

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

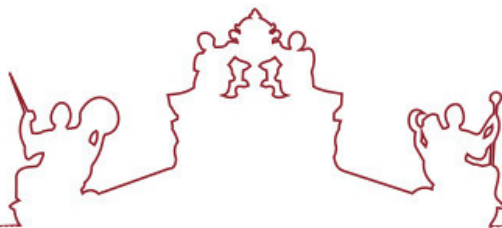
Resultados Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Raquel Sena Pão Duro

Orientador(es) | Maria José Bule

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

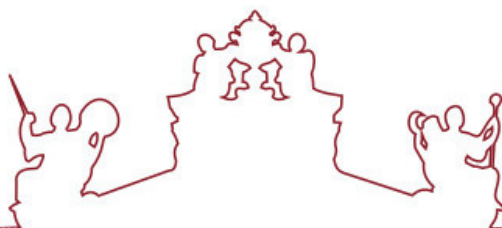
Relatório de Estágio

Resultados Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Raquel Sena Pão Duro

Orientador(es) | Maria José Bule

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente	Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Vogais	Carlos Manuel Leitão Maia (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) (Arguente) Maria José Bule (Universidade de Évora) (Orientador) Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)

RESUMO

Capacitar é um processo multidisciplinar que envolve conhecimento, decisão e ação, no qual compreender os processos de transição vividos pelas pessoas, desenvolvendo uma intervenção eficaz, que as ajude a recuperar a funcionalidade e bem estar deve ser foco central da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Os objetivos definidos foram implementar um plano individualizado de Enfermagem de Reabilitação que capacite o doente e o cuidador para o autocuidado e identificar resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado. A metodologia utilizada foi a de estudos de caso, sendo o referencial teórico escolhido a Teoria das Transições e a Teoria do Autocuidado. Os principais resultados apurados foram a existência de melhoria no autocuidado (higiene, uso do sanitário e transferir-se), melhoria do movimento muscular e melhoria da intolerância à atividade.

Palavras-chave: Capacitação; Autocuidado; Transições; Atividades de vida diária
Enfermagem de Reabilitação

Sensitive Outcomes to Rehabilitation Nursing in Enabling Self-care

ABSTRACT

Empowerment is a multidisciplinary process involving knowledge, decision-making, and action, in which understanding the transition processes experienced by individuals and developing an effective intervention to help them regain functionality and well-being should be a central focus of the intervention of Rehabilitation Nurses. The defined objectives were to implement an individualized Rehabilitation Nursing plan that empowers the patient and caregiver for self-care and to identify outcomes sensitive to Rehabilitation Nursing care in empowering self-care. The methodology used was case studies, with the chosen theoretical framework being the Transitions Theory and the Self-Care Theory. The main results obtained were improvements in self-care (hygiene, toilet use, and transferring), improved muscle movement, and improved activity intolerance.

Keywords: Empowerment; Self-care; Transitions; Activities of daily living; Rehabilitation Nursing

AGRADECIMENTOS

No final desta grande etapa o primeiro agradecimento, como não poderia deixar de ser, é para a Professora M^a José Bule. Não esqueço a sua preocupação, os conselhos e a inspiração que me deu, e continua a dar, para ser sempre naquilo que faço.

Aos meus orientadores clínicos, fica uma palavra de apreço pela disponibilidade em partilhar comigo o vosso tempo e conhecimento, com certeza, não esquecerei os conselhos que me deram e as aprendizagens que me proporcionaram.

Aos meus pais e à minha irmã agradeço a compreensão e paciência quando as chamadas foram curtas, as visitas foram poucas e a preocupação das viagens infinitas se tornou imensa. São vocês o meu maior apoio, o meu maior orgulho e quem me incentiva todos os dias a ser a melhor versão de mim mesma.

Aos meus tios e primos, que desde cedo são conforto, carinho e casa, não podia deixar de agradecer o apoio nestes últimos meses, no entanto agradeço mais ainda a família unida e presente que somos.

À minha madrinha, que sei que reza por mim todos os dias, agradeço a cumplicidade que temos e o colo que me dás. És a prova viva que a família é quem nos escolhemos.

Para os meus amigos fica a promessa de compensar todos os jantares que faltei, todas as chamadas que não pude atender e todas as ocasiões que ficaram por celebrar. Sei bem a sorte que tenho de vos ter ao meu lado.

À Madalena, ao Pedro, ao David e à Inês fica o meu obrigado eterno por terem tornado esta etapa mais bonita. Poder conhecer-vos e trabalhar convosco foi um privilégio.

Ao meu chefe e aos meus colegas da Medicina 2 desculpem os dias em que cheguei rabugenta, cheia de sono e com a cabeça a mil. Prometo tentar ir mais bem-disposta daqui para a frente.

Aos meus anjos da guarda, a avó Remédios, o avô Sena e o avô Pão Duro, agradeço a família que construíram e espero que de lá de cima sintam tanto orgulho nela como eu.

Por último, mas não menos importante, fica o agradecimento a quem inspirou esta caminhada, a minha avó Rita. Quis o destino que partisse cedo demais e não me visse terminá-la mas sei que se pudesse estaria orgulhosa de me ver terminar todo um percurso inspirado nela e para ela.

LISTA DE SIGLAS

AA- Ar Ambiente

ASA - Self-Care Agency Scale

BPM – Batimentos por Minuto

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados e Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IRG – Insuficiência Respiratória Global

JBÍ -Joanna Briggs Institute

MRC Scale – Medical Research Council Scale

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

SASE - Self-care Ability Scale for Elderly

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE GERAL

LISTA DE SIGLAS	4
ÍNDICE DE TABELAS	7
1. INTRODUÇÃO.....	8
2. APRECIACÃO DOS CONTEXTOS	10
2.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	10
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	13
2.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA DA ULSBA	17
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	19
3.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES	19
3.2. TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO	19
3.3. RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO: REVISÃO DA LITERATURA.....	21
3.3.1. Metodologia.....	21
3.3.2. Resultados	23
3.3.3. Discussão dos Resultados	29
3.3.4. Conclusão.....	38
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	40
4.1. OBJETIVOS DO PROJETO.....	40
4.2. PARTICIPANTES	40
4.3. ETAPAS.....	40
4.3.1. Avaliação Diagnóstica	40
4.3.2. Planeamento das Intervenções.....	41
4.3.3. Intervenção Terapêutica.....	41
4.3.4. Avaliação dos Resultados	41
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	41
5.1. ESTUDO DE CASO 1	41
5.2. ESTUDO DE CASO 2	48
5.3. ESTUDO DE CASO 3	52
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
7. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	63
8. CONCLUSÃO.....	67
ANEXOS	73
ANEXO I – PROGRAMA DO DIA DO CUIDADOR INFORMAL	73
ANEXO II – POSTER “O IMPACTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA NA SEGURANÇA DO DOENTE”	74

ANEXO III – COMUNICAÇÃO LIVRE “INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA DISFAGIA”	74
ANEXO IV – COMUNICAÇÃO LIVRE “O INSUFLADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS”	75
APÊNDICES	76
APÊNDICE I – NORMA PARA AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO	76
APÊNDICE II – GUIA RÁPIDO SOBRE DEGLUTIÇÃO.....	84
ANEXO III – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA.....	85
APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL (ESTUDO DE CASO 1)	87
APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DA MRC SCALE (ESTUDO DE CASO 1)	88
APÊNDICE VI – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BORG MODIFICADA (ESTUDO DE CASO 1)	89
APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE TINETTI (ESTUDO DE CASO 1)	91
APÊNDICE VIII – AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS (ESTUDO DE CASO 1)	92
APÊNDICE IX – PLANO INDIVIDUALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (ESTUDO DE CASO 1)	93
APÊNDICE X– AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS (ESTUDO DE CASO 2)	97
APÊNDICE XI – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL (ESTUDO DE CASO 2)	98
APÊNDICE XII – AVALIAÇÃO DA MRC SCALE (ESTUDO DE CASO 2)	99
APÊNDICE XIII – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE MORSE (ESTUDO DE CASO 2)	100
APÊNDICE XIV – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE TINETTI (ESTUDO DE CASO 2)	101
APÊNDICE XV – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BORG MODIFICADA (ESTUDO DE CASO 2)	102
APÊNDICE XVI– PLANO INDIVIDUALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (ESTUDO DE CASO 2)	103
APÊNDICE XVIII – AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS (ESTUDO DE CASO 3).....	109
APÊNDICE XIX – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL (ESTUDO DE CASO 3)	110
APÊNDICE XX– AVALIAÇÃO DA MRC SCALE (ESTUDO DE CASO 3)	111
APÊNDICE XXI – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE MORSE (ESTUDO DE CASO 3).....	112
APÊNDICE XXII – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE TINETTI (ESTUDO DE CASO 3).....	113
APÊNDICE XXIII – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BORG MODIFICADA (ESTUDO DE CASO 3)	114
APÊNDICE XXIV – PLANO INDIVIDUALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (ESTUDO DE CASO 3)	115

