido o que mais motivação me gerou, uma vez que corresponde à área de maior interesse profissional, circunstância que impulsionou o desenvolvimento da investigação posteriormente apresentada neste relatório.

## 1.2 - Contexto Neurológico Traumático

O Estágio de Neurologia Traumática foi realizado no Serviço de Neurocirurgia da ULS Viseu Dão Lafões, no período compreendido entre 20 de janeiro e 7 de fevereiro de 2025, com a duração total de 72 horas efetivas.

O serviço de Neurocirurgia da ULS Viseu Dão-Lafões possui 24 camas, entre as quais se incluem duas camas reservadas a pessoas internadas pela área de infeciologia e quatro camas que compõem a Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocirurgia, a qual possui monitorização hemodinâmica constante e videovigilância.

As pessoas internadas, eram de ambos os sexos e com patologias do foro neurológico, tais como Traumatismos Crânio Encefálicos, Lesões Ocupantes de Espaço, Hidrocefalia de Pressão Normal, Meningoencefalite, Traumatismos Vertebro-Medulares, Hérnia Discal Cervical, Hérnia Discal Lombar, Mielopatia Cervical, Canal Lombar Estreito e Espondilolistese.

A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros, dos quais 2 EEER. Os EEER prestam cuidados especializados todos os dias da semana no turno da manhã, estando escalado um elemento por dia. O método de trabalho utilizado pelos EEER é o método individual.

Os recursos físicos e materiais do serviço, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação (ER) são variados, permitindo o seu exercício em função dos domínios comprometidos. O serviço dispõe de dispositivos de estimulação cognitiva (diversos jogos interativos de estimulação cognitiva), dispositivos adaptados para o exercício músculo-articular de membros superiores e inferiores (cicloergómetro, halteres, bastões, bandas elásticas), dispositivos auxiliares de marcha, transferência e levante (cadeiras de rodas, tábuas de transferência, andarilhos e canadianas, elevadores e plano inclinado), dispositivos para reabilitação funcional respiratória (inspirómetros de incentivo de volume e fluxo, bastões, *Cough Assist*), dispositivos

para treino de exercícios da função motora fina (dispositivos de carácter sensorial, como as pinças, molas, outros utensílios cuja utilização promovem a preensão digital), dispositivos para o treino de escrita e leitura, dispositivos relacionados com o tónus muscular (almofadas de diversos tamanhos para posicionamento antiespástico), dispositivos para treino de equilíbrio (espelho quadriculado, cones de orientação de percurso), dispositivos para treino de propriocepção (bolas sensitivas), dispositivos promotores da realização de autocuidado (esponjas de cabo longo, talheres adaptados) e ortóteses para a coluna (colares cervicais, dorsolombostatos), entre outros.

A intervenção dos EEER no serviço de Neurocirurgia é variada, destacando-se o envolvimento em projetos de melhoria contínua, entre eles “A pessoa com Hidrocefalia de Pressão Normal”, guias orientadores como o “Treino Vesical” e “Descanulação de Traqueostomia” e Panfletos de Educação para a Saúde, tais como, “Cirurgia da Coluna Cervical”, “Cirurgia da Coluna Lombar” e “Autocateterismo Vesical Intermitente”.

O Projeto “A pessoa com Hidrocefalia de Pressão Normal” aplica-se a pessoas internadas com esta patologia e é realizada a avaliação dos défices, através da utilização de instrumentos de apoio à decisão, como o TUGT e Mini-Mental State Examination, Posteriormente a pessoa é submetida a cirurgia com colocação de derivação lombar externa, e após 48h é novamente reavaliada com os mesmos instrumentos, onde se observa a melhoria das limitações e o aumento da capacidade funcional. Às 48h inicia um plano de reabilitação motora, cognitiva e vesical para aumentar da capacidade funcional da pessoa, melhorar o padrão da marcha, a função cognitiva, o equilíbrio estático e dinâmico e o risco de quedas.

Para avaliação da pessoa com compromisso neurológico traumático, o EEER recorre a diversos instrumentos de colheita de dados, tais como : Exame Neurológico, Escala de Coma de Glasgow, Escala Mini Mental State Examination, avaliação da força muscular através da Medical Research Council Muscle Scale, avaliação do tónus muscular através da Escala de Ashworth Modificada, avaliação da sensibilidade através da utilização da Escala ASIA (American Spinal Injury Association) e avaliação do equilíbrio estático e dinâmico com aplicação do Índice de Tinetti.

Outra prática clínica regular é a avaliação da deglutição, parâmetro sistematizado singularmente pelo EEER, o qual utiliza a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), cujo resultado culmina com a definição de um plano individual e diferenciado de intervenção, que promove a

prevenção de complicações e a melhoria funcional da pessoa com compromisso na deglutição. O rastreamento da disfagia faz-se o mais precocemente possível, para evitar aspirações.

Na pessoa com parésia facial, é utilizada a escala de House-Brackmann, que determina o nível de lesão nervosa e avalia a face em repouso (simetria e tônus) e em movimento.

A aplicação da escala ASIA na pessoa com TVM mostrou-se muito útil para estabelecer os níveis de lesão, avaliar os défices e planejar a intervenção do EEER.

Garantida a estabilidade clínica da pessoa, o EEER inicia o mais precocemente possível, o processo de reabilitação funcional na pessoa com compromisso neurológico. Ao longo do estágio, a intervenção do EEER incluiu o executar, instruir e treinar exercícios de mobilização muscular e articular de todas as articulações, estimulando a pessoa a visualizar o movimento realizado, de forma a facilitar a neuroplasticidade, bem como exercícios de rolamento, dissociação da cintura pélvica, ponte, exercícios de facilitação cruzada, treino da técnica de levantar e transferência e treino de marcha sem e com apoio (andarilho, canadianas e apoio lateral). De destacar ainda a realização de posicionamentos em padrão antiespástico, para diminuir a espasticidade, a colocação de tala no membro superior para contrariar a flexão do cotovelo, punho e dedos, na presença de hemiplégia, e aplicação de tala anti pé equino.

Na pessoa com parésia facial é efetuada massagem dos músculos faciais e ensino e instrução de exercícios musculares da face.

Em relação ao equilíbrio, o EEER efetua correção da postura corporal à pessoa sentada e em pé (com recurso a espelho quadriculado), treino de equilíbrio estático e dinâmico com recurso a bola de Bobath, na posição de sentada, treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé e treino proprioceptivo.

Na pessoa com deglutição comprometida o EEER, promove o correto alinhamento corporal para a alimentação, massagem dos músculos que interferem na mastigação e deglutição, estimulação orofacial, treino de deglutição consoante o score da escala de GUSS e utilização de estratégias compensatórias da mastigação. Para promover a independência da pessoa, utiliza estratégias adaptativas nos talheres. Realiza limpeza da cavidade oral após alimentação para evitar aspiração de resíduos alimentares.

A realização de treino cognitivo revela-se de elevada importância em pessoas com compromisso neurológico, contribuindo para a manutenção e/ou recuperação de competências funcionais. Foram desenvolvidas atividades direcionadas para a estimulação da motricidade fina, com enfoque na manipulação de objetos de pequena dimensão e exercícios de destreza

manual, visando a promoção da percepção tátil e da coordenação motora. Para a estimulação cognitiva recorreu-se a jogos estruturados e exercícios específicos, com o objetivo de treinar funções como a atenção, memória, raciocínio e linguagem.

Na pessoa com TVM, o EEER é responsável pela reeducação vesical e intestinal. O treino vesical é iniciado durante o período de internamento, e é efetuado o ensino relativamente às estratégias de controlo vesical, incluindo técnicas de treino e orientação prática sobre autocateterismo vesical intermitente. Em relação ao treino intestinal, é realizado ensino direcionado à otimização do trânsito intestinal, abordando a técnica de massagem abdominal e o posicionamento adequado para facilitar a defecação.

A maioria das pessoas internadas apresentam alterações na ventilação e limpeza das vias aéreas, sendo que a realização de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) é prática recorrente para promover uma adequada ventilação e limpeza da via aérea. É realizado treino de descanulação de traqueostomia e utilizado Couhg Assist para promover a limpeza da via aérea.

De forma a capacitar a pessoa, o treino contemplando treinos de alimentação, higiene pessoal, vestir e despir e transferências. Sempre que o estado clínico o permitia, a pessoa com compromisso neurológico, era estimulada a participar ativamente no seu processo de reabilitação.

Especificamente, e em todos os dias de estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação à pessoa com TVM. Dado os compromissos recorrentes desta patologia, concretamente na ventilação, movimento muscular, sensibilidade, equilíbrio, autocuidados, este estágio foi muito enriquecedor, potenciador e promotor do desenvolvimento de competências específicas neste domínio da área de Enfermagem de Reabilitação.

### 1.3 - Contexto Equipa de Cuidados Continuados Integrados

O estágio em contexto de Comunidade realizou-se na ECCI, parte integrante da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Cava Juliana da ULS Cova da Beira. O estágio decorreu no período compreendido entre 10 de fevereiro e 7 de março de 2025, com a duração total de 82 horas efetivas.

Esta UCC tem capacidade de prestar cuidados a 25 utentes e é constituída por 12 enfermeiros, entre os quais 3 EEER que desempenham funções no horário das 8h às 20h, em turnos rotativos de 7horas.

A ECCI é uma equipa domiciliária que está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e tem como objetivo promover e/ou recuperar a saúde das pessoas com diversos tipos de dependência ou em risco de perda de autonomia, mantendo-as no seu ambiente habitual (domicílio, ERPI). Para integrar a ECCI é necessário ser feita uma referenciação pelas Equipas de Gestão Altas das ULS, que necessita da validação por parte de uma Equipa Coordenadora Local.

A ECCI dispõe de diversos recursos materiais para a reabilitação motora e reabilitação funcional respiratória, tais como: halteres, bandas elásticas, bastões, cicloergómetro. No entanto, pela necessidade de a pessoa realizar reabilitação de forma continuada no seu domicílio, frequentemente, são usados recursos simples e casuais, tais como: garrafas de água e sacos de arroz como halteres; feijões e plasticina para treino da motricidade fina; paus de vassoura e bengalas, para substituição de bastão, entre outros. Todos estes materiais são facilmente encontrados nos domicílios e utilizados de forma eficaz e segura.

No que respeita às ajudas técnicas, recorre-se, por vezes, a panfletos informativos e a dispositivos móveis, de forma a disponibilizar imagens ilustrativas das opções a considerar para aquisição. Este processo é articulado em estreita colaboração com a equipa do Serviço Social, garantindo uma resposta adequada às necessidades da pessoa.

A atuação diferenciada da ECCI tem por finalidade a promoção de cuidados integrados e personalizados domiciliários. Estes cuidados, têm um cariz preventivo, curativo, de reabilitação e paliativo, de acordo com as necessidades identificadas, sem descuidar a capacitação da pessoa e cuidador para o cuidado da pessoa dependente na realização das AVD. A tipologia da pessoa doente abrange, portanto, os cuidados domiciliários em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação clínica não requer internamento, mas necessita de prestação de cuidados de saúde.

Neste estágio foram desenvolvidas competências na identificação das necessidades de intervenção para otimizar, readaptar e reeducar a função dos processos corporais aos níveis: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação autocuidado, promovendo a participação da pessoa na sociedade.

A implementação de intervenções específicas, no contexto domiciliário, propiciou a identificação de barreiras arquitetónicas, de suporte familiar e social, o que permitiu estruturar um plano de intervenção mais aquedado às necessidades reais e à utilização otimizada de

recursos materiais existentes no seu domicílio, ensinando, instruindo e treinando técnicas e estratégias facilitadoras dos cuidados prestados à pessoa dependente.

#### 1.4 – Contexto Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Esta componente de estágio decorreu na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) em Almeida no período compreendido entre 10 e 24 de março de 2025, com a duração total de 42 horas efetivas.

A ULDM de Almeida é uma unidade de internamento com uma lotação de 30 camas, que faz parte da RNCCI, destinada a pessoas com doenças crónicas e elevado grau de dependência com necessidade de internamentos com mais de 90 dias. Para além disso, estas unidades podem acolher utentes em regime temporário de "Descanso do Cuidador", com um limite máximo de 90 dias por ano.

Os utentes internados apresentam patologias diversificadas, destacando-se, entre as mais frequentes, os casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as situações de reabilitação após fraturas. Importa salientar que a maioria apresenta um elevado grau de dependência funcional, frequentemente associado a múltiplas comorbilidades. Após o término do internamento, a maioria dos utentes é transferido para ERPI.

A equipa multidisciplinar é constituída por Enfermeiros dos quais 1 é EEER, médico de medicina geral e familiar, médico fisiatra, assistentes operacionais, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social e nutricionista.

Esta unidade é constituída por um ginásio para reabilitação e uma sala de terapia ocupacional, com vários tipos de equipamentos tais como, pedaleiras, bicicleta, barras de apoio, marquesas, material de apoio a reabilitação motora, material para treino de motricidade fina e material de apoio a reabilitação cognitiva.

Neste serviço, os cuidados de EEER desenvolvem-se no período das 8h às 17h, com uma carga em regime de trabalho a tempo parcial duas vezes por semana, em condição laboral de prestação de serviços. O método de trabalho é individual, no qual o EEER assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de reabilitação durante o turno, realizando essencialmente, RFR e reabilitação motora e funcional.

## 1.5 - Contexto Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Esta componente de estágio decorreu na Residência Sénior Dona Ana em Santana D’Azinha – Guarda, no período compreendido entre 6 de janeiro e 13 de março de 2025, com a duração total de 42 horas efetivas.

A ERPI Residência Sénior Dona Ana, é uma instituição de carácter privado, cujo principal objetivo é a prestação de cuidados integrados e personalizados à população idosa em situação de dependência parcial ou total. A instituição dispõe de uma capacidade para acolher 58 residentes, oferecendo-lhes serviços de alojamento, alimentação, cuidados de higiene, assistência médica, enfermagem, fisioterapia e atividades de animação sociocultural. A maioria dos utentes apresenta mobilidade reduzida, limitações cognitivas e patologias crónicas.

A equipa multidisciplinar da instituição é composta por médico, enfermeiros, um EEER, fisioterapeuta, animadora sociocultural e assistentes operacionais, garantindo um atendimento holístico e humanizado. A infraestrutura contempla quartos individuais/coletivos, sala de convívio, refeitório, espaços de lazer, gabinete de enfermagem, ginásio e piscina, proporcionando conforto e qualidade de vida aos residentes.

Neste serviço, os cuidados do EEER desenvolvem-se no período das 9h às 13h, com uma carga em regime de trabalho a tempo parcial três vezes por semana, em condição laboral de prestação de serviços. O EEER desempenha um papel essencial na promoção da funcionalidade e na manutenção da autonomia dos residentes, prevenindo complicações associadas à imobilidade e às doenças crónicas. A sua atuação vai além da intervenção física, abrangendo dimensões cognitivas e sociais, o que contribui para um envelhecimento mais saudável e com melhor qualidade de vida.

A intervenção do EEER é maioritariamente desenvolvida em ginásio. A ERPI dispõe de diversos recursos materiais, para a reabilitação motora, RFR e reabilitação cognitiva, tais como: barras paralelas para treino de marcha, espaldar, bicicleta estática e cicloergómetros, bandas elásticas, halteres, bolas sensitivas, bastões, material de treino de motricidade fina e grossa, jogos adaptados para estimulação cognitiva, cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas e bengalas para treino de marcha.

É de salientar que a atuação do EEER se revelou altamente diferenciada, pautada por uma dedicação exemplar aos utentes da ERPI, sendo notória a sua entrega e profissionalismo. A avaliação realizada pelo EEER demonstrou-se abrangente, permitindo uma intervenção intensiva, direcionada e eficaz. Durante o período de estágio, foi possível constatar uma

melhoria significativa da funcionalidade motora e cognitiva em diversos utentes com os quais foi desenvolvida intervenção terapêutica. Destaca-se ainda o trabalho de toda a equipa multidisciplinar da instituição, que se mostrou comprometida na prestação de cuidados de qualidade, promovendo uma estimulação constante e personalizada aos residentes.

## 1.6 - Contexto Neurológico Vascular e Degenerativo

O Estágio de Neurologia Vascular e Degenerativa decorreu no Serviço de Medicina A da ULS da Guarda, no período compreendido entre 25 de março e 24 de abril de 2025, com a duração total de 90 horas efetivas.

O serviço de Medicina A da ULS da Guarda possui 28 camas, podendo o serviço aumentar a sua capacidade até 32 camas em períodos de contingência, como por exemplo, quando ocorrem mais internamentos por infeções respiratórias.

As pessoas internadas apresentavam predominantemente patologias de natureza neurológica, respiratória e cardiovascular, incluindo AVC, insuficiência respiratória global e parcial, insuficiência cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e infeções do trato respiratório. Tendo em consideração que a média etária dos internados no serviço de Medicina A é elevada, observa-se que, mesmo quando o diagnóstico que motivou o internamento não se relaciona diretamente com o foro neurológico, frequentemente coexistem antecedentes clínicos relevantes, nomeadamente demência, doença de Alzheimer, AVC prévio e doença de Parkinson.

A equipa multidisciplinar inclui enfermeiros, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e médico-cirúrgica, médicos de medicina interna e assistentes operacionais.

A equipa de Enfermagem de Reabilitação é composta por dois elementos que asseguram a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nos dias úteis, no turno da manhã das 8 às 16 horas. Durante o fim-de-semana, têm apoio de enfermagem de reabilitação, para os utentes referenciados como prioritários. O método de trabalho utilizado pelos EEER é o método individual.

Os recursos físicos e materiais do serviço, no âmbito da ER são variados, permitindo o seu exercício em função dos domínios comprometidos. O serviço dispõe de dispositivos adaptados para o exercício músculo-articular de membros superiores e inferiores (cicloergómetro, halteres, bandas elásticas), dispositivos auxiliares de marcha, transferência e

levante (cadeiras de rodas, andarilhos e canadianas), dispositivos para RFR (inspirómetros de incentivo de volume e fluxo, bastões, *Cough Assist*) e dispositivos para treino de exercícios da função motora fina (dispositivos de carácter sensorial, como as pinças, molas, outros utensílios cuja utilização promovem a preensão digital).

Neste contexto, a atuação EEER pauta-se por uma avaliação abrangente, contemplando os múltiplos comprometimentos funcionais e as necessidades específicas decorrentes do quadro clínico complexo apresentado por estas pessoas.

A intervenção dos EEER no serviço de Medicina A é variada, destacando-se o envolvimento num projeto de melhoria contínua: o projeto “Exercitar”. De momento este projeto encontra-se suspenso, porque na maioria dos dias apenas se encontra um EEER para o serviço, não sendo possível a aplicação do mesmo.

A pessoa internada era sujeita a um processo de avaliação neurológica abrangente, a qual englobava várias componentes avaliadas usando escalas validadas. Isso incluía a avaliação do estado de consciência (usando a Escala de Coma de Glasgow), negligência hemiespacial unilateral, força muscular (usando a Escala de Força do Medical Research Council), tónus muscular (usando a Escala de Ashworth Modificada), coordenação motora, sensibilidade superficial e profunda, equilíbrio estático e dinâmico e marcha.

Para maximizar a função motora e sensitiva, as minhas intervenções contemplavam a realização de mobilizações passivas com séries de 10 repetições em cada segmento corporal enquanto a pessoa se mantinha em repouso no leito, respeitando as amplitudes articulares e o limiar de dor, do próximal para distal e estimulando a pessoa a visualizar o movimento realizado, de forma a facilitar a neuroplasticidade. Conforme a recuperação e a sua força muscular, as mobilizações evoluíam de passivas para ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas.

De forma a capacitar o utente para o levante, avaliava e treinava o equilíbrio (estático e dinâmico) na posição de sentado e, posteriormente, era feita a transferência para o cadeirão com ajuda parcial; nas pessoas que conseguiam deambular, era feito o treino de marcha. Sempre que o seu estado de consciência o permitia, a pessoa era estimulada e encorajada a participar ativamente no seu processo de reabilitação.

A maioria das pessoas internadas neste serviço apresentava comprometimento dos sistemas respiratório e cardiovascular, o que exigia do EEER intervenções voltadas para a otimização da ventilação e a limpeza das vias aéreas. A realização de RFR em pacientes com acumulação de secreções e dificuldade na sua eliminação constituiu uma prática constante. As

intervenções implementadas incluíram técnicas de relaxamento, ensino da dissociação dos tempos respiratórios, treino da expiração com lábios semicerrados, reeducação diafragmática, reeducação costal seletiva e global com o uso de bastão, drenagem postural modificada, manobras de vibrocompressão e aspiração de secreções. Além disso, foram realizados o ensino e a aplicação da tosse dirigida e assistida, tanto manualmente quanto por meio do dispositivo Cough Assist. Em pacientes com dificuldade na eliminação de secreções, também foi utilizado e ensinado o uso do dispositivo Acapella. Para indivíduos com alterações ventilatórias, especificamente aqueles com diagnóstico de derrame pleural ou fibrose pulmonar, foram ministradas orientações e treino para o uso da espirometria de incentivo.

Dada a elevada dependência funcional das pessoas internadas, considerou-se essencial o envolvimento dos cuidadores desde o início do internamento. A importância de uma preparação para alta eficaz, precoce e personalizada, que responda às necessidades de autocuidado da pessoa e cuidador de referência, podem traduzir-se em níveis de independência necessários para melhorar a qualidade de vida e para a segurança no regresso a casa.

A maioria das pessoas internados recebeu alta clínica com retorno a ERPI. Observou-se que seria uma mais-valia envolver os assistentes operacionais que atuam nessas instituições no processo de preparação para a alta hospitalar, promovendo a sua participação ativa na recuperação dos utentes. Tal abordagem justifica-se pelo facto de ter sido identificado um padrão recorrente de reinternamentos.

## **2- Análise Reflexiva das Competências Adquiridas**

A enfermagem, enquanto ciência e prática social, exige dos profissionais uma formação contínua que transcende a aquisição de conhecimentos teóricos básicos, incluindo a construção de competências técnicas, científicas e relacionais (OE, 2018).

Nesse sentido, Benner (2001), apresenta um modelo teórico que descreve a trajetória do enfermeiro por meio de cinco estágios de proficiência: iniciante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. A experiência prática é fundamental para que o profissional desenvolva competências avançadas, transformando conhecimento tácito em expertise clínica. Assim, a competência não é apenas resultado de formação formal, mas um processo que se constrói na interação entre teoria, prática e reflexão.

Compreender esses estágios de desenvolvimento profissional permite uma análise crítica dos processos formativos na enfermagem e auxilia na estruturação de estratégias pedagógicas e organizacionais que favoreçam o progresso profissional (Benner, 2001). Desse modo, a perspectiva apresentada por Benner contribui para o fortalecimento da identidade profissional do enfermeiro e para a consolidação da prática baseada em evidências. À luz desse referencial teórico, a descrição e análise reflexiva do percurso e das atividades realizadas, apresentadas a seguir, têm como objetivo evidenciar o desenvolvimento das competências preconizadas, organizadas em duas áreas complementares: as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER.

O Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Regulamento n.º 140/2019) define que as Competências Comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de atuação, e evidenciam-se pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, além de suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Já as Competências Específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

## 2.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como o profissional que detém competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade. A certificação dessas competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto integrado de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobiliza para intervir em todos os contextos de vida das pessoas e em diferentes níveis de prevenção (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

Considera-se essencial expressar que independentemente da especialidade em enfermagem, os enfermeiros especialistas comungam de um conjunto de competências, aplicáveis em todos os contextos dos cuidados de saúde, apontadas no Regulamento n.º 140/2019. Este identifica quatro domínios comuns transversais a todos os contextos de prestação de cuidados: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). Estes domínios, são discriminados e analisados individualmente, de seguida.

### **2.1.1- Responsabilidade profissional, ética e legal**

O Regulamento n.º 140/2019, estabelece que o EEER deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, bem como garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). É fundamental o domínio desta competência por parte de todos os enfermeiros especialistas, pois, assegura à pessoa cuidada, que todos os enfermeiros prestam cuidados de excelência sendo responsáveis pelos seus atos.

Os princípios fundamentais estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015a) servem como alicerce para a prática do cuidado humanizado em enfermagem, destacando-se de maneira ainda mais pronunciada na prestação de cuidados especializados. De acordo com o Regulamento n.º 613/2022 da OE (2022), o Enfermeiro, no seu exercício profissional, deve adotar uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica que a profissão exige, sendo responsável pelas decisões que toma, pelos próprios atos inerentes ao exercício profissional e pelas tarefas que

delega. De igual forma, um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros é o respeito pelos direitos humanos.

No que se refere aos problemas éticos reconhecidos durante os campos de estágios realizados, importa referir que, perante o surgimento de questões de natureza ética, priorizou-se a tomada de decisões que fossem coerentes com os princípios deontológicos e éticos da profissão, respeitando a pessoa e protegendo seus direitos. Um dos problemas éticos que merecem destaque nos estágios foi a necessidade de garantir a o princípio de justiça e equidade, nos cuidados concedidos, tendo em conta as limitações de recursos humanos disponíveis. Nesse sentido, foram definidas estratégias de cuidados que permitiram minimizar os efeitos decorrentes da situação deficitária, maximizando, na medida do possível, a equidade dos cuidados prestados.

Em congruência com código deontológico profissional, foram assegurados os Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde (Portugal, Lei n.º 15/2014), concretamente o direito de escolha, consentimento ou recusa, adequação da prestação de cuidados de saúde, atendimento, proteção de dados pessoais e vida privada, sigilo e informação.

Durante os estágios desenvolvidos, foram enfrentadas questões éticas relacionadas com a gestão das expectativas da pessoa e da sua família em relação à reabilitação, bem como possíveis contraindicações no processo. Neste sentido, tornou-se crucial esclarecer adequadamente sobre a situação real, sem deixar de expor eventuais fragilidades ou adversidades que possam surgir. Ao mesmo tempo, é essencial não defraudar as expectativas de recuperação, promovendo uma abordagem que seja respeitosa e que fomente a autoestima da pessoa. Este aspeto requer um equilíbrio delicado e uma abordagem empática, com a finalidade de garantir que a pessoa esteja devidamente informada e se sinta apoiada ao longo de todo o processo de reabilitação.

Todos os critérios de avaliação foram cumpridos, sendo que ao longo dos estágios respeitaram-se sempre os limites da autonomia da pessoa. Em concreto, no contexto de ortopedia, surgiram situações em que a dor causada pela mobilização articular no pós-operatório suscitava dúvidas à pessoa quanto à necessidade da intervenção. Procurou-se respeitar a individualidade da pessoa ao mesmo tempo que, em conjunto com ela, se construíram estratégias facilitadoras. Foi transmitida informação clara e objetiva para permitir uma tomada de decisão consciente. Quando os utentes não aceitaram participar nas intervenções propostas, foi sempre respeitada a sua vontade.

Perante desafios que exigem do enfermeiro, o uso de estratégias racionais para a operacionalização dos mesmos, foi sempre assegurado o respeito pelas crenças, valores e costumes dos utentes, promovendo o seu direito à privacidade, nomeadamente no que respeita ao acesso à informação clínica que era apenas partilhada com o consentimento da pessoa, e também relativamente à sua exposição física ou emocional durante as sessões de reabilitação. Gestos simples como cortinas e/ou portas fechadas, uso de salas individuais sempre que oportuno, um tom de voz mais baixo e não revelador de informação confidencial, foram princípios sempre levados em consideração. Foi ainda incentivada a existência de um ambiente calmo e acolhedor durante as sessões do programa de reabilitação, promovendo a humanização dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

### **2.1.2- Melhoria contínua da qualidade**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista deve assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, bem como desenvolver práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). Esta competência acresce ao enfermeiro a capacidade de se autoavaliar, perceber quais as suas limitações, e através disso, ser capaz de desenvolver conhecimentos e consequentemente, melhorar a sua prática de cuidados (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

De forma a realizar cuidados de enfermagem com melhor qualidade e segurança, é essencial que o enfermeiro esteja sempre atualizado e ciente que o processo de aprendizagem deve ser constante e contínuo e, segundo Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019), colaborar em programas de melhoria contínua.

Sendo o enfermeiro, um agente ativo em busca da qualidade dos cuidados, procurou-se mobilizar conhecimentos académicos adquiridos e desenvolver habilidades através da aplicação da melhor evidência científica, de forma a melhorar os cuidados prestados e, dentro do possível, contribuir para gerar conhecimento.

Neste sentido, no âmbito do estágio em ortotraumatologia, elaborei um guia orientador de ensino para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca (AA), com o objetivo de apoiar os EEER na realização do ensino pós-operatório dirigido tanto à pessoa intervencionada como ao seu cuidador ou pessoa de referência. Este guia visa fornecer informação clara e adequada, promovendo a segurança, a autonomia e a adaptação da pessoa ao seu contexto de vida social.

Os focos de enfermagem contemplados incluem: precauções de segurança (movimentos proibidos e cuidados anti-luxantes), posicionamentos, técnicas de transferência, treino de sentar e de marcha com auxiliares, autocuidado, sexualidade, prevenção de quedas, exercícios de mobilização muscular e articular, bem como a identificação de sinais de alarme (Apêndice I).

Com o intuito de reforçar a evidência científica e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o presente guia orientador constituiu um elemento motivador e despertou o interesse para o aprofundamento deste tema, originando a realização da Parte II – Componente de Investigação deste relatório.

No âmbito do estágio em neurologia traumática, desenvolvi, em articulação com os enfermeiros orientadores, um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fundamentado em evidência científica. Este projeto consistiu na conceção de um programa de intervenção do EEER direcionado à pessoa com Hidrocefalia de Pressão Normal, com vista à sua posterior implementação no serviço, tendo em consideração as necessidades específicas destes utentes. O papel do EEER reabilitação é fundamental e visa a recuperação do estado funcional anterior à doença, na pessoa com Hidrocefalia de Pressão Normal, pelo que o seu acompanhamento extensível ao período pós-cirúrgico, tem como objetivo melhorar o padrão da marcha, a qualidade de vida, as atividades da vida diária, o equilíbrio estático e dinâmico e o risco de quedas. Neste contexto, foi elaborado um plano de enfermagem de reabilitação com intervenções que visam a melhoria do movimento corporal, equilíbrio corporal, défice cognitivo e autocontrolo da continência urinária (Apêndice II).

O enfermeiro especialista deve utilizar os indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das suas práticas clínicas, potenciar o envolvimento da família/cuidador, sempre que necessário, para assegurar a satisfação das necessidades identificadas na pessoa dependente e participar de forma responsável na gestão de risco a nível institucional, ao nível dos diferentes serviços de contexto de estágio.

No que compete à promoção de um ambiente gerador de segurança e proteção dos indivíduos, e na gestão do risco ao nível institucional, o enfermeiro especialista procura garantir que o meio em que os cuidados são prestados é adequado a ambas as partes, utentes e profissionais. Para isso, em contexto de estágio, foi importante procurar saber quais os protocolos de atuação em vigor, consultar procedimentos, instrumentos de avaliação, normas institucionais e plataformas de registos.

Além de procurar informação acerca dos procedimentos existentes, o enfermeiro especialista participa na gestão do risco e implementa estratégias de prevenção de riscos ambientais. Em contexto de estágio foi possível observar a aplicação de princípios de ergonomia aos utentes, por exemplo, alertando para a importância de posturas corretas durante a execução dos exercícios implementados e aos profissionais, com o objetivo de prevenir lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT).

A intervenção do EEER na promoção de um ambiente seguro inclui a realização de ações educativas regulares dirigidas aos utentes, com enfoque na prevenção de quedas e de úlceras por pressão, prevenção de complicações, bem como na promoção de autocuidados, de forma a fomentar a autonomia funcional da pessoa. Estas intervenções constituem-se como indicadores relevantes da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo para a satisfação, segurança do doente e para a melhoria dos resultados em saúde.

### **2.1.3- Gestão dos cuidados**

No domínio em análise, o Regulamento supracitado estabelece que o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

Efetivamente, o enfermeiro especialista desempenha um papel determinante na coordenação e gestão dos cuidados de enfermagem, nos diversos contextos da prática clínica, promovendo a eficácia da atuação da equipa de enfermagem e assegurando, simultaneamente, elevados padrões de segurança e qualidade assistencial, particularmente no que se refere à gestão estratégica dos recursos humanos, materiais e físicos.

Na maioria dos contextos de estágio foi evidente a posição de relevo que o enfermeiro especialista ocupa, constituindo um elo de ligação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar. Nos estágios de ortotraumatologia e de neurologia traumática, após a passagem de turno, o EEER acompanha a visita médica a todos os utentes, compartilhando informações detalhadas relativas a cada caso, nomeadamente no que concerne à estabilidade clínica, evolução no processo de reabilitação, necessidades de cuidados de enfermagem, contexto social e evolução do estado de saúde. Esta prática evidencia que o EEER detém o conhecimento mais aprofundado sobre os utentes, demonstrando não apenas uma gestão eficaz

dos cuidados, mas também uma articulação competente e estratégica dentro da equipa multidisciplinar.

A dotação adequada de enfermeiros constitui um fator crítico para a manutenção de níveis elevados de segurança e qualidade nos cuidados prestados. Contudo, constatou-se que, na maioria dos contextos de estágio, se verificavam insuficiências na dotação de enfermeiros especialistas, obrigando o EEER a distribuir o seu tempo por todos os utentes de forma limitada, o que implicava uma dedicação individual inferior à recomendada.

Adicionalmente, o EEER assume responsabilidades de gestão do serviço na ausência do chefe de serviço, consolidando o seu papel de liderança funcional. Importa salientar que, no âmbito dos estágios descritos neste relatório, os enfermeiros orientadores desempenharam, em diversas ocasiões, a função de responsáveis de turno, o que favoreceu uma participação ativa na supervisão, coordenação e monitorização da qualidade dos cuidados prestados.

#### **2.1.4- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua prática clínica em evidência científica (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

O desenvolvimento destas competências assume particular relevância para o enfermeiro especialista, uma vez que este deve adquirir e aprofundar conhecimentos técnico-científicos e competências clínicas que lhe permitam assegurar cuidados de excelência. Com este propósito, tornou-se imprescindível a realização de pesquisa sistemática em diversas bases de dados científicas, com especial enfoque na análise crítica de artigos e estudos relacionados com a área de ER, sustentando-se, assim, as intervenções implementadas em evidência científica atualizada.

Durante o estágio em neurologia vascular e degenerativa, foi identificada uma lacuna no que respeita à administração de terapêutica inalatória por parte da equipa de enfermagem, pelo que foi promovida uma sessão de formação destinada aos enfermeiros do serviço (Apêndice III). Tal intervenção teve como objetivo melhorar a competência técnica da equipa e, conseqüentemente, otimizar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Nos diversos contextos de estágio, a partir da observação sistemática da prática dos enfermeiros, com especial destaque para as intervenções dos enfermeiros orientadores, foram

delineadas e integradas boas práticas assistenciais. O debate com colegas e orientadores, centrado na partilha de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas, discussão de perspetivas e superação de dificuldades, revelou-se um contributo essencial para o crescimento profissional e o aprimoramento das competências clínicas.

A constante evolução tecnológica e científica na área da saúde, impõe ao enfermeiro especialista a responsabilidade de atuar como mediador do conhecimento, disseminando informação atualizada de forma sistemática junto da equipa.

Ao longo dos estágios, foi necessário recorrer frequentemente à pesquisa de informações técnicas relativas a dispositivos e procedimentos até então não experienciados, nomeadamente equipamentos como o *Cough Assist*, dispositivos de inaloterapia, cintos de transferência, equipamento de eletroterapia e bandas adesivas neuromusculares. A participação na observação de cirurgias ortopédicas durante o estágio de ortotraumatologia, ainda que já se inserisse no âmbito da minha área de atuação, possibilitou uma compreensão mais aprofundada das estruturas anatómicas envolvidas e a adequação das intervenções de reabilitação. Este processo contínuo de aprendizagem e atualização científica contribuiu significativamente para o desenvolvimento do raciocínio crítico e da capacidade de tomada de decisão.

O desenvolvimento desta competência advém, essencialmente, do investimento pessoal contínuo ao longo da prática profissional, potenciando não apenas o crescimento técnico-científico, mas também o autoconhecimento, a assertividade e a maturidade profissional.

## 2.2- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

As competências específicas do EEER estão definidas no Regulamento nº 392/2019, que estabelece que este profissional detém um corpo de conhecimentos específicos que lhe permite identificar as necessidades de intervenção especializada em pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação de atividade e restrição de participação de natureza permanente, e maximizar o seu potencial funcional e independência (Portugal, Regulamento nº 392/2019).

Neste sentido, Portugal, Regulamento nº 392/2019 (2019) definiu que as competências específicas do EEER são: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de

vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

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

Em consonância com esta competência, o EEER identifica as necessidades de intervenção especializada em pessoas ao longo do ciclo de vida, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Portugal, Regulamento n.º 392/2019).

Em todos os contextos de estágio foi trabalhada esta competência. O plano de intervenção era iniciado com uma avaliação da funcionalidade e alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade. Para tal, realizava-se uma avaliação inicial, com a colheita de dados, consulta de exames complementares de diagnóstico e documentação, e identificação de alterações relevantes sobre os processos corporais e respostas humanas aos processos de transição e seus fatores facilitadores e/ou dificultadores.

Neste sentido, procurou-se adquirir conhecimentos aprofundados acerca dos instrumentos de apoio à tomada de decisão, devidamente reconhecidos, traduzidos e validados para a população portuguesa, sendo estes transversalmente utilizados nos diversos contextos de estágio, com o objetivo de assegurar uma decisão clínica mais eficaz e ajustada à situação em análise.

Foram utilizados instrumentos de recolha de dados destinados à documentação dos cuidados especializados em ER, conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016), de forma a caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior rigor, atendendo à resposta humana perante as transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida.

Entre os instrumentos de recolha de dados aplicados, destacam-se: a escala de GUSS, Índice de Tinetti, Mini-Mental State Examination, Índice de Barthel, Medida de Independência

Funcional (MIF), Medical Research Council Muscle Scale, Escala de Morse, Escala de Braden modificada, Timed Up and Go Test (TUGT), Sit to Stand Test de 30 segundos, Escala ASIA, Escala de House-Brackmann, Escala de Ashworth Modificada, Goniometria, Dinamometria, Teste de Marcha de 6 Minutos, Escala de Borg, Escala de Borg modificada (avaliação da dispneia) e Questionário para Avaliação do Grau de Dispneia.

Com base nas avaliações realizadas, foi possível identificar as principais necessidades de cuidados e definir objetivos específicos para cada pessoa. Para alcançar esses objetivos foram realizadas intervenções terapêuticas no âmbito do EEER.

Durante todos os contextos de estágio, tanto em internamento como em contexto comunidade, foram planejadas intervenções terapêuticas, baseadas no conhecimento científico e técnico e realizadas de acordo com os protocolos estabelecidos pela equipa de EEER dos serviços. Assim, tornou-se possível criar planos de cuidados personalizados, com base nos quais foram implementados programas de reeducação funcional em diversas áreas, entre as quais: motora, sensorial, comunicacional, cognitiva, cardíaca, respiratória, eliminação e sexualidade.

Diagnósticos de enfermagem que evidenciam diminuição da força muscular, alterações das amplitudes articulares, alteração do equilíbrio, alterações da ventilação e da limpeza das vias aéreas estiveram presentes em todos os contextos de estágio.

Especificamente, as intervenções especializadas voltadas para a otimização da funcionalidade no domínio motor foram desenvolvidas em todos os contextos de estágio. Foram realizados exercícios de mobilidade, de treino de força e amplitude articular, treino de equilíbrio, treino de AVD, de forma a promover uma melhoria na recuperação funcional e prevenção de complicações.

Na componente cardiorrespiratória, as alterações da força muscular derivam, predominantemente, do descondicionamento físico associado ao sedentarismo, frequentemente observado em indivíduos com dispneia e consequente intolerância à atividade. Nesse contexto, a atuação EEER direciona-se para a reabilitação cardiorrespiratória, abrangendo a promoção da autogestão da doença, o ensino de técnicas inalatórias, a aplicação de métodos eficazes para limpeza das vias aéreas, a reeducação funcional respiratória, a otimização da ventilação e a conservação de energia.

Foi igualmente possível intervir frente ao comprometimento da deglutição, com o objetivo de otimizar a função e garantir a segurança alimentar da pessoa, prevenindo o risco de aspiração. Para tal, realizaram-se o correto alinhamento corporal para a alimentação, massagem

dos músculos que interferem na mastigação e deglutição, estimulação orofacial, treino com técnicas de deglutição, adequação da dieta consoante o score da escala de Guss e utilização de técnicas compensatórias da mastigação.

No âmbito da função cognitiva, houve oportunidade de desenvolver competências relacionadas ao nível de consciência, orientação, atenção, memória e processamento de informações, particularmente no estágio da componente neurológica e na componente comunidade (UCCI, ECCI e ERPI).

Quanto à função sensorial, nos estágios das componentes neurológica e de comunidade (UCCI, ECCI e ERPI), destacou-se a percepção corporal alterada, sobretudo em casos de sequelas neurológicas, como o AVC e TVM. Nesse cenário, a implementação de técnicas de estimulação sensorial mostrou-se essencial, incluindo: estimulação térmica, uso de materiais e texturas diversas, vibração, estimulação cervical e manual, varrimento visual, feedback por vídeo, exercícios de percepção corporal e rotação de tronco para o lado negligenciado, terapia do espelho, além de facilitação cruzada.

Os domínios da eliminação vesical e intestinal também foram objeto de intervenções especializadas nos contextos de ortotraumatologia e neurologia traumática. A utilização do Bladder Scanner mostrou-se um recurso fundamental, possibilitando uma monitorização mais precisa e menos invasiva em casos de disfunção urinária. Durante o estágio na área de neurologia traumática, foi possível aprofundar conhecimentos acerca dos protocolos e técnicas de treino vesical e intestinal, frequentemente utilizados em pessoas com TVM.

No que concerne à função sexual, evidenciou-se a necessidade de abordagem desta dimensão no estágio de orto- traumatologia, particularmente em pacientes submetidos AA, com foco na sensibilização sobre posições de maior risco de luxação durante a atividade sexual.

Após a intervenção de ER eram avaliados os resultados, reformulados os objetivos e estratégias com base na variação atingida. Procurou-se avaliar o seu resultado, recorrendo aos instrumentos de avaliação e de apoio à tomada de decisão referidos anteriormente. A aplicação destes instrumentos não só possibilita a avaliação inicial, como também a monitorização da evolução da pessoa e a identificação de ganhos em saúde. De acordo com Gaspar et al. (2021), a ER, reconhecida como uma área de intervenção clínica, desempenha um papel fundamental na obtenção de ganhos em saúde, sendo prioritária a monitorização destes ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados prestados.

Assim, durante o estágio em ERPI, foi elaborada uma folha de registo destinada à avaliação e intervenção do EEER, de modo a permitir a documentação rigorosa das intervenções realizadas, a monitorização da evolução dos utentes e a comprovação dos ganhos em saúde obtidos (Apêndice IV).

Os registos de enfermagem além de meio de continuidade à prestação de cuidados, comprovam as intervenções realizadas, permitem monitorizar os ganhos em saúde e aferir e avaliar a eficácia das intervenções, no sentido de uma prestação de cuidados de excelência. Todos os registos foram efetuados segundo o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015).

Com base no exposto, considero que atingi essa competência, ao avaliar as funções respiratória, motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, de alimentação e eliminação, por meio do uso de escalas objetivas. Além disso, fui capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem e implementar intervenções em todos os contextos de estágio, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e qualidade de vida de cada pessoa.

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

A capacitação da pessoa é um aspeto central no contexto da prática do EEER, que pressupõe a análise da problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade, pretendendo o desenvolvimento de ações autónomas e/ou pluridisciplinares que visem a uma consciência social inclusiva (Portugal, Regulamento nº 392/2019).

Esta competência do EEER traduz-se nos cuidados prestados pelo enfermeiro à pessoa com deficiência, com limitação e/ou com restrições da atividade na participação do exercício da cidadania, no qual são planeadas estratégias, juntamente com a pessoa e família, de forma a promover a maior independência possível. Esta unidade de competência sustenta principalmente a dimensão de cuidados orientada para a forma como o utente irá lidar com a sua condição e a forma como se adapta.

A importância de uma preparação para alta eficaz, precoce e personalizada, que responda às necessidades de autocuidado da pessoa e cuidador de referência, podem traduzir-se em níveis de independência necessários para a qualidade de vida e para a segurança no

regresso a casa (Ribeiro, 2021). As intervenções do EEER incluem o ensino, instrução e treino da pessoa para que, após a alta, a mesma esteja envolvida na maximização das suas capacidades, otimizando assim o processo de reabilitação e a continuidade do mesmo em contexto de ambulatório, e previna complicações.

Para isso, o EEER desenvolve estratégias que abrangem ações de educação em saúde, ensino de exercícios para fortalecimento muscular, treino de amplitude articular, treino de equilíbrio, treino de marcha e treino de AVD, com ênfase no autocuidado. Além disso, essas estratégias incluem a adaptação do ambiente e do meio, especialmente no retorno ao domicílio, bem como a indicação e adaptação de equipamentos e ajudas técnicas, visando promover maior autonomia e independência funcional da pessoa.

Durante todos os contextos de estágio, tive a oportunidade de intervir com utentes que apresentavam distintos níveis de desempenho no autocuidado. Nesse sentido, foi promovido o treino e a capacitação dos utentes para a realização de AVD, incluindo higiene pessoal, arranjo pessoal, vestir/despir, alimentação e transferências, com o objetivo de fomentar a autonomia e independência funcional. Procurou-se, assim, estimular o utente a adaptar-se às suas limitações, planejar o regresso ao domicílio e otimizar as suas capacidades funcionais, com vista a uma melhoria na sua qualidade de vida.

No âmbito do processo de reabilitação, nos diferentes contextos, a capacidade para andar é fundamental, representando para a pessoa, a esperança de não ficar dependente de outrem. De acordo com Marques-Vieira e Sousa (2017), o ato de deambular constitui uma resposta humana que merece particular atenção por parte do EEER, atendendo ao significado de independência associado a esta competência funcional, bem como à capacidade que proporciona para a realização autónoma das AVD. Nesse sentido, o investimento do EEER centra-se na capacitação da pessoa para usar técnicas de adaptação de forma a andar com o máximo de segurança possível e com o menor gasto de energia.

O levante precoce após intervenção cirúrgica e a execução de exercícios com os membros inferiores dentro e fora da cama, são fundamentais, e devem integrar o plano individualizado de reabilitação (Mori et al., 2017). Neste enquadramento, ao longo do período de estágio, a intervenção dirigida à pessoa com compromisso musculoesquelético centrou-se na promoção da autonomia funcional, iniciando-se pela mobilização e, posteriormente, mediante tolerância, pelo treino de marcha com recurso a dispositivo auxiliar.

No que respeita à pessoa com compromisso neurológico, a marcha foi realizada de forma assistida pelo lado afetado, em períodos curtos e repetidos ao longo do dia. Durante o treino de marcha, foi possível observar atentamente o comportamento dos membros inferiores, a manutenção da postura corporal e o balanço dos membros superiores, procedendo-se simultaneamente à identificação de eventuais alterações, tais como o alargamento da base de apoio, a irregularidade do padrão de marcha e a ocorrência de desvios. Estas observações tiveram como objetivo garantir uma maior eficiência e segurança no processo de reabilitação.

As intervenções focadas no ensino, instrução e treino da capacitação da pessoa para as AVD incluíram o uso de produtos de apoio, ajudas técnicas e dispositivos de compensação. Os produtos de apoio são instrumentos que o EEER pode utilizar para a promoção da autonomia, independência e integração na comunidade da pessoa com alteração da funcionalidade (OE, 2023).

Neste contexto, os produtos de apoio assumem um papel fundamental no êxito do programa de reabilitação, uma vez que promovem a autonomia da pessoa perante as alterações funcionais nos domínios motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentar, excretor e sexual. Em todos os contextos de estágio, procedeu-se à seleção criteriosa dos produtos de apoio, bem como ao ensino e treino adequados para a sua utilização.

O envolvimento da família no processo de reabilitação é um aspeto fulcral. No meu percurso, tive a oportunidade de estar com os cuidadores/ família dos utentes, realizando ensinamentos e esclarecendo as suas dúvidas, demonstrando a importância da sua presença e o seu contributo para o sucesso do tratamento.

No estágio de neurologia traumática e UCCI a preparação para a alta e promoção do envolvimento da família, contemplou a participação da pessoa de referência, desempenhando um papel importante na recuperação do utente. O prestador de cuidados é integrado na equipa de reabilitação desde o momento da admissão, acompanhando o utente no cumprimento de exercícios de reabilitação, no treino de AVD e no planeamento e preparação do momento da alta.

Deste modo, desenvolvi competências para maximizar a funcionalidade da pessoa, proporcionando-lhe estratégias para o autocuidado na higiene pessoal, no vestir e na alimentação, com o intuito de favorecer o alcance dos objetivos quotidianos e o maior nível possível de autonomia. Neste enquadramento, procurei orientar a minha intervenção, respeitando os hábitos e rotinas individuais da pessoa, integrando no planeamento de cuidados

as estratégias facilitadoras previamente definidas pelo EEER e valorizando e estimulando o grau de participação do utente, de forma a promover um regresso gradual àquilo que lhe era habitual, de acordo com o seu potencial funcional.

Relativamente ao autocuidado na alimentação, a capacitação da pessoa com alterações da deglutição deve contemplar intervenções específicas, tais como o ensino do posicionamento corporal adequado durante a alimentação, a orientação sobre a consistência apropriada dos alimentos, a implementação de estratégias compensatórias para a deglutição e a adaptação de utensílios, incluindo talheres, copos e pratos, de modo a promover a autonomia funcional.

No âmbito do treino do autocuidado na higiene e no vestir, a pessoa foi estimulada e incentivada, sempre que possível, deslocar-se à casa de banho para realizar autonomamente os seus cuidados de higiene pessoal. Durante este processo, foi promovida a participação ativa da pessoa, fornecendo-lhe orientações sobre cuidados essenciais para garantir a segurança, estratégias para a organização e disposição das peças de vestuário, bem como recomendações relativamente à utilização de materiais adaptativos destinados a facilitar o ato de vestir e calçar, assim como despir e descalçar. Para otimizar a eficácia deste treino, torna-se igualmente relevante fornecer informação sobre acessibilidade e estratégias adaptativas a implementar no domicílio, com vista à promoção da autonomia, da funcionalidade e prevenção de acidentes.

No estágio de orto-traumatologia e reumatologia foram realizados ensinamentos à pessoa e cuidador de referência sobre posicionamentos, transferências, andar com auxiliar de marcha, autocuidados, prevenção de quedas, exercícios de mobilização muscular e articular que podem realizar no domicílio, precauções de segurança e sinais de alarme. Após os ensinamentos é disponibilizado material informativo (panfletos), consoante o compromisso musculoesquelético da pessoa. Após este processo, são esclarecidas todas as dúvidas e é proporcionado o treino de todas as técnicas na presença do EEER, o que gera maior confiança e menor receio da alta para o domicílio.

Neste contexto de estágio, foi possível observar um número significativo de utentes submetidos a AA, quer em resultado de traumatismo da anca, quer por diagnóstico de coxartrose. Torna-se essencial informar e capacitar a pessoa com AA relativamente aos movimentos permitidos e proibidos e cuidados anti-luxantes, bem como às estratégias de posicionamento, técnicas de transferência, formas seguras de sentar, utilização de auxiliares de marcha, autocuidado, vivência da sexualidade, prevenção de quedas, execução de exercícios de mobilização muscular e articular e identificação de sinais de alarme. Com o objetivo de promover a capacitação do utente e do cuidador, foi elaborado um Guia Orientador de Ensinos

para a Pessoa com Artroplastia da Anca (Apêndice I), destinado a apoiar os EEER na preparação do processo de alta hospitalar.

Esta competência integra várias dimensões, incluindo a dimensão das barreiras arquitetônicas no meio ambiente. Em termos práticos, durante o estágio de ECCI, foi possível dar um maior enfoque à identificação das barreiras arquitetônicas no domicílio da pessoa. A este respeito, destaca-se a presença de escadas e casas de banho não adaptadas, sem condições de segurança para o seu uso e quartos de pequenas dimensões que dificultam as transferências e não permitem a circulação livre. Da mesma forma, o espaço exterior envolvente à habitação e as condições de acesso ao espaço público, na maioria dos casos, não garantem condições de acessibilidade para que a pessoa possa movimentar-se com segurança nas imediações.

A intervenção do EEER não permite realizar alterações estruturais na habitação, mas de reajustar e dispor estrategicamente o mobiliário. As intervenções mais significativas envolveram modificações na casa de banho, com a indicação para a instalação de dispositivos de apoio e segurança, a adaptação dos desníveis do solo, tipo de piso, degraus, escadarias, rampas, corredores, dimensões das zonas de acesso, além da melhoria das condições de iluminação e da disposição em altura de utensílios essenciais para o dia a dia. De salientar que, nem todas as pessoas têm condições financeiras para realizar alterações no seu domicílio, mas todas têm o direito de ser informadas sobre as normas para a aquisição de equipamentos de apoio mais adequados. Além disso, devem ser orientadas para os serviços sociais de forma a obter participação para aquisição de ajudas técnicas ou para a adaptação das condições arquitetônicas necessárias no domicílio. Reconhece-se que o EEER pode desempenhar um papel fundamental como elo de ligação entre a comunidade local e a pessoa com deficiência.

As práticas de ensino, orientação e treino de técnicas promotoras do autocuidado foram implementadas de forma transversal em todos os contextos de estágio. A capacitação da pessoa e/ou do cuidador para a realização de atividades de autocuidado contribuiu para o fortalecimento da autonomia na gestão da saúde, promovendo a continuidade dos cuidados tanto em ambiente hospitalar como no domicílio.

Sendo a área de Orto-Traumatologia e Reumatologia aquela em que demonstro maior interesse e motivação profissional, considerei pertinente desenvolver a investigação apresentada neste relatório, centrada na capacitação da pessoa submetida a AA ao longo de todo o seu percurso de reabilitação. Esta abordagem abrange desde a fase pré-operatória, passando pelo período pós-operatório em contexto hospitalar, até à continuidade do processo reabilitativo na comunidade.

### **2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

A capacitação da pessoa e maximização da funcionalidade é um dos eixos centrais na prática do EEER, o que implica uma interação com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam essa maximização das capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho (Portugal, Regulamento nº 392/2019).

Os planos de reabilitação motora realizados pelo EEER para maximizar a capacidade funcional, devem incluir exercícios de fortalecimento muscular, de amplitude articular, técnicas de mobilização e treino de AVD. Para além dos planos de reabilitação motora, o EEER nunca poderá descurar as outras áreas de reabilitação, nomeadamente, o treino respiratório e cardíaco. A este respeito, o EEER deve ser capaz de avaliar a condição respiratória da pessoa e auxiliar a pessoa a melhorar essa capacidade, através da aplicação de técnicas de RFR e do ensino, instrução e treino de exercícios que ajudam a melhorar a função respiratória e cardíaca.

O plano de RFR pode incluir exercícios de treino específicos, como a dissociação de tempos respiratórios, a tosse assistida, o ensino/instrução e correção de técnicas, na qual se inclui a terapêutica inalatória, utilização do inspirómetro de incentivo e técnicas de controlo de energia.

Neste sentido, é fundamental que o utente e família/cuidador estejam motivados de forma a dar continuidade ao plano de reabilitação instituído pelo EEER. É de extrema importância a criatividade do enfermeiro de reabilitação na sua prática diária e a necessidade constante de adaptação do plano de reabilitação. O uso de material doméstico para substituir material de reabilitação em contexto comunitário é frequentemente utilizado: um cabo de vassoura para substituir o bastão utilizado em RFR, garrafas de água para substituição de halteres, palhinhas para treinar a dissociação dos tempos respiratórios e promover a expiração, móvel de sala ou cadeira serviam como barra de apoio nos exercícios de treino de equilíbrio.

Para além do plano de reabilitação motora e reabilitação respiratória, o EEER também tem competência para avaliar a condição cardíaca da pessoa e ser capaz de criar um plano de reabilitação cardíaca assente, segundo a OE (2020), em controlo de fatores de risco cardiovascular, apoio psicossocial, adesão ao regime medicamentoso, aconselhamento sobre atividade física e treino com exercício físico.

O plano de reabilitação motora, respiratória e cardíaca devem ser específicos, personalizados e adaptados às necessidades individuais de cada pessoa. Devem ter como foco, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de capacidades da pessoa.

Os programas de reabilitação devem integrar uma componente de exercício físico e uma componente educacional, com o objetivo de maximizar a independência do utente melhorando a sua condição física. O treino de exercício visa contrariar a tendência para o sedentarismo, que surge na tentativa de evitar a dispneia ao esforço que leva a descondicionamento muscular.

A prática de exercícios dentro do próprio domicílio traz vantagens significativas, uma vez que possibilita o treino de habilidades específicas e a identificação de problemas reais. Por exemplo, é possível treinar a entrada e saída no próprio duche ou banheira, vestir e despir roupas pessoais, em vez das fornecidas pelo hospital, e subir e descer escadas do seu próprio prédio. Além disso, é possível identificar as barreiras presentes no ambiente físico do seu domicílio, e assim, ensinar e treinar maneiras eficazes de as superar.

Para atingir essa competência, o EEER deve ter a capacidade de monitorizar adequadamente a evolução da pessoa, ajustando o plano de reabilitação conforme necessário. Por vezes, é necessário pedir a colaboração de outros profissionais de saúde de forma a garantir um maior progresso, que se irá traduzir, numa melhor qualidade de vida para a pessoa. O objetivo final é maximizar a funcionalidade da pessoa, ajudando-a e fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para que ela possa alcançar a sua independência e autonomia da melhor maneira possível.

No contexto de estágio em ERPI, os utentes realizavam maioritariamente reabilitação em ginásio, onde tinham a possibilidade de realizar treino de força muscular com auxílio de halteres/bandas elásticas, treino de marcha com o dispositivo mais adequado, treino aeróbio com cicloergómetro, treino de equilíbrio com percurso com barras laterais e com possibilidade de colocar obstáculos ou escadas.

A ECCI, inserida numa UCC, onde foi realizado o estágio de comunidade, o EEER estava inserido num projeto intitulado “Diabetes em Movimento”. É um programa comunitário de exercício físico dirigido a pessoas com diabetes mellitus tipo 2, implementado em Portugal sob a coordenação da Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e do Programa Nacional para a Diabetes. É um programa multi-institucional, multidisciplinar e multicomponente implementado em ciclos de nove meses

(outubro a junho), com três sessões semanais de exercício físico de 90 minutos de duração. As sessões são operacionalizadas em grupo, num pavilhão desportivo, e são conduzidas por profissionais de exercício físico e enfermeiros (EEER e enfermeiros especialistas em saúde comunitária). São usadas estratégias de exercício de elevada aplicabilidade, desenvolvidas com recursos materiais mínimos e de baixo custo.

Ao longo do estágio em contexto de ECCI, tive a oportunidade de intervir no programa “Diabetes em Movimento”, proporcionando aos utentes a possibilidade de realizar exercício físico orientado, com o objetivo de potenciar a força muscular, o equilíbrio e a funcionalidade. Para além das sessões de exercício, o programa integra atualmente sessões de educação para a saúde dirigidas especificamente a esta população. Considerando que se trata, maioritariamente, de utentes idosos, com elevada prevalência de quedas, e visando a promoção de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e de uma cultura de segurança, foi desenvolvida uma sessão de educação para a saúde sobre prevenção de quedas no domicílio (Apêndice V).

Em todos os contextos de estágio, a intervenção do EEER deve contemplar uma prática centrada na gestão eficaz da doença, promovendo comportamentos de saúde orientados para a autogestão, particularmente relevantes no âmbito das doenças crónicas. A adoção de estratégias eficazes de gestão da doença possibilita à pessoa um melhor controlo dos sintomas e a prevenção de exacerbações da patologia, favorecendo a melhoria da funcionalidade e, consequentemente, da qualidade de vida.

De forma sintética, a ER, enquanto especialidade multidisciplinar, tem como objetivo auxiliar pessoas com doenças agudas, crónicas ou sequelas, promovendo a maximização do seu potencial funcional e da sua independência. A atuação diferenciada do EEER visa, essencialmente, otimizar a função, fomentar a autonomia e preservar e promover a qualidade de vida.



### **3 - Considerações Finais**

O estágio em Enfermagem de Reabilitação II constituiu uma oportunidade enriquecedora para o desenvolvimento de competências especializadas, permitindo uma intervenção abrangente e centrada na pessoa, com vista à promoção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida.

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto área específica de cuidado em enfermagem, exige que o profissional desenvolva competências científicas, técnicas e relacionais. Além disso, o investimento em adquirir conhecimento baseado nas melhores evidências clínicas, reflete-se numa maior qualidade profissional, sendo essencial para o desenvolvimento de competências que promovam a saúde, previnam complicações e contribuam para o tratamento e a reabilitação, maximizando o potencial funcional da pessoa.

Neste relatório são relatadas experiências vivenciadas nos estágios clínicos, que constata na primeira pessoa o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. A realização deste relatório permitiu a reflexão profunda sobre as vivências tidas em estágio, e o confronto das experiências práticas com as competências definidas para a profissão, acrescentando valor a todo o processo formativo, o que conduziu à constatação da importância das competências específicas e comuns do enfermeiro especialista na prática profissional do EEER.

A implicação teórica deste relatório gerou uma reflexão sobre a importância da atualização contínua do conhecimento, especialmente, em áreas específicas da ER. Manter-se atualizado, significa não apenas compreender verdadeiramente o conceito de prática baseada em evidência, mas, também, saber quando intervir e, igualmente, reconhecer quando é necessário referenciar outros profissionais especializados, assegurando uma abordagem mais holística e integrada no cuidado à pessoa.

Ao longo dos estágios houve a preocupação de aproveitar ao máximo todas as oportunidades proporcionadoras de aquisição de conhecimentos e aptidões de grande valor para o crescimento profissional e pessoal.

A diversidade de contextos experienciados possibilitou o acompanhamento de pessoas em todo o seu ciclo de vida e em diversas condições clínicas, o que constituiu um contributo

significativo para o enriquecimento do processo formativo e para o desenvolvimento de competências especializadas em ER.

**PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**  
**“Perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**  
**sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da**  
**Anca”**



## Resumo

**Introdução:** O envelhecimento populacional tem conduzido a um aumento da incidência de coxartrose, condição que frequentemente requer uma abordagem cirúrgica, para recuperação da funcionalidade e alívio da dor. A Artroplastia da Anca (AA) configura-se como uma opção terapêutica de relevo, podendo, contudo, desencadear repercussões físicas e emocionais na pessoa submetida a este procedimento. Neste contexto, destaca-se a importância de um acompanhamento individualizado, no qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel central na promoção da autonomia e recuperação funcional.

**Objetivo:** Explorar a percepção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a AA.

**Metodologia:** Foi desenvolvido um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, que teve por base a realização de dois *focus group online*, conduzidos com base num guião de entrevista semiestruturado, dirigido a EEER prestadores de cuidados a pessoas submetidas a AA, cuja atividade se desenvolve em diferentes contextos de cuidados ortopédicos, integrados em duas Unidades Locais de Saúde (ULS) da região Centro, uma ULS da região Norte e uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados da região Centro de Portugal. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, para analisar os dados obtidos, com apoio do software MAXQDA Analytic Pro 2022.

**Resultados:** Da análise dos dois *focus group*, com 15 participantes, emergiram duas dimensões relacionadas com a percepção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a AA para o regresso a casa: as dinâmicas do processo e os constrangimentos associados. Relativamente às dinâmicas do processo, destaca-se a intervenção personalizada do EEER, que integra a preparação pré-operatória/visitas domiciliárias, o ensino à pessoa, o treino funcional e reabilitação motora, o treino da marcha e monitorização dos ganhos. Acresce ainda a adaptação do domicílio, com identificação de barreiras arquitetónicas e adaptação do espaço físico, bem como a seleção de ajudas técnicas e estratégias de readaptação. O envolvimento do cuidador e a gestão da dor e ansiedade foram igualmente valorizados, bem como a articulação entre profissionais e serviços, com o EEER a assumir o papel preponderante, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados. Os principais constrangimentos evidenciados foram as limitações estruturais e a escassez de recursos humanos.