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese de Resultados.....	23
Tabela 2 - Regime Terapêutico Prescrito.....	41
Tabela 3 - Resultados Obtidos.....	46
Tabela 4 – Medicação Prescrita em Contexto de Internamento.....	47
Tabela 5 - Resultados Obtidos	50
Tabela 6 - Medicação Prescrita em Contexto de Internamento.....	52
Tabela 7 - Resultados Obtidos	55
Tabela 8 - Resultados obtidos através da Avaliação do Índice de Barthel.....	57
Tabela 9 - Resultados obtidos através da aplicação da Escala Numérica da Dor	57
Tabela 10 - Resultados Obtidos através da avaliação da Escala de Borg Modificada.....	58
Tabela 11 - Resultados obtidos através da aplicação do Índice de Tinetti.....	59

1. INTRODUÇÃO

O Autocuidado, tal como definido por Dorothea Orem consiste na “prática de atividades de vida que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, que iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento pessoal” (Marriner-Tomey & Alligood, 2004, p.213). Este autocuidado é aprendido, primeiramente no seio familiar e posteriormente na comunidade, sendo que a derradeira finalidade é que cada pessoa seja capaz de cuidar de si própria, englobando igualmente a capacidade para tomar decisões livres, esclarecidas e informadas (Marques-Vieira & Sousa, 2023; Ribeiro, 2021). Ao longo da vida as pessoas experienciam alterações no seu processo saúde-doença sendo estas mudanças vividas e percecionadas de forma diferente por cada indivíduo (Ribeiro, 2021). Estas alterações são, maioritariamente, causadoras de maior dependência, modificando os hábitos e estilos de vida, repercutindo no modo de viver e redefinindo o próprio ser e estar da pessoa (Ribeiro, 2021).

Capacitar surge então como um processo multidisciplinar que envolve conhecimento, decisão e ação, no qual compreender os processos de transição vividos pelas pessoas, desenvolvendo uma intervenção eficaz, que as ajude a recuperar a funcionalidade e bem estar deve ser foco central da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Marques-Vieira & Sousa, 2023; Reis & Bule, 2016; Sousa et al., 2020). Para tal, é necessário melhorar o conhecimento da pessoa, fomentando a importância do regime de reabilitação proposto, instaurando estratégias individualizadas favoráveis à compreensão da sua situação de saúde-doença e aquisição de conhecimento e habilidade que permita a satisfação das suas necessidades de autocuidado (Ribeiro, 2021).

Torna-se então necessário o envolvimento do utente e/ou cuidador neste processo de recuperação de autonomia e funcionalidade, compreendendo que os resultados obtidos dependem desta cooperação, na qual, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel central. É este que planeia e executa as intervenções, incentivando o utente e/ou cuidador à adesão ao regime proposto, adequa ensinamentos e/ou treinos às capacidades dos mesmos e serve como elo para o resto da equipa multidisciplinar, assegurando uma resposta eficaz e coesa às necessidades apresentadas.

Este relatório foi desenvolvido nos estágios programados para o ciclo de estudos, sendo que foram realizados numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Alentejo, sendo que os estágios

nas áreas cardiorrespiratória e ortopédica foram ambos realizados em contexto hospitalar, e o estágio na área de neurologia foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade. Foram escolhidos para realização de estágio os contextos anteriormente apresentados, uma vez que, nestes existe uma elevada prevalência de doentes com alterações significativas no seu processo de saúde doença e onde a capacitação para o autocuidado dos mesmos e consequente preparação para a alta fossem executadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O estágio na área cardiorrespiratória foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de uma Unidade Local de Saúde do Alentejo no período entre 22 de abril de 2025 e 20 de junho de 2025, num total de 250 horas de contacto divididas por 9 semanas, sendo que este serviço foi escolhido pela elevada prevalência de doentes com patologia cardiorrespiratória.

Na área neurológica, o estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de uma Unidade Local de Saúde do Alentejo, durante 10 semanas, compreendidas entre 15 de setembro de 2025 e 21 de novembro de 2025, no total de 252 horas de contacto, tendo sido eleito por interesse pessoal pelo desenvolvimento de competências em contexto comunitário.

Por fim, o estágio na área ortotraumatológica foi realizado no serviço de Ortopedia de uma Unidade Local de Saúde do Alentejo. O estágio englobou um total de 157 horas de contacto divididas ao longo de 7 semanas, no período entre 24 de novembro de 2025 e 23 de janeiro de 2026, uma vez que este é o serviço de eleição para o internamento e intervenção cirúrgica de doentes com patologia orto-traumatológica.

Este relatório tem como objetivos a sistematização do conhecimento adquirido, assim como demonstrar as competências desenvolvidas ao longo do mestrado.

Foram consideradas como referencial teórico duas Teorias de Enfermagem: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, sendo que os principais conceitos a abordar serão “Autocuidado”, “Capacitação” e “Transição de Cuidados”.

O presente relatório é constituído pela introdução, a apreciação dos contextos onde foram realizados os estágios, o enquadramento teórico e conceptual, seguindo-se o Projeto de Intervenção e a respetiva aplicação e apresentação em forma de Estudos de Caso, a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências e, por último, a conclusão.

2. APRECIACÃO DOS CONTEXTOS

O presente capítulo aborda os serviços onde foram realizados os estágios curriculares no âmbito do Mestrado em Enfermagem.

2.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Serviço de Medicina Intensiva tem disponíveis 10 camas, porém existem 2 camas atualmente inativas por falta de recursos humanos. A equipa de enfermagem é composta por 26 enfermeiros, dos quais 3 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que prestam cuidados especializados diariamente, no horário das 8h às 16h, com rotatividade semanal.

A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação segue as etapas do Processo de Enfermagem, sendo elas a Avaliação Diagnóstica, o Planeamento, a Intervenção Terapêutica e a Avaliação de Resultados. No início de cada turno é realizada a avaliação dos doentes internados através da realização do exame físico, que inclui a auscultação pulmonar, a inspeção do tórax, avaliação do padrão respiratório ou da adaptação à modalidade ventilatória, presença de sinais de dificuldade respiratória, o ritmo, a amplitude e o tempo inspiratório e expiratório. É também efetuada a observação de análises sanguíneas, que incluem a avaliação gasimétrica, e da avaliação de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente Raio-x, sendo que este conjunto de dados colhidos determinam se existem critérios de segurança para a intervenção segura do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e possibilitam a formulação dos diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, estando estes critérios protocolados no serviço e, inclusivamente, são passíveis de registo informático no perfil do doente. Após efetuada a avaliação de todos os doentes segue-se o planeamento do dia de trabalho, efetuando para cada doente passível de intervenção, um plano individualizado a ser realizado ao longo do turno, sucedido pela intervenção terapêutica junto dos doentes. Por fim, é realizada a avaliação dos resultados obtidos, o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação é reavaliado e ajustado consoante necessário e são efetuados os registos das intervenções realizadas no BSimple, o programa informático do serviço.

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) utiliza para a realização da avaliação da capacidade para a atividade física de doentes críticos a escala Chelsea Critical Care Physical Assessment (CPAx) (Ferreira & Pinto, 2024), instrumento que permite avaliar limitações associadas ao internamento de pessoas em situação crítica, assim como documentar a evolução da sua capacidade funcional ao longo do internamento, existindo um protocolo em vigor na instituição

para a utilização da mesma no serviço. Esta é aplicada com objetivo contribuir para a tomada de decisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação aquando da elaboração do plano personalizado de Enfermagem de Reabilitação do doente crítico, nomeadamente no âmbito da Reeducação Funcional Motora.