**Conclusão:** Os EEER percecionam várias dinâmicas e constrangimentos associados ao processo de capacitação da pessoa submetida a AA, constituindo estes últimos, fatores que podem comprometer a eficácia da intervenção. A compreensão destes aspetos pode otimizar de forma significativa a prática padronizada dos EEER nesta área de intervenção, favorecendo a continuidade dos cuidados e garantindo uma transição segura.

**Palavras-chave:** Artroplastia da anca; Doente; Capacitação; Enfermagem de reabilitação.



## **Abstract**

**Introduction:** Population aging has led to an increased incidence of coxarthrosis, a condition that often requires surgical intervention to restore functionality and relieve pain. Hip Arthroplasty is considered a key therapeutic option, although it may result in physical and emotional consequences for the individual undergoing the procedure. In this context, individualized follow-up is essential, with the Rehabilitation Nursing Specialist playing a central role in promoting autonomy and functional recovery.

**Objective:** To explore the perception of the Rehabilitation Nursing Specialist regarding the empowerment process of patients undergoing hip arthroplasty.

**Methods:** A qualitative, exploratory, and descriptive study was conducted, based on two online focus groups guided by a semi-structured interview script. Participants were Rehabilitation Nursing Specialist providing care to patients undergoing hip arthroplasty, working in various orthopedic care settings across two Local Health Units in the Central Region of Portugal, one Local Health Units in the Northern Region, and one Integrated Continuing Care Unit in the Central Region. Data were analyzed using Bardin's content analysis method, supported by MAXQDA Analytics Pro 2022 software.

**Results:** Analysis of the two focus groups (15 participants) revealed two main dimensions regarding the Rehabilitation Nursing Specialist perception of the empowerment process for patients returning home after hip arthroplasty: process dynamics and associated constraints. Within the process dynamics, the Rehabilitation Nursing Specialist personalized intervention was emphasized, including preoperative preparation/home visits, patient education, functional training and motor rehabilitation, gait training, and monitoring of functional gains. The adaptation of the home environment—through identification of architectural barriers and physical space adjustments—as well as the selection of assistive devices and readaptation strategies, was also highlighted. The involvement of caregivers, pain and anxiety management, and the coordination among professionals and services were considered crucial, with the Rehabilitation Nursing Specialist assuming a key role in ensuring continuity and quality of care. The main constraints identified were structural limitations and shortages of human resources.

**Conclusion:** Rehabilitation Nursing Specialist perceive several dynamics and constraints associated with the empowerment process of patients undergoing hip arthroplasty. These constraints may compromise the effectiveness of care interventions. Understanding these aspects can significantly optimize standardized Rehabilitation Nursing Specialist practice in this area, promoting care continuity and ensuring a safe transition after hospital discharge.

**Keywords:** Hip Arthroplasty, Patient, Empowerment, Rehabilitation Nursing



## 1- Introdução

O envelhecimento, entendido como um processo natural e progressivo, é transversal a todas as sociedades, estando frequentemente associado a um aumento da incapacidade e dependência. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), o acréscimo da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população refletem-se num número crescente de pessoas com problemas de saúde e em situação de dependência.

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023) referentes a 2024, relatam que 42,3% da população portuguesa com 16 ou mais anos referiu ter uma doença crónica, sendo esta condição particularmente prevalente entre a população idosa (68,1% das pessoas com 65 ou mais anos) e 28,7% da população relatava sentir-se limitada na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde. Estes dados evidenciam a necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) que respondam eficazmente às necessidades reais das pessoas, particularmente no que concerne à capacitação para a independência na execução das AVD (Atividades de Vida Diárias).

O envelhecimento é um processo biológico natural que desencadeia diversas transformações fisiológicas, afetando especialmente o sistema musculoesquelético. As alterações nas articulações sinoviais, responsáveis pelo movimento e suporte mecânico, assumem um papel central na mobilidade e bem-estar geral da pessoa (Gul et al., 2024). Com o avançar da idade, as estruturas como a cartilagem, o líquido sinovial, os ligamentos e a cápsula articular sofrem modificações estruturais que reduzem a funcionalidade articular (Gul et al., 2024). Este processo ocorre como resultado da interação de inúmeros fatores, apresentando comportamentos biológicos extremamente complexos. O envelhecimento celular, a perda de telómeros, as alterações genómicas e a desregulação da função mitocondrial impulsionam a progressão do envelhecimento e promovem o desenvolvimento de doenças associadas, entre as quais se destaca a osteoartrose da anca, também designada por coxartrose, uma condição degenerativa que afeta a articulação coxofemoral (Cai et al., 2024; Gul et al., 2024; Paraliov et al., 2024).

A osteoartrose da anca é uma doença inflamatória crónica que se caracteriza pela degradação progressiva da cartilagem articular da articulação coxofemoral. Este processo degenerativo resulta em dor persistente e numa acentuada limitação da função articular,

comprometendo significativamente a mobilidade e a qualidade de vida das pessoas afetadas (Arthritis Foundation, 2023; Walsh & Walz, 2022). Trata-se de uma das patologias articulares mais prevalentes a nível mundial, especialmente nos países desenvolvidos, sendo a sua incidência projetada para aumentar de forma significativa nas próximas décadas. Este crescimento é impulsionado, sobretudo, pelo envelhecimento populacional, pelo aumento da esperança média de vida e pela prevalência crescente de fatores de risco como o sedentarismo e a obesidade (Paraliiov et al., 2024; Walsh & Walz, 2022).

Diversos estudos epidemiológicos têm identificado múltiplos fatores de risco associados ao desenvolvimento da coxartrose, nomeadamente o sexo feminino, a idade avançada (Cai et al., 2024; Paraliiov et al., 2023; Sandiford et al., 2020), o excesso de peso, o tabagismo e a ocorrência de microtraumatismos repetitivos na articulação da anca, frequentemente relacionados com determinadas profissões. Estima-se que esta condição afete aproximadamente 27% dos adultos com 45 ou mais anos, sendo uma das principais causas de dor crónica e incapacidade funcional nesta faixa etária. É também a principal indicação clínica para a realização de Artroplastia Total da Anca (ATA) (Cai et al., 2024; Paraliiov et al., 2023; Sandiford et al., 2020).

A incidência da coxartrose tende a ser superior nas mulheres e a sua prevalência aumenta proporcionalmente com a idade. Esta tendência, aliada ao aumento global dos níveis de obesidade, antecipa um impacto ainda maior nos sistemas de saúde a nível mundial, impondo desafios relevantes tanto do ponto de vista clínico como económico (Park et al., 2021; Sandiford et al., 2020). As manifestações clínicas da coxartrose incluem a dor articular, a rigidez e as alterações estruturais que afetam gravemente a funcionalidade dos membros inferiores. As pessoas relatam, com frequência, dificuldades em realizar tarefas quotidianas como caminhar, especialmente em escadas ou terrenos irregulares, sentar-se e levantar-se, entrar e sair do carro, entre outras limitações (Park et al., 2021; Sandiford et al., 2020). Estas restrições comprometem seriamente a autonomia pessoal e a capacidade de participação ativa na vida social e profissional. Para além das limitações físicas, a coxartrose contribui significativamente para a redução da qualidade de vida, sendo uma das principais causas de dependência funcional em adultos mais velhos. Muitos deles necessitam de apoio permanente por parte de familiares ou de profissionais de saúde, o que representa um encargo acrescido para os cuidadores familiares e para o sistema de saúde (Arthritis Foundation, 2023; Park et al., 2021; Sandiford et al., 2020).

Neste contexto, a abordagem da osteoartrose da anca deve ser multidisciplinar, envolvendo não só estratégias clínicas para controlo da dor e manutenção da mobilidade, mas

também medidas de prevenção, reabilitação e apoio psicossocial. A promoção de estilos de vida saudáveis e a intervenção precoce são essenciais para atenuar o impacto desta doença numa população cada vez mais envelhecida. Como já referido, quando o tratamento conservador falha, o recurso é a ATA, uma intervenção indicada em casos de osteoartrose, osteonecrose da cabeça femoral, doenças inflamatórias ou fraturas do colo do fémur (Hebert et al., 2017; DGS, 2013).

A ATA é reconhecida como uma das cirurgias de substituição articular com maior taxa de sucesso, permitindo alívio da dor e ganhos funcionais consideráveis. A sua popularidade tem vindo a crescer, especialmente entre os idosos, sendo atualmente uma das intervenções mais realizadas em ortopedia (Gonçalves & Martins, 2023). As projeções apontam para cerca de 635000 procedimentos anuais até 2030, com resultados positivos também em casos de fratura proximal do fémur (Arthritis Foundation, 2023). Apesar de mais prevalente em idades avançadas, tem-se verificado um aumento da ATA em pessoas mais jovens, ainda que com resultados clínicos variados. A evolução da técnica cirúrgica, com recurso à robótica e sem a utilização de cimento, embora promissora, não tem ainda comprovado ganhos clínicos significativos a longo prazo (Pereira et al., 2023). Acresce que esta cirurgia representa um custo elevado para os sistemas de saúde, o que reforça a importância de uma abordagem eficiente e segura (Gonçalves & Martins, 2023; Pereira et al., 2023).

Um dos aspetos críticos identificados nos últimos anos é a falta de preparação pré-operatória, que pode comprometer os resultados pós-cirúrgicos através do controlo ineficaz da dor, má execução dos exercícios de reabilitação e risco aumentado de complicações como a luxação da prótese (Gonçalves & Martins, 2023). Neste âmbito, os protocolos Enhanced Recovery After Surgery® (ERAS), recuperação otimizada pós-operatória, surgem também conhecidos como fast-track, visam otimizar a resposta perioperatória através de uma abordagem multidisciplinar. Estes programas englobam ações como educação pré-operatória, avaliação nutricional, analgesia multimodal, mobilização precoce e apoio psicossocial (Silva et al., 2023; Powers et al., 2024). As guidelines da ERAS Society® integram os princípios da pré-preparação e das vias precoces de recuperação como estratégias fundamentais para promover uma recuperação mais eficiente e segura. A pré-preparação é descrita como um processo terapêutico que visa otimizar a capacidade funcional e o estado psicológico da pessoa antes da cirurgia, através de intervenções estruturadas realizadas no período pré-operatório. Estas podem ter início até oito semanas antes da cirurgia, incluindo sessões educativas e programas de exercício físico. As intervenções educativas focam-se na explicação do procedimento cirúrgico,

possíveis complicações, avaliação nutricional e psicológica, bem como no ensino de exercícios (Powers et al., 2024).

Por outro lado, no pós-operatório, dentro dos princípios fast-track, a reabilitação centra-se na mobilização precoce e na manutenção da funcionalidade (Pereira, 2021). As estratégias incluem posicionamentos específicos para prevenir a dor e as luxações, exercícios respiratórios e treino motor, com foco no levantar precoce, transferências cama-cadeira, marcha com auxiliares técnicos, treino de escadas, atividades da vida diária e adaptação ao ambiente domiciliar (Pereira, 2021). Estas evidências reforçam a necessidade de um acompanhamento individualizado e multidisciplinar, onde o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é determinante para garantir a eficácia do plano terapêutico e promover a autonomia da pessoa submetida a ATA ao longo de todo o processo cirúrgico. A sua intervenção precoce é essencial para promover a adesão ao plano de reabilitação, gerir eficazmente a dor, oferecer suporte emocional e garantir uma recuperação mais eficaz (Gonçalves & Martins, 2023).

A preparação para a transição de cuidados, especialmente após uma ATA, é determinante, sendo o EEER responsável pela realização de ensinamentos e treino direcionados à pessoa submetida a AA e ao cuidador, de forma a promover uma transição segura e eficaz. Neste contexto, torna-se imprescindível reforçar a resposta às necessidades destas pessoas, sendo a atuação do EEER central para a eficácia dos programas de reabilitação e para recuperação da sua capacidade funcional (Portugal, Regulamento nº 392/2019). A intervenção deste profissional visa, portanto, fomentar a independência da pessoa, promovendo a sua autoestima e satisfação (Hesbeen, 2001).

Com o envelhecimento progressivo da população, a realização de cirurgias ortopédicas torna-se cada vez mais frequente. Neste sentido, torna-se evidente a importância da implementação de programas de reabilitação quer no período pré-operatório quer no pós-operatório, os quais são determinantes para alcançar o sucesso terapêutico. A existência de programas estruturados de reabilitação, que garantam cuidados individualizados e de elevada qualidade, revela-se essencial. A prestação de cuidados especializados permite alcançar melhores resultados clínicos, refletindo-se numa maior satisfação por parte dos utentes. De acordo com Portugal, Regulamento nº 392/2019 (2019), a ER constitui uma área de prática especializada, sustentada por um corpo próprio de conhecimentos e técnicas. Esta prática tem como objetivo central a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, procurando recuperar,

sempre que possível, a funcionalidade através do incentivo ao autocuidado, da prevenção de complicações e da valorização das capacidades residuais.

Face a estas evidências, o presente estudo qualitativo, com utilização de focus group, tem como objetivo geral explorar a percepção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca (AA). Pese embora a existência de diversos estudos e protocolos direcionados para o cuidado nesta área, persiste uma lacuna significativa no conhecimento relativamente à forma como os EEER percecionam e operacionalizam este processo de capacitação, o que justifica a pertinência desta investigação.



## 2 - Metodologia

### 2.1 - Delimitação e Objetivos do Estudo

A ER assume um papel fundamental no acompanhamento das pessoas submetidas a AA, considerando que a ausência de informação adequada sobre todo o processo, o plano terapêutico, a adaptação física esperada, o tempo necessário até à retoma da deambulação e os potenciais fatores geradores de stresse podem contribuir significativamente para o aumento da ansiedade nestas pessoas no período pós-cirúrgico (Pereira, 2021), pelo que se torna essencial a atenção dos EEER a estas dimensões. A capacidade de identificar e responder às necessidades informacionais de cada pessoa permite não só uma maior compreensão do seu próprio estado de saúde, bem como favorece a sua participação ativa no processo de reabilitação. Tal abordagem pode ter efeitos positivos na perceção de qualidade de vida e no bem-estar geral, contribuindo ainda para a redução de custos associados aos cuidados de saúde.

Neste contexto, a intervenção do EEER é essencial para a capacitação da pessoa e cuidador, e promoção da autonomia nas AVD, de forma a preparar um processo de transição de cuidados mais seguro e saudável. Isto implica necessariamente a melhoria da resposta às necessidades manifestadas pela pessoa submetida a esta opção terapêutica, sendo a intervenção deste profissional de saúde, crucial. Por conseguinte, o objetivo deste estudo consiste em explorar a perceção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a AA.

### 2.2 - Desenho do Estudo

O presente estudo adotou um desenho metodológico de natureza qualitativa, com carácter exploratório e descritivo, tendo como principal técnica de recolha de dados a realização de dois *focus group*. Por definição, um *focus group* consiste num tipo de discussão em grupo sobre um tema, sob a orientação de um moderador treinado (Stewart, 2018). Sim & Waterfield (2019) sugerem que um *focus group* se situa entre uma reunião (refletindo o facto de ser especificamente organizado com antecedência e ter uma estrutura) e uma conversa (espelhando o facto de a discussão manter um certo grau de espontaneidade, com os participantes a reagirem

às contribuições uns dos outros). Os mesmos autores recomendam que a recolha de dados e a análise subsequente considere o diálogo e a interação ocorrida dentro do grupo, procurando captar a forma como o significado é promovido e coproduzido no contexto do grupo (Sim & Waterfield, 2019). Assim, esta abordagem permitiu compreender, de forma aprofundada, as perceções, experiências e opiniões dos participantes relativamente ao fenómeno em estudo. A natureza qualitativa do estudo revelou-se adequada para explorar um tema que merece ser mais investigado, proporcionando uma análise rica e detalhada das representações e significados atribuídos (Stewart, 2018; Sim & Waterfield, 2019), no caso, ao contexto da intervenção em ER.

### 2.3 - Participantes

Foram selecionados 15 EEER, que exerciam funções em contexto hospitalar, designadamente em serviços de internamento de Ortopedia, bem como em contexto domiciliário ou em instituições pertencentes à RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e ERPI (Estruturas Residenciais para Idosos), que prestavam cuidados de ER a doentes com patologias do foro ortopédico. Esses profissionais eram pertencentes a duas Unidades Locais de Saúde (ULS) da região Centro, a uma ULS da região Norte e uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da região Centro de Portugal.

Foram incluídos profissionais que se encontravam disponíveis e acessíveis para participar nas entrevistas em *focus group*, e que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: deter dois ou mais anos de experiência profissional como EEER na prestação de cuidados a doentes do foro ortopédico, em contexto hospitalar, domiciliário, em unidades da RNCCI e ERPI. Como critérios de exclusão, definiu-se: possuir experiência profissional como EEER inferior a dois anos ou não possuir experiência específica na prestação de cuidados ao doente do foro ortopédico.

### 2.4 - Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de dados, foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada, elaborado especificamente para orientar a realização dos *focus group*. O guião foi elaborado de forma a permitir uma recolha sistemática e abrangente da informação, assegurando, ao mesmo tempo,

a flexibilidade necessária à exploração das percepções e experiências dos participantes (Sim & Waterfield, 2019).

Procedeu-se à recolha de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes. Foram abordadas questões relacionadas com a experiência específica dos participantes na prestação de cuidados de ER a pessoas submetidas a AA, que incluíram o número de anos de experiência com este tipo de utentes e os contextos de prestação de cuidados, nomeadamente em internamento hospitalar, no domicílio, em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), em UCCI e em ERPI.

A parte central da entrevista dos *focus group* consistiu em perguntas abertas que permitiram aos participantes expressar livremente as suas opiniões e experiências sobre o fenómeno em estudo. Foi explorado o tipo de cuidados prestados, designadamente os cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto pré-operatório, pós-operatório precoce (durante o internamento hospitalar), pós-operatório tardio (após a alta hospitalar) e o processo de ensino e capacitação de familiares ou cuidadores. Esta abordagem possibilitou a obtenção de dados ricos e significativos, respeitando os princípios da investigação qualitativa. A entrevista foi concluída com os agradecimentos e a despedida formal dos participantes. O guião completo utilizado encontra-se apresentado em Apêndice VI.

Os participantes tiveram a opção de selecionar a data e hora mais conveniente para a realização dos *focus group*, permitindo que a recolha de dados reunisse simultaneamente profissionais de contextos distintos.

Foram realizados dois *focus group* com EEER, provenientes de diferentes contextos e instituições. O primeiro *focus group* integrou um total de seis enfermeiros. Destes, três exerciam funções no contexto de pré-operatório, pós-operatório precoce, enquanto os outros três atuavam no contexto de pós-operatório tardio. O segundo *focus group* contou com a participação de nove enfermeiros. Cinco deles exerciam funções no contexto de pré-operatório, pós-operatório precoce, e quatro no contexto de pós-operatório tardio. Os *focus group* foram moderados pela investigadora principal do estudo, que também conduziu as entrevistas. No *focus group* esteve presente um segundo investigador que assumiu o papel de co-moderador.

## 2.5 - Procedimentos

A recolha de dados foi realizada em junho de 2025, concretizada através da realização de dois *focus group* em formato online, com recurso à plataforma Colibri®. As sessões decorreram após a obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu e contou com a autorização e o consentimento informado de todos os participantes. As sessões foram gravadas em áudio, com a devida autorização prévia, para posterior transcrição e análise dos dados.

Foram respeitados, em todas as fases da investigação, os princípios éticos fundamentais que regem a investigação científica, nomeadamente a proteção da liberdade, da dignidade e da integridade dos participantes. A voluntariedade e a autonomia dos mesmos foram asseguradas através da obtenção de consentimento livre e esclarecido, tendo sido entregue um documento informativo (Apêndice VII) detalhado sobre os objetivos do estudo, os procedimentos de recolha de dados, os riscos e benefícios envolvidos, bem como os direitos dos participantes. A confidencialidade e o anonimato foram plenamente garantidos. Nenhum dado de identificação pessoal foi registado, tendo sido atribuído um código individual a cada participante. Toda a informação recolhida foi devidamente codificada, assegurando-se a impossibilidade de identificação. A investigadora comprometeu-se ao cumprimento rigoroso do dever de sigilo profissional. Os dados foram armazenados em computador pessoal protegido por código de segurança de elevado nível e serão eliminados de forma definitiva após a conclusão do estudo, em conformidade com os princípios da ética em investigação e a legislação em vigor sobre proteção de dados.

Relativamente ao tratamento dos dados recolhidos, foi realizada análise de conteúdo segundo Bardin (2020), considerando três fases: a pré-análise, a exploração do material e por fim o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Este processo foi apoiado pelo software MAXQDA Analytic Pro® 2022.

Para estruturar este artigo, foram seguidas as diretrizes propostas pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), um conjunto de critérios elaborado por Tong et al. (2007) com o objetivo de melhorar a transparência, rigor e qualidade na apresentação de estudos qualitativos baseados em entrevistas e *focus group*. Estes critérios abrangem três domínios principais: (1) pesquisa e reflexividade, que inclui informações sobre o investigador e a sua relação com os participantes; (2) desenho do estudo, que descreve o enquadramento metodológico, os participantes, o contexto e o processo de recolha de dados; e (3) análise e

apresentação dos dados, com foco na codificação, na validação e na apresentação dos resultados. A adesão a estas diretrizes contribui para uma melhor avaliação da credibilidade e transferibilidade dos dados qualitativos apresentados (Tong et al., 2007).



### 3- Resultados

O presente estudo explorou a percepção do EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a AA, contribuindo para a criação de conhecimento orientador no desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria deste processo.

Seguidamente apresentam-se os resultados obtidos, iniciando-se pela caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes. Posteriormente procede-se à análise de conteúdo, organizada por dimensões, categorias e subcategorias, permitindo uma compreensão aprofundada das perspetivas dos EEER relativamente a esta temática.

#### *Caracterização sociodemográfica*

Numa amostra constituída por 15 participantes identificou-se um perfil maioritariamente homogéneo em termos de faixa etária, género, estado civil e local de residência.

Os participantes apresentam uma média de idades de 45,73 ( $\pm 4,51$ ) anos, observando-se um predomínio significativo do grupo etário dos 45-49 anos (66,7%), seguido pelos grupos dos 40-44 e 50-59 anos (ambos com 13,3%) e, em menor dimensão, o grupo dos 30-39 anos (6,7%). A maioria é do sexo feminino (60,0%), casada (66,7%), encontrando-se todos a residir em meio urbano. Grande parte dos participantes possui formação ao nível de Mestrado (66,7%), enquanto os restantes 33,3% detêm a licenciatura (cf. Tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Variável	Categoria	n	%
<b>Grupo Etário</b>	30-39 anos	1	6.7
	40-44 anos	2	13.3
	45-49 anos	10	66.7
	50-59 anos	2	13.3
	M=45,73 $\pm$ 4,51 anos		
<b>Género</b>	Feminino	9	60.0
	Masculino	6	40.0
<b>Estado Civil</b>	Casado	10	66.7
	Divorciado	3	20.0
	Solteiro	2	13.3
<b>Residência</b>	Meio urbano	15	100,0
<b>Escolaridade</b>	Mestrado	10	66.7
	Licenciatura	5	33.3

Legenda: M – Média;  $\pm$  - desvio padrão

### *Caracterização profissional*

A análise relativa à experiência profissional e do tipo de cuidados prestados pelos EEER na área da AA evidencia padrões relevantes. Os participantes têm, em média, 10,08 ( $\pm 4,24$ ) anos de experiência profissional enquanto EEER, prevalecendo os que possuem entre 10 a 14 anos de prática especializada (60,0%). No que respeita à experiência na prestação de cuidados de reabilitação a pessoas submetidas a AA, apurou-se um valor médio de 7,57 ( $\pm 3,78$ ) anos, verificando-se que prevalecem os profissionais com 5 a 9 anos de experiência (40,0%), seguidos dos que apresentam 10 a 15 anos (33,3%) e menos de 5 anos (26,7%).

Relativamente ao contexto de cuidados, destacam-se os cuidados prestados em internamento hospitalar, que reúnem 46,7% dos enfermeiros, refletindo a centralidade deste ambiente na reabilitação em fase pré e pós-operatória imediata. Em seguida, observa-se a expressão relevante dos cuidados no domicílio e ECCI (26,7%), confirmando a importância da continuidade do processo reabilitativo após a alta hospitalar. Os restantes contextos apresentam menor representação: ECCI isoladamente (13,3%), internamento hospitalar, domicílio e ERPI (6,7%) e domicílio, ECCI e ERPI (6,7%), o que revela a existência de percursos assistenciais combinados.

No que se refere ao tipo de cuidados prestados, prevalecem as intervenções em pós-operatório tardio, associadas ao ensino e capacitação do cuidador familiar (46,7%). Este dado reforça o papel fundamental da ER na preparação da pessoa e do cuidador familiar para o regresso ao domicílio e continuidade do processo de reabilitação. Outros tipos de cuidados surgem distribuídos de forma menos expressiva, entre pré-operatório e ensino/cuidador (13,3%), pré + pós-operatório precoce (13,3%) e diferentes combinações de cuidados pré e pós-operatórios, todos com 6,7% cada. Estes resultados evidenciam a diversidade e flexibilidade da intervenção dos EEER, ajustada às necessidades específicas de cada fase do processo cirúrgico e da reabilitação da pessoa submetida a AA (cf. Tabela 2).

**Tabela 2:** Caracterização profissional dos participantes

Variável	Categoria	n	%
<b>Experiência como EEER</b>	<5 anos	2	13,3
	5-9 anos	2	13,3
	10-14 anos	9	60,0
	15-20 anos	2	13,3
<b>Experiência em Cuidados de ER na AA</b>	M=10,97±4,47 anos		
	5-9 anos	6	40,0
	10-15 anos	5	33,3
	M=7,57±3,78 anos		
<b>Contexto de Cuidados</b>	Internamento hospitalar	7	46,7
	Domicílio e ECCI	4	26,7
	ECCI	2	13,3
	Acumulação de funções (Internamento hospitalar, domicílio e ERPI)	1	6,7
	Acumulação de funções (Domicílio, ECCI e ERPI)	1	6,7
<b>Tipo de Cuidados</b>	Pós-Operatório tardio e Ensino ao cuidador	7	46,7
	Pré-Operatório e Ensino ao cuidador	2	13,3
	Pré + Pós-Operatório precoce	2	13,3
	Pré + Pós-Operatório tardio e Ensino ao cuidador	1	6,7
	Pós-Operatório precoce + tardio e Ensino ao cuidador	1	6,7
	Pré + Pós-Operatório precoce e Ensino ao cuidador	1	6,7
	Pós-Operatório precoce e Ensino ao cuidador	1	6,7

### *Caracterização da percepção do EEER*

Procedeu-se à análise de conteúdo dos verbatim resultantes das entrevistas realizadas nos *focus group*, tendo emergido duas dimensões que estruturaram a compreensão do fenómeno em estudo, designadamente: Dinâmicas do processo e Constrangimentos. Estas dimensões e as respetivas categorias emergiram de forma indutiva, refletindo o discurso dos participantes e permitindo uma visão abrangente sobre o papel do EEER, neste contexto clínico. Para mais fácil visualização, encontram-se sistematizadas na tabela 3.

**Tabela 3:** Síntese das dimensões, categorias e subcategorias

Dimensões	Categorias	Subcategorias
<b>Dinâmicas do processo</b>	Intervenção personalizada	Intervenção em contexto pré-operatório/Visita domiciliária
		Ensino à pessoa
		Treino Funcional e Reabilitação Motora
		Treino de Marcha
	Gestão da dor	Monitorização dos ganhos
		Controlo da dor
	Avaliação e adaptação do domicílio	Identificação de barreiras arquitetónicas
	Utilização de ajudas técnicas	Adaptação do espaço físico
		Seleção de ajudas técnicas
	Envolvimento do cuidador	Estratégias de readaptação
		Ensino ao cuidador
Informação	Cuidados a ter	
	Prevenção de complicações	
Gestão da ansiedade	Apoio emocional	
	Função de gestor de caso	
Comunicação e Articulação entre Equipas	Comunicação entre profissionais	
	Integração e continuidade de cuidados	
	Articulação com o Serviço Social	
	Documentação e registo de informação	
<b>Constrangimentos</b>	Limitações do Sistema	Limitações estruturais
		Escassez de recursos humanos

## Dimensão 1 - Dinâmicas do processo

A dimensão “Dinâmicas do processo” emergiu como central na análise da percepção dos EEER, evidenciando as diversas intervenções realizadas no âmbito do processo de capacitação da pessoa submetida a AA. Esta dimensão integra várias categorias e subcategorias, que traduzem a complexidade e abrangência do papel do EEER ao longo de todo o percurso de cuidados à pessoa submetida a AA (Tabela 4).

**Tabela 4:** Sistematização da análise categorial referente à dimensão: *Dinâmicas do processo*

Dimensão	Categorias	Subcategorias
Dinâmicas do processo	Intervenção personalizada	- Intervenção em contexto pré-operatório/visita domiciliária - Ensino à pessoa - Treino Funcional e Reabilitação Motora - Treino de Marcha - Monitorização dos ganhos
	Gestão da dor	- Controlo da dor
	Avaliação e adaptação do domicílio	- Identificação de barreiras arquitetónicas - Adaptação do espaço físico
	Utilização de ajudas técnicas	- Seleção de ajudas técnicas - Estratégias de readaptação
	Envolvimento do cuidador	- Ensino ao cuidador
	Informação	- Cuidados a ter - Prevenção de complicações
	Gestão da Ansiedade	- Apoio emocional
	Comunicação e Articulação entre Equipas	- Função de gestor de caso - Comunicação entre profissionais - Integração e continuidade de cuidados - Articulação com o Serviço Social - Documentação e registo de informação

A *intervenção personalizada* destacou-se como a categoria com maior número de referências, refletindo a importância de cuidados individualizados e adaptados às necessidades específicas de cada pessoa submetida a AA. Dentro desta categoria, emergiram subcategorias como a *intervenção em contexto pré-operatório* e a *visita domiciliária*, essenciais para preparar a pessoa para a cirurgia e antecipar necessidades futuras; o *ensino à pessoa*, centrado na promoção do conhecimento e da autonomia; o *treino funcional* e a *reabilitação motora*, fundamentais para a recuperação da mobilidade; o *treino de marcha*, que visa a readaptação à deambulação com segurança; e a *monitorização dos ganhos*, que permite avaliar a eficácia da intervenção e ajustar o plano terapêutico.

A *gestão da dor* surgiu como outra categoria relevante, com ênfase no controlo da dor como condição essencial para o envolvimento ativo da pessoa no processo de reabilitação.

A *avaliação e adaptação do domicílio* foi apontada como um aspeto-chave na preparação para a alta, através da identificação de barreiras arquitetónicas e da adaptação do espaço físico, promovendo condições de segurança e funcionalidade no regresso ao ambiente habitual.

Relativamente à *utilização de ajudas técnicas*, os participantes destacaram a importância da seleção adequada dos dispositivos e da implementação de estratégias de readaptação, promovendo a independência da pessoa e prevenindo complicações associadas à imobilidade.

O *envolvimento do cuidador* foi valorizado, sobretudo através do ensino direcionado ao cuidador, considerado essencial para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio e reforçar a rede de suporte da pessoa.

A categoria *informação* integrou os cuidados a ter no pós-operatório e medidas de prevenção de complicações, como forma de capacitar a pessoa para a gestão da sua condição de saúde.

A *gestão da ansiedade*, através do apoio emocional, foi igualmente salientada como uma dimensão crucial, tendo em conta o impacto emocional que o processo cirúrgico pode ter na pessoa e na família.

A *comunicação e articulação entre equipas* emergiu como um eixo estruturante da continuidade de cuidados. Esta categoria integrou várias subcategorias: o papel do EEER como gestor de caso, a comunicação eficaz entre profissionais, a integração e continuidade de cuidados ao longo das diferentes fases do processo, a articulação com o serviço social, e a documentação e registo de informação, elementos imprescindíveis para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

### **Intervenção Personalizada**

A categoria *Intervenção personalizada* evidencia práticas diversificadas e complementares dos EEER, que se traduzem em estratégias concretas orientadas para a capacitação da pessoa submetida a AA.