A sua aplicação é efetuada a doentes adultos, internados no Serviço de Medicina Intensiva, preferencialmente nas primeiras 24 horas após a admissão ou o mais precocemente possível, sendo avaliada de 7 em 7 dias, a contar da primeira avaliação, e no dia da alta do Serviço de Medicina Intensiva. Existem, no entanto, critérios de exclusão para a aplicação desta escala, sendo eles: pontuação na escala de Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) entre -5 e -2 ou superior a +1; presença de défice funcional prévio (ex.: demência ou tetraplegia); presença de défice neurológico focal; expectativa de permanência no serviço por menos de 48 horas; mulheres em período gestacional; doentes que apresentem uma situação clínica que não permita a aplicação do instrumento.

Atualmente, o Serviço de Medicina Intensiva, tem em curso um plano de melhoria continua intitulado de “Journal Club” que visa a aquisição e partilha de conhecimento baseado na evidencia científica mais recente sobre temas pertinentes para a prática clínica, assim como a divulgação de projetos desenvolvidos pelos estudantes do Mestrado em Enfermagem e do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que realizam estágio no serviço. O “Journal Club” consiste então na seleção de um artigo científico, por um elemento da equipa de Enfermagem que, após a leitura e análise do mesmo, partilha o seu conteúdo com a restante equipa de Enfermagem, bem como com a equipa médica, potenciando discussão e debate sobre o tema apresentado. A participação é voluntária e acordada com o responsável para Formação em Serviço, sendo a sua apresentação realizada na última quinta-feira de cada mês, tanto em formato presencial como online.

Ao longo do estágio a população-alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados foram maioritariamente doentes com patologia cardiorrespiratória, tais como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada, Insuficiência Respiratória Global (IRG), Derrame Pleural, Atelectasia Pulmonar, entre outras. Foram acompanhados durante o estágio doentes sedados e com ventilação mecânica invasiva (VMI) em modalidades controladas, doentes com ventilação mecânica invasiva em modalidades assistidas, doentes em ventilação mecânica não invasiva (VNI), assim como doentes em ventilação espontânea com

oxigenoterapia por cânula nasal de Alto Fluxo, Máscara de Venturi ou oxigenoterapia por cânula nasal.

O plano de cuidados individualizado de Enfermagem de Reabilitação implementado foi adequado à capacidade/potencial para participação do doente, em concordância com os objetivos terapêuticos individuais definidos pela equipa multidisciplinar (ex.: contribuir para uma melhor adaptação à modalidade ventilatória, melhorar a capacidade ventilatória, promover o desmame progressivo da prótese ventilatória e preparação para a ventilação espontânea). Em todas as situações o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação desenvolvido considerou a prevenção de complicações respiratórias e a redução das complicações pela imobilidade no leito.

Os Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação mais prevalentes nesta população foram Ventilação Comprometida, Limpeza das Vias Aéreas Comprometida, Movimento Muscular Comprometido; Transferir-se Comprometido, Autocuidado Comprometido; Intolerância à Atividade Presente e Equilíbrio Corporal, comprometido.

Considerando o Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Ventilação Comprometida, as principais intervenções realizadas foram: executar técnicas respiratórias para melhorar a ventilação (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, manobras de compressão e descompressão do tórax, ventilação dirigida); ensinar/instruir/treinar sobre técnicas respiratórias para melhorar a ventilação; Incentivar o uso de técnicas respiratórias para melhorar a ventilação; executar Cinesioterapia Respiratória (abertura costal global, abertura costal seletiva, expansibilidade torácica com bloqueio contralateral).

Relativamente ao diagnóstico Limpeza das Vias Aéreas Comprometida as intervenções executar técnicas de limpeza das vias aéreas (Drenagem Postural Modificada, manobras acessórias da tosse, Ciclo Ativo da Respiração, CoughAssist); e ensinar sobre/instruir/treinar técnicas de limpeza das vias aéreas, foram as mais prevalentes ao longo do estágio.

No diagnóstico Movimento Muscular Comprometido foram realizadas, de forma mais frequente, as seguintes intervenções: avaliar força muscular através da aplicação da Medical Research Council Muscle Scale (UK Research and Innovation, 2023), avaliar a preensão palmar através de dinamometria e executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivas, ativas-assistidas e ativas-resistidas).

Tendo em conta o diagnóstico Transferir-se Comprometido, as intervenções mais prevalentes foram: ensinar sobre/instruir/treinar o transferir-se para a cadeira/cama e ensinar/ instruir sobre prevenção de complicações durante o transferir-se para a cadeira/cama.

Para o diagnóstico Autocuidado Comprometido as intervenções realizadas foram avaliar a capacidade para o autocuidado, através do Índice de Barthel (Araújo et al., 2007); ensinar sobre/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado.

Sobre o diagnóstico Intolerância à Atividade Presente as intervenções avaliar a intolerância à atividade através da escala de Borg Modificada (Borg, 1982), ensinar/instruir sobre gestão dos períodos de atividade e repouso e vigiar períodos de atividade e repouso foram as mais executadas.

Por fim, atentando ao diagnóstico Equilíbrio Corporal Comprometido as intervenções mais prevalentes foram: avaliar equilíbrio estático e dinâmico, sentado e ortostático, ensinar sobre relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda, ensinar sobre/instruir/treinar técnicas de equilíbrio dinâmico e ortostático.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) iniciou a sua atividade em 2011 abrangendo cerca de 5747 utentes, dispersos pelas 6 freguesias do concelho. A equipa de Enfermagem é composta por 4 Enfermeiras, das quais apenas 1 é Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, prestando cuidados especializados sempre que possível, maioritariamente no horário entre as 10h e as 17h nos dias úteis e das 8h às 15h nos fins de semana.

Esta unidade disponibiliza uma variada carteira de serviços onde se inclui o Programa Nacional de Saúde Escolar, da Saúde Oral das Crianças e Jovens, o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física nas Crianças e Jovens, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, a Intervenção Precoce Integrada no concelho de Portel, o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado, a Rede Social, o Núcleo Local de Inserção e a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), através da Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI), onde são prestados também cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Atualmente são exercidas duas modalidades de prestação de cuidados: a intervenção comunitária, através da realização de programas junto de parceiros ou por solicitação de diversas instituições, e a prestação de cuidados domiciliários no âmbito da ECCI.

A ECCI conta com 8 vagas contratualizadas na UCC, prestando cuidados de Enfermagem no âmbito da RNCCI. Esta destina-se à prestação de cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença e que possuam cuidador. A modalidade de prestação de cuidados pode variar consoante as necessidades dos utentes e/ou cuidadores. A visita domiciliária é a modalidade privilegiada pelos profissionais de saúde, no entanto, por questões de logística não são efetuadas visitas domiciliárias diárias a todos os utentes. A equipa da UCC dispõe também de atendimento telefónico, sendo que este pode ser utilizado pelos utentes e/ou familiares, sempre que necessário, ou pelos profissionais de saúde, na impossibilidade de realização de visita domiciliária. Este atendimento encontra-se disponível durante o horário de funcionamento da UCC, sendo o número a utilizar disponibilizado pela equipa aquando da admissão na ECCI. Conta ainda com uma equipa multidisciplinar, onde se incluem um médico, uma assistente social e uma psicóloga para fazer face às necessidades de saúde dos utentes, sendo que é a equipa da UCC que faz a articulação entre os diversos profissionais de saúde.

Ao longo do estágio foram, maioritariamente, prestados cuidados especializados no âmbito da ECCI, sendo diariamente realizadas várias visitas domiciliárias, as quais eram agrupadas e distribuídas ao longo da semana consoante a distância da UCC ao domicílio dos doentes. A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação seguia também as etapas do Processo de Enfermagem, sendo elas a Avaliação Diagnóstica, o Planeamento, a Intervenção Terapêutica e a Avaliação de Resultados.

Cada turno incitava por um pequeno *briefing* sobre os doentes aos quais haviam sido prestados cuidados no dia anterior, de forma que a equipa pudesse garantir a continuidade dos cuidados prestados, sendo também discutidas novas admissões e/ou doentes a admitir na unidade.