### Intervenção em contexto pré-operatório/visita domiciliária

A subcategoria “Intervenção em contexto pré-operatório/visita domiciliária” reflete um conjunto de práticas fundamentais que antecedem a cirurgia de AA, com impacto direto na preparação da pessoa e na organização dos cuidados a prestar no pós-operatório. Estas intervenções decorrem maioritariamente no contexto pré-operatório e, preferencialmente, domiciliário.

*“quando vêm para admissão, ..., começavam já a perceber como ia ser em contexto domiciliário: quais são as limitações, quais são as barreiras que existem... e eram os próprios também que começavam a estar despertos para o pós-operatório e para a alta. Se fossem mais esclarecidos sobre a cirurgia, sobre as limitações e as necessidades, seria uma mais-valia também”* (P4 do FG1).

A visita domiciliária tem também uma função esclarecedora, ao permitir antecipar dúvidas que, mais tarde, terão de ser aprofundadas durante o internamento, pelo que esta fase foi valorizada como crucial, possibilitando a avaliação das condições habitacionais.

*“O que se conseguia esclarecer naquela visita [domiciliária]... Agora, esse trabalho mais aprofundado tem de ser feito pelos colegas durante o internamento. Eles acabam por ter esse trabalho mais intenso, ... antes, no pré-operatório, conseguíamos já esclarecer essas dúvidas”* (P2 do FG1); *“era muito importante essa consulta prévia e visita domiciliária, para se avaliarem as barreiras arquitetónicas da habitação”* (P5 do FG1); *“preparar o cuidador ... a própria pessoa para as mudanças associadas à dependência temporária ou permanente”* (P5 do FG1).

Os enfermeiros consideram muito importantes as visitas domiciliárias para avaliar o espaço físico do domicílio, permitindo-lhes observar as condições habitacionais e aconselhar sobre mudanças e reestruturação do espaço, promovendo uma adequação do ambiente às necessidades funcionais da pessoa submetida a AA no regresso a casa. Estas intervenções pré-operatórias revelam-se fundamentais na promoção da segurança, autonomia e continuidade dos cuidados após a cirurgia e a transição para casa, o que ficou bem patente no discurso dos participantes.

*“Nessa visita abordávamos os autocuidados, avaliávamos as condições habitacionais, treinávamos o doente no uso de auxiliares de marcha e mostrávamos um vídeo explicativo sobre todo o procedimento cirúrgico, o que ajudava a desmistificar, esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade.” (P4 do FG2).*

De acordo com os participantes, a realização de uma consulta pré-operatória, realizada no domicílio revela-se uma estratégia com um impacto muito positivo, enfatizando que é:

*“das que mais pode, ou melhor, das que efetivamente pode fazer toda a diferença no processo que se desencadeia nos meses subsequentes, seja ao longo de um, dois, três ou quatro meses” (P5 do FG2).*

Trata-se de uma abordagem que antecipa não só as necessidades, como também potencia melhores resultados clínicos, funcionais e emocionais.

### Ensino à pessoa

A subcategoria “Ensino à pessoa” surgiu como um eixo essencial na capacitação da pessoa submetida a AA, evidenciando-se em diferentes fases do percurso cirúrgico: no pré-operatório, durante o internamento, em contexto hospitalar e em contexto domiciliário.

Alguns enfermeiros destacaram a sua importância no contexto pré-operatório, fornecendo informação o mais precocemente possível, facilitando o processo de interiorização dos procedimentos, de forma a permitir uma melhor preparação da pessoa para o processo de reabilitação.

*“Tentar explicar à pessoa, antes da cirurgia, em que é que consistia a cirurgia da AA, ... e o conjunto de exercícios que podiam ser levados a cabo” (P1 do FG1);*  
*“descomplicar a cirurgia..., efetivamente sabiam ao que iam, preparavam-se para aquilo que iam encontrar, e depois o processo corria muito mais fluido. E sabiam, inclusive, como seria o procedimento no pós-cirurgia. Era uma preparação pós-alta já iniciada de forma prévia” (P2 do FG1).*

Outro aspeto destacado como indispensável em contexto pré-operatório foi a importância da uma abordagem precoce que integre uma componente da preparação para o período pós-alta, o que reforça o papel educativo do EEER como promotor da autonomia e da tomada de decisão informada.

*“Ensinar como se deve levantar e deitar, como se deslocar até à casa de banho, verificar os tapetes, a luminosidade, entre outros”* (P1 do FG2); *“se fossem mais esclarecidos sobre a cirurgia, sobre as limitações e as necessidades, seria uma mais-valia também”* (P4 do FG1).

Durante o internamento, o ensino é orientado para aspetos como o fortalecimento muscular, a manutenção da amplitude articular e a utilização de ajudas técnicas, com o objetivo de preparar a pessoa para o regresso ao domicílio. Porém a abordagem varia consoante o tipo de cirurgia: eletiva ou por trauma.

*“Normalmente fazemos, no momento da cirurgia, ensinamentos sobre fortalecimento, manutenção da amplitude, ajudas técnicas que poderão necessitar, subir e descer escadas”* (P5 do FG1); *“quando são traumatológicos, no momento do internamento, o ensino é feito com exercícios de fortalecimento, amplitude articular e é esse o foco que nós temos”* (P5 do FG1).

Independentemente do momento, os ensinamentos decorrem de forma contínua, sendo esta continuidade reforçada por práticas informais no quotidiano hospitalar.

*“Eu acho que não há um momento específico, são todos os dias. Vários momentos são fundamentais. Porque, como já referimos anteriormente, há muita informação para poucos dias de internamento. Por isso, acabamos por fazer esses ensinamentos diariamente. Não há um momento chave, fazemos todos os dias, progressivamente”* (P3 do FG1); *“os ensinamentos devem ser realizados diariamente, em cada abordagem, tentando sempre capacitar o utente e dar-lhe conhecimento”* (P5 do FG1).

Estas práticas revelam um compromisso com a capacitação gradual, prática e adaptada à realidade de cada pessoa, refletindo a importância do ensino como ferramenta central no processo de reabilitação, o que ficou expresso nos discursos dos participantes:

*“Tem de haver uma abordagem ao doente”* (P1 do FG2); *“trabalhar a capacitação a nível muscular, com reforço muscular, porque, estando à espera de uma AA, é muito*

*provável que já exista alguma atrofia muscular nos grupos envolvidos. Por isso, o reforço muscular prévio é essencial, tanto para facilitar a cooperação na recuperação como para reduzir o risco de luxações” (P1 do FG2).*

De igual modo, os participantes salientaram que o ensino dirigido à pessoa submetida a AA deve iniciar-se logo desde o momento da admissão hospitalar, prolongando-se de forma contínua ao longo de todo o processo de reabilitação.

*“Devemos começar logo, assim que o doente entra, a fazer os ensinamentos e depois dar continuidade, nomeadamente ainda no leito, com os exercícios que ensinamos. E depois, à medida que ele vai progredindo, ensinar no levantar, nos autocuidados” (P6 do FG2); “o ensino deve ser contínuo, é óbvio, mas na preparação que antecede a alta deve ser o mais próximo possível da mesma” (P4 do FG2); “acho que é fundamental começar logo a partir do momento da entrada do doente... pelo menos um dia antes, para que possamos, se o doente já teve algum tipo de apoio no domicílio antes do internamento, reforçar e esclarecer alguma dúvida que ele tenha antes da cirurgia. E, logo após a cirurgia, dar continuidade a esse trabalho. Portanto, acho que deve ser um trabalho contínuo” (P3 do FG2).*

Considerando a transmissão de conhecimento essencial, o ensino assume-se como um processo adaptado às necessidades de cada pessoa, de forma a garantir uma adequada preparação para a alta.

### Treino funcional e reabilitação motora

Na subcategoria “Treino Funcional e Reabilitação Motora”, sobressai a importância atribuída ao fortalecimento muscular e ao treino de movimentos básicos como componentes centrais da recuperação, devendo incluir exercícios simples, repetidos diariamente e estratégias de reforço adaptadas. No entanto, a intervenção não se limita ao membro operado, sendo igualmente dirigida ao membro contralateral, considerado essencial para garantir equilíbrio e prevenir quedas.

*“O fortalecimento muscular, os push-ups, o levantar e sentar, insistir, insistir todos os dias, mesmo que a pessoa não consiga, no final, acabamos por conseguir (...) levantar*

*da cama, virar-se (...) exercícios de reforço isométrico que podem ser feitos mesmo deitado (...) devemos focar também no membro contralateral. Porque se não o fizermos, acabamos por desenvolver compensações automáticas” (P7 do FG2); “o membro contralateral é o pilar. É fundamental estar bem fortalecido e também trabalhar o equilíbrio de forma melhorada, (...) ficamos demasiado focados no membro operado quando o outro também precisa de atenção. E este membro contralateral é o pilar. É fundamental estar bem fortalecido e também trabalhar o equilíbrio de forma melhorada, para evitar desequilíbrios durante a marcha e prevenir quedas (P3 do FG1).*

Assim, esta subcategoria revela uma prática centrada na individualização da reabilitação motora, conjugando o reforço muscular, o equilíbrio e a repetição de tarefas funcionais como pilares fundamentais para o ganho de autonomia da pessoa submetida a AA. Os testemunhos dos participantes evidenciam ainda a utilização de exercícios simples e adaptados, que revelam a sensibilidade dos enfermeiros às limitações e potencialidades de cada pessoa.

De forma global, estes resultados denotam a existência de coesão entre a prática clínica dos EEER e os objetivos da reabilitação personalizada. O destaque dado ao “Ensino à pessoa” e “Treino funcional e reabilitação motora” demonstra que a capacitação funcional e cognitiva é entendida pelos profissionais como um processo ativo, dinâmico e contínuo, que valoriza tanto a preparação para a cirurgia quanto a adaptação no pós-operatório.

### Treino de marcha

A subcategoria “Treino de marcha” assume-se como uma das mais valorizadas pelos EEER, representando um investimento técnico e emocional significativo. A marcha é entendida como um marco de autonomia e critério determinante para a alta hospitalar, sendo trabalhada através de estratégias graduais e individualizadas, que asseguram uma reintegração funcional mais segura. Os enfermeiros salientaram a importância desta prática no internamento, enfatizando a perspectiva de que o treino de marcha constitui uma base importante da recuperação, dimensão esta, que adquire ainda maior relevância na preparação para a alta.

*“Fazer treino de marcha e o fortalecimento muscular é essencial (...) destaco, acima de tudo, o treino de marcha (...) o primeiro passo é saber levantar-se corretamente, por exemplo, de uma cadeira, ou fazer a sua transferência, e isso está na base do pós-operatório” (P2 do FG1); “a preocupação de todas as pessoas é mesmo voltar a andar.*

*Essa é sempre a meta de todos: “eu quero voltar a andar”. Só que nem sempre é fácil! (...) Os colegas da ortopedia fazem um excelente trabalho, durante o tempo de internamento, preparam o doente para voltar a sair da cama, iniciam o treino de marcha, sobem e descem escadas, ensinam a usar canadianas. Ou seja, fazem o essencial no pós-operatório imediato (P5 do FG2); “treino de marcha com auxiliares, seja andarilhos, seja canadianas” (P1 do FG2); “o mais importante, realmente, é o treino de marcha” (P5 do FG1); “Quando temos os utentes prestes a ter alta, o que eles sublinham muito é: “já consegui dar uns passos antes de ter alta”, “já fiz o treino de marcha”, “já caminhei”, e até o treino de subir e descer escadas” (P4 do FG1).*

Foi consensual a importância da realização do treino da marcha, adaptado à capacidade de cada pessoa e realizado de forma progressiva, constituindo uma etapa primordial no processo de reabilitação da pessoa submetida a AA. Acresce ainda a sua valorização associada à dimensão funcional e impacto na restituição da autonomia, constituindo-se como critério essencial para a definição da alta hospitalar.

#### Monitorização dos ganhos

A subcategoria “Monitorização dos ganhos” destaca a importância da avaliação contínua e sistemática, sustentada no registo diário, na reavaliação constante e na comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar. Esta prática reflete o olhar clínico do EEER, garantindo que os objetivos de reabilitação são atingidos de forma segura e ajustada às necessidades da pessoa submetida a AA.

No contexto de internamento, o acompanhamento próximo e monitorização diária permite registar os progressos da pessoa e garantir que esta evolui de forma segura. Após a alta hospitalar, em contexto domiciliário e em ECCEI, a preocupação centra-se na sustentabilidade dos ganhos obtidos, sendo a manutenção da capacidade funcional a longo prazo entendida como uma prioridade.

*“Depois de atingirmos os objetivos de reabilitação, como é que garantimos que esses ganhos se mantêm ao longo do tempo? Isso passa, naturalmente, pela preparação do prestador de cuidados. E essa preparação implica ensino, exposição, treino, capacitação e empoderamento. Mas também exige motivação e aqui entra o papel fundamental do profissional de saúde para garantir que isso acontece (...) Para garantir*

*a sustentabilidade dos ganhos obtidos após uma artroplastia da anca, são necessários programas de manutenção. Esses programas podem decorrer na ECCI, mas também podem e devem ser operacionalizados a nível dos cuidados de saúde primários, através das UCC. Podem ser implementados em ambulatório, com a mesma equipa que já acompanhou o utente na ECCI, permitindo assim uma alta mais precoce e segura, sem risco de perda dos ganhos. Sabemos que, sem essa continuidade, muitos doentes acabam por regredir ao fim de algumas semanas” (P2 do FG2); “Tendo em conta a avaliação realizada e o nível de dependência do utente, bem como aquilo que se espera até à data da alta, as intervenções são sempre ajustadas ao perfil da pessoa (...) essa avaliação é sempre individualizada” (P9 do FG2).*

Das narrativas, transparece que a monitorização dos ganhos é um processo dinâmico, no qual o EEER vai avaliando se os objetivos estão a ser atingidos, ou se há necessidade de alguma reformulação e reajuste. A monitorização dos ganhos implica uma abordagem sistemática, mas simultaneamente flexível, centrada na pessoa e nas suas necessidades específicas, como foi reiterado.

Neste processo de acompanhamento e avaliação contínua, os enfermeiros recorrem também a instrumentos formais de apoio à decisão clínica.

*“Se for um doente para o EEER, temos um conjunto de escalas que fomos buscar à Ordem dos Enfermeiros, da área da reabilitação, que são aplicadas” (P5 do FG2).*

Deste modo, a monitorização dos ganhos combina o uso de ferramentas padronizadas com a adaptação individualizada dos cuidados, permitindo uma avaliação mais precisa da evolução clínica e garante que os objetivos de reabilitação são ajustados à realidade de cada pessoa.

### **Gestão da dor**

A categoria “Gestão da dor” integra-se nas Dinâmicas do processo, estando refletida na subcategoria “Controlo da dor”, cuja relevância se revela inquestionável. A dor constitui um elemento transversal a todo o processo de reabilitação da pessoa submetida a AA, condicionando diretamente a adesão ao plano terapêutico.

Na subcategoria “Controlo da dor”, evidenciam-se três aspetos fundamentais patentes no discurso dos participantes. Um deles é o reconhecimento da dor como um fenómeno natural no pós-operatório, mas que não deve limitar o processo de recuperação. Desta forma, a intervenção do EEER deve-se centrar em estratégias que permitam atenuar o impacto da dor sobre o desempenho funcional da pessoa.

*“A dor pode acontecer, faz parte natural do processo, mas deve ser evitada dentro dos limites possíveis, não deve limitar a recuperação. E há estratégias, durante o internamento, que os enfermeiros de reabilitação acompanham para contornar isso” (P1 do FG1).*

Outro aspeto está relacionado com a importância da monitorização e ajuste terapêutico por parte do EEER, como forma de garantir o controlo sintomático eficaz.

*“Verificamos o regime terapêutico. Está ajustado? (...) Rever o regime terapêutico e a medicação para a dor” (P5 do FG2).*

Por fim, destaca-se o papel diferenciado do EEER, com competências acrescidas na gestão da dor, da terapêutica e na articulação com a equipa interdisciplinar.

*“O EEER, que possui competências acrescidas em relação ao enfermeiro de cuidados gerais, terá uma visão mais abrangente, até mesmo do ponto de vista da gestão da terapêutica, da gestão da dor, da articulação com a equipa médica, entre outros. Em muitos casos, é essa intervenção diferenciada que faz toda a diferença.” (P9 do FG2)*

Apesar de conter apenas uma subcategoria, a análise das narrativas evidencia que a gestão da dor constitui um eixo estruturante do processo de capacitação. Sem um controlo eficaz da dor, a pessoa não consegue aderir de forma adequada ao treino de marcha, ao reforço muscular ou à reabilitação funcional. O discurso dos participantes reflete uma visão holística, multidimensional e diferenciada do papel do EEER, que vai muito além da intervenção sintomática, assumindo-se como um mediador essencial entre a pessoa cuidada, a família e a equipa interdisciplinar.

## **Avaliação e Adaptação do Domicílio**

A categoria “Avaliação e adaptação do domicílio” emergiu nas Dinâmicas do processo, e integra duas subcategorias: “Identificação de barreiras arquitetônicas” e “Adaptação do espaço físico”. O equilíbrio de testemunhos entre ambas revela que a intervenção do EEER valoriza tanto a identificação precoce de obstáculos no ambiente físico, como a implementação de soluções práticas para os superar. Tal evidência traduz uma prática centrada na antecipação de riscos e na promoção da funcionalidade e da autonomia da pessoa submetida a AA, garantindo a continuidade dos ganhos obtidos durante o internamento, após o regresso a casa. As unidades de registo reforçam a centralidade do EEER na avaliação ambiental e familiar, destacando a importância da sua prática, em contexto real.

### Identificação de barreiras arquitetônicas

Os testemunhos evidenciam a importância da observação direta do domicílio para identificar barreiras arquitetônicas. Destaca-se também a importância da literacia em saúde e do envolvimento da família, fatores essenciais para que as recomendações dirigidas sejam implementadas de forma eficaz. A visita domiciliária é entendida como uma estratégia preventiva, que antecipa problemas futuros e facilita a reintegração do utente após a alta.

*“Começávamos também por verificar as condições arquitetônicas das habitações. Muitas vezes recomendávamos pequenas alterações, e eles faziam-nas. Quando chegavam a casa, já tinham o quarto preparado de forma que facilitava, por exemplo, o levantar. (...) Havia um senhor que tinha uma escada em casa, mas sem corrimão. Foi-lhe dito que seria mais seguro colocar corrimão, e ele aplicou-o antes da cirurgia. Foi uma prevenção importante para remover barreiras arquitetônicas.”* (P3 do FG1); *“As barreiras arquitetônicas e as ajudas técnicas normalmente só são adquiridas após a visita domiciliária, o que muitas vezes causa atrasos. Se não houver literacia ou vontade da família, não se antecipam.”* (P4 do FG2); *“No meu serviço de reabilitação domiciliária, noto a diferença que faz ensinar no contexto real do doente e da família. Permite-nos identificar barreiras arquitetônicas, perceber dinâmicas familiares e identificar o cuidador principal.”* (P7 do FG2)

### Adaptação do espaço físico

As narrativas destacam a importância de soluções simples e concretas, como rampas, corrimões, cadeiras sanitárias e ajudas técnicas adaptadas. Refere-se também a articulação com projetos institucionais (como o Projeto Habilitar) e a intervenção social, realçando uma prática abrangente e colaborativa. O recurso a vídeos e demonstrações práticas é valorizado como ferramenta para aumentar a compreensão e adesão das famílias.

*“Aqui na unidade, com o projeto Habilitar, havia avaliação prévia ao domicílio, adaptações feitas na casa e, se necessário, intervenção social era desencadeada” (P6 do FG2); “Era um doente que não tinha casa de banho e ia ser intervencionado. Ficou muito preocupado, mas foi encontrada solução com cadeira sanitária adaptada” (...)*  
*“O problema é que, quando não há avaliação prévia, muitas vezes o regresso a casa é dificultado. Uma simples rampa ou cadeira pode fazer toda a diferença” (P5 do FG1).*

Os testemunhos dos participantes evidenciam o foco dos EEER na identificação de barreiras arquitetónicas e adaptação do espaço físico para a reabilitação da pessoa submetida a AA.

### **Utilização de ajudas técnicas**

Na categoria “Utilização de ajudas técnicas” emergiram as subcategorias “Seleção de ajudas técnicas” e “Estratégias de readaptação”. Esta distribuição evidencia o foco dos EEER na escolha adequada, informada e individualizada das ajudas técnicas, sem descurar a importância das estratégias de adaptação prática para garantir a sua utilização eficaz.

#### Seleção de ajudas técnicas

Os discursos dos participantes mostram que a seleção de ajudas técnicas exige frequentemente o recurso a materiais visuais, como imagens ou vídeos, uma vez que existe um défice de conhecimento por parte das pessoas e das famílias sobre os dispositivos realmente necessários, sendo a ausência de materiais informativos específicos (como folhetos) referida como uma lacuna importante, reforçando a necessidade de uma comunicação clara, prática e acessível.

*“Com recurso a vídeos e ensino, conseguimos mostrar cadeiras sanitárias, tábuas de transferência e outras adaptações que muitas famílias desconheciam” (P4 do FG2); “Às*

vezes, é preciso pegar no telemóvel e mostrar o que é, por exemplo, uma tábua de transferência, o que é uma sanita elevada. Eles não sabem. (...) Nós até fazemos alguns folhetos de cuidados, mas dizer que temos folhetos sobre ajudas técnicas... não existem. (...) As ajudas técnicas são muito importantes, claro, com informação mais clara, para perceberem o que têm mesmo de adquirir. Porque a gente pensa que sabem, mas não sabem.” (P4 do FG1); “Às vezes há decisões erradas... já têm um andarilho usado, dado por um familiar, e não recebem o esclarecimento que deveriam.” (P2 do FG1); “A questão das cadeiras de higiene. Nós temos cadeiras de higiene no serviço. Temos cadeiras de rodas, temos andarilhos. Nós dizemos às pessoas, muitas vezes, para comprar, se for esse o caso, se forem para casa e tiverem necessidade de andarilhos, para comprarem as canadianas e depois vêm ao serviço e nós ajustamos.” (P5 do FG1)

### Estratégias de readaptação

Os participantes salientaram a importância da articulação com outros profissionais, como a Assistente Social, para viabilizar a disponibilização de ajudas técnicas, especialmente no início da hospitalização. Também é destacada a necessidade de adaptar o processo de ensino à realidade do internamento, reconhecendo-se que este período é, muitas vezes, marcado por sobrecarga informativa e dificuldade de assimilação dessa informação.

“Temos que, muitas vezes, solicitar colaboração da Assistente Social para tentar logo acionar essas ajudas técnicas, após a admissão do doente no serviço. (...) As cadeiras sanitárias tinham sido mostradas no vídeo que lhe apresentámos, e tentámos encontrar uma forma de conseguir uma.” (P3 do FG1)

“Mas a questão de não conhecerem as ajudas técnicas... nós não apresentamos bem as ajudas técnicas. Temos, e eles até têm contacto com elas por causa da utilização hospitalar, mas falta a parte das ajudas técnicas de casa, aquelas mais práticas. Para as canadianas e os andarilhos, sim, já há mais conhecimento. Mas, por exemplo, o elevador de sanita, a tábua de transferência... muitos não conhecem.” (P5 do FG1)

Como ficou patente nas narrativas dos participantes, a utilização de ajudas técnicas constitui uma dimensão central na capacitação da pessoa submetida a AA. A escolha informada e a adaptação prática destes recursos requerem não só conhecimentos técnicos, mas também estratégias comunicacionais eficazes, tempo dedicado ao ensino e articulação com diferentes

profissionais. O papel do EEER emerge, assim, como essencial na mediação entre as necessidades reais da pessoa e os recursos disponíveis, promovendo a segurança, funcionalidade e autonomia no regresso ao domicílio.

### **Envolvimento do Cuidador**

A categoria “Envolvimento do Cuidador”, e em particular a subcategoria “Ensino ao cuidador”, reflete a valorização da participação ativa dos cuidadores informais no processo de reabilitação da pessoa submetida a AA. Este ensino ocorre ao longo do internamento, em momentos-chave, podendo ser concretizado na presença espontânea da família durante as visitas, ou através do planeamento e realização de sessões estruturadas nos dias que antecedem a alta hospitalar. Os testemunhos evidenciam que a capacitação deve ser programada, progressiva e abrangente, envolvendo não só o cuidador principal, mas também a rede de apoio familiar.

*“Aproveitamos também quando está presente a família ou um convivente significativo, pois esses momentos são ideais para partilhar a informação, já que são essas pessoas que vão apoiar o utente em casa. Muitas vezes, são elas que ajudam a recordar os exercícios ou procedimentos que ensinamos.”* (P2 do FG1); *“E considero muito importante, uns dias antes da previsão da alta, envolver o cuidador. Muitas vezes são os supervisores dos exercícios e precisam estar capacitados para continuar esse apoio em casa. Por isso, devem ser incluídos nos ensinamentos.”* (P4 do FG1)

*“No momento da alta, se o doente vai para casa, há um reforço junto do familiar do próprio ensino. E deixamos até que o doente faça algumas atividades, para que a família veja que ele já está apto a realizar determinadas tarefas.”* (P6 do FG2)

*“Mas há um momento mais formal, quando sabemos que aquela pessoa vai mesmo para casa e tem um cuidador. Esse momento formal é agendado com o cuidador, seja ele familiar ou pago. E esse ensino formal normalmente é feito um a dois dias antes da alta.”* (P5 do FG1); *“Mas muitas vezes não é apenas um cuidador, há vários elementos da família envolvidos. Por isso, não devemos focar apenas num único cuidador. (...) o ensino deve abranger a rede de apoio familiar, não apenas o cuidador direto.”* (P2 do FG1); *“Em casa, quem está com o doente é o cuidador. Esse cuidador, treinado por nós durante o internamento, torna-se essencial para dar continuidade à reabilitação e garantir que o utente mantém o ganho de autonomia e independência.”*

*Por isso, o foco da capacitação deve estar também nele.” (P1 do FG1); “Às vezes, o cuidador não se sentia à vontade para dar o banho, e contratou um serviço, sendo também orientado quanto aos cuidados a ter. Então, o autocuidado é realizado pelo cuidador que está a ajudar, seja o filho, outro familiar.” (P4 do FG1); “Tudo isto deve ser feito em conjunto com a família, pois serão eles os principais cuidadores no pós-operatório.” (P1 do FG2); “Poderá ser necessário também treinar e capacitar o próprio cuidador informal. (...) Naturalmente, algumas pessoas sujeitas à AA já têm uma idade avançada e, como tal, já têm algumas dependências e comorbilidades associadas, muitas vezes prévias à própria cirurgia. (...) É também muito importante que, mesmo em contexto hospitalar, se comece cada vez mais a treinar e a capacitar o cuidador informal. (...) Mas o cuidador pode e deve ser incluído, como aqui também já foi dito, nesses ensinamentos e treinos, de forma, eu diria, até programada e estruturada. Podemos aproveitar os contextos de visitas” (P9 do FG2); “Acho que é fundamental ensinar o cuidador informal em contexto hospitalar. Porque eles sentem-se muito mais seguros ao verem que as coisas não são tão difíceis assim como pensam. (...) Ao virem fazer, e já não é a primeira vez que temos cuidadores informais a estar connosco nos cuidados de higiene, a observar a colocação da ortótese, depois de lhes explicarmos, até ficam muito recetivos e conseguem demonstrar que são capazes de continuar os cuidados que são ali ensinados. (...) O ensino dos movimentos antiluxantes.” (P6 do FG2); “Para que os cuidadores, sobretudo no caso de doentes com menor grau de independência funcional, percebam em que estado está o utente no momento da alta, e qual o grau de autonomia que tem. Porque se fazemos o ensino de forma muito precoce, o que acontece é que os cuidadores vão ter mais receios e medos, porque os doentes estão mais dependentes e não traduzem efetivamente o estado no momento da saída.” (P4 do FG2); “O ensino à família cuidadora destaca-se como uma componente essencial do processo de recuperação da pessoa submetida a AA. (...) Isso também lhes daria espaço para, por exemplo, prepararem alguma adaptação necessária no regresso ao domicílio.” (P3 do FG2)*

Não deve ser desconsiderado que sempre que necessário, os profissionais das instituições que acolhem a pessoa após AA, também devem ser envolvidos no processo de capacitação.

*“Muitas vezes os cuidadores são funcionários das ERPI, e o doente vai para a ERPI e as cuidadoras não têm conhecimento dos cuidados a ter (...) no momento da alta, vamos fazer um ensino, mas elas não estão lá, acho que se devia apostar muito nesse ensino a nível dessas instituições.” (P7 do FG2)*

Face ao exposto, pode dizer-se que o ensino ao cuidador se destaca como uma componente essencial do processo de reabilitação da pessoa submetida a AA. A capacitação dos cuidadores informais, a sua inclusão no levante, nas transferências, apoio na marcha e na higiene da pessoa podem dar um contributo importante para uma transição segura e eficaz para o domicílio ou instituição. Esta abordagem reforça a confiança da família e potencia os ganhos funcionais alcançados ao longo do processo de reabilitação.

### **Informação**

A categoria “Informação” revela-se também como um dos eixos centrais no processo de capacitação da pessoa submetida a AA. Os testemunhos dos EEER evidenciam que a transmissão de informação clara, prática e contínua é essencial para garantir segurança, autonomia e uma transição eficaz para o domicílio. Neste sentido, emergiram duas subcategorias interligadas: “Cuidados a ter” e “Prevenção de complicações”, que refletem preocupações distintas, mas complementares ao longo do processo de reabilitação.

#### Cuidados a ter

No contexto do pré-operatório, internamento e alta hospitalar, os enfermeiros evidenciam a importância de fornecer informação e orientações claras sobre cuidados a adotar, nomeadamente associados à prevenção de quedas, suspensão de medicação, posições seguras e gestão da informação transmitida. Estes testemunhos revelam uma preocupação com a clareza da comunicação e a adaptação ao nível de literacia dos utentes.

*“[As pessoas] vêm com folhetos, com os ensinamentos que são normais no dia a dia do meio hospitalar, e seria uma mais-valia, aqueles exercícios primários que ficam assim mais focados no membro”. (P4 do FG1); “Falávamos também sobre fatores de risco para quedas no domicílio, cuidados no regresso a casa, tendo em conta a diminuição da força muscular, alterações do equilíbrio e o risco aumentado de quedas. Outro aspeto*

*era a medicação, verificávamos se o doente já sabia que medicamentos teria de suspender antes da cirurgia, e esclarecíamos dúvidas. (...) Importante também na cirurgia pós-artroplastia é um ensino constante sobre as posições seguras e o risco de luxação da prótese; são dados em panfletos informativos aos utentes sobre os cuidados que devem ter depois, em contexto de alta hospitalar.” (P4 do FG2)*

### Prevenção de complicações

Ao longo de todo o percurso assistencial, que inclui a admissão hospitalar, o internamento e a preparação da alta, os EE sublinham a importância da prevenção de complicações associadas à recuperação da AA. A articulação com a assistente social, a adequação das ajudas técnicas e a disponibilização de materiais informativos surgem como estratégias fundamentais para reduzir riscos e promover segurança no regresso ao domicílio.

*“Solicitamos a colaboração da assistente social logo após a admissão para garantir acesso às ajudas técnicas [articulação com a equipa multidisciplinar para planear a alta e prevenir complicações].” (P3 do FG1); “Às vezes não sabem, e temos mesmo de pegar no telemóvel e mostrar imagens. Acho que seria interessante essa abordagem. (...) Nós até fazemos alguns folhetos de cuidados, mas dizer que temos folhetos sobre ajudas técnicas... não existem. (...) Às vezes é preciso mostrar imagens para que compreendam o que é uma tábua de transferência ou uma sanita elevada.” (P4 do FG1); “São dados em panfletos informativos aos utentes sobre os cuidados que devem ter depois, em contexto de alta hospitalar.” (P6 do FG2); “Importante também na cirurgia pós-artroplastia é um ensino constante sobre as posições seguras e o risco de luxação da prótese.” (P4 do FG2)*

A análise conjunta das subcategorias revela que os EEER procuram assegurar uma abordagem educativa contínua e personalizada, que abranja tanto os cuidados práticos como a antecipação de riscos. Se por um lado os “Cuidados a ter” refletem a preocupação com a transmissão de orientações práticas antes e após a cirurgia, por outro, a “Prevenção de complicações” reforça a importância da preparação, da articulação com a equipa multidisciplinar e da utilização de materiais visuais adaptados ao perfil da pessoa submetida a AA. Ambas sublinham o papel ativo do EEER na capacitação informada da pessoa e da sua rede de apoio.

### **Gestão da ansiedade**

A análise das narrativas dos participantes evidencia que a “gestão da ansiedade” das pessoas submetidas a AA é assegurada sobretudo através do “apoio emocional”, centrado na criação de uma relação de confiança, no esclarecimento de dúvidas e na proximidade com a díade pessoa/família.

No pré-operatório, predominam os receios associados à cirurgia e à falta de conhecimento, sendo essencial a transmissão de informação clara, a utilização de recursos educativos e o contacto direto com a equipa de enfermagem.

*“As pessoas acabam por ter bastantes receios com a intervenção cirúrgica. E acabamos, precisamente no pré-operatório, no âmbito da reabilitação, que depois é desenvolvida posteriormente, já depois da cirurgia, por conseguir aliviar esses receios.”* (P3 do FG1); *“É importante que o doente não entre no dia da cirurgia, como muitas vezes acontece, o que acaba por ser stressante para ele.”* (P3 do FG2); *“Na visita domiciliária pré-operatória, abordávamos os autocuidados, avaliávamos as condições habitacionais, treinávamos o doente no uso de auxiliares de marcha e mostrávamos um vídeo explicativo sobre todo o procedimento cirúrgico, o que ajudava a desmistificar, esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade.”* (P4 do FG2)

No internamento, enfatiza-se a proximidade com os EEER, no sentido de transmitir segurança, permitindo atenuar os receios iniciais, bem como a relevância da relação de confiança estabelecida entre o utente e os profissionais de saúde.

*“Mesmo durante o internamento, chegavam com um perfil mais confiante, porque já conheciam algumas das caras, que éramos nós, que íamos até sua casa, e com um perfil muito mais seguro e um pouco mais confiante. (...) Quando chegou ao internamento, ele vinha muito receoso. Depois da cirurgia, quando foi à consulta com o ortopedista, foi ao internamento agradecer-nos. Disse: ‘Se não fossem vocês, eu provavelmente não sabia como iria para casa, porque não estava a contar com essas limitações.’”* (P3 do FG1); *“Este trabalho é muito facilitado pela relação que se estabelece entre o Instituto de Reabilitação e o utente. Não substitui a família, claro, mas o profissional torna-se uma figura de confiança, e isso pode ser determinante para que a pessoa aceite ir para cirurgia.”* (P2 do FG2)

A gestão emocional surge como parte integrante dos cuidados de reabilitação, associada à dimensão técnica, destacando-se a especial atenção que a continuidade dos cuidados após alta hospitalar exige, pois, a permanência em casa pode ser geradora de mais ansiedade.

*“Para além de toda a parte técnica, fortalecimento muscular, treino de marcha, tudo o que o utente deve fazer para evitar complicações no pós-operatório, o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na redução da ansiedade associada a todo este processo. A gestão emocional do doente e da família (ou do cuidador significativo) é muito importante nesta fase.”* (P3 do FG2); *“Esta ideia de ir ao hospital, levar uma prótese, que para muitos é vista como algo estranho, metálico, que ‘não é deles’, e o que vai acontecer a seguir, realmente causa muito stress, tanto ao doente como ao cuidador. (...)O contexto domiciliário provoca ansiedade. Estar em casa é importante para eles, mas essas equipas domiciliárias têm de estar preparadas para reforçar o que foi feito no hospital”* (P5 do FG2); *“Esta preparação prévia ajuda a reduzir a ansiedade e prevenir complicações no pós-operatório.”* (P7 do FG2)

De forma global, a gestão da ansiedade surge como um eixo central da prática dos EEER, transversal ao pré e ao pós-operatório. O suporte emocional, o ensino estruturado e a comunicação clara permitem reduzir receios, reforçar a autoconfiança e garantir uma transição mais segura para o domicílio, potenciando os ganhos funcionais e a adesão ao processo de reabilitação.

### **Comunicação e Articulação entre Equipas**

A análise dos discursos evidencia que a comunicação estruturada e a partilha de informação são dimensões centrais para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados após AA. Os enfermeiros especialistas destacam a necessidade de melhorar os registos formais, reforçar os canais de comunicação direta e consolidar a figura do gestor de caso como facilitador da articulação entre contextos hospitalares, comunitários e sociais.

#### Função de gestor de caso

No contexto do internamento e da preparação da alta, os participantes sugerem que um EEER poderia assumir o papel de gestor de caso, assegurando a coordenação do processo e a ligação entre hospital e comunidade.

*“Mas esse gestor de caso devia estar envolvido já durante o internamento (...) seria importante que esse enfermeiro recebesse as informações relevantes e as partilhasse com as equipas domiciliárias.”* (P1 do FG1); *“Também acho que a equipa de gestão de altas deveria articular-se melhor com os colegas de reabilitação, para que a alta hospitalar fosse feita de forma mais adequada.”* (P4 do FG1)

#### Comunicação entre profissionais

No contexto da articulação hospitalar e comunitária, a comunicação direta e ágil entre profissionais surge como ferramenta essencial para resolver situações complexas e assegurar a continuidade dos cuidados.

*“É fundamental que exista comunicação entre os profissionais, que as pessoas falem entre si. Muitas vezes, perdas de informação ou mal-entendidos resolvem-se com uma simples chamada de 30 segundos. (...) Dou um exemplo concreto: há cerca de duas semanas, tivemos um caso complexo... articulámos diretamente com os colegas da unidade e a situação foi gerida de forma célere e proativa.”* (P2 do FG2)

#### Integração e continuidade de cuidados

No regresso ao domicílio, pequenas intervenções e a articulação entre equipas revelam-se fundamentais para garantir a segurança e a funcionalidade da pessoa.

*“A continuidade de cuidados faz todo o sentido, e já tivemos casos em que a intervenção passou apenas pela instalação de um estrado em casa, o que fez toda a diferença.”* (P5 do FG1)

#### Articulação com o Serviço Social

Em situações de maior vulnerabilidade social, a colaboração com o Serviço Social é descrita como essencial para apoiar as famílias e organizar soluções de médio prazo.

*“Num outro caso... houve necessidade de recorrer a uma unidade de média duração para que os filhos tivessem tempo de se organizar. Isto é o Sistema Nacional de Saúde a funcionar em rede, como deve ser.” (P5 do FG2)*

### Documentação e registo de informação

Na transição entre hospital e comunidade, os participantes evidenciam uma preocupação recorrente com a falta de padronização e de detalhe nos registos de enfermagem, reconhecendo a necessidade de incluir informação sobre a evolução funcional, exercícios prescritos e instrumentos de avaliação aplicados.

*“Faz falta uma carta de alta de enfermagem de reabilitação, com informação sobre exercícios, escalas aplicadas e evolução funcional do utente.” (P9 do FG2); “A interoperabilidade dos sistemas de informação é essencial para que todas as unidades tenham acesso aos dados relevantes.” (P2 do FG2)*

Esta categoria demonstra que a articulação eficaz entre equipas depende tanto da formalização de registos estruturados como da comunicação direta e da definição de papéis claros. O EEER surge como um elo central na coordenação e continuidade de cuidados, garantindo que a pessoa e a sua família beneficiam de um processo integrado, seguro e ajustado às suas necessidades.

## **Dimensão 2 – Constrangimentos**

A dimensão “Constrangimentos” emergiu da análise da perceção dos EEER, identificando-se a categoria “Limitações do Sistema”, subdividida em duas subcategorias: “Limitações estruturais” e “Escassez de recursos humanos” (Tabela 5).

As limitações estruturais refletem problemas relacionados com a ausência de visitas domiciliárias prévias, a curta duração dos internamentos hospitalares e os atrasos na implementação de adaptações ambientais e na aquisição de ajudas técnicas. Estes fatores comprometem a recuperação funcional e a segurança da pessoa após a alta hospitalar.

A escassez de recursos humanos evidencia a falta de profissionais especializados disponíveis, limitando o acesso a consultas de orientação pré-operatória, a realização de visitas domiciliares e a capacidade de assegurar uma resposta eficaz e contínua. A insuficiência de EEER é vista como um entrave significativo à qualidade e continuidade dos cuidados.

**Tabela 5:** Sistematização da análise categorial referente à dimensão: Constrangimentos

Dimensão	Categoria	Subcategorias
Constrangimentos	Limitações do Sistema	- Limitações estruturais - Escassez de recursos humanos

### **Limitações de sistema**

A dimensão “Constrangimentos” reúne a categoria e subcategorias que refletem as limitações identificadas pelos EEER no acompanhamento de pessoas submetidas a AA, tanto em contexto pré como pós-operatório. Dentro desta dimensão, a categoria “Limitações do Sistema” subdivide-se em duas subcategorias principais: “Limitações estruturais” e “Escassez de recursos humanos”.

#### Limitações estruturais

Esta subcategoria refere-se aos obstáculos físicos e logísticos que dificultam a continuidade e eficácia dos cuidados de reabilitação, nomeadamente em contexto domiciliário. Estas limitações foram mencionadas pelos participantes em situações de preparação da alta hospitalar e adaptação do domicílio no pré e pós-operatório.

*“As barreiras arquitetónicas e as ajudas técnicas, normalmente, só são adquiridas após a nossa visita, que às vezes poderá acontecer 24 horas após a alta. Mas são estas demoras que dificultam a recuperação funcional. (...) Recebemos apenas o processo, sem parecer médico com indicações como: ‘Pode retirar a canadiana?’, ‘Pode iniciar carga total?’. Se houvesse uma enfermeira de reabilitação presente no dia da consulta, que pudesse avaliar o doente, isso seria uma mais-valia.” (P4 do FG1); “Sou um adepto da ECCI, mas a burocracia atual complica muito aquilo que queremos efetivamente fazer. (...) Gerir melhor os nossos utentes e evitar que fiquem tempo demais à espera, comprometendo a janela terapêutica. (...) “Esta visão da sustentabilidade é fundamental. Trabalhamos bem inicialmente, mas depois acabamos por não manter os ganhos ao longo do tempo.” (P2 do FG2); “Literalmente, muitas vezes esse pré-*

*operatório falha, não por nós, mas porque as coisas estão instituídas dessa forma, e depois, no pós-operatório, temos de começar tudo do zero.”* (P6 do FG2)

### Escassez de recursos humanos

Esta subcategoria evidencia as dificuldades associadas à falta de profissionais, nomeadamente EEER, que condicionam a resposta eficaz às necessidades das pessoas submetidas a AA. Estas limitações foram reportadas pelos participantes em contextos de internamento hospitalar, a preparação da alta e seguimento em ECCI.

*“Quando nós chegamos, temos de intervir o mais rápido possível, mas também temos limitações com o número de vagas disponíveis nas ECCI, e isso é complexo.”* (P4 do FG1); *“Eu não sei se o contexto atual permite, neste momento, designar um colega que seja responsável por casos.”* (P5 do FG1); *“Enfrentamos dificuldades para operacionalizar isso, sobretudo devido à carga burocrática que a ECCI acarreta.”* (P2 do FG2); *“Às vezes, o número de doentes é enorme, os cuidados de reabilitação muitas vezes não chegam para darmos o tempo de que os doentes necessitariam.”* (P4 do FG2)

De forma global, os relatos identificam “Constrangimentos”, quer estruturais quer ao nível dos recursos humanos, que representam obstáculos significativos à reabilitação plena da pessoa submetida a AA. A inexistência de avaliação domiciliária sistemática e a aquisição tardia de ajudas técnicas, associadas à escassez de profissionais disponíveis, comprometem a segurança da transição de cuidados e podem atrasar ou limitar os ganhos funcionais esperados no processo de reabilitação destas pessoas.

Assim, estes constrangimentos podem-se constituir como barreiras estruturantes que afetam negativamente a transição de cuidados, apontando para a necessidade urgente de reforço de recursos e reorganização das práticas de preparação da alta.

## 4-Discussão

Este estudo revelou as percepções dos EEER sobre o processo de capacitação da pessoa submetida a AA. As narrativas dos participantes descrevem, de uma forma clara uma diversidade de aspetos relacionados ao cuidar, distribuídos entre as diferentes fases do processo, confirmando a flexibilidade e a capacidade de adaptação destes profissionais às necessidades específicas destas pessoas ao longo do percurso de reabilitação, sendo significativo o contributo do EEER no desenvolvimento da capacidade das pessoas para integrarem de forma fluida o processo de reabilitação no seu dia a dia (Lourenço et al., 2021).

A percepção dos EEER neste estudo evidenciou que a capacitação da pessoa com AA deve ser iniciada no período pré-operatório, contemplando a avaliação das condições habitacionais, a identificação de barreiras arquitetónicas, a transmissão de informação acerca do procedimento cirúrgico e o esclarecimento de dúvidas, bem como a utilização de auxiliares de marcha e a identificação das ajudas técnicas necessárias no período pós-cirúrgico. A educação pré-operatória contribui para a satisfação da pessoa e do cuidador relativamente aos cuidados de enfermagem prestados e para a redução da ansiedade perante o desconhecido, uma vez que todas as dúvidas são esclarecidas, preparando a pessoa para a cirurgia e para o processo de reabilitação (Nicolau et al., 2022).

O nível de consciencialização da pessoa submetida a AA acerca das limitações impostas pela cirurgia e do próprio processo de reabilitação, assim como a motivação e envolvimento para o mesmo, são cruciais á obtenção de ganhos, sendo fundamental o desenvolvimento e implementação de programas de ER iniciados precocemente (Lourenço et al., 2021). A este respeito, Ibrahimoglu et al. (2022) afirma que a garantia da melhoria de cuidados de enfermagem no período pré-operatório produz um efeito positivo no pós-operatório, aumentando os níveis de conforto da pessoa.

A AA surge como uma solução eficaz no tratamento da pessoa com coxartrose, quando a abordagem conservadora falha, proporcionando alívio da dor, recuperação da função e melhoria da qualidade de vida, processo no qual o EEER tem um papel central, de acordo com os participantes neste estudo. Esta perspetiva é corroborada por Nicolau et al. (2022) e Bergman et al. (2025) quando referem que a eficácia desta intervenção cirúrgica depende em larga medida do acompanhamento especializado, sobretudo quando suportado em programas

estruturados de intervenção da ER. Estes programas, ao centrarem-se na educação, capacitação para o autocuidado e recuperação funcional, assumem um papel essencial nas fases pré e pós-operatória, incluindo a reeducação respiratória e reabilitação motora (mobilizações isométricas e isotónicas dos membros inferiores, transferências para a cama e cadeira, e treino de marcha com auxiliares de marcha) (Nicolau et al., 2022). Diferentes estudos confirmam que intervenções educativas que se mantêm ao longo de todo o período perioperatório, centrando-se na transmissão de informação relativa ao procedimento cirúrgico, às alterações no autocuidado e ao ensino da mobilização precoce das técnicas de transferência, da marcha e do treino seguro das AVD, promovem maior satisfação da pessoa e da família, reduzem o risco de luxação e facilitam o processo de reabilitação (Nicolau et al. 2022), o que está alinhado com os achados deste estudo.

O treino funcional e a reabilitação motora foram assumidos como um foco principal para otimizar a capacidade funcional de cada pessoa submetida a AA, por meio de exercícios específicos. Esta abordagem visa melhorar a perceção do corpo em movimento (consciência sinestésica) e o controlo motor. De igual forma, Stocco (2017), realça o foco no equilíbrio muscular, estático e dinâmico, contribuindo para a prevenção de lesões e para a melhoria da eficácia dos movimentos, considerando que, para além dos benefícios neuromusculares e aeróbicos, o treino funcional também promove qualidades como a agilidade e a coordenação motora, fundamentais para a execução eficiente e autónoma das AVD.

O estudo de Mirt et al. (2022) apresenta um protocolo inovador de reabilitação domiciliária precoce após AA, focado no fortalecimento muscular e treino sensório-motor, com o objetivo de melhorar os resultados funcionais aos três meses e um ano pós-cirurgia. A proposta baseia-se em estratégias acessíveis e padronizadas, com suporte audiovisual e supervisão mínima, o que a torna especialmente relevante para a prática clínica atual, marcada pela necessidade de promover reabilitação segura, eficaz e economicamente sustentável. Tal vai ao encontro da perceção dos participantes deste estudo, que salientam como essencial a disponibilização de informação relativa aos cuidados a adotar e à prevenção de complicações, através da utilização de vídeos e panfletos demonstrativos sobre o procedimento cirúrgico, os exercícios de reabilitação, ajudas técnicas e os cuidados a ter com a prótese.

No atual estudo o treino de marcha destaca-se como a dimensão mais valorizada pelos EEER. Esta prática é reconhecida não só como um processo técnico, mas também como um marco emocional e funcional para as pessoas submetidas a AA, representando um símbolo da recuperação da autonomia. A marcha é vista como critério determinante para a alta hospitalar,

promovida desde o internamento, através de estratégias progressivas e individualizadas, com utilização adequada de auxiliares de marcha. Nesta perspetiva, o fortalecimento muscular é reconhecido como essencial, mas muitas vezes entendido como um meio para atingir o fim funcional da marcha (Winther et al., 2020). A este respeito, Mirt et al. (2022) descrevem componentes fundamentais para a reabilitação pós cirurgia, nomeadamente, o treino de força precoce em contexto domiciliário como sendo essencial para o treino de marcha desde as fases iniciais, valorizando os ganhos musculares e, sobretudo, a funcionalidade percebida e a autonomia na locomoção.

Uma revisão sistemática desenvolvida por Konnyu et al. (2023) que sintetizou evidência sobre programas de reabilitação após ATA, revelou que os cuidados-padrão para adultos submetidos a AA incluem reabilitação com o objetivo de otimizar a função pós-operatória, reduzir a dor e restabelecer a capacidade para as atividades da vida diária. No entanto, a heterogeneidade dos programas de reabilitação, com diferentes componentes, intensidades, frequências, profissionais e cenários, dificulta a identificação clara de quais intervenções específicas são mais eficazes.

Ao articular as evidências de Konnyu et al. (2023) com os resultados do presente estudo, emerge o papel crucial do ensino à pessoa no percurso cirúrgico e reabilitativo da AA. Este ensino, valorizado pelos EEER, ocorre em todas as fases do processo: pré-operatório, internamento e pós-alta, sendo uma ferramenta fundamental para capacitar a pessoa e promover a sua autonomia. O ensino realizado no período pré-operatório facilita, de forma antecipada, a adesão à reabilitação e reduz a ansiedade, permitindo que estas pessoas se sintam mais informadas e envolvidas no processo de reabilitação. A capacitação envolve não só conhecimentos técnicos, mas também a promoção da autoconfiança para realizar tarefas diárias, prevenir complicações e retomar uma vida ativa. Estes resultados estão em consonância com o estudo desenvolvido por Konnyu et al. (2023) realçando que, mais do que definir qual o melhor protocolo técnico de reabilitação, é essencial reconhecer o papel do ensino estruturado, individualizado e contínuo como pilar central da reabilitação após AA. A intervenção educativa dos EEER constitui uma estratégia eficaz para promover melhores resultados funcionais e uma reintegração segura e autónoma.

A gestão da dor foi descrita pelos participantes como um aspeto fundamental para o processo de reabilitação da pessoa submetida a AA, o que é corroborado por Fabiano et al. (2024), quando afirmam que estratégias eficazes de controlo da dor para melhorar a adesão da pessoa à reabilitação pós-operatória, implementação de programas de educação pré-operatória

e suporte psicológico podem contribuir para uma melhor gestão da dor e, conseqüentemente, para uma recuperação mais eficaz após AA. A este respeito, Zhao et al. (2022) revela que as intervenções de enfermagem de reabilitação podem aliviar significativamente o edema e a dor, e promovem a reconstrução da autonomia dos doentes, possibilitando o início da mobilização o mais precocemente possível. A mobilização precoce constitui um elemento fundamental para a recuperação funcional da pessoa, além de contribuir para a prevenção de complicações tromboembólicas (Nicolau, 2022).

Como evidenciado pelos participantes, capacitar a pessoa submetida a AA e o cuidador é um processo complexo e multifacetado, que integra o conhecimento, a compreensão da informação, a tomada de decisão e a ação. Todavia, os saberes adquiridos neste processo são moldados pelos valores pessoais de cada indivíduo e transformam-se ao longo da vida, influenciados por aspetos sociais, culturais e literacia em saúde (Sousa & Carvalho, 2017). No contexto da ER, o cuidado é orientado por uma perspetiva holística. O enfermeiro desempenha um papel essencial na promoção da capacitação em saúde, uma vez que é o profissional que gere os cuidados prestados à pessoa. Devido à frequência e proximidade do contacto com o utente e a sua família, ao longo de diferentes etapas do ciclo de vida, os enfermeiros ocupam uma posição estratégica para ensinar e para promover a saúde (Stocco, 2017). Este facto evidencia a necessidade de uma intervenção verdadeiramente centrada na pessoa, sensível ao seu contexto e às suas necessidades, cuja finalidade é a melhoria contínua da prática dos EEER no acompanhamento da pessoa submetida a AA, tal como a perceção dos participantes neste estudo evidenciou.

A garantia da continuidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a AA, emergiu como fundamental, neste estudo, no entanto, é reconhecido que este processo representa um desafio não só para os profissionais, mas também para a própria pessoa e para a sua família. Isto está alinhado com o que refere Nunes (2020) que considera o regresso ao domicílio, após um internamento, uma fase de transição importante, com impacto direto no processo de reabilitação e reintegração na vida comunitária. Também Hladkowitz et al. (2023) salientam que transições pós-operatórias seguras, da pessoa submetida a cirurgia, devem assentar no desenvolvimento de intervenções que integrem a educação centrada na pessoa, desde o período pré-operatório até à alta hospitalar, bem como a disponibilização de recursos adaptados, a continuidade do acompanhamento, o suporte domiciliário ou virtual e o reconhecimento do papel desempenhado pelo cuidador informal.

Assim sendo, é crucial iniciar a preparação da alta o mais precocemente possível, o que facilita uma adaptação tranquila à nova realidade funcional e ao ambiente social envolvente. Idealmente, este processo deve começar ainda na consulta pré-operatória, sendo, posteriormente, ajustado aquando da admissão e continuamente adaptado durante o internamento, através de estratégias de ensino, treino e supervisão focadas nas AVD. Neste contexto, a alta hospitalar deve ocorrer apenas quando a pessoa demonstra competências adequadas para gerir, com autonomia ou com apoio (equipamentos ou familiares cuidadores), as tarefas do dia a dia (Lourenço et al., 2021).

O EEER desempenha um papel central e insubstituível na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas em processo de recuperação. Dotado de um elevado nível de conhecimentos clínicos, científicos e técnicos, este profissional concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados, ajustados às necessidades específicas e em constante mudança de cada pessoa (Portugal, Regulamento n.º 392/2019). Esta intervenção, ainda de acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (Portugal, 2019), é suportada por uma avaliação contínua dos problemas reais e potenciais de cada pessoa, vista como um todo num olhar holístico, possibilitando uma atuação antecipada e personalizada, com foco na promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação funcional. A capacidade de tomar decisões clínicas especializadas, aliada à experiência, permite ao EEER otimizar os recursos disponíveis, envolver a pessoa e a família no processo terapêutico e maximizar o potencial funcional de cada pessoa, de acordo com a sua singularidade, em diferentes contextos: hospitalar, domiciliário, comunitário ou institucional. Estes desideratos, são estão alinhados com a perceção dos participantes do estudo, quando afirmam que, o EEER contribui ativamente para a educação para a saúde, capacitando a pessoa a adotar comportamentos seguros, adaptativos e promotores de bem-estar no seu quotidiano, sendo igualmente um agente fundamental na reintegração social e profissional dos utentes com necessidades de reabilitação.

A monitorização dos ganhos de independência da pessoa submetida a AA constitui outro dos aspetos destacados pelos EEER participantes neste estudo. A quantificação desses ganhos em saúde revela-se fundamental para sustentar a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), o que está bem expresso no documento da OE (2016), que reúne vários Instrumentos de colheita de dados, que permitem a documentação dos Cuidados de ER, possibilitando fazer uma caracterização mais clara da condição de saúde da pessoa, sob a perspetiva da resposta humana às transições da dependência para a autonomia.

A necessidade de monitorização contínua e estruturada destaca-se como um eixo essencial do cuidado especializado, permitindo ao EEER exercer uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e promotora de resultados sustentáveis e significativos no tempo. Neste âmbito, destaca-se a importância da avaliação contínua e sistemática, sustentada no registo diário, na reavaliação constante e na comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar. Esta prática reflete o olhar atento do EEER, para garantir que os objetivos de reabilitação são atingidos de forma segura e ajustada às necessidades da pessoa submetida a AA.

Em consequência desta realidade, no momento da alta, o EEER tem a clara perceção do nível de capacitação da pessoa para realizar tarefas essenciais como levantar-se, caminhar com canadianas ou realizar a sua higiene. Estes são aspetos cuidadosamente monitorizados ao longo do internamento, sendo os progressos registados diariamente para garantir uma evolução segura da capacidade funcional de cada pessoa. Após a alta hospitalar, em contexto domiciliário ou em ECCI, a preocupação passa a centrar-se na sustentabilidade dos ganhos obtidos. De acordo com os participantes, manter os resultados alcançados requer o envolvimento da pessoa e do familiar cuidador, bem como de programas de manutenção estruturados e integrados nas UCC.

De acordo com o Regulamento nº 392/2019 (Portugal, 2019) o EEER reformula continuamente os objetivos, estratégias e projetos com base na análise dos resultados obtidos, assegurando uma resposta flexível e ajustada às necessidades emergentes da pessoa; integra as melhorias metodológicas na execução e monitorização dos programas de reabilitação, promovendo a sua eficácia e adequação ao contexto clínico e social; utiliza indicadores sensíveis à prática de ER para avaliar os ganhos em saúde nos âmbitos pessoal, familiar e comunitário, com enfoque na capacitação, autonomia e qualidade de vida da pessoa. Neste contexto, o EEER assume-se como um agente fundamental na gestão do processo de reabilitação, assegurando uma resposta holística, personalizada e orientada para resultados mensuráveis e sustentáveis, em linha com as exigências da prática de enfermagem especializada, tal como foi expresso neste estudo.

Num cenário de crescente complexidade dos cuidados, os participantes do presente estudo afirmam que o EEER é o elemento-chave na equipa multidisciplinar, o que é corroborado por Caetano et al. (2019), quando refere que a recuperação após a cirurgia é determinante para o aumento da qualidade de vida das pessoas em causa e deve ser realizada por uma equipa de saúde interdisciplinar, na qual o EEER desempenha uma função crucial. A articulação entre as equipas ao longo do processo de reabilitação foi descrita pelos participantes como essencial, na medida em que visa assegurar a integração e a continuidade dos cuidados.

Destacou-se, ainda, a elevada importância da comunicação entre os EEER, do registo rigoroso da informação e da articulação com a equipa multidisciplinar, salientando-se, em particular, a articulação com o Serviço Social.

As narrativas dos enfermeiros revelam evidências da eficácia de intervenções, apoio à pessoa e cuidador, não apenas na melhoria da função motora, mas também no bem-estar psicológico. Esta visão está em conformidade com a perspetiva da Teoria das Transições de Meleis, que considera a qualidade das relações interpessoais e o apoio social como determinantes para uma transição saudável (Meleis, 2012; Ribeiro et al, 2021).

A satisfação elevada das pessoas e familiares cuidadores reflete a importância de abordagens integradas que considerem as dimensões clínicas e as psicossociais do processo de reabilitação, o que se aproxima com o que é preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, em que o EEER deverá procurar uma constante empatia nas interações com o cliente, bem como o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (OE, 2018). O EEER, neste cenário, desempenha um papel central na facilitação da transição para casa, através da monitorização constante, educação terapêutica e suporte emocional, contribuindo para a adaptação da pessoa e da família às novas exigências funcionais, promovendo a continuidade dos cuidados e o empoderamento desta díade (Nicolau et al, 2022).

A análise dos dados obtidos neste estudo permitiu identificar dois grandes constrangimentos que condicionam a experiência dos EEER no acompanhamento de pessoas submetidas a AA: as limitações estruturais e logísticas e a escassez de recursos humanos. Estes constrangimentos, que emergem quer em contexto de internamento hospitalar quer no contexto comunitário, foram amplamente reconhecidos pelos participantes e encontram conformidade na literatura recente. A curta duração do internamento hospitalar revela-se comprometedora para a preparação adequada da pessoa submetida a AA para o regresso ao domicílio/comunidade, realidade igualmente documentada por Berkovic et al. (2023) e Liu et al. (2024). Por sua vez, Agnor et al. (2025) verificaram que a conjugação da educação/preparação pré-operatória e a reabilitação domiciliária melhorou significativamente os resultados funcionais da pessoa alvo dos cuidados. Contudo, no presente estudo, foi referenciado que a escassez de profissionais especializados limita a continuidade dos cuidados, o que corrobora as evidências do estudo de Pennestri et al. (2024).

Na globalidade, os resultados obtidos sustentam a necessidade de reforço de recursos humanos, de visitas domiciliárias e a integração de cuidados, tal como defendido por diversos

autores (Berkovic et al., 2023; Liu et al., 2024; Llombart-Blanco et al., 2024; Agnor et al., 2025).

A intervenção do EEER contempla a identificação de barreiras ao processo de reabilitação, valorização de pequenos progressos, ajuste contínuo do plano de cuidados de forma personalizada e criação de condições que promovam o sentimento de controlo da pessoa sobre a sua situação. Esta abordagem centrada na pessoa constitui um dos pilares distintivos da prática do EEER, o que reuniu consenso por parte dos entrevistados. No entanto, foi identificado um conjunto de constrangimentos que comprometem a eficácia da intervenção em contexto clínico, refletindo-se na continuidade dos cuidados como nos resultados em saúde. Estes constrangimentos, traduzidos em limitações estruturais e escassez de recursos humanos, incluem, de acordo com os participantes, as dificuldades de ordem física e logística, designadamente a ausência da avaliação domiciliária atempada, a aquisição tardia de ajudas técnicas e a falta de articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

Estas barreiras comprometem a operacionalização dos cuidados de reabilitação, sobretudo em momentos críticos como a preparação da alta hospitalar e a transição para o domicílio. Por sua vez, a escassez de recursos humanos, com especial destaque para a ausência de EEER em número suficiente, dificulta a implementação de planos de cuidados consistentes e adaptados às necessidades individuais de cada pessoa e família.

Esta limitação é relatada em todos os contextos profissionais, onde o número elevado de pessoas com necessidade de reabilitação, a carga burocrática e as condições organizacionais diminuem a sua margem de atuação. Na perceção dos EEER que integraram o estudo, a qualidade e eficácia da intervenção do EEER dependem não só das suas competências técnicas e relacionais, mas também de condições estruturais e organizacionais que sustentem a continuidade e personalização dos cuidados. Neste sentido, torna-se imperativo repensar a organização dos serviços e reforçar os recursos disponíveis, de modo a garantir uma resposta eficaz, segura e centrada na pessoa.

As limitações deste estudo relacionam-se com o reduzido número de participantes, o predomínio de indivíduos provenientes da mesma região de Portugal e o facto de a amostra não ser equivalente em todos os contextos profissionais. Em consequência disso, os dados poderão ter sido influenciados pelo contexto específico das organizações, limitando a transferibilidade dos resultados.

Os resultados deste estudo poderão dar um contributo importante para melhorar a intervenção ao nível da capacitação da pessoa submetida a AA, promovendo uma transição mais segura do hospital para o domicílio. Esta intervenção, alicerçada na articulação entre equipas hospitalares e comunitárias, revela-se fundamental para garantir a continuidade do processo de reabilitação e a maximização dos ganhos em saúde. De forma integrada, estes aspetos devem servir de base para a definição e implementação de políticas de saúde que possibilitem uma aplicação mais eficiente, consistente e sustentada deste tipo de intervenções nos diferentes níveis de cuidados.