Seguia-se o planeamento do dia de trabalho, onde eram seleccionados os doentes passíveis de receber cuidados de Enfermagem de Reabilitação, e a realização das visitas domiciliárias. Aquando da realização da visita domiciliária era feita a avaliação dos doentes, identificando diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e elaborado um plano individualizado para cada doente. Seguia-se a Intervenção Terapêutica junto do doente, sendo que as intervenções eram adaptadas em função das características do domicílio, produtos de apoio adquiridos pelo doente e materiais disponíveis.

No final do turno era realizada a avaliação dos resultados obtidos, o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação era reavaliado e ajustado consoante necessário e eram realizados os registos no programa informático do serviço (SClinico), sendo selecionado o programa relativo à Enfermagem de Reabilitação para o efeito.

A UCC já há muito demonstrava o desejo de implementar um Programa de Melhoria Continua da Qualidade relacionado à deglutição, com o intuito de avaliar periodicamente a deglutição dos doentes admitidos/internados em ECCI, de forma a diagnosticar atempadamente alterações da mesma. Neste sentido, foi então criada uma norma de serviço sobre a avaliação da deglutição de todos os doentes da UCC, onde foi definida a escala a utilizar, a periodicidade da avaliação, as intervenções a implementar junto do doente e/ou cuidador, bem como os registos informáticos a efetuar (Apêndice I). Foi também realizada formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a aplicação da norma, com a duração de 1 hora, e elaborado um folheto informativo intitulado “Guia Rápido da Deglutição” (Apêndice II) para ser fornecido aos doentes e/ou cuidadores.

A UCC participa, quando convidada, em iniciativas comunitárias e/ou sessões de educação para a saúde organizadas por entidades do concelho. Houve oportunidade de participar enquanto oradora numa destas sessões, organizada pela Camara Municipal do concelho em questão no âmbito do Dia do Cuidador Informal, com o tema era “Cuidar com Saber” celebrado a 5 de novembro de 2025. O público-alvo foram cuidadores informais, assim como trabalhadores de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), tendo sido abordado o papel do cuidador informal na pessoa com alterações da deglutição (Anexo I).

Considerando as características populacionais do concelho, sendo que a faixa etária mais prevalente é de adultos com mais de 65 anos de idade, e que o estágio aborda a área neurológica foi também realizada uma sessão de Reabilitação Cognitiva, no dia 8 de outubro de 2025, numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Esta teve como objetivos maximizar a capacidade cognitiva dos idosos, fornecer atividades de Reabilitação Cognitiva de fácil replicação no domicílio, fomentar a participação ativa dos idosos em atividades sociais e promover a adoção de estilos de vida saudáveis. Ao longo da sessão foram realizados diversos jogos e atividades lúdicas (Apêndice III) com o intuito de estimular diversas funções e domínios cognitivos, que, sofrem alterações inerentes ao processo de envelhecimento e que necessitam de ser exercitadas. Estas áreas são a orientação e atenção, a memória, a linguagem e o vocabulário, o cálculo e a praxia (Figueiredo & Abalroado, 2016).

Ao longo do estágio a população-alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados foram maioritariamente doentes idosos, já com dependência nos autocuidados, com as mais variadas patologias, incluindo síndrome demencial.

Os Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação mais prevalentes nesta população foram Autocuidado Comprometido, Intolerância à Atividade Presente, Dor Presente; Adesão ao Regime de Reabilitação/ Terapêutico Comprometida; Movimento Muscular Comprometido, e Risco de Queda Elevado.

Considerando o diagnóstico Autocuidado Comprometido as intervenções mais prevalentes foram avaliar a capacidade para o autocuidado, através do Índice de Barthel; ensinar sobre/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado.

Para o diagnóstico Intolerância à Atividade as intervenções executadas foram: Avaliar a intolerância à atividade através da escala de Borg Modificada (Borg, 1982); Ensinar a pessoa e cuidador sobre gestão dos períodos de atividade e repouso e Ensinar a pessoa e cuidador sobre vigilância de resposta à atividade.

As intervenções mais relevantes para o diagnóstico Dor Presente foram: Avaliar a dor através da escala numérica, as características, duração, frequência, fatores desencadeantes e de alívio e intensidade; Ensinar pessoa e cuidador sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor (crioterapia, repouso); Ensinar a pessoa e cuidador sobre a gestão do regime terapêutico, nomeadamente sobre a medicação a administrar em SOS; Incentivar o uso de estratégias não farmacológicas de controlo da dor;

No diagnóstico Adesão ao Regime de Reabilitação/ Terapêutico Comprometida foram consideradas as intervenções: Analisar com a pessoa e cuidador a relação entre a adesão ao regime de reabilitação/terapêutico e a recuperação; Ensinar a pessoa e cuidador sobre o regime de reabilitação; Incentivar a adesão ao regime de reabilitação.

Atentando no diagnóstico Movimento Muscular Comprometido as seguintes intervenções foram as mais prevalentes: Avaliar força muscular através da aplicação da Medical Research Council Muscle Scale (UK Research and Innovation, 2023); Analisar com a pessoa e cuidador a relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade; Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos); Incentivar a realização de exercícios musculares e articulares.

Por fim, ao considerar o diagnóstico Risco de Queda Elevado as principais intervenções executadas foram: Avaliar o risco de queda através da Escala de Morse (Costa-Dias et al., 2019); Ensinar a pessoa e cuidador sobre adaptação do domicílio (presença de corrimão nas escadas/degraus; remoção de tapetes, utilização correta dos auxiliares de marcha); Ensinar pessoa e cuidador sobre o risco de queda e Ensinar pessoa e cuidador sobre utilização de calçado e roupa adequada (uso de sapatos com velcro, salto baixo e largo e que possuam sola antiderrapante).

2.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA DA ULSBA

O Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo conta com 24 camas disponíveis para doentes com patologia do foro ortopédico, no entanto, no período entre dezembro de 2025 e final de janeiro de 2026 foram disponibilizadas 6 camas de internamento à especialidade de Medicina Interna, ao abrigo do Plano de Contingência de Saúde Sazonal da ULS, sendo que as pessoas admitidas maioritariamente possuíam patologias do foro cardiorrespiratório.

A equipa de Enfermagem é composta por 20 enfermeiros, sendo que 3 são Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, não possuindo, no entanto, horário dedicado à prestação de cuidados especializados aos doentes.

Tal como nos contextos anteriores, a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação seguiu as etapas do Processo de Enfermagem, sendo elas a Avaliação Diagnóstica, o Planeamento, a Intervenção Terapêutica e a Avaliação de Resultados. No início de cada turno é realizada a avaliação dos doentes internados através da realização do exame físico, que inclui a avaliação do estado de consciência, dos Sinais Vitais, avaliação da força muscular através da MRC Scale (UK Research and Innovation, 2023), avaliação da independência para a realização das atividades de vida através do Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), e a avaliação do equilíbrio através do Índice de Tinetti (Morgado et al., 2010), assim como a Escala de Morse (Costa-Dias et al., 2019) para determinação do risco de queda de cada doente. Eram também observadas as análises mais recentes e o raio-x pós operatório de forma a garantir a prestação de cuidados especializados com segurança e a elaboração de diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação. Após a avaliação era elaborado o planeamento do dia de trabalho, efetuando para cada doente passível de intervenção, um plano individualizado a ser realizado ao longo do turno, sucedido pela intervenção terapêutica junto dos doentes. Por fim, era realizada a avaliação dos resultados obtidos, o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação era reavaliado e

ajustado consoante necessário e eram realizados os registos no processo de cada doente. Sendo que neste serviço as intervenções relativas à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação não se encontravam parametrizadas no programa utilizado (SClinico) os registos eram efetuados através da elaboração de notas de enfermagem para cada doente.