No que concerne às implicações para a investigação, sugere-se a realização de estudos complementares que permitam comparar as perceções das pessoas submetidas a AA e dos respetivos cuidadores com as perceções dos EEER identificadas no presente estudo. Esta abordagem poderá contribuir para uma compreensão mais abrangente das necessidades, dificuldades e expectativas experienciadas ao longo do processo de reabilitação, permitindo validar e enriquecer os resultados obtidos. A triangulação de perspetivas poderá, assim, fundamentar a construção de modelos de intervenção mais ajustados à realidade dos cuidados e à experiência dos diferentes intervenientes.



## 5- Conclusão

Este estudo reuniu EEER pertencentes ao contexto hospitalar e contexto comunitário, com diferentes perspectivas e percepções relativas ao processo de capacitação da pessoa submetida a AA, dando contributos para a melhoria desse processo.

Considerando que o EEER tem como principal objetivo prestar cuidados especializados a pessoas ao longo de todas as fases da vida, em diferentes contextos clínicos, quer sejam agudos ou crónicos, a percepção destes profissionais realça o papel essencial do EEER na orientação e educação das pessoas submetidas a AA.

A percepção dos EEER participantes do estudo revelou que o processo de capacitação da pessoa submetida a AA envolve diversas dinâmicas, não estando, porém, isento a alguns constrangimentos. Uma das dinâmicas diz respeito ao desenvolvimento de uma intervenção personalizada, que inclui a preparação pré-operatória/visita domiciliária, o ensino dirigido à pessoa, treino funcional e de reabilitação motora, treino de marcha e monitorização dos ganhos. A gestão da dor, a avaliação e adaptação do domicílio, a utilização de ajudas técnicas, o envolvimento do cuidador, a transmissão de informação sobre cuidados e prevenção de complicações, a gestão da ansiedade, bem como a comunicação e articulação entre equipas, foram identificados como aspetos fundamentais na capacitação da pessoa, promovendo a continuidade de cuidados de qualidade.

Um programa de intervenção que inclua uma avaliação pré-operatória no domicílio da pessoa permite identificar adequadamente os dispositivos de suporte necessários, a percepção da pessoa sobre as suas capacidades e as características do próprio domicílio, de forma que o treino dos autocuidados seja realizado o mais próximo possível da realidade. O ensino dirigido à pessoa e ao cuidador deve integrar recursos verbais, escritos e visuais, sendo exemplificado sempre que possível. O acompanhamento após a alta revela-se de extrema importância, permitindo fornecer aconselhamento e esclarecer dúvidas, contribuindo para a prevenção de reinternamentos.

Os resultados deste estudo apontam que fatores como limitações estruturais e escassez de recursos humanos constituem obstáculos à capacitação da pessoa submetida a AA. A insuficiência de recursos humanos, a inexistência de programas de intervenção no período pré-

operatório e a curta duração do internamento hospitalar foram identificadas como limitações significativas na promoção da capacitação da pessoa, dificultando uma transição saudável nos cuidados de saúde.

A compreensão destas particularidades pode orientar os profissionais de saúde na implementação de intervenções mais ajustadas, pois permitem a capacitação da pessoa submetida a AA, aumentando o seu potencial funcional e facilitando a sua reinserção na sociedade.

## Referências Bibliográficas

- Agnor, B. K., Knio, Z. O., & Zuo, Z. (2025). Living alone predicts non-home discharge post elective hip arthroplasty: A matched-pair cohort study. *PLoS One*, *20*(1), e0316024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316024>
- Arslan, I. G., Damen, J., de Wilde, van den, Bindels, P. J. E., van der, Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Schiphof, D. (2022). Estimating incidence and prevalence of hip osteoarthritis using electronic health records: A population-based cohort study. *Osteoarthritis and Cartilage*, *30*(6), 843–851. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2022.03.001>
- Arthritis Foundation. (2023). *Future joint replacement procedures*. <https://www.arthritis.org/news/future-joint-replacement-procedures>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo*. (1a ed.). Edições 70.
- Bennell, K. L., Egerton, T., Pua, Y. H., Abbott, J. H., & Metcalf, B. (2015). Effectiveness of exercise-therapy and education for individuals with hip osteoarthritis prior to total hip replacement surgery: A randomized controlled trial. *Arthritis Research & Therapy*, *17*(131).
- Bergman, L., Holmgren, A. G., Nilsson, U., et al. (2025). The bumpy road to recovery: Older adults' experiences during the first year after hip replacement surgery – a longitudinal qualitative study. *BMC Geriatrics*, *25* (483). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06155-6>
- Berkovic, D., Moreira, M. W., Mulpur, P., et al. (2023). Safety and effectiveness of short-stay programs after hip and knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, *21* (235). <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03219-5>
- Caetano, D., Nunes, C., & Gonçalves, M. (2019). *Importância da continuidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação no domicílio*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *2*(1), 27–33.

- Cai, Y., Han, Z., Cheng, H., Li, H., Wang, K., Chen, J., Liu, Z. X., Xie, Y., Lin, Y., Zhou, S., Wang, S., Zhou, X., & Jin, S. (2024, May 7). The impact of ageing mechanisms on musculoskeletal system diseases in the elderly. *Frontiers in Immunology*, *15*, 1405621. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1405621>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma nº 014/2013, de 23 de setembro. *Artroplastia Total da Anca*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/artroplastia-total-da-anca.pdf>
- ERAS Society. (2023). ERAS® *Orthopaedics*. <https://erassociety.org/specialty/orthopaedics/>
- Fabiano, G., Rossi, P., Conti, A., & Bianchi, F. (2024). Patients' experience on pain outcomes after hip arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, *19*(1), 112. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10986127/>
- Freitas, L. (2017). *Reabilitação - A eficiência que faz a diferença*. Seção Regional da Região Autónoma da Madeira. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev\\_elvio\\_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf)
- Gonçalves, J., & Martins, R. (2023). A importância da reabilitação na Artroplastia da Anca. *NTQR - Nursing and Technical Quality Review*, *12*(2), 45–56.
- Gaspar, L., Loureiro, M., Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação-conceções e práticas* (pp.12-17). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Gul, R., Nazir, I., Imran Amirzada, M., Jahan, F., Naseer, F., & Ahmad Baig, T. (2024). Aging and synovial joint function: Changes in structure and implications for mobility. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1003866>
- Hebert, S. K., Filho, T. E., Xavier, R., & Pardini, A. G. (2017). *Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática*. (5th ed.). Artmed
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.
- Hladkowicz, E., Auais, M., Kidd, G., et al. (2023). “I can’t imagine having to do it on your own”: a qualitative study on postoperative transitions in care from the perspectives of older adults with frailty. *BMC Geriatrics*, *23*, 848. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04576-9>

- Ibrahimoglu, O., Gezer, N., Ogutlu, O., Polat, E. (2023). The relationship between perioperative care quality and postoperative comfort level in patients with hip replacement surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(1), 69–75.  
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.068>
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Estatísticas da Saúde 2023*. Acedido em 13 de abril 2025.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=66625391&PUBLICACOESTema=00&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=66625391&PUBLICACOESTema=00&PUBLICACOESmodo=2)
- Keny, C., Dillon, E. C., Russell, M. M., Colley, A., Yank, V., & Tang, V. (2024). “It’s incapacitated me in so many ways”: Older adults’ lived experience with postoperative symptoms at home after major elective surgery. *Annals of Surgery*, 279(5), 736–742.
- Konnyu, K. J., Pinto, D., Cao, W., Aaron, R. K., Panagiotou, O. A., Bhuma, M. R., Adam, G. P., Balk, E. M., & Thoma, L. M. (2023). Rehabilitation for Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 102 (1), 11-18. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000002007>
- Liu, H., Zhang, Y., & Wang, S. (2024). Predictive factors of discharge readiness after total hip replacement surgery: A cross-sectional study. *Frontiers in Medicine*, 11, 1405375.  
<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1405375>
- Llombart-Blanco, R., Mariscal, G., Barrios, C., Vera, P., & Llombart-Ais, R. (2024). MAKO robot-assisted total hip arthroplasty: A comprehensive meta-analysis of efficacy and safety outcomes. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 19(1), 698.  
<https://doi.org/10.1186/s13018-024-05199-5>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação-conceções e práticas* (pp.281-328). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5th Edition). London: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mirt, K., Strojnik, V., Kavcic, G., Trebse, R. (2022). Effects of early home-based strength and sensory-motor training after total hip arthroplasty: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 23, 929. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06779-8>
- Mori, C., Hageman, D., & Zimmerly, K. (2017). Nursing care of the patient undergoing an anterior approach to total hip arthroplasty. *Orthop Nurs*, 36(2), 124-130.  
<https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000326>
- Nicolau, C., Mendes, L., Ciríaco, M., Ferreira, B., Baixinho, C. L., Fonseca, C., Ferreira, R., & Sousa, L. (2022). Educational intervention in rehabilitation to improve functional capacity after hip arthroplasty: A scoping review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 656. <https://doi.org/10.3390/jpm12050656>
- Nunes, T. P. R. (2020). *Perceção do cliente quanto ao planeamento do regresso a casa pelo enfermeiro de reabilitação e nível de dependência* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/9c93ecfc-23f5-4ab6-9415-995424409bd9/download>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2020). *Guia orientador de boa prática de enfermagem de reabilitação: reabilitação cardíaca*. Cadernos OE. Acedido em:  
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2022). Regulamento n.º 613/2022. Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República: II série*, n.º 131 (8 julho).  
[www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Requisitos para prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito da prática de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/col%C3%A9gios/mcee-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o/publica%C3%A7%C3%B5es/>
- Paraliiov, A. T., Crăițoiu, Ș., Iacov-Craitoiu, M. M., & Mogoantă, L. (2024). Hip osteoarthritis – Clinical - Statistical study and surgical treatment. *Current Health Sciences Journal*, 50(2), 246–255. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.50.02.10>
- Paraliiov, A. T., Iacov-Craitoiu, M. M., Mogoantă, M. M., Predescu, O. I., Mogoantă, L., & Crăițoiu, Ș. (2023). Management and treatment of coxarthrosis in the orthopedic outpatient clinic. *Current Health Sciences Journal*, 49(1), 102–109.  
<https://doi.org/10.12865/CHSJ.49.01.102>
- Park, J. H., Lee, J. S., Lee, S. J., & Kim, Y. H. (2021). Low prevalence of radiographic hip osteoarthritis and its discordance with hip pain: A nationwide study in Korea. *Geriatrics & Gerontology International*, 21(1), 20–26. <https://doi.org/10.1111/ggi.14085>
- Pennestrì, F., Villa, S., & Bianchi, A. (2024). Predictive factors of inpatient rehabilitation stay and post discharge burden of care in orthopedic surgery. *Applied Sciences*, 14(24), 11993. <https://doi.org/10.3390/app142411993>
- Pereira, M., Santos, A., & Lima, C. (2023). Robotic-assisted hip arthroplasty: Advances and outcomes. *European Journal of Orthopaedic Surgery*, 29(4), 311–319.

- Pereira, S. R. M. (2021). *A intervenção da equipa de enfermagem de reabilitação nos utentes submetidos a artroplastia total do joelho/anca* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão]. Repositório.  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76384>
- Portugal, Lei n.º 15/2014. (2014, março 21). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1(57), pp. 2127-2131.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Portugal, Regulamento nº140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República* 2(26), pp. 4744-4750.  
<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 392/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* 2(85), pp. 13565-13568.  
<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Powers, B. K., Ponder, H. L., Findley, R., Wolfe, R., Patel, G. P., Parrish, R. H., & Enhanced Recovery Comparative Pharmacotherapy Collaborative. (2024). Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society abdominal and thoracic surgery recommendations: A systematic review and comparison of guidelines for perioperative and pharmacotherapy core items. *World Journal of Surgery*, 48(3), 509–523.  
<https://doi.org/10.1002/wjs.12101>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação-Conceções e Práticas* (pp. 48–57). Lidel-Edições Técnicas, Lda
- Sandiford, N., Kendoff, D., & Muirhead-Allwood, S. (2020). Osteoarthritis of the hip: Aetiology, pathophysiology and current aspects of management. *Annals of Joint*, 5.  
<https://doi.org/10.21037/aoj.2019.10.06>

- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T.,... & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26:35-44.
- Silva, L., Mendes, F., & Rocha, T. (2023). Protocolos ERAS na cirurgia ortopédica: Impacto na recuperação funcional. *Journal of Perioperative Nursing*, 18(3), 203–210.
- Sim, J., & Waterfield, J. (2019). *Focus group methodology: Some ethical challenges*. *Quality & Quantity*, 53, 3003–3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de Internamento e Ortopedia. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta
- Stewart, D. W. (2018). *Focus groups*. In B. B. Frey (Ed.), *The SAGE encyclopedia of educational research, measurement, and evaluation* (Vol. 2, pp. 687–692). Sage Publications.
- Stocco, M. R. (2017). *Treino funcional para idosos* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Londrina].
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Internacional Journal for Quality in Health Care*, 19 (6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Uteshiya Medicare. (2024). *Market forecast report for hip replacements from 2024 to 2030: The incredible role of robotics in hip replacement surgery*. <https://www.uteshiyamedicare.com/market-forecast-report-for-hip-replacements-from-2024-to-2030-the-incredible-role-of-robotics-in-hip-replacement-surgery/>
- Walsh, P. J., & Walz, D. M. (2022). Imaging of osteoarthritis of the hip. *Radiologic Clinics of North America*, 60(4), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2022.03.005>
- Winther, S. B., Foss, O. A., Klaksvik, J., Husby, V. S. (2020). Increased muscle strength limits postural sway during daily living activities in total hip arthroplasty patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(7), 608–612. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001382>

Zhao, X., Bai, R., & Yang, J. (2022). Effect of painless rehabilitation nursing for hip replacement patients. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022. 5164973. <https://doi.org/10.1155/2022/5164973>

## **Apêndices**



## Apêndice I – Proposta de procedimento para “Guia orientador de ensinos para a pessoa com artroplastia da anca”

30

### Guia Orientador de Ensinos para a Pessoa com Artroplastia da Anca

A área de intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa submetida a artroplastia da anca, surge como um meio que minimiza a incapacidade da pessoa, promovendo a sua adaptação futura através do desenvolvimento de novas capacidades e de aprendizagens de recursos que lhes permitam uma reintegração mais rápida no seu meio familiar/social, traduzindo-se assim em ganhos de saúde.

O presente guia tem como objetivo orientar o programa de ensino pós-operatório, à pessoa submetida a artroplastia da anca e pessoa de referência, no sentido de informar de forma adequada e promover a adaptação à sua vida social.

Os focos de enfermagem que compõe este ensino são as precauções de segurança – movimentos proibidos e cuidados anti-luxantes; posicionamentos; transferências; sentar-se; andar com auxiliar de marcha, autocuidado; sexualidade; prevenção de quedas; exercícios de mobilização muscular e articular e sinais de alarme.

#### 1. Precauções de segurança- movimentos proibidos e cuidados anti-luxantes

- Informar sobre complicações na articulação da anca (sinais de luxação da anca);
- Ensinar sobre movimentos proibidos que favorecem a luxação da anca, dependendo da abordagem cirúrgica:
  - Abordagem Posterior: evitar flexão superior a 90°, evitar adução e rotação interna da articulação coxofemoral;
  - Abordagem lateral ou antero-lateral: evitar hiperextensão, evitar rotação externa e adução da articulação coxofemoral.

#### 2. Posicionamentos

- Informar que no leito deve permanecer em decúbito dorsal ou decúbito lateral para o lado não operado;
- Instruir para prevenção de complicações:
  - Quando a pessoa está deitada na cama, em decúbito dorsal ou em decúbito lateral para o lado não operado, deve manter uma almofada entre os membros inferiores para evitar a adução;

31

- Em decúbito dorsal posicionar o membro inferior operado consoante as medidas antiluxantes segundo a via de abordagem cirúrgica;
- Quando a pessoa está sentada deve manter a abdução dos membros inferiores e evitar o cruzamento de pernas;
- Evitar movimentos luxantes;
- Durante as 8 semanas após a cirurgia deve descansar no leito pelo menos 1h durante o dia.

#### 3. Transferências

- Colher dados relativos aos dispositivos que a pessoa tem no domicílio e as suas características (tipo de cama, altura da cama e dispositivos de apoio para transferir-se);
- Informar sobre os dispositivos de transferência existentes no mercado que podem ser adquiridos (camas articuladas, tabuas de transferência, triângulos de apoio para camas);
- Ensinar, instruir e treinar a transferência da pessoa do leito para a cadeira:
  - A saída do leito deve ser efetuada pelo lado sã;
  - Em decúbito dorsal com flexão dos joelhos a 70°, com almofada entre eles, roda em bloco para o lado sã;
  - Mantendo a almofada entre os membros inferiores, arrasta os membros inferiores para fora da cama, simultaneamente, apoia o cotovelo do lado sã sobre o leito e passa à posição de sentado na beira da cama;
  - Manter o doente algum tempo sentado na beira da cama e verificar equilíbrio e propriocepção;
  - Ter uma cadeira preparada, à cabeceira, para receber o doente (rodar sobre o lado sã);
  - Se for uma cadeira de rodas, ou cadeirão com rodas verificar se está travada. A cadeira deve ser alta o suficiente para que a flexão da anca não exceda os 90°;
  - Ajudar a deslizar da cama para a posição de pé: apoiado no membro não operado. O pé do membro operado faz contacto com o chão, sem carga e roda sobre o membro sã e senta-se na cadeira;
  - Incentivar a fazer push-up ou a por em pé em intervalos regulares para exercitar o equilíbrio.

32

- Ensinar, instruir e treinar a transferência da pessoa da cadeira para a cama:
  - A entrada do leito deve ser realizada pelo lado sã;
  - Utilizam-se os mesmos passos da saída, mas em ordem inversa;
  - A cadeira deve ser colocada aos pés do leito (rodar sobre o lado sã).
- Informar a pessoa que deve dispor a cama no domicílio de forma a facilitar a saída pelo lado sã.

#### 4. Sentar-se

- Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação coxofemoral durante o sentar-se e levantar-se:
  - Utilizar sempre uma cadeira com apoio de braços;
  - Não cruzar as pernas;
  - Nunca sentar em cadeiras baixas em que a flexão da anca exceda os 90° (o joelho não pode ficar mais alto que a articulação coxofemoral);
  - Sempre que necessário deve colocar uma almofada para elevar o assento;
  - Ao levantar-se deverá ter ao alcance o meio auxiliar de marcha.
- Ensinar, instruir e treinar o sentar-se:
  - No caso de uma cadeira com braços, colocar a região poplíteica em contacto com a cadeira, colocar as mãos nos braços da cadeira mantendo o membro inferior operado em extensão e abdução. Com os membros superiores e com o membro inferior não operado, a pessoa vai deslizando até ficar sentado;
  - No caso de uma cadeira sem braços, a pessoa deve colocar-se de lado, com a face posterior do membro inferior em contacto com a cadeira, colocar uma mão nas costas da cadeira e outra no assento. Realizar extensão e abdução do membro inferior operado, baixar-se até ficar sentada na cadeira e rodar até que fique voltada para a frente.
- Ensinar, instruir e treinar o levantar-se:
  - Deverá sentar-se um pouco à frente na cadeira;
  - Manter a perna operada esticada;
  - Fazer força com os membros superiores apoiados nos braços da cadeira e no membro inferior sã.

33

#### 5. Andar com auxiliar de marcha

- Analisar com a pessoa o meio auxiliar de marcha mais adequado se o mesmo está disponível ou onde o poderão adquirir;
- Ensinar sobre o ajuste correto do meio auxiliar de marcha e condições de segurança (integridade do meio auxiliar de marcha, borrachas de apoio integras);
- Ensinar, instruir e treinar sobre andar com auxiliar de marcha em piso plano, subir e descer escadas;
- Ensinar a evitar rotações do membro intervencionado durante a marcha;
- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha:
  - Eliminar tapetes e passadeiras não aderentes ao chão;
  - Arrumar os móveis de forma a ter mais espaço para andar;
  - Retirar objetos soltos ou cabos do chão ou então colocar fita isoladora por cima;
  - Evitar pisos acidentados e irregulares;
- Ensinar a pessoa a:
  - Percorrer regularmente pequenas distâncias, não dar caminhadas longas;
  - Não permanecer por longos períodos de pé;
  - Deve controlar o peso corporal para evitar a sobrecarga da prótese da anca;
  - Deve manter a marcha com meio auxiliar de marcha até indicação médica em contrário.

#### 6. Auto-cuidado

##### a) Tomar Banho

- Analisar com a pessoa os dispositivos de apoio para tomar banho que tem no domicílio e o que precisa de ser melhorado;
- Instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para tomar banho:
  - Na parede ou na banheira devem existir dispositivos de segurança aos quais a pessoa se possa agarrar para evitar escorregar ou cair;
  - A existência de esponja de cabo longo evita alguns movimentos luxantes.
- Ensinar, instruir e treinar sobre prevenção de complicações na articulação coxofemoral durante o tomar banho:

34

- O ideal, sempre que possível, usar polibã. Instruir a pessoa a sentar-se num banco alto ou cadeira de banho segura e resistente à água. A existência de pelo menos uma barra de apoio fixa na parede é importante;
  - Quando apenas existe banheira, deve colocar-se uma tábua ou cadeira que permita a pessoa sentar-se, e posteriormente, transferir os membros inferiores para dentro da banheira, a pessoa deve manter o membro inferior operado em extensão e abdução;
  - Utilizar tapete anti-derrapante na banheira/polibã.
  - Ensinar sobre adaptação ao domicílio.
- b) Vestir-se e despir-se**
- Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e a autonomia para vestir-se e despir-se;
  - Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivos de apoio e prevenção de complicações:
    - Para vestir os membros inferiores, a melhor estratégia é a utilização de pinças de cabo longo, pois facilitam o vestir com o mínimo de flexão;
    - Para vestir as calças deve vestir primeiro o membro operado e para despir-se deve despir primeiro o membro são;
    - Para o ato de calçar, a melhor estratégia é a calçadeira de cabo longo;
    - Utilizar sapatos sem atacadores idealmente com velcro, com salto baixo e largo, sola rígida e antiderrapante e ajustados ao pé.
- c) Usar o Sanitário**
- Analisar com a pessoa os dispositivos de apoio para o sanitário que tem no domicílio e o que precisa de ser melhorado;
  - Instruir sobre dispositivos de apoio para usar o sanitário:
    - As sanitas baixas aumentam o risco de luxação da prótese da anca, motivo pelo qual é aconselhado o uso de um alteador de sanita;
    - A presença de barras laterais, proporcionam um apoio semelhante à cadeira de braços;
  - Ensinar sobre adaptação ao domicílio.
- d) Outras AVD's**

35

**Entrada e saída de carros**

- Para entrar no carro a pessoa deve sentar-se com os membros inferiores da parte de fora e de seguida rodar os membros para dentro do carro, mantendo o membro operado em extensão e abdução. Para sair do carro deve rodar os membros inferiores para fora, de preferência com almofada no meio dos membros, e posteriormente levantar-se do banco. É aconselhado a utilização de uma almofada no banco do carro de modo a evitar a flexão coxofemoral acima dos 90° (evitar que o joelho esteja acima da anca);
- Informar que não deve fazer viagens prolongadas;
- Informar que só deve voltar a conduzir após recomendação do médico assistente.

**Apanhar objetos do chão**

- Para apanhar objetos do chão, a pessoa deve usar os membros superiores para se apoiar num objeto sólido e imóvel e deve realizar:
  - Flexão do joelho do membro operado e flexão coxofemoral do membro são;
  - No caso de a abordagem cirúrgica ter sido postero-lateral, colocar o membro inferior operado em hiperextensão e fletir o membro inferior contralateral.

**Outras recomendações**

- Não devem ser administradas injeções intramusculares do lado da artroplastia da anca;
- Não deve fazer tratamentos de electroterapia;
- Não transportar pesos excessivos.

**7. Sexualidade**

- Informar que as relações sexuais só devem ser retomadas 6-12 semanas depois da cirurgia, de preferência após a primeira consulta e após confirmação com o Médico Ortopedista;
- Informar que a pessoa deve preferir posições que evitem os movimentos luxantes.

**8. Prevenção de quedas**

- Informar sobre medidas de prevenção de quedas:

- Utilização de calçado fechado com sola antiderrapante;
- Iluminação adequada: ter interruptor junto à cama e iluminar bem os espaços;
- Utilizar cadeiras ou sofás altos com apoio de braços;
- Colocar corrimão nas escadas e barras de apoio no wc;
- Desimpedir passagens;
- Tomar banho sentada;
- Evitar chão molhado;
- Evitar fios, cabos e pequenos objetos espalhados pelo chão.

#### 9. Exercícios que pode realizar no domicílio (exercícios de fortalecimento muscular e mobilização articular)

- Ensinar, instruir e treinar os exercícios de fortalecimento muscular e mobilização articular, que foram realizados ao longo do internamento:
  - Exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos flexores da anca;
  - Exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos extensores da anca;
  - Exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos abdutores da anca;
  - Mobilização articular da tibiotársica, joelho e coxofemoral na posição de deitado, sentado e em pé;
  - Realização da Ponte.
- Informar que deve realizar estes exercícios 3 vezes por dia e após cada sessão deve aplicar gelo local.

#### 10. Sinais de alarme

- Informar sobre os sinais de alarme que devem ser comunicados ao médico assistente, tais como: dor intensa, alteração da cor da pele, alteração da sensibilidade, alteração da temperatura da pele, membro edemaciado, encurtamento do membro operado, rotação exagerada e quedas.

#### 11. Disponibilização e material informativo

- Disponibilizar material informativo existente no serviço, tais como: “Artroplastia da Anca – Cuidados no Domicílio”; “Artroplastia da Anca – Exercícios de Reabilitação no Domicílio”; “Sexualidade – Prótese da Anca no Homem”; “Sexualidade – Prótese da Anca na Mulher”.

### Referências Bibliográficas

- Kisner, C & Colby, L.A. (2015). *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas* (6ªed.). Editora Manole, Ltda.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia orientador de boas práticas: Requisitos para prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito da prática de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/col%C3%A9gios/mcee-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o/publica%C3%A7%C3%B5es/>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*. 1ª Edição. LIDEL.

## **Apêndice II – Proposta de procedimento para “Intervenção do EEER na pessoa com hidrocefalia de pressão normal”**

### **Introdução**

A Hidrocefalia de Pressão Normal (HPN) é uma doença neurológica, caracterizada pela progressão da apraxia da marcha, alterações cognitivas e incontinência urinária (conhecida como síndrome de Hakim-Adams), associada à ventriculomegália (detetada radiologicamente) e pressão normal do líquido cefalorraquidiano (LCR). A HPN foi reconhecida pela primeira vez na década de 1960 por Hakim & Adams (1965), que observaram demência progressiva, alterações na marcha e dilatação do sistema ventricular. A HPN idiopática manifesta-se predominantemente entre a sexta e a sétima década de vida, embora também pode ocorrer em indivíduos jovens (Modesto & Pinto, 2019).

A implantação de um sistema de derivação liquórica mediante intervenção cirúrgica é a medida terapêutica mais utilizada para a HPN. É realizada para aliviar o excesso de LCR no interior do sistema ventricular e tem demonstrado importantes benefícios. Diferentes tipos de derivação liquórica são utilizados, porém o mais comum é a DVP (Derivação Ventriculo-Peritoneal), mediante a utilização de um cateter unidirecional (craniocaudal), que comunica os ventrículos cerebrais com a cavidade peritoneal, onde o excesso de LCR é drenado. A eficácia da DVP varia entre 33% e 90% (Pereira et.al., 2012).

Segundo o estudo de Nikaido et.al. (2021) o tratamento da HPN visa, principalmente, restaurar a capacidade funcional da pessoa, sendo que são significantes as melhorias na marcha e na função do equilíbrio imediatamente após desvio do LCR por DVP.

As manifestações causadas pela HPN comprometem diretamente a qualidade de vida, principalmente a autonomia da pessoa, mas é importante ressaltar que, na maioria dos casos, é reversível com o tratamento adequado, com a combinação entre intervenção cirúrgica e reabilitação (Modesto & Pinto, 2019).

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas maximizando o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência

acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Portugal, Regulamento n.º 392/2019).

O EEER pode e deve atuar no âmbito desta patologia, com os objetivos de promover a independência, a máxima satisfação da pessoa, melhorar a qualidade de vida, as atividades da vida diária, a funcionalidade e a autoestima das pessoas com HPN, submetidas ou não a DVP.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação II - Estágio de Neurologia Traumática, foi elaborado um programa com a intervenção do EEER à pessoa com HPN para o Serviço de Neurocirurgia da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões.

## **1-Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Hidrocefalia de Pressão Normal**

A HPN é uma patologia caracterizada pela tríade sintomática de comprometimento da marcha e do equilíbrio, comprometimento cognitivo subcortical e incontinência urinária, associada ao aumento dos ventrículos cerebrais sob pressão normal do LCR. A melhoria da tríade sintomática, após a colocação de uma derivação do LCR, constitui a característica proeminente da síndrome (Passaretti et.al., 2023).

A pessoa com HPN apresenta incapacidade de realizar uma sequência de movimentos e pode necessitar de algum apoio para caminhar ou ser incapaz de realizar a marcha. Dificuldades como tarefas do dia a dia, como cuidar da higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou mesmo caminhar, costumam aparecer lentamente no início da doença, quando os movimentos ficam mais lentos e o equilíbrio fica prejudicado (Modesto & Pinto, 2019).

No estudo de Nikaido et.al. (2019), a combinação de idade avançada com a deterioração da função do equilíbrio dinâmico em pessoas com HPN traduz um elevado risco de queda, sendo essencial implementar estratégias de prevenção.

A HPN é uma doença insidiosa que acomete, principalmente, idosos. É uma das poucas causas reversíveis de demência, correspondendo a 5% dos casos de demência. A pessoa perde o estímulo para realizar atividades, fica desmotivada e geralmente evita atividades sociais (Pereira et.al., 2012).

Para além da intervenção cirúrgica, de acordo com Nikaido et.al. (2023), os efeitos da reabilitação podem facilitar a recuperação das funções da marcha, do equilíbrio e reduzir a incidência de quedas, portanto um programa de reabilitação à pessoa com HPN traduz a melhoria da sua capacidade e a funcionalidade.

O papel da reabilitação é importante e salientado por Modesto & Pinto (2019), visa a recuperação do estado funcional anterior à doença da pessoa com HPN, quer num acompanhamento da patologia ou no período pós-cirúrgico após colocação de DVP, com o objetivo de melhorar o padrão da marcha, a qualidade de vida, as atividades da vida diária, o equilíbrio estático e dinâmico e o risco de quedas.

A reabilitação deve ser multidisciplinar e deve ir de encontro às limitações e manifestações clínicas, com enfoque para a marcha atáxica, perda de equilíbrio, alterações cognitivas e incontinência urinária, pelo que foi elaborado um plano de reabilitação de enfermagem com intervenções que visam o foco de enfermagem movimento corporal, equilíbrio corporal, défice cognitivo e autocontrolo da continência urinária.

### 1.1- Movimento Corporal

O objetivo da reabilitação motora é melhorar a amplitude de movimentos ativos e passivos, melhorar a marcha, facilitar atividades da vida diária, como transferências, proporcionar mais consciência corporal e fortalecer os membros superiores e inferiores (Modesto & Pinto, 2019).