Ao longo dos diversos estágios foram oram realizadas atividades de divulgação de conhecimento através da apresentação de trabalhos em jornadas/eventos científicos. O poster “O Impacto da Supervisão Clínica em Enfermagem na Segurança do Doente” foi apresentado no dia 21 de março de 2025 nas I Jornadas Interdisciplinares de Medicina Interna da ULSBA com o tem “Sinergia em Saúde: Transformando Cuidados Multidisciplinares no Serviço de Medicina” (Anexo II). As comunicações orais intituladas “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Disfagia” (Anexo III) e “Insuflador-Exsuflador Mecânico nas Unidades de Cuidados Intensivos” (Anexo IV) foram apresentadas nas I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULSBA com o tema “Enfermagem de Reabilitação na Integração dos Cuidados de Saúde” realizadas a 9 e 10 de outubro de 2025.

Foram também, ao longo do mestrado, publicados dois artigos científicos, desenvolvidos em contexto académico e com supervisão dos professores que lecionam as respetivas Unidades Curriculares.

O artigo intitulado “Role of Rehabilitation Nurses in Empowering Mactectomized Women for Self-Care” (Rodrigues et al., 2025) foi publicado na International Journal of Environmental Research and Public Health a 18 de junho de 2025. Já o artigo “Supervisão Clínica em Estudantes de Enfermagem na Promoção da Segurança do Paciente: Scooping Review” foi publicado a 18 de julho de 2025, na revista RIASE (Rodrigues et al., 2025).

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

3.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Na Teoria das Transições o foco são as interações entre enfermeiro e a pessoa, nas quais a preocupação do EEER é a experiência de transição vivenciada pela pessoa, tendo como objetivo a saúde e o bem-estar do mesmo (Ribeiro, 2021).

Podemos definir transição como “passagem de um estado estável para outro estado estável, sendo este um processo despoletado por uma mudança” (Meleis, 2010, p.11), podendo estas mudanças ser eventos críticos ou mudanças nos próprios indivíduos ou nos ambientes em que estes se inserem (Meleis, 2010). Uma característica das transições é que estas são essencialmente positivas, ou seja, a conclusão de uma transição implica que a pessoa atingiu um período de maior estabilidade em relação ao período anterior (Meleis, 2010).

Em todas as interações, os comportamentos, sentimentos e motivos tendem a ser agrupados em unidades, as quais se podem denominar de papeis. A definição de papeis, no contexto da teoria apresentada, é não apenas seguir um conjunto de comportamentos, mas o seguir de um sentimento ou objetivo que conduz à união de um conjunto de potenciais ações (Meleis, 2010).

A transição de papeis acarreta uma mudança nos relacionamentos da pessoa, expectativas e habilidades desempenhadas. Requerem a aprendizagem de novos conhecimentos, alteração de comportamentos e, conseqüentemente, levam à alteração da percepção de si próprio no seu contexto social. Grande parte destas alterações de papeis estão ligadas a transições no estado de saúde-doença das pessoas, devendo os profissionais de saúde, ter este aspeto em consideração aquando da prestação de cuidados (Meleis, 2010).

Os enfermeiros, nomeadamente o EEER, devido à sua relação de proximidade à pessoa e família, tende a ser o profissional que os prepara e capacita para a transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências e habilidades (Meleis, 2010).

Deste modo o EEER identifica problemas e necessidades da pessoa, através das quais planeia e executa intervenções com o propósito de facilitar as transições experienciadas pela pessoa e família (Meleis, 2010; Ribeiro, 2021).

3.2. TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO

A Teoria do Défice do Autocuidado, encontra-se englobada no referencial teórico de Dorothea Orem, composto por três teorias (Teoria do Défice do Autocuidado, Teoria do

Autocuidado e Teoria dos Sistemas) que se interligam e complementam, tendo sido publicada pela primeira vez em 1971 (Marques-Vieira & Sousa, 2023). Orem define então vários conceitos, tais como autocuidado, agente de autocuidado, défice de autocuidado, dependente de cuidados, sistemas de enfermagem, ação do autocuidado, comportamentos de autocuidado, fatores condicionantes básicos, necessidade terapêutica de autocuidado, e requisitos de autocuidado, considerando que os mesmos se correlacionam entre si (Marques-Vieira & Sousa, 2023).

O autocuidado é considerado uma função reguladora, presente em todos os seres humanos, ou seja, é um sistema de ação (Marriner-Tomey & Alligood, 2004). Este é definido como “prática de atividades de vida que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, que iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento pessoal” (Marriner-Tomey & Alligood, 2004, p213). Segundo a autora existem requisitos universalmente necessários, que cada pessoa deve atingir através da realização do seu autocuidado. Estes correspondem a intervenções consideradas vitais ao funcionamento estrutural e funcional do ser humano, ao longo do ciclo de vida, sendo estes: manter uma ingestão suficiente de ar, água e comida; garantir cuidados relacionados com a eliminação; manter equilíbrio entre períodos de atividade e períodos de descanso; manter equilíbrio entre a vida social e períodos de maior solidão; prevenir riscos para a vida, funcionamento e bem-estar e promover o funcionamento humano em grupos sociais (Marriner-Tomey & Alligood, 2004).

A definição de défice de autocuidado revela uma relação entre o autocuidado terapêutico (o que a pessoa necessita para se autocuidar) e a atividade autocuidado (o que a pessoa consegue efetivamente realizar para se autocuidar), na qual as capacidades demonstradas pela pessoa não são suficientes ou adequadas à realização de uma ou mais necessidades de cuidados existentes (Marriner-Tomey & Alligood, 2004).

Esta teoria engloba também a definição de Sistemas de Enfermagem. Este conceito descrito como “séries e sequencias de ações práticas deliberadas das enfermeiras desempenhadas, por vezes, em coordenação com as ações dos seus doentes para conhecer e satisfazer componentes das necessidades de autocuidado terapêutico dos seus doentes e para proteger e regular o desenvolvimento ou exercício da atividade de autocuidado dos doentes” (Marriner-Tomey & Alligood, 2004, p.216).

Nesta teoria o ser humano e o ambiente são entendidos como uma unidade, pressupondo que o ser humano, no decorrer da sua vida, se dispõe a cuidar de si e dos familiares dependentes, demonstrando potencial para aprender a suprir estas necessidades de autocuidado (Ribeiro, 2021). Porém, quando as necessidades de autocuidado ultrapassam a capacidade da pessoa se autocuidar, é experienciado um desvio de saúde, sendo neste momento que existe intervenção do enfermeiro, prestando assistência especializada de forma a satisfazer as necessidades de autocuidado (Ribeiro, 2021).

3.3. RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO: REVISÃO DA LITERATURA

O EEER tem como competência capacitar a pessoa com deficiência, limitações da atividade e/ou restrição da participação, maximizando a sua autonomia, facilitando a realização das atividades de vida diárias e melhorando a sua participação cívica, aumentando, consequentemente a perceção da qualidade de vida das pessoas relacionada com a saúde, principalmente no processo de transição saúde-doença (Sousa et al., 2020).

A intervenção do EEER assume um papel decisivo na recuperação da funcionalidade, sendo este o profissional mais próximo dos utentes e famílias, que conhece os contextos familiares e sociais onde estes se integram, de forma a planear as suas intervenções com o intuito de mitigar possíveis barreiras à maximização da funcionalidade.

Esta revisão pretende evidenciar os resultados sensíveis à Enfermagem de Reabilitação, nas diferentes práticas de cuidados onde o EEER se insere, demonstrando assim evidencia robusta da eficácia das suas intervenções.

3.3.1. Metodologia

A presente revisão sistemática da literatura foi realizada utilizando a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI, 2024) para este tipo de artigo, tendo sido mapeada a pesquisa através da pergunta “Quais os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na capacitação para o autocuidado, nos diferentes contextos da prática de cuidados?”, formulada no formato Pessoa, Conceito e Contexto (PCC).

O objetivo definido para a revisão é mapear o conhecimento sobre resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na capacitação para o autocuidado, nos diferentes contextos da prática de cuidado.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOHost, que incorpora as bases de dados MEDLINE, CINAHL Ultimate e MedicLatina, tendo sido utilizados os termos “Rehabilitation Nursing or Nursing Rehabilitation” e “Self Care”, já validados como descritores DECS. Como critérios de inclusão foram definidos a existência de texto integral do artigo, artigos com 5 ou menos anos, escritos em português, inglês ou espanhol, cuja população-alvo sejam adultos (+18 anos), tendo sido obtidos 866 artigos correspondentes a esta pesquisa. Foram considerados todos os tipos de artigos para realizar esta revisão, isto é, artigos de métodos quantitativos, qualitativos e mistos, tendo sido também utilizados estudos primários e revisões da literatura. Destes existiram 10 artigos repetidos, perfazendo assim um total de 856 artigos.