#### **Processo Diagnóstico:**

Movimento corporal comprometido: alterações na mobilidade dos membros superiores e inferiores associada à HPN, diminuição da força muscular e diminuição da mobilidade articular. Podem ser utilizados instrumentos de apoio à tomada de decisão, tais como, Medical Research Council Muscle Scale e Goniometria (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

#### **Planeamento de intervenções:**

Intervenção do EEER na reabilitação motora:

- Executar, ensinar, instruir e treinar exercícios realizados com a pessoa deitada:
  - Mobilizações articulares passivas, ativas e ativas-resistidas com enfoque na articulação do joelho e tibiotársica;
  - Exercícios de alongamento de costas e glúteos: realizar flexão da anca e puxar as duas pernas em direção ao abdómen, segurando-as firmemente por 20 segundos mantendo a região cervical relaxada;
  - Exercícios de alongamento da região lateral do tronco: realizar dissociação da cintura escapular e pélvica;

- Exercícios de adução e abdução dos ombros em simultâneo, mantendo em extensão os cotovelos;
- Exercícios de fortalecimento de braços e pernas: elevar o braço direito e a perna esquerda tocando com o braço no joelho;
- Executar, ensinar, instruir e treinar exercícios realizados com a pessoa de pé:
  - Exercícios de mobilização da articulação tibiotársica com resistência (ex: faixa elástica);
  - Exercícios de alongamento de braços e pernas: de frente a uma parede, elevar os braços esticando-se o máximo possível, e elevar os calcâneos ficando na ponta dos pés;
  - Exercícios de treino de força muscular dos membros inferiores;
  - Treino de correção postural;
  - Exercícios de treino de sentar e levantar;
  - Treino de marcha e caminhada com cinto de pesos.

### **Avaliação das Intervenções:**

A monitorização das amplitudes articulares e da força muscular permitem avaliar a evolução nos movimentos dos membros superiores e inferiores. O conhecimento e a capacidade de a pessoa executar os exercícios musculares e articulares também devem ser avaliados.

## 1.2- Equilíbrio e Capacidade para Andar

Alterações da marcha e do equilíbrio são sintomas relevantes porque aumentam o risco de quedas. Instabilidade do equilíbrio da marcha e disfunção do equilíbrio dinâmico estão associadas ao risco de quedas para a pessoa com HPN. De acordo com Nikaido, et.al. (2023) o treino de equilíbrio pode facilitar a recuperação das funções de marcha e equilíbrio e reduzir a incidência de quedas entre utentes com HPN, excluindo casos mais graves. Portanto a pessoa com HPN deve ter um plano de reabilitação adequado à sua condição.

Para os autores Modesto & Pinto (2019), Nikaido et.al. (2023) e Ribeiro (2021), o treino de equilíbrio é essencial para controlo postural na marcha, sendo que a reabilitação tem um papel crucial.

### **Processo Diagnóstico:**

Equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé comprometido: alterações do equilíbrio, capacidade para manter o controlo postural e a simetria corporal quando sentado sem apoio, capacidade para manter controlo postural, estabilidade e manter-se na posição de pé e capacidade de realizar marcha sem apoio com controlo postural. Podem ser utilizados instrumentos de apoio à tomada de decisão, tais como, Escala de Equilíbrio de Berg e Timed Up and Go (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

### **Planeamento de intervenções:**

Intervenção do EEER no treino de equilíbrio:

- Executar, ensinar, instruir e treinar equilíbrio estático sentado:
  - Correção da postura com a pessoa sentada;
  - Equilíbrio estático sentado: colocar a pessoa sentada, com apoio total dos pés no chão, pedir que cruze os membros inferiores, entrelaçando as mãos e colocando-as abaixo do joelho de modo a bloquear a posição;
  - Equilíbrio sentado com transferência de peso para os braços: com a pessoa sentada na cama, segurar os membros superiores e posicioná-los em extensão para trás do corpo sobre a cama, de modo que os braços suportem o peso do tronco com cotovelos em extensão e mãos abertas sobre o colchão, podendo incentivar-se a transferência de peso de um membro superior para o outro;
- Executar, ensinar, instruir e treinar equilíbrio dinâmico sentado:
  - Equilíbrio dinâmico sentado – carga no cotovelo com facilitação cruzada: com a pessoa na transição de sentado, com o apoio dos pés no chão, pedir que lateralize o tronco para o outro lado, apoiando o peso no cotovelo contrário e associar alternância de peso de uma anca para a outra. Associar este exercício à facilitação cruzada, solicitando à pessoa que com a mão vá de encontro à mão do EEER, realizando movimentos de flexão, extensão e lateralização do tronco;
  - Equilíbrio dinâmico sentado com recurso a bola: com a pessoa sentada na bola, com apoio dos pés no chão, solicitar que faça pequenos deslizamentos para a frente e para trás;
- Executar, ensinar, instruir e treinar equilíbrio estático de pé:
  - Com a pessoa apoiada com os membros superiores na parede ou barra da cama, pedir que levante o pé e o joelho o mais alto que puder alternadamente;
  - Com a pessoa apoiada com apenas um dos braços na parede ou barra da cama, pedir que fique de pé, e realizar flexão do joelho e anca do mesmo lado do apoio de braço e levantar a mão oposta. Quando o doente apresentar mais

equilíbrio e coordenação, este exercício poderá ser realizado sem apoio dos membros superiores, levantar um dos joelhos e bater com a mão oposta nesse joelho;

- Executar, ensinar, instruir e treinar equilíbrio dinâmico de pé:
  - Equilíbrio dinâmico em pé com alternância unipodal: traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize essa distância em bicos de pés;
  - Treino proprioceptivo com recurso a tábua de Freeman;
  - Treino de propriocepção: colocar um colchão no chão pedir à pessoa que entrelace as mãos, olhar em frente e realizar marcha, o EEER deve acompanhar o percurso e se necessário corrigir a postura;
  - Marcha com contorno de obstáculos e em forma de oito, colocando obstáculos tipo cones separados aproximadamente 1,5m de distância. Este tipo de marcha compreende a combinação de rotação da cabeça e do corpo e promove a diminuição de medo de cair. Dificuldade na rotação é uma perturbação da marcha associada à HPN;
  - Equilíbrio dinâmico com mudança de rotação: a pessoa começa sentada, levanta-se e inicia marcha em forma circular contornando um obstáculo e volta a sentar;
  - Treino de marcha alternando aceleração e desaceleração a cada 10 passos: a instabilidade postural da aceleração-desaceleração durante a marcha é uma perturbação da marcha associada HPN;
  - Treino de marcha em “tandem”: traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize marcha com os calcanhares e os dedos dos pés juntos, inicialmente a pessoa pode apoiar-se num corrimão e posteriormente sem apoio. A dificuldade com a marcha em “tandem” é um distúrbio da marcha associada à HPN, a instabilidade postural lateral pode ser responsável por passos mais largos que o EEER deve corrigir.

### **Avaliação das Intervenções:**

A utilização dos instrumentos anteriormente mencionados permitirá objetivar os ganhos no equilíbrio estático e dinâmico. A capacidade para andar e suportar o próprio corpo de pé, em posição equilibrada. A evolução positiva na consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio será importante para o envolvimento da pessoa.

### 1.3- Déficit Cognitivo

A deterioração neuropsicológica tem sido descrita como uma das manifestações clínicas da HPN. As funções de marcha e dos esfíncteres apresentam melhoria precoce após DVP, as funções cognitivas apresentam efeitos positivos mais lentamente. Benejem et al. (2005) citado por Tertuliano (2023) observaram melhoras importantes da cognição dos pacientes aos doze meses após a cirurgia. Alguns autores defendem que as melhoras cognitivas ocorrem ainda ao longo do segundo ano pós-cirúrgico. Cerca de 80% dos pacientes submetidos a DVP não retornam ao padrão cognitivo inicial (Hellström et al, 2008 citado por Tertuliano, 2023), devido a outras causas de demência.

O déficit cognitivo associado à HPN é caracterizado por um progressivo déficit das funções dependentes das áreas subcortical e frontal, que se manifestam como atraso psicomotor, diminuição da atenção e concentração, disfunção visual e espacial, bem como alteração de memória. As funções executivas são afetadas, mais precocemente, no curso da doença e alterações corticais tais como agnosias, apraxias e distúrbios da linguagem que, embora sejam raros, também podem ocorrer (Eide & Brean, 2006 citado por Tertuliano, 2023). Distúrbios de comportamento também foram relatados, associados à HPN, tais como depressão, mania, agressividade, distúrbio obsessivo-compulsivo, psicoses, incluindo paranoia, alucinações e distúrbios do controle de impulsos (Pereira et al., 2012).

#### **Processo Diagnóstico:**

Deve ser considerada avaliação neurológica, alterações da consciência, alterações da orientação da pessoa, tempo e espaço, alterações na memória e atenção. Podem ser utilizados instrumentos de apoio à tomada de decisão, tal como, Mini-Mental State Examination.

#### **Planeamento de intervenções:**

Com o objetivo de diminuir os défices e aumentar as capacidades da pessoa com alterações cognitivas, Hoemen (2008) descreve as intervenções do EEER numa fase de internamento aguda:

- Promover a função cognitiva:
  - Identificar e avaliar o estado cognitivo atual com o instrumento de avaliação Mini-Mental State Examination;
  - Facilitar a orientação para a realidade (no contexto espaço e tempo);

- Falar em termos concretos, evitar termos abstratos;
- Rotular itens do ambiente, para promover o reconhecimento;
- Promover a tomada de decisões:
  - Permitir que a pessoa faça escolhas nos cuidados diários;
  - Ajudar a pessoa a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa;
  - Encorajar a pessoa a tomar decisões acerca de si e dos seus cuidados;
  - Providenciar problemas simples que possam ser controlados (ex. jogos de cartas, escolha de refeições);
  - Aumentar gradualmente a complexidade das tarefas (ex. planeamento de atividades de vida diárias);
- Promover o controlo apropriado de pensamentos:
  - Monitorizar as afirmações do doente acerca de si mesmo;
  - Providenciar experiências que promovam autonomia;
  - Ajudar a pessoa a identificar respostas positivas de outros;
  - Identificar o comportamento inapropriado do doente quando ocorrer. Se o doente não conseguir identificar o comportamento inapropriado, o EEER identifica-o pelo doente e aconselha-o (filmar o doente quando este está a comportar-se de forma inapropriada e, de forma educacional, mostrar-lhe a gravação);
  - Providenciar o reforço positivo para os comportamentos apropriados;
- Promover o processamento preciso da informação:
  - Avaliar o nível da compreensão;
  - Encorajar o doente a pedir clarificação;
  - Avaliar os comportamentos verbais e não verbais que possam indicar o grau de compreensão;
  - Dialogar com o doente em conversas individuais;
  - Providenciar discussões acerca de acontecimentos, notícias atuais, itens encontrados na imprensa (ler é o nível mais alto de capacidades de compreensão).
- Promover funções de memória:
  - Avaliar problemas de memória;
  - Estimular memória através da repetição do último pensamento expressado pelo doente;

- Implementar técnicas apropriadas de memória (ex: pistas de memória, elaborar listas, jogos de memória, mnemônicas);
- Providenciar treino de orientação (ex. o doente repete informação e datas significativas da sua vida);
- Providenciar oportunidades para usar a memória de eventos recentes (ex: questionar o doente acerca de um acontecimento recente);
- Providenciar repetição de informação e fazer associações verbais ou visuais que promovam o recordar;
- Ensinar os doentes a organizar a informação de uma forma lógica (ex.: na altura de se arranjar, ensinar a pessoa a planear as sequencias do banho, higiene, roupa interior e exterior);
- Promover o leque de atenção e a capacidade para se focar, que permite ao doente participar numa atividade:
  - Minimizar os estímulos ambientais;
  - Reduzir ao mínimo distrações;
- Promover o descanso e o sono adequados:
  - Individualizar o horário das atividades e terapia;
  - Aumentar gradualmente a complexidade do horário, à medida que melhora a capacidade de se concentrar.

Devido ao facto de não serem encontrados estudos relativos à reabilitação cognitiva na pessoa com demência por HPN, descreve-se técnicas de estimulação cognitiva para a pessoa com demência. Evangelista (2013) e Portela (2020) descrevem técnicas de estimulação cognitiva para retardar a evolução da demência, independentemente da sua causa, permitindo uma maior autonomia e independência da pessoa, sendo elas:

- Os jogos de estimulação que envolvem o treino cognitivo, têm de interagir com a orientação espacial e temporal: atividades que comparem o passado com o presente, enfatizando aspetos relacionados com o local e o tempo que aconteceram/acontecem), a linguagem (exercícios de conversação e narração), a memória (questões autobiográficas); a atenção (encontrar diferenças), o cálculo mental (completar sequências de números). Também outras áreas podem ser estimuladas, nomeadamente, a capacidade de associação (associar uma cor a um objeto), a capacidade óculo-manual (atividades que utilizam a visão e o tato em simultâneo, nomeadamente, pintar).
- Jogos de Motricidade Fina: pintura, colagens;
- Jogos de estimulação de cores e raciocínio lógico: puzzles;

- Jogos de memória visual, tátil e auditiva.

### **Avaliação das Intervenções:**

A utilização do instrumento anteriormente mencionado, Mini-Mental State Examination, permitirá objetivar os ganhos na capacidade cognitiva.

### **1.4- Autocontrolo da Continência Urinária**

A incontinência urinária completa a tríade clássica e manifesta-se em estadios precoces por incontinência de urgência, podendo evoluir até incontinência urinária.

Não foram encontradas evidências suficientemente fortes para realizar recomendações sobre as características e avaliação da incontinência urinária. A incontinência de urgência associada a uma bexiga hiperativa é característica na pessoa com HPN.

A incontinência urinária apresenta um impacto significativo na própria pessoa, nos seus cuidadores e sistemas de cuidados de saúde, sendo que varia de acordo com a idade, o género, o tipo de incontinência, as estratégias de coping e a qualidade do suporte social (Becher et al., 2013 citado por Ribeiro, 2021).

### **Processo Diagnóstico:**

Avaliar o autocontrolo da continência urinária através do controlo do esfíncter urinário, reconhecimento da vontade de urinar, se consegue chegar ao WC após sentir vontade de urinar, esvaziamento completo da bexiga e capacidade de iniciar e interromper jacto de urina. Podem ser utilizados instrumentos de apoio à tomada de decisão, tal como, International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

### **Planeamento de intervenções:**

- Intervenção do EEER para a incontinência urinaria:
  - Treino vesical com horários certos;
  - Aconselhar eliminação urinária antes do sono;
  - Exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos (ou exercício de Kegel);
  - Aumentar capacidade máxima de uma contração voluntária dos músculos do pavimento pélvico;

- Trabalhar a resistência, promover melhorias na capacidade de repetição das contrações e/ou sustentação dos músculos do pavimento pélvico, através da resposta de ativação antes e durante o esforço;
- Instruir a pessoa a realizar 3 series diárias, com, no máximo 10 contrações lentas, ou seja, contrações musculares com aumento progressivo de sustentação de 10 segundos, seguidas de um tempo de relaxamento 2 vezes superior ao tempo de contrações, e 10 contrações rápidas, ou seja, contrações musculares com tempo de sustentação de 1 segundo, com 2 segundos de relaxamento. Essas series de exercício perineais são realizadas nas posições em pé, sentada e deitada (Lopes et al., 2017);
- Instruir e ensinar sobre treino funcional dos músculos do pavimento pélvico, que são contraídos antes do esforço da tosse, espirros, e levantamento dos pesos (Lopes et al, 2017);
- Ensinar e instruir sobre a gestão e o registo dos líquidos ingeridos;
- Ensinar sobre a rotina miccional, das perdas urinárias e o volume de urina eliminado e perdido;
- Ensinos sobre alterações no estilo de vida, como perda de peso, restrição de cafeína ou álcool, limitação de atividades intensas, suspensão de hábitos tabágicos e ingestão adequada de líquidos e fibras insolúveis (Ribeiro, 2021).

### **Avaliação das Intervenções:**

A monitorização das perdas urinárias e a avaliação do instrumento International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form permitem avaliar a melhoria do autocontrolo da continência urinária. O conhecimento e a capacidade de a pessoa executar os exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos também devem ser avaliados.

### **1.5- Transição para o Domicílio**

Com vista à continuidade da reabilitação à pessoa com HPN após intervenção cirúrgica e colocação de DVP, a pessoa deve ser ensinada e instruída a manter o programa de reabilitação após a alta. Modesto & Pinto (2019) concluíram que a manutenção da reabilitação após a alta melhora a dor, a capacidade funcional, qualidade de vida e diminui o risco de quedas da pessoa com HPN. Ridja, et.al. (2021), no seu estudo, verificou que o exercício físico mantido após a alta melhorou o equilíbrio a longo prazo e mostrando-se eficaz.

Com vista a preparação da alta da pessoa com HPN, a intervenção do EEER deve contemplar:

- Ensino sobre o programa de exercícios iniciados no internamento e que deve manter após a alta;
- Ensino sobre exercício aeróbio de intensidade moderada (sentar e levantar-se, caminhada, caminhada com contorno de obstáculos);
- Ensino sobre estimulação cognitiva;
- Ensino de prevenção de quedas no domicílio;
- Promover a segurança:
  - Avaliar o doente quanto ao potencial de lesões/ risco de quedas;
  - Alertar o doente e família para potenciais perigos no ambiente atual e em casa;
  - Promover o conforto, segurança e orientação para a realidade, pelas seguintes atividades:
    - Manter em ambiente em segurança;
    - Manter a rotina diária consistente;
    - Orientar os cuidadores sobre estratégias de orientação;
    - Colocar calendários e relógios para ajuda visual;
- Promover a participação da família:
  - Informar a família da doença, situação e o seu papel nas responsabilidades;
  - Ajudar a família na manutenção de relações positivas;
  - Encorajar as famílias a participar em grupos de apoio;
  - Agendar e facilitar conferências com a família para discutir e avaliar os cuidados;
- Promover a compreensão familiar das razões dos défices de cognição:
  - Avaliar o nível de informação familiar;
  - Providenciar, da maneira mais apropriada, informação individualizada;
  - Instruir sobre as manifestações da patologia e possíveis agudizações;
  - Facilitar a participação familiar na reabilitação da pessoa com HPN.

## Programa de Reabilitação à Pessoa com HPN (quadro síntese)

<p style="text-align: center;"><b>Reabilitação Motora</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exercícios de alongamento de costas e glúteos: realizar flexão da anca e puxar as duas pernas em direção ao abdómen, segurando-as firmemente por 20 segundos mantendo a região cervical relaxada;</li> <li>○ Exercícios de alongamento da região lateral do tronco: realizar dissociação da cintura escapular e pélvica;</li> <li>○ Exercícios de adução e abdução dos ombros em simultâneo, mantendo em extensão os cotovelos;</li> <li>○ Exercícios de fortalecimento de braços e pernas: elevar o braço direito e a perna esquerda tocando com o braço no joelho;</li> <li>○ Exercícios de alongamento de braços e pernas: de frente a uma parede, elevar os braços esticando-se o máximo possível, e elevar os calcâneos ficando na ponta dos pés;</li> <li>○ Exercícios de treino de sentar e levantar;</li> <li>○ Com a pessoa apoiada com os membros superiores na parede ou barra da cama, pedir que levante os pés e os joelhos o mais alto que puder alternadamente;</li> <li>○ Com a pessoa apoiada com apenas um dos braços na parede ou barra da cama, pedir que fique de pé, e realizar flexão do joelho e anca do mesmo lado do apoio de braço e levantar a mão oposta. Este exercício poderá ser realizado sem apoio dos membros superiores;</li> <li>○ Traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize essa distância em bicos de pés;</li> <li>○ Marcha com contorno de obstáculos e em forma de oito, colocando obstáculos tipo cones separados aproximadamente 1,5m de distância;</li> <li>○ Mudança de rotação: a pessoa começa sentada, levanta-se e inicia marcha em forma circular contornando um obstáculo e volta a sentar;</li> <li>○ Marcha alternando aceleração e desaceleração a cada 10 passos;</li> <li>○ Marcha em “tandem”: traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize marcha com os calcanhares e os dedos dos pés juntos, inicialmente a pessoa pode apoiar-se num corrimão e posteriormente sem apoio.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Reabilitação Cognitiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilitar a orientação para a realidade (tempo e espaço);</li> <li>○ Permitir que o doente faça escolhas nos cuidados diários;</li> <li>○ Providenciar problemas simples que possam ser controlados (ex. jogos de cartas, escolha de refeições);</li> <li>○ Aumentar gradualmente a complexidade das tarefas (ex. planeamento de AVD's);</li> <li>○ Providenciar experiências que promovam autonomia;</li> <li>○ Identificar o comportamento inapropriado do doente quando ocorrer e providenciar feedback no comportamento (filmar e visualizar);</li> <li>○ Providenciar discussões acerca de acontecimentos, notícias atuais;</li> <li>○ Estimular memória através da repetição do último pensamento expressado pelo doente;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizar jogos de estimulação relacionados com a linguagem (exercícios de conversação e narração), a memória (questões autobiográficas); a atenção (encontrar diferenças), o cálculo mental (completar sequências de números); capacidade de associação (associar uma cor a um objeto), a capacidade óculo-manual (atividades que utilizam a visão e o tato em simultâneo).</li> <li>○ Realizar jogos de Motricidade Fina: pintura, colagens;</li> <li>○ Realizar jogos de estimulação de cores e raciocínio lógico: puzzles;</li> <li>○ Realizar jogos de memória visual, tátil e auditiva;</li> <li>○ Providenciar treino de orientação (ex. o doente repete informação e datas significativas da sua vida);</li> <li>○ Providenciar oportunidades para usar a memória de inventos recentes (ex. questionar o doente acerca de um acontecimento recente);</li> <li>○ Providenciar repetição de informação e fazer associações verbais ou visuais que promovam o recordar;</li> <li>○ Ensinar os doentes a organizar a informação de uma forma lógica (ex.: ensinar a pessoa a planear as sequências do banho, higiene, vestir);</li> <li>○ Manter a rotina diária consistente;</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Reabilitação Vesical</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos (ou exercício de Kegel);</li> <li>○ Trabalhar a resistência, promover melhorias na capacidade de repetição das contrações e/ou sustentação dos músculos do pavimento pélvico, através da resposta de ativação antes e durante o esforço;</li> <li>○ Instruir a pessoa a realizar 3 series diárias, com, no máximo 10 contrações lentas, ou seja, contrações musculares com aumento progressivo de sustentação de 10 segundos, seguidas de um tempo de relaxamento 2 vezes superior ao tempo de contrações, e 10 contrações rápidas, ou seja, contrações musculares com tempo de sustentação de 1 segundo, com 2 segundos de relaxamento. Essas series de exercício perineais são realizadas nas posições em pé, sentada e deitada;</li> <li>○ Instruir e ensinar sobre treino funcional dos músculos do pavimento pélvico, que são contraídos antes do esforço da tosse, espirros, e levantamento dos pesos;</li> <li>○ Ensinar e instruir sobre a gestão e o registo dos líquidos ingeridos.</li> <li>○ Ensinar sobre a rotina miccional, das perdas urinárias e o volume de urina eliminado e perdido.</li> </ul>

## Referências Bibliográficas

- Evangelista, D. (2013). *Promoção de Saúde em Idosos: Projeto de Intervenção na Demência* [Dissertação de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Educação de Coimbra.
- Hakim, S. & Adams R. (1965). The special clinical problem of symptomatic hydrocephalus with normal cerebrospinal fluid pressure. Observations on cerebrospinal fluid hydrodynamics. *Journal of the Neurological Sciences*, 2(4), 307-327.  
[https://doi.org/10.1016/0022-510X\(65\)90016-X](https://doi.org/10.1016/0022-510X(65)90016-X)
- Hoemen, S. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª Ed. Lusodidacta.
- Lopes, M, Costa, J., Lima, J., Oliveira, L., Caetano, L., Silva, A. (2017). Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0257>
- Modesto, P. & Pinto, F. (2019). Home physical exercise program: analysis of the impact on the clinical evolution of patients with normal pressure hydrocephalus. *Arq Neuropsiquiatr*, 77(12), 860-870. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190183>
- Nikaido, Y., Urakami, H., Akisue, T., Okada, Y., Katsuta, N., Kawami, Y., Ikeji, T., Kuroda, K., Hinoshita, T., Ohno, H., Kajimoto, Y., Saura, R. (2019). Associations among falls, gait variability, and balance function in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 183 (105385).  
<https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2019.105385>
- Nikaido, Y., Urakami, H., Okada, Y., Akisue, T., Kawami, Y., Ishida, N., Kajimoto, Y., Saura, R. (2023). Rehabilitation effects in idiopathic normal pressure hydrocephalus: a randomized controlled trial. *Journal of Neurology*, 270, 357–368.  
<https://doi.org/10.1007/s00415-022-11362-x>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assemblia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assemblia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Passaretti, M., Maranzano, A., Bluett, B., Rajalingam, R., Fasano, A. (2023). Gait Analysis in Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus: A Meta-Analysis. *Movement Disorders Clinical Practice*, 10(11), 1574–1584. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13816>

Pereira, R., Mazeti, L., Lopes, D., Pinto, F. (2012). Hidrocefalia de pressão normal: visão atual sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Med (São Paulo)*, 91(2), 96-109. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i2p96-109>

Portela, C. (2020). *Estimulação Cognitiva e Física na Demência*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade do Algarve.

Portugal, Regulamento n.º 392/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* 2(85), pp. 13565-13568.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*. 1ª Edição. LIDEL.

Rydja, J., Kollén, L., Hellström, P., Owen, K., Nilsson, A. L., Wikkelsø, C., Tullberg, M., Lundin, F. (2021). Physical exercise and goal attainment after shunt surgery in idiopathic normal pressure hydrocephalus: a randomised clinical trial. *Fluids and Barriers of the CNS*, 18 (51). <https://doi.org/10.1186/s12987-021-00287-8>

Tertuliano, C. (2023). *Avaliação Cognitiva após cirurgia de derivação ventricular em pacientes com hidrocefalia de pressão normal: revisão sistemática com metanálise*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Amazonas]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal do Amazonas.

<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/9900>

## Apêndice III – Sessão de formação “Inaloterapia”

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Estágio de Enfermagem de Reabilitação - Estágio de Neurologia  
Vascular e Degenerativa

# Inaloterapia

Milene Gata

Sob orientação:  
Enf<sup>o</sup> Especialista Carlos Pontinha  
Enf<sup>a</sup> Especialista Ana Rita Batista



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
GUARDA

Maio, 2025

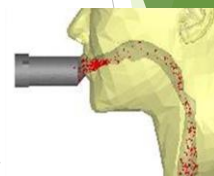
## Inaloterapia

### Plano da formação

Tema	Inaloterapia
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Medicina A da ULS da Guarda
Metodologia	Expositiva: Apresentação oral com suporte de PowerPoint
Objetivos	Explicar em que consiste inaloterapia Identificar os tipos de Inaladores Descrever a técnica correta de administração de inaladores Descrever vantagens e desvantagens dos tipos de inaladores
Duração	30 minutos

## Inaloterapia

- ▶ Administração de fármacos por via inalatória, com fins terapêuticos.
- ▶ A via inalatória é reconhecida como a via de eleição para administração de fármacos no tratamento de doenças respiratórias.
- ▶ A sua otimização exige uma adequada técnica ventilatória.
- ▶ Os dispositivos para administração inalatória têm como principal objetivo a deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores para se obter os efeitos terapêuticos.



Aguiar, et al (2017)

## Inaloterapia

► Vantagens:

- Ação mais rápida
- Maior eficácia terapêutica
- Doses inferiores
- Menos efeitos sistêmicos

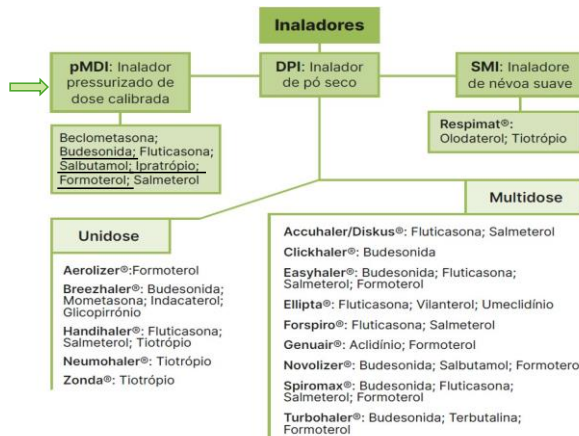


## Inaloterapia

Tipos de Inaladores	
Inaladores Pressurizados Doseáveis	<i>pMDI</i> (Pressurized Metered Dose Inhaler) com ou sem câmara expansora
Dispositivos de Pó Seco	<i>DPI</i> (Dry Power Inhalers)
Inalador de Névoa Suave	

(DGS, 2013)

## Inaloterapia - Tipos de Inaladores



Armindo, et al (2024)

## Inaloterapia - Tipos de Inaladores



Adaptado Aguiar, et al (2017)

## Inaloterapia

- ▶ **Padrão Ventilatório:**
  - ▶ Débito inspiratório (ideal  $\pm$  30 L/min)
  - ▶ Manobra de expiração inicial
  - ▶ Inalação lenta e profunda, por via bucal
  - ▶ Pausa inspiratória (5-10s)
- ▶ A execução da técnica correta é fundamental.
- ▶ Em condições ótimas a dose de fármaco administrado por pMDI que atinge o pulmão não é mais que 10%. 80% do aerossol, deposita-se na orofaringe e é posteriormente deglutido, 9% permanece na válvula e 1% é exalado.

(Cordeiro, M.C., 2014)

## Inaloterapia

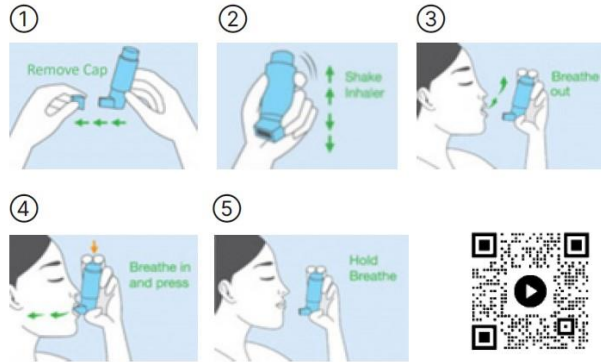
- ▶ **Técnica Inalatória para pMDI:**
  1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semissentada;
  2. Aquecer o contentor cilíndrico entre as mãos e depois adapta-o à embalagem;
  3. Retirar a tampa da embalagem e agitar o inalador em posição vertical (em forma de L);
  4. Colocar o inalador na posição correta (posição vertical);
  5. Efetuar uma expiração lenta afastada do bucal do dispositivo (até à capacidade de reserva funcional);
  6. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;
  7. Colocar o bucal na boca entre os dentes, fechando os lábios;
  8. Iniciar inspiração lenta e ativar o inalador (coordenação mão-pulmão) fazendo inspiração lenta e profunda (adultos: 4-5 segs; crianças: 2-3 segs);
  9. Sustentar a respiração durante 10 segs. (adultos) e 5 segs. (crianças);
  10. Expirar lentamente (afastado do bucal);
  11. Antes de repetir uma nova inalação aguardar 30 segs a 1 min;
  12. Se necessário nova inalação repetir os passos de 1 a 10;
  13. Fechar o inalador e lavar a cavidade bucal se forem inalados corticoides.



Ribeiro, O. (2021)

## Inaloterapia

### ► Técnica Inalatória para *pMDI*:



[https://www.youtube.com/watch?v=KhXJ\\_eKVlb8](https://www.youtube.com/watch?v=KhXJ_eKVlb8)

## Inaloterapia

### ► Técnica Inalatória para *pMDI* com câmara expansora:

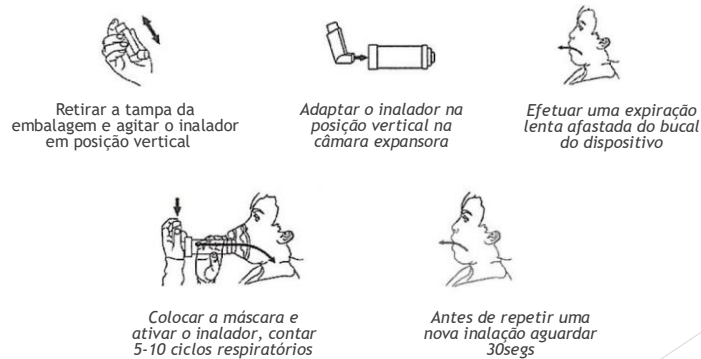
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semisentada;
2. Aquecer o contentor cilíndrico entre as mãos e depois adapta-o à embalagem;
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar o inalador em posição vertical (em forma de L);
4. Adaptar o inalador na posição vertical na câmara expansora;
5. Efetuar uma expiração lenta afastada do bucal do dispositivo (até à capacidade de reserva funcional);
6. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;
7. Câmara expansora com bucal: colocar na boa entre os dentes, fechando os lábios. Com máscara: adaptar a máscara à face e inclui narinas e boca;
8. Ativar o inalador;
9. Contar 5-10 ciclos respiratórios (aprox. 30secs.) em volume corrente;
10. Antes de repetir uma nova inalação aguardar 30secs;
11. Se necessário nova inalação repetir os passos de 1 a 9;
12. Fechar o inalador e lavar a cavidade bucal se forem inalados corticoides.