Procedeu-se à então leitura do título dos artigos resultantes, tendo sido eliminados 807 artigos por não terem correspondido aos critérios de inclusão previamente definidos, resultando num total de 49 artigos.

Após a leitura dos títulos, foi então lido o resumo dos artigos restantes, sendo que destes foram excluídos 40 artigos, resultando num total de 9 artigos que foram analisados na íntegra. Após a leitura integral foram excluídos 3 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão definidos previamente.

Foram ainda incluídos 2 outros artigos, perfazendo um total de 8 artigos incluídos nesta revisão.

A extração dos dados de cada artigo foi efetuada através da utilização de uma tabela que incluiu os seguintes parâmetros: autor, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, local de estudo, objetivos de estudo, metodologia, população em estudo/número de participantes, definição de capacitação e/ou autocuidado, principais intervenções, principais resultados e principais conclusões. Os resultados das diversas etapas da análise encontram-se esquematizados, segundo o modelo PRISMA Flow Diagram, representado na figura seguinte.

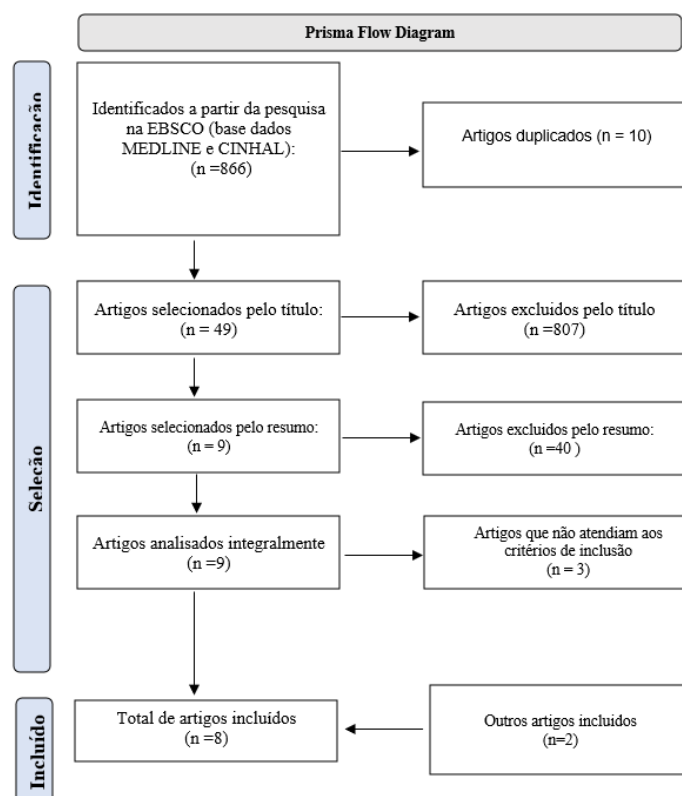


Figura 1

Prisma Flow Diagram representativo do processo de seleção e inclusão dos artigos adaptado de (Page et al., 2021).

3.3.2. Resultados

Após concluído o processo de seleção dos estudos, foram incluídos diversos tipos de estudos incluindo estudos quantitativos, estudos qualitativos exploratórios, revisões sistemáticas da literatura, scoping reviews, estudos de caso e práticas reflexivas.

A tabela seguinte (Tabela 1) apresenta uma síntese dos estudos incluídos, objetivos dos mesmos, intervenções do EEER e resultados obtidos/ conclusões.

Título/Autores/Origem/Metodologia/Participantes	Objetivo/Descrição	Intervenções de ER	Resultados/Conclusões
Título: Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e recursos utilizados pelas famílias e Enfermagem de Reabilitação; Ano de Publicação: 2024;	Identificar os recursos e produtos de apoio facilitadores do autocuidado utilizados pelas famílias que cuidam destas pessoas.	-Capacitar o cuidador para a utilização de estratégias adaptativas; -Executar ensino/treino de autocuidado; -Selecionar e prescrever produtos de apoio; -Ensinar sobre utilização de produtos de apoio.	Os cuidadores eram 80% do género feminino, casados, filhos da pessoa dependente e idade média de 65,6 anos ($\pm 10,1$ anos). A taxa global de recursos utilizados foi de 50,4%, com maior expressão nos autocuidados de tomar

Autor(es): Mendes et al; Metodologia:Estudo exploratório, descritivo, transversal e de cariz quantitativo, amostra probabilística, aleatória. Participantes:35 famílias que integravam pessoas dependentes no autocuidado.			medicação, andar e uso do sanitário (média-73,8%), e os de menor utilização relacionados à mobilidade: elevar-se, virar-se e transferir-se (média - 25.1%).1
Título: Interventions of Informal Carers of Older People at Home with Chronic Diseases: A Scoping Review; Ano de Publicação: 2025; Autor(es): Bento et al; Metodologia: scoping review de acordo com o protocolo da JBI Participantes:não aplicável;	Mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação dos Cuidadores Informais no domicílio;	-Realizar ensino e treino de transferências; - Realizar ensino e treino de posicionamentos no leito; -Executar treino de equilíbrio; -Ensinos sobre gestão do regime terapêutico; -Ensinos sobre controlo de doenças crónicas e prevenção de complicações associadas às mesmas; -Identificar barreiras arquitetónicas no domicílio; -Ensinar sobre adaptação do domicílio; -Implementar programas de treino para o Cuidador Informal; -Promover o acesso e o uso correto de tecnologias e dispositivos necessários ao processo de reabilitação; -Incentivar a participação do Cuidador Informal em grupos de apoio ou	As intervenções do EEER são cruciais para o desenvolvimento de competências e bem-estar dos Cuidadores Informais, melhorando a qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos a adultos idosos que se encontrem no domicílio, reduzindo, desta forma, a sobrecarga do cuidador

		outras iniciativas já existentes; -Avaliar de forma regular os cuidados prestados pelo Cuidador Informal; -Ajustar o programa de treino consoante as necessidades demonstradas pelo cuidador;	
Título: Effect of Rehabilitation Nursing under the Guidance of the Health Action Process Approach Model on Perioperative Nursing Effect of Artificial Hip Arthroplasty: Effect on Promoting Quality of Life and Postoperative Rehabilitation; Ano de Publicação: 2022; Autor(es): Meng & Yu; Metodologia: Estudo quantitativo; Participantes: 200 participantes submetidos a artroplastia total da anca;	Explorar a influencia da Enfermagem de Reabilitação consoantes as orientações do modelo da Health Action Process Approach (HAPA) na enfermagem perioperatória e analisar o efeito deste modelo de enfermagem na qualidade de vida e reabilitação pós-operatória dos utentes que foram submetidos a artroplastia da anca;	Peri-operatório: -Responder a questões e esclarecer dúvidas sobre a cirurgia e reabilitação; -Assistir/substituir os utentes na realização das atividades de vida diária; -Avaliar o local, a intensidade e a etiologia da dor; -Incentivar o uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor (ex.: ouvir música); -Administração de terapêutica analgésica, se necessário; Pós-operatório: -Monitorizar estado de consciência e sinais vitais do utente; -Informar da importância da adesão ao regime de reabilitação; -Ensino sobre correção postural; -Ensino sobre correto posicionamento do(s) membro(s) operado(s); -Monitorizar penso da ferida cirúrgica; -Monitorizar presença de sinais de má circulação periférica e perda de sensibilidade.	O programa de Enfermagem de Reabilitação no período peri-operatório da artroplastia da anca mostrou-se aplicável e eficaz, podendo promover a recuperação funcional da articulação da anca, melhorar a capacidade para o autocuidado na realização das atividades de vida diária e ajuda a melhorar o equilíbrio e, num estado, ajuda a obter estabilidade na marcha .

Título: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Prótese Parcial da Anca: Estudo de Caso Ano de Publicação: 2024; Autor(es): Lobo&Vitor; Metodologia: Estudo de Caso Participantes: uma pessoa de 70 anos de idade;	Identificar os benefícios de um programa de Reabilitação Motora Funcional e Treino de Atividades de Vida Diária, à pessoa submetida a Prótese Parcial da Anca.	Autocuidado Higiene: -Avaliar conhecimento sobre a técnica de higiene; -Incentivar a participação na higienização das áreas corporais onde consegue chegar; - Instruir e treinar o uso de dispositivos de apoio para tomar banho; -Instruir e treinar para prevenir complicações durante a higiene; Autocuidado Arranjar-se: - Avaliar conhecimento para para vestir-se/despirm-se; -Instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para vestir-se e despirm-se; -Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades; Autocuidado Uso do Sanitário: - Avaliar o conhecimento sobre técnica de ir ao sanitário e instruir sobre dispositivos de apoio; - Instruir e treinar sobre técnica para uso do sanitário (técnica de sentar e levantar); -Incentivar a participação para o uso do sanitário; Transferir-se: -Avaliar conhecimento sobre técnica de transferir-se;	Foram apurados ganhos funcionais após a aplicação de um programa de Reabilitação Funcional Motora e Treino de Atividades de vida diária, à pessoa submetida a Prótese Parcial da Anca. Os resultados conseguidos pela intervenção do EEER, contribuíram para a obtenção de benefícios em saúde, promovendo a independência e a máxima satisfação da pessoa e a melhoria da sua funcionalidade.
--	---	---	---

		-Ensinar e instruir sobre prevenção de complicações durante o transferir-se; -Treinar o transferir; -Incentivar a pessoa a transferir-se; Andar com auxiliar de marcha: -Avaliar o conhecimento sobre a técnica de andar com auxiliar de marcha; -Instruir e treinar exercícios musculares e articulares; -Ensinar sobre auxiliar de marcha; -Ensinar sobre condições de segurança para andar com auxiliar de marcha; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; Risco de Queda: -Instruir acerca da otimização de condições de segurança; -Otimizar o ambiente físico;	
Título: The application of continuous care model in rehabilitation management for total hip arthroplasty patients Ano de Publicação: 2025; Autor(es): Dai et al; Metodologia: estudo quantitativo;	Construção de um programa de Enfermagem de Reabilitação para utentes submetidos a artroplastia total da anca.	Pré-operatório: -Ensinos sobre a cirurgia e preparação para a mesma; -Ensinos sobre hábitos saudáveis e controlo de doenças crónicas; Pós-operatório: -Ensino e treino sobre aplicação de ortóteses; -Ensino e treino de marcha com recurso a auxiliar de marcha; -Ensino e treino de atividade de vida	A taxa de adesão aos exercícios de reabilitação e a autoeficácia na reabilitação foram significativamente mais elevadas no grupo experimental do que no grupo de controlo. Este modelo reduziu a dor, melhorou a mobilidade articular, principalmente articulação da anca, existindo também uma redução nas complicações pós-operatórias mais

Participantes: 40 utentes submetidos a artroplastia total da anca;		(banho, sanitário); -Treino de correção postural; Pós Alta: -Reforço dos ensinamentos sobre precauções de segurança, nomeadamente, prevenção de luxação da prótese; -Realização de exercícios musculares e articulares;	frequentes, tais como rigidez articular, luxação e trombose venosa profunda.
Título:Safety-promoting interventions for the older person with hip fracture on returning home: A systematic review Ano de Publicação: 2024; Autor(es): Rocha et al; Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura Participantes: não aplicável;	Identificar intervenções promotoras de segurança e recuperação funcional nos adultos idosos com fraturas da anca após a alta hospitalar;	-Realização de exercícios musculares e articulares; -Treino de atividades da vida diária; -Treino de transferência -Treino de marcha; -Exercícios de fortalecimento muscular; -Educação para o uso de produtos de apoio; -Ensinos sobre prevenção de quedas -Avaliação nutricional, modificações/ajustes ambientais em casa, utilização de uma aplicação, medicação, educação para o autocuidado, e apoio e aconselhamento	Os resultados mostram que a continuidade dos cuidados prestados após a alta hospitalar, com base em programas de intervenção estruturados e multidimensionais pode contribuir para aumentar a independência funcional melhorando a qualidade de vida e reduzindo o risco de novas quedas.
Título:Indicadores Preditivos do Autocuidado-Revisão Sistemática da Literatura; Ano de Publicação: 2023; Autor(es):Teixeira et al; Metodologia: Revisão	Identificar os indicadores preditivos da capacidade de autocuidado da pessoa adulta e identificar o(s) método(s) de avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa adulta;	-Orientação da pessoa na promoção da autonomia e da independência ; -Identificação de necessidades especiais de intervenção e aprendizagem;	Identificadas 3 classes de indicadores preditivos da capacidade de autocuidado: Pessoais, Organizacionais e Sociais e identificação de validade de utilização de 2 instrumentos de avaliação da capacidade de autocuidado: Self-care Ability

Sistemática da Literatura; Participantes: não aplicável			Scale for Elderly e Appraisal of Self-care Agency Scale
Título: A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença; Ano de Publicação: 2020; Autor(es): Sousa et al; Metodologia: Prática reflexiva com discussão norteada pela Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis Participantes: não aplicável;	Discutir a contribuição da Enfermagem de Reabilitação para o empoderamento e a capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença;	-Avaliar conhecimento; -Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação; -Ensinar sobre adaptação; -Ensinar sobre técnica de adaptação; -Providenciar material; -Orientar para o uso de determinado produto de apoio; -Avaliar capacidade; -Instruir técnica de adaptação; -Instruir sobre o uso de dispositivo; -Treinar o uso de dispositivo;	Os EEER desenvolvem um processo de capacitação privilegiando o foco de atenção o conhecimento e aprendizagem de capacidades desenvolvendo intervenções de modo a contribuir para indicadores específicos dos processos de transição saúde doença.

Tabela 1

Síntese dos Resultados

3.3.3. Discussão dos Resultados

O autocuidado pode ser definido como “o conjunto de atividades necessárias para a pessoa manter a sua vida e bem-estar, assim como gerir as suas necessidades individuais e as Atividades de Vida Diária” (Teixeira et al., 2023, p3), sendo este intrínseco à pessoa e dependente da sua singularidade. Avaliar a capacidade para o autocuidado é uma competência que deve ser transversal a todos os Enfermeiros, no entanto, na especialidade de Enfermagem de Reabilitação esta assume uma especial relevância, uma vez que o EEER intervém maioritariamente num ponto de transição de autocuidado (Teixeira et al., 2023).

Segundo Teixeira et al. (2023) existem indicadores que para além de permitirem a monitorização do estado de saúde do utente, permitem promover e incentivar a autonomia, independência e desenvolvimento de competências, tanto dos próprios como dos seus cuidadores. Estes indicadores são os indicadores preditivos do autocuidado, sendo que através destes é possível efetuar a previsão de comportamento da pessoa perante uma atividade de autocuidado, tendo influência sobre a responsabilização e a capacidade da pessoa para realizar

as ações de autocuidado, sendo estes: indicadores pessoais (intrínsecos à pessoa), indicadores organizacionais e indicadores sociais (extrínsecos à pessoa) (Teixeira et al., 2023). Estes indicadores podem ter um fator barreira, ou seja, dificultadores, ou efeito facilitador no autocuidado da pessoa.

Este autor refere o impacto que os indicadores sociais têm na vontade de as pessoas satisfazerem as suas necessidades de autocuidado, mencionando que a existência de uma rede de apoio (ex.: família, amigos) facilita a manutenção e desenvolvimento de motivação para o autocuidado, não tendo sido identificados pelo autor fatores barreira relacionados com este indicador (Teixeira et al., 2023).

É de igual forma evidenciado o impacto dos indicadores organizacionais tais como a promoção e manutenção de um envelhecimento ativo e a realização de sessões de educação para a saúde, sendo estes apresentados como fatores facilitadores da promoção do autocuidado (Teixeira et al., 2023). Aqui, tal como nos indicadores sociais, não foram encontrados fatores barreira.