Ribeiro, O. (2021)



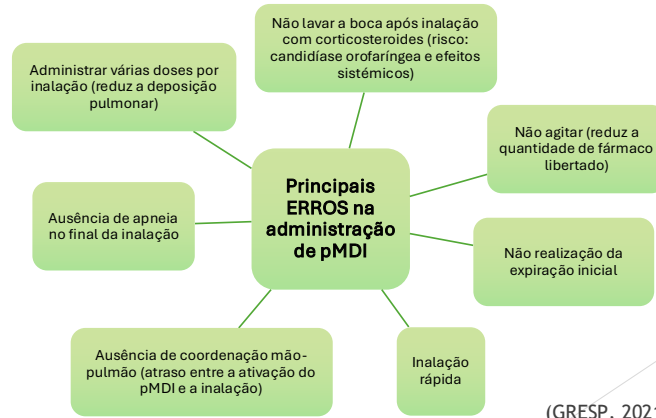
## Inaloterapia

### ► Técnica Inalatória para *pMDI* com câmara expansora:



<https://www.youtube.com/watch?v=qPmp7ig05j8>

## Inaloterapia



(GRES, 2021)

## Inaloterapia

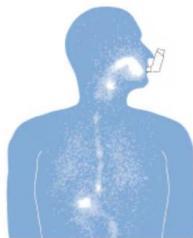
► Vantagens e desvantagens dos pMDI:

Disp. inalatório	Vantagens	Desvantagens
pMDI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portáteis e discretos;</li> <li>• Baixo custo;</li> <li>• Prontos a usar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade na coordenação mão-pulmão (exceto se usado com CE);</li> <li>• Efeito <i>cold freon*</i>;</li> <li>• Elevada deposição na orofaringe e menor deposição pulmonar (exceto se usado com CE);</li> <li>• Impacto ambiental causado pela utilização de propelentes;</li> <li>• Libertação contínua de propelente, mesmo quando não existe fármaco.</li> </ul>
pMDI com câmara expansora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não necessita de expiração prévia;</li> <li>• Não dependente da capacidade de realizar uma inspiração vigorosa;</li> <li>• Não necessita de apneias;</li> <li>• Sem necessidade de coordenação mão-pulmão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N.º de passos de preparação;</li> <li>• Limpeza da câmara expansora;</li> <li>• N.º de ciclos respiratórios - que quase nenhum doente faz;</li> <li>• Baixa portabilidade;</li> <li>• Influência de cargas elétricas.</li> </ul>

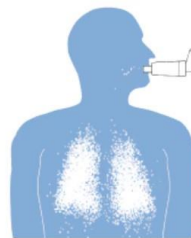
Armindo, et al (2024)

## Inaloterapia

► Vantagem da utilização de Câmara Expansora:



**Apenas Inalador**  
A medicação acaba por ficar na boca, na garganta e no estômago, o que pode causar efeitos secundários



**Inalador com espaçador**  
É administrada mais medicação aos pulmões, onde pode ser mais eficaz

## Inaloterapia

### ► Cuidados à Câmara Expansora:

- Substituição anual
- Lavagem semanal:
  - Separa a câmara da máscara e desmontar as peças da câmara expansora;
  - Utilizar água morna e detergente neutro, mergulhar a câmara expansora e máscara durante 15 min.
  - Enxaguar a câmara expansora e máscara em água limpa
  - Secar ao ar sem limpar (diminui a eletricidade estática), na vertical
- Após secagem montar a câmara e verificar se a válvula está na posição correta.

Vortex (2023)

## Inaloterapia

### ► Técnica Inalatória para DPI:

1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semisentada;
2. Preparar a dose a inalar de acordo com o indicado para o dispositivo;
3. Colocar o inalador na posição correta;
4. Efetuar uma expiração lenta afastada do bucal do dispositivo (até à capacidade de reserva funcional);
5. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;
6. Colocar o bucal na boca entre os dentes, fechando os lábios;
7. Iniciar inspiração profunda e rápida;
8. Sustar a respiração durante 10 segs.(adultos) e 5 segs. (crianças);
9. Expirar lentamente (afastado do bucal);
10. Antes de repetir uma nova inalação aguardar 30segs a 1 min;
11. Se necessário nova inalação repetir os passos de 1 a 9;
12. Fechar o inalador e lavar a cavidade bucal se forem inalados corticoides.

Ribeiro, O. (2021)



## Inaloterapia

### ► Conclusão:

- Recurso à via inalatória, para ser eficaz, pressupõe a libertação efetiva do fármaco e treino da técnica de inalação.
- Os dispositivos com o princípio ativo em pó (DPI), com libertação ativada pela inspiração forçada, permitem uma melhor deposição do fármaco no trato respiratório inferior comparativamente aos inaladores pressurizados (MDI).
- A habitual dificuldade de coordenação observada com MDI aconselha o uso de câmaras expansoras para reduzir o grau de deposição do fármaco na orofaringe e aumentar a dose efetiva inalada.
- A técnica de inalação deverá ser ensinada ao utente e observada.

## Referências Bibliográficas

- ▶ Aguiar, R.; Lopes, A.; Ornelas, C.; Ferreira, R.; Caiado, J.; Mendes, A.; Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica Inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 25 (1) 9-26.
- ▶ Armindo, R; Ferreira, A; Rosa, P. (2024). *Inaloterapia para adultos - Livro de Bolso*. Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo E.P.E
- ▶ Cordeiro, M.C. (2014). *Terapêutica Inalatória: Princípios, Técnica de Inalação e Dispositivos Inalatórios*. Lusodidata.
- ▶ Cordeiro, M.C. (2014). *Terapêutica inalatória nas Doenças Respiratórias Crónicas: Dispositivos Inalatórios, Técnica Inalatória, Erros críticos*. In [www.acenfermeiros.pt/articles/document/be23e3d768e64d76c4df1004928604e9.pdf](http://www.acenfermeiros.pt/articles/document/be23e3d768e64d76c4df1004928604e9.pdf)
- ▶ DGS nº 010/2013, de 18/12/2013 - *Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia*
- ▶ GOLD Report (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Acedido: 12 de abril de 2025. Disponível em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- ▶ GRESP (Grupo de Estudo de Doenças Respiratórias). Acedido a 13 de abril de 2025. Disponível em <https://gresp.pt/recursos/folhetos-guias-praticos/>
- ▶ Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*. 1ª Edição. LIDEL.
- ▶ Vortex (2023). *INSTRUCTIONS FOR USE—PARI VORTEX® Non Electrostatic Valved Holding Chamber*



## Apêndice IV – Proposta de procedimento para “Folha de Registo de enfermagem de reabilitação”

Residência Sénior Dona Ana



<b>Enfermagem de Reabilitação</b>	
Nome do Utente: _____	Nº Utente: _____
Antecedentes Pessoais: _____	
Periodicidade na Reabilitação: _____	

<b>Avaliação Motora</b>		
Auxiliar de marcha		
Bengala <input type="checkbox"/>	Canadianas <input type="checkbox"/>	Andarilho <input type="checkbox"/>
Cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Outro: _____	
Levante: Diário <input type="checkbox"/>	Dias específicos <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Observações/Limitações: _____		
Instrumentos de Apoio à Tomada de Decisão:		
Score escala de Glasgow: _____		
Scores escala MIF: _____		
Avaliação escala GUSS (quando aplicável): _____		
Teste de Marcha de 6 minutos (quando aplicável): _____		
Índice de Tinetti: _____		
<b>Escala de Avaliação FM MRC</b>	<b>Escala de Asworth</b>	<b>Goniometria</b>
Abdução do ombro _____	M. superior _____	Dedos _____
Flexão Cotovelo _____	M. inferior _____	Punho _____
Extensão do punho _____		Cotovelo _____
Flexão da anca _____		Ombro _____
Extensão do joelho _____		Anca _____
Dorsiflexão do pé _____		Joelho _____
		Tibiotársica _____

### Avaliação Respiratória

Inaloterapia: _____ Qual: _____
Oxigenoterapia: _____ Débito O2: _____ Diurno <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/>
VNI: _____
Presença de secreções: _____ Características das Secreções: _____
Observações/Limitações: _____
Instrumentos de Apoio a Tomada de Decisão:
Avaliação da Dispneia (Medical Research Council) _____
PSE Escala de Borg: _____
Admissão:
T.A.: _____; FC: _____; Temperatura: _____; SpO2: _____; Glicémia Capilar: _____;



Nome do Utente: \_\_\_\_\_

Nº Utente: \_\_\_\_\_

Data																	
Sinais Vitais (min)	PA			PA			PA			PA							
	FC	SpO2	FR	FC	SpO2	FR	FC	SpO2	FR	FC	SpO2	FR					
Reabilitação Funcional Respiratória	<input type="checkbox"/> Dissociação tempos respiratórios <input type="checkbox"/> Reeducação diafragmática <input type="checkbox"/> Reeducação costal global <input type="checkbox"/> Reeducação costal seletiva <input type="checkbox"/> Tosse dirigida e/ou assistida <input type="checkbox"/> Drenagem Postural <input type="checkbox"/> Manobras de vibro compressão <input type="checkbox"/> Espirómetro de incentivo <input type="checkbox"/> Flutter <input type="checkbox"/> Acapella <input type="checkbox"/> Inaloterapia <input type="checkbox"/> O2 _____ <input type="checkbox"/> Secreções _____			<input type="checkbox"/> Dissociação tempos respiratórios <input type="checkbox"/> Reeducação diafragmática <input type="checkbox"/> Reeducação costal global <input type="checkbox"/> Reeducação costal seletiva <input type="checkbox"/> Tosse dirigida e/ou assistida <input type="checkbox"/> Drenagem Postural <input type="checkbox"/> Manobras de vibro compressão <input type="checkbox"/> Espirómetro de incentivo <input type="checkbox"/> Flutter <input type="checkbox"/> Acapella <input type="checkbox"/> Inaloterapia <input type="checkbox"/> O2 _____ <input type="checkbox"/> Secreções _____			<input type="checkbox"/> Dissociação tempos respiratórios <input type="checkbox"/> Reeducação diafragmática <input type="checkbox"/> Reeducação costal global <input type="checkbox"/> Reeducação costal seletiva <input type="checkbox"/> Tosse dirigida e/ou assistida <input type="checkbox"/> Drenagem Postural <input type="checkbox"/> Manobras de vibro compressão <input type="checkbox"/> Espirómetro de incentivo <input type="checkbox"/> Flutter <input type="checkbox"/> Acapella <input type="checkbox"/> Inaloterapia <input type="checkbox"/> O2 _____ <input type="checkbox"/> Secreções _____			<input type="checkbox"/> Dissociação tempos respiratórios <input type="checkbox"/> Reeducação diafragmática <input type="checkbox"/> Reeducação costal global <input type="checkbox"/> Reeducação costal seletiva <input type="checkbox"/> Tosse dirigida e/ou assistida <input type="checkbox"/> Drenagem Postural <input type="checkbox"/> Manobras de vibro compressão <input type="checkbox"/> Espirómetro de incentivo <input type="checkbox"/> Flutter <input type="checkbox"/> Acapella <input type="checkbox"/> Inaloterapia <input type="checkbox"/> O2 _____ <input type="checkbox"/> Secreções _____							
	M. Superiores		M. Inferiores		M. Superiores		M. Inferiores		M. Superiores		M. Inferiores		M. Superiores		M. Inferiores		
Treino muscular	Escala de Avaliação FM MRC			Escala de Avaliação FM MRC			Escala de Avaliação FM MRC			Escala de Avaliação FM MRC							
	Abdução do ombro _____			Abdução do ombro _____			Abdução do ombro _____			Abdução do ombro _____							
	Flexão Cotovelo _____			Flexão Cotovelo _____			Flexão Cotovelo _____			Flexão Cotovelo _____							
	Extensão do punho _____			Extensão do punho _____			Extensão do punho _____			Extensão do punho _____							
Flexão da anca _____			Flexão da anca _____			Flexão da anca _____			Flexão da anca _____								
Extensão do joelho _____			Extensão do joelho _____			Extensão do joelho _____			Extensão do joelho _____								
Dorsiflexão do pé _____			Dorsiflexão do pé _____			Dorsiflexão do pé _____			Dorsiflexão do pé _____								
Escala de Asworth			Escala de Asworth			Escala de Asworth			Escala de Asworth								
M. superior _____			M. superior _____			M. superior _____			M. superior _____								
M. inferior _____			M. inferior _____			M. inferior _____			M. inferior _____								
Treino Equilíbrio	Estático sentado			Estático sentado			Estático sentado			Estático sentado							
	Estático em pé			Estático em pé			Estático em pé			Estático em pé							
	Dinâmico Sentado			Dinâmico Sentado			Dinâmico Sentado			Dinâmico Sentado							
	Dinâmico em Pé			Dinâmico em Pé			Dinâmico em Pé			Dinâmico em Pé							
Índice de Tinetti _____			Índice de Tinetti _____			Índice de Tinetti _____			Índice de Tinetti _____								
Treino Marcha	<input type="checkbox"/> MAM _____ <input type="checkbox"/> Com apoio _____ Distância _____			<input type="checkbox"/> MAM _____ <input type="checkbox"/> Com apoio _____ Distância _____			<input type="checkbox"/> MAM _____ <input type="checkbox"/> Com apoio _____ Distância _____			<input type="checkbox"/> MAM _____ <input type="checkbox"/> Com apoio _____ Distância _____							
	A. (Antes sessão)			D. (Depois sessão)			A. (Antes sessão)			D. (Depois sessão)			A. (Antes sessão)			D. (Depois sessão)	
PSE (Escala de Borg)	0 - Nenhuma			0 - Nenhuma			0 - Nenhuma			0 - Nenhuma							
	0,5 - M. muito leve			0,5 - M. muito leve			0,5 - M. muito leve			0,5 - M. muito leve							
	1 - Muito leve			1 - Muito leve			1 - Muito leve			1 - Muito leve							
	2 - Leve			2 - Leve			2 - Leve			2 - Leve							
	3 - Moderada			3 - Moderada			3 - Moderada			3 - Moderada							
	4 - Pouco Intensa			4 - Pouco Intensa			4 - Pouco Intensa			4 - Pouco Intensa							
	5 - Intensa			5 - Intensa			5 - Intensa			5 - Intensa							
	6			6			6			6							
	7 - Muito Intensa			7 - Muito Intensa			7 - Muito Intensa			7 - Muito Intensa							
	8			8			8			8							
9 - M. muito Intensa			9 - M. muito Intensa			9 - M. muito Intensa			9 - M. muito Intensa								
10 - Máxima			10 - Máxima			10 - Máxima			10 - Máxima								
Mobilização Articular	Goniometria			Goniometria			Goniometria			Goniometria							
	Dedos			Dedos			Dedos			Dedos							
	Punho			Punho			Punho			Punho							
	Cotovelo			Cotovelo			Cotovelo			Cotovelo							
	Ombro			Ombro			Ombro			Ombro							
	Anca			Anca			Anca			Anca							
	Joelho			Joelho			Joelho			Joelho							
Tibiotársica			Tibiotársica			Tibiotársica			Tibiotársica								
Obs.																	
Sinais Vitais (fim)	PA			PA			PA			PA							
	FC	SpO2	FR	FC	SpO2	FR	FC	SpO2	FR	FC	SpO2	FR					

## Apêndice V – Sessão de formação “Prevenção de quedas”

# PREVENÇÃO DE QUEDAS

**Milene Gata**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Sob Orientação: Enf<sup>ª</sup> Mara Rebelo e Enf<sup>ª</sup> Ana Paula Santos

### AUMENTO DO RISCO DE QUEDA

À MEDIDA QUE A IDADE AVANÇA SURTEM ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS E FISIOLÓGICAS:

### O QUE NOS LEVA A CAIR?

#### Fatores Intrínsecos


- Idade
- Género
- História recente de queda
- Medicamentos
- Hipotensão ortostática
- Problemas de visão e audição
- Alterações da Postura
- Doenças Crónicas

#### Fatores Extrínsecos

- Fatores Ambientais
- Má iluminação dos espaços
- Tapetes soltos
- Casas de banho mal equipadas
- Superfícies molhadas
- Calçado inadequado
- Escadas pouco seguras ou sem corrimões
- Objetos espalhados no chão
- Animais de estimação
- Piso irregular

## CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

- ❖ Responsáveis pela maioria das mortes acidentais em pessoas com mais de 65 anos
- ❖ Uma das principais causas de internamento hospitalar – 90% das fraturas da anca
- ❖ Incapacidade a longo prazo
- ❖ O medo de cair leva:
  - ❖ Restrição da atividade e da participação na vida social
  - ❖ Declínio funcional
  - ❖ Atrofia muscular
  - ❖ Falta de equilíbrio
  - ❖ Alterações na marcha
  - ❖ Depressão e isolamento social
  - ❖ Diminuição da qualidade de vida do idoso




## E PODEMOS EVITAR AS QUEDAS?

- Claro que Sim!
- Estamos aqui para o alertar e ajudar!




## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



Manter óculos e aparelhos auditivos acessíveis

Manter telemóvel por perto em caso de emergência


Preferir calçado fechado e antiderrapante




Vestir-se sentado

Evitar usar roupas que arrastem no chão

Vigilância da glicémia se for diabético



Vigilância da tensão arterial



## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?

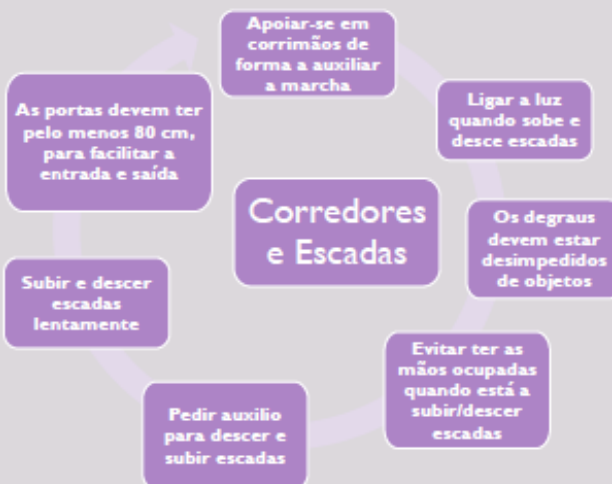
### •Medidas Preventivas:



## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



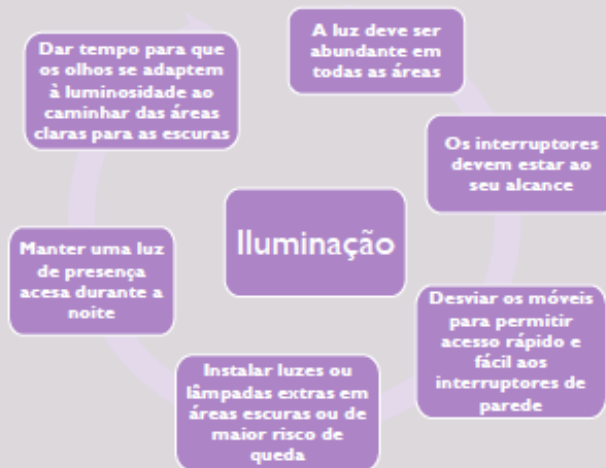
### MEDIDAS PREVENTIVAS



## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



### MEDIDAS PREVENTIVAS



## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



### MEDIDAS PREVENTIVAS

Use barras de apoio, não toalheiros, para se apoiar

Instalar barras de apoio próximas à sanita e à base do chuveiro

Usar um tapete antiderrapante na banheira ou chuveiro

#### Casa de Banho

Limpe a humidade ou derrames de imediato

Usar banco ou cadeira resistente no chuveiro

Colocar um elevador de sanita para facilitar o sentar/levantar, se necessário

## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



### MEDIDAS PREVENTIVAS

A mesa de cabeceira deve ser firme e de altura ajustada de forma a evitar que seja necessário inclinar-se para lhe aceder

Usar uma cama com altura adequada, que tenha cerca 45/50 cm

Usar um colchão que não afunde e roupa de cama leve

#### Quarto

Organize as roupas mais utilizadas num local de fácil acesso no roupeiro

Usar luzes noturnas e colocar interruptores perto da cama

Nunca tranque a porta

Posicionar a mobília em volta da cama de forma a permitir mobilidade

## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



### MEDIDAS PREVENTIVAS

Colocar os itens mais utilizados, nos móveis de fácil acesso e com altura ajustada

Evitar utilizar bancos ou cadeiras como degrau

Armazene itens leves em armários superiores e itens pesados em armários inferiores

#### Cozinha

Peça ajuda se precisar de chegar a lugares altos

Organize a cozinha para que os itens que utiliza regularmente sejam fáceis de alcançar

Limpe qualquer líquido no chão imediatamente, para evitar escorregar

Distribuir os móveis em forma de L para poder ter apoio durante as deslocações

## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



### MEDIDAS PREVENTIVAS

Deixe um espaço generoso para se movimentar com segurança em redor do mobiliário

Certifique-se de que o mobiliário é estável

Utilizar cadeiras e sofás mais altos com apoios para os braços e costas

#### Sala de Estar

Os assentos baixos podem ser compensados com a colocação de almofadas

Remover o excesso de móveis que possam prejudicar as deslocações

O assento não deve afundar e deve ter uma altura que permita estar sentado com os dois pés no chão

## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



### MEDIDAS PREVENTIVAS

Evitar passeios estreitos, com desníveis e obstáculos

Evitar pavimentos em mau estado ou irregulares

Arrumar mangueiras e material de jardim após cada utilização, num lugar seguro

#### Jardim e Via pública

Prestar atenção a semáforos com tempos demasiado curtos

Colocar tiras antiderrapantes nas escadas exteriores

Redobrar cuidados a subir e descer de transportes públicos

Viaje sentado e agarre-se bem nos transportes públicos

Redobrar cuidados quando está a chover

## COMO PODEMOS PREVENIR AS QUEDAS ?



### MEDIDAS PREVENTIVAS

Evitar passeios estreitos, com desníveis e obstáculos

Manter os dispositivos de apoio à marcha acessíveis e em condições seguras de utilização

Devem ter a altura adaptada à pessoa

#### Meios Auxiliares de Marcha

Travar sempre a cadeira de rodas e remover os descansos de pés antes das transferências

Verificar as borrachas dos pés das canadianas e andarilho e substituir caso se apresentem desgastadas;

Verificar se a cadeira de rodas mantém as condições de segurança: pneus e sistema de travagem

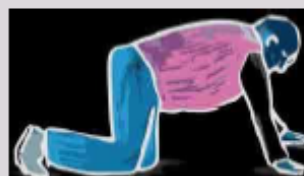
## SE NÃO ESTIVER FERIDO

- Acalme-se e recupere. Recomponha-se do choque!
- Verifique o seu corpo. Se não está gravemente ferido pode pensar em levantar-se.
- Olhe em redor e procure a peça de mobiliário mais próxima e resistente (ex: uma cadeira). A maneira mais segura e mais fácil de se levantar é apoiar-se sobre algo firme.

## E SE CAIR, COMO DEVE REAGIR?



## ATÉ A CADEIRA ROLE PARA O LADO OU ARRASTE-SE ATÉ UMA CADEIRA



## A PARTIR DE UMA POSIÇÃO AJOELHADA, COLOQUE OS BRACOS EM CIMA DO ASSENTO DA CADEIRA



## LEVANTE-SE USANDO OS BRAÇOS COMO APOIO NA CADEIRA



## DESCANSE SEMPRE QUE PRECISAR. SE NÃO CONSEGUIR LEVANTAR-SE DA PRIMEIRA VEZ, DESCANSE E TENDE NOVAMENTE



## SE ESTIVER FERIDO OU SE NÃO SE CONSEGUIR LEVANTAR

- Tente deslocar-se para pedir ajuda
  - Tente chegar à porta ou ao telefone
- Faça barulho para chamar à atenção ou se tiver telemóvel ligue a um familiar, cuidador ou 112
- Tente ficar confortável enquanto estiver no chão
- Mantenha-se sossegado até chegar ajuda
- Tente tapar-se se for inverno



## SÍNDROME APÓS QUEDAS



## A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA EVITAR QUEDAS

- O exercício melhora a flexibilidade e o equilíbrio, aumenta a força, melhora o tempo de reação e diminui a perda de massa óssea e, desta forma, contribui para promover a mobilidade e diminuir o risco de queda e o grau de sequelas



**Músculos mais fortes protegem Ossos mais frágeis!**

## A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA EVITAR QUEDAS

- Recomendamos que repita os seguintes movimentos 3 vezes por semana.

### **Movimentar lateralmente o tronco**

- Com os braços levantados balance o tronco para a direita e para a esquerda. Repita 10 vezes.



### **Levantar/baixar os braços**

- Agarre uma garrafa de água (0,5L) e movimente os braços para cima e para baixo, 10 vezes. Pode fazer com os 2 braços ou um de cada vez.



## A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA EVITAR QUEDAS

### Esticar/dobrar os cotovelos

\*Ainda com a garrafa de água estique e encolha os braços, 10 vezes. Pode fazer com os dois braços ao mesmo tempo ou um de cada vez.



### Movimentar os braços lateralmente

\*Ainda com a garrafa de água levante e baixe os braços lateralmente. Repita 10 vezes. Em alternativa, poderá fazer o exercício sem a garrafa.



## A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA EVITAR QUEDAS

### Esticar as pernas e mexer os pés

\*Levante as pernas e dobre os pés para cima e para baixo, 10 vezes.



### Dobrar/Esticar a perna, apoiando o calcanhar

Estique uma perna de cada vez encostando o calcanhar no chão. Repita 10 vezes com cada perna.



## A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA EVITAR QUEDAS

### Levantar e sentar

\*Sentado numa cadeira, coloque o corpo ligeiramente à frente. Depois levante-se e fique 10 segundos em pé. Repetir 10 vezes.



### Puxar com os braços

\*Ponha uma toalha atrás das costas e puxe as extremidades com as mãos durante 10 segundos. Repita 10 vezes.



## A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA EVITAR QUEDAS

### Levantar os calcanhares

• Apoie as mãos nas costas de uma cadeira e fique em bicos de pés durante 3 segundos. Repita 10 vezes.



### Dobrar os joelhos

• Apoie a mão nas costas de uma cadeira, dobre e estique o joelho, 10 vezes. Repetir o exercício com a outra perna.



## A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA EVITAR QUEDAS

### Caminhar apoiado a uma superfície segura

• Apoie uma mão na superfície (móvel), olhe em frente e caminhe. Avance um pé de cada vez.



### Faça uma caminhada de 15min/dia, num piso regular

• Se não tiver dificuldade em caminhar, mantenha um ritmo constante.

• Acompanhe com o movimento dos braços.



## AGRADECEMOS A SUA ATENÇÃO

• A sua Segurança em Primeiro!



## Apêndice VI – Guião *Focus Group*



### “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca”

*Milene Gata*

*Paula Rocha*

#### FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, pretendemos realizar um estudo/investigação centrado no tema “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca”, cujo objetivo principal é explorar a intervenção do EEER na capacitação da pessoa submetida a artroplastia da anca.

Assim, solicitamos o preenchimento deste formulário, com o intuito de recolher informações sociodemográficas que permitirão caracterizar os participantes do estudo. Os dados recolhidos serão tratados com a máxima confidencialidade e utilizados exclusivamente para os fins deste estudo. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

#### 1. Dados Pessoais

- i. Idade \_\_\_\_\_
- ii. Género: Masculino   
Feminino   
Outro
- iii. Estado Civil: Solteiro(a)   
Casado(a)   
Divorciado(a)   
Viúvo(a)   
Outro
- iv. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
- v. Local de Residência (Cidade): \_\_\_\_\_

#### 2. Formação Académica e Profissional

- i. Nível de Escolaridade (Grau académico): Licenciatura   
Mestrado   
Doutoramento

- ii. Área de Formação: \_\_\_\_\_
- iii. Qualificação Profissional: Enfermeiro Especialista   
Enfermeiro   
Outro
- iv. Ano de início da atividade profissional: \_\_\_\_\_
- v. Número de anos de experiência profissional como enfermeiro de reabilitação: \_\_\_\_\_

### 3. Experiência Profissional

- i. Número de anos de experiência de prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas submetidas a Artroplastia da anca : \_\_\_\_\_
- ii. Em que contexto presta/prestou cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Artroplastia da Anca:
  - Internamento hospitalar
  - Domicílio
  - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
  - Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)
  - Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)
- iii. Tipo de Cuidados Prestados:
  - Reabilitação em contexto Pré-Operatório
  - Reabilitação em contexto Pós-Operatório precoce (durante o internamento hospitalar)
  - Reabilitação em contexto Pós-Operatório tardio (após alta hospitalar)
  - Ensino/capacitação de familiar/cuidador
  - Outro  Qual? \_\_\_\_\_

### GUIÃO FOCUS GROUP

1. De acordo com a vossa experiência, qual a intervenção do EEER no contexto de pré-operatório, para a capacitação da pessoa com coxartrose, que se encontra inscrita para cirurgia de Artroplastia da Anca?
2. Qual a intervenção do EEER no contexto de pós-operatório, durante o internamento hospitalar, para a capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca?
3. Em contexto de pós-operatório e ainda durante o internamento hospitalar, quais os ensinamentos que devem ser realizados à pessoa com Artroplastia da Anca e qual o momento mais indicado?
4. Na vossa opinião, quem deve ser envolvido no processo de capacitação da pessoa com Artroplastia da Anca? Em que momento?
5. Qual o momento mais indicado para realizar ensinamentos ao familiar/cuidador?
6. Após a alta hospitalar, em contexto domiciliário e ECCI, qual a intervenção do EEER para a capacitação da pessoa com Artroplastia da Anca?
7. Após a alta hospitalar, em contexto de UCCI e ERPI, qual a intervenção do EEER para a capacitação da pessoa com Artroplastia da Anca?
8. Qual a vossa opinião sobre a interligação dos cuidados de reabilitação hospitalares com as equipas ECCI, UCCI e ERPI? Que sugestões dariam para melhorar essa articulação?
9. Além dos aspetos mencionados, há mais algum que vos pareça importante abordar sobre esta temática?



## Apêndice VII – Consentimento informado para participação em investigação



### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Caro (a) Senhor (a) Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, nós: Milene Gata e Paula Rocha, pretendemos realizar um estudo/investigação centrado no tema “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca”, cujo objetivo principal é explorar a intervenção do EEER na capacitação da pessoa submetida a artroplastia da anca.

Considerando que a evolução do conhecimento científico, nos mais diversos níveis e particularmente na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da participação num grupo focal on-line de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que será gravado, após autorização dos participantes. Reforça-se que os seus dados são anónimos e toda a informação obtida é confidencial, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. Da mesma forma, salienta-se que a sua participação é voluntária, livre e esclarecida, podendo, a qualquer momento, livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto. De referir que não existem encargos/despesas associados à sua participação neste estudo e que todos os dados a obter pelos investigadores serão destruídos após a sua publicação.

---

#### Parte declarativa dos investigadores

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo. Informei e sublinhei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos e serão destruídos após a sua publicação. Forneci o meu contacto para poder esclarecer qualquer dúvida adicional que surja.

	Milene Gata		Paula Rocha
	(milengata@hotmail.com)		(paularocha@essv.ipv.pt)
Assinaturas	_____		_____

---

#### Ao participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

---

Parte declarativa do participante

---

- Declaro que fui convenientemente informado(a) acerca da natureza, procedimentos e forma de desenvolvimento do estudo;
- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelos investigadores que assinam este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora; tendo-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta
- Declaro que manifesto a concordância na cedência dos dados que reportam apenas a este estudo;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.
- Declaro ter sido informado de que posso interromper a participação no estudo caso sinta qualquer desconforto. Foi-me ainda garantida a sua destruição após publicação.

Desta forma, aceito participar neste estudo, autorizo a utilização dos dados que de forma voluntária concordo fornecer, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigada.

Nome: | \_\_\_\_\_ |

.../.../... (data) Assinatura .....