Relativamente aos indicadores pessoais que, tal como o nome indica, são referentes a características intrínsecas a cada pessoa. O autor enumera a idade, profissão, condições habitacionais, a escolaridade e literacia em saúde, conhecimento do processo saúde-doença, estado psicológico, estado motivacional, estado nutricional e sono como exemplos, podendo estes ser tanto fatores facilitadores como fatores barreira no processo de capacitação para o autocuidado (Teixeira et al., 2023).

O autor propõe o uso de duas escalas para a avaliação da capacidade para o autocuidado: a Self-care Ability Scale for Elderly (SASE) e a Self-Care Agency Scale (ASA). A primeira, a SASE, foca-se na capacidade de estabelecer objetivos e atingir metas, enquanto a ASA foca-se em questões relacionadas com a capacidade de autocuidado, desenvolvimento da capacidade de autocuidado e incapacidade para o autocuidado (Teixeira et al., 2023). Ambas estão validadas para utilização universal no entanto ainda não se encontram validadas para a população portuguesa.

O EEER deve então guiar a pessoa na promoção e manutenção da sua autonomia e independência, identificando as suas necessidades especiais, delineando estratégias para maximizar fatores facilitadores e eliminar fatores barreira e capacitar para a supressão do seu autocuidado com o objetivo de maximizar a sua funcionalidade (Teixeira et al., 2023). O processo de transição saúde-doença deve ainda ser encarado como uma partilha de desejos por

parte da pessoa e de conhecimento por parte do EEER, promovendo, desta forma, a readaptação funcional em função da deficiência, da limitação da atividade e/ou da restrição da participação (Teixeira et al., 2023).

Em condições normais cada pessoa possui as competências adequadas para suprir as suas próprias necessidades de autocuidado. No entanto, existem descontinuidades no processo de vida, tais como o aparecimento de uma doença ou uma queda da qual resultou uma fratura, que vão obrigar à aquisição de um novo conjunto de competências e habilidades que consigam dar resposta às novas necessidades de autocuidado apresentadas pela pessoa (Sousa et al., 2020).

Capacitar surge então como um conceito central para a manutenção do autocuidado, podendo ser definido como “um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos são os saberes construídos e nos valores da pessoa, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa” (Sousa et al., 2020, p.2).

Este processo pode ocorrer de forma progressiva, acompanhando as alterações vivenciadas ao longo do ciclo vital ou de forma súbita, decorrente de um evento no processo saúde-doença da pessoa (Sousa et al., 2020),

Para que tal partilha possa ser efetuada de forma eficaz é necessário conseguir o envolvimento da pessoa, porém este envolvimento só é possível se a mesma se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais que está ou irá vivenciar ao longo do processo (Sousa et al., 2020). Interações com pessoas na mesma situação, familiares, amigos ou profissionais de saúde podem ajudar a criar uma resposta mais adequada à transição vivida.

Para aprender novas competências é necessário passar à ação, tornando a pessoa mais independente na realização das atividades de vida diária, assegurando uma transição suave e segura (Sousa et al., 2020).

A intervenção do EEER, segundo o autor, pode ser mensurada através de indicadores de resultados. As intervenções avaliar conhecimento, avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação, ensinar sobre adaptação, ensinar sobre técnica de adaptação, providenciar material, orientar para o uso de determinado produto de apoio, avaliar capacidade, instruir técnica de adaptação, instruir sobre o uso de dispositivo, treinar o uso de dispositivo podem ser utilizadas para medir ganhos em aprendizagem de capacidades através de indicadores de estrutura,

processo e resultado, evidenciando resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Sousa et al., 2020).

O atual envelhecimento da população portuguesa, acompanha a tendência mundial, sendo este um fenómeno há muito estudado e debatido.

Com o envelhecimento, e em consequência dos processos fisiológicos inerentes ao mesmo, ocorrem alterações que, quando associadas a um aumento da prevalência de doenças crónicas e de evolução prolongada, existe uma perda de capacidade funcional da pessoa, sendo esta incapaz de realizar as atividades de vida diária (Mendes et al., 2024).

No caso da pessoa idosa, níveis de incapacidade e dependência no autocuidado resultam em processos de transição para a dependência no autocuidado, ou seja, uma transição de saúde-doença (Mendes et al., 2024). É nesta transição que surgem então os Cuidadores Informais.

Estes são indivíduos que prestam cuidados sem um vínculo laboral formal ou remuneração específica pela função desempenhada, sendo normalmente, familiares, amigos ou vizinho (Bento et al., 2025). Estes vivenciam uma transição situacional, frequentemente associada a mudanças de papéis que implicam necessidade de conhecimento e desenvolvimento de habilidades (Mendes et al., 2024).

São maioritariamente mulheres casadas, filhas da pessoa dependente, maioritariamente reformadas e sem escolaridade obrigatória concluída. Existe, contudo, um aumento da idade do cuidador, que se traduz numa diminuição da capacidade para tomar conta do seu familiar, sendo que esta limitação progressiva com o avançar da idade (Mendes et al., 2024). Este aumento pode ter consequências negativas quer na capacidade para o cuidador assegurar a prestação de cuidados necessários, como na vulnerabilidade da própria condição de saúde do utente (Mendes et al., 2024).

Mendes et al. (2024), al verificou que a taxa de recursos utilizados pelas famílias estudadas foi de 50,4%, tendo a maioria dos produtos de apoio sido utilizada para supressão de necessidades dos autocuidados “tomar a medicação”, “andar” e “uso do sanitário” (Mendes et al., 2024). Verificou-se no entanto taxas baixas na utilização de recursos/produtos de apoio nos autocuidados “transferir-se” (32%), “elevar-se” (15,8%) e “virar-se” (27,5%), representando uma subutilização crítica dos mesmos, podendo gerar consequências ao nível da mobilidade das pessoas de quem cuidam (Mendes et al., 2024).

A principal razão citada para a não utilização dos produtos de apoio são desconhecimento sobre a correta forma de funcionamento dos mesmos (34,9%) (Mendes et al., 2024). A grande maioria dos cuidadores possuía baixo nível de escolaridade e pouca literacia em saúde razões que poderão justificar a pouca adesão aos produtos de apoio recomendados.

As intervenções sugeridas pelo autor de forma a otimizar a utilização correta dos recursos, maximizando a funcionalidade do utente e promovendo a sua independência, não só no uso dos mesmos mas no autocuidado, são capacitar o cuidador para a utilização de estratégias adaptativas, executar ensino/treino de autocuidado, seleccionar e prescrever produtos de apoio, ensinar sobre utilização de produtos de apoio (Mendes et al., 2024)..

No aconselhamento e prescrição dos recursos adequados, tal como na promoção do acesso aos mesmos e na capacitação da pessoa e do cuidador para a sua utilização eficaz e segura, o EEER é o profissional de saúde de eleição, devendo acompanhar todo o processo de capacitação adequando as intervenções às capacidades demonstradas pela pessoa e cuidador (Mendes et al., 2024).

Capacitar os Cuidadores Informais, ensinando sobre estratégias de autocuidado, melhoria da capacidade física e da função cognitiva, utilização e identificação da necessidade de recursos e acompanhando o processo de transição do cuidador ao assumir o papel de prestador de cuidados, melhora a qualidade de vida da pessoa e garante a continuidade dos cuidados ao longo do processo de reabilitação (Bento et al., 2025; Mendes et al., 2024).

No entanto, tal como Mendes et al. (2024) também Bento et al. (2025) demonstraram preocupação sobre o crescente envelhecimento populacional, evidenciando que este coloca uma maior pressão sobre os sistemas de saúde e, consequentemente, uma maior necessidade prestação de cuidados domiciliários, nomeadamente a pessoas idosas (Bento et al., 2025; Mendes et al., 2024).

Os cuidadores informais, tal como já mencionado por Mendes et al. (2024) tem por hábito ser também eles já de idade avançada que assumem uma infinidade de responsabilidades relacionadas à prestação de cuidados a outra pessoa, sem possuir capacidades e habilidades suficientemente abrangentes sobre a condição de saúde do outro de forma a permitir que eles assumam de forma segura os desafios e imprevistos inerentes ao processo de cuidar (Bento et al., 2025).

Neste sentido capacitar o cuidador deve ser central à intervenção do EEER. A aposta em formação específica, ensino e treino de habilidades/competências, a identificação de barreiras arquitetónicas, fornecer recursos e produtos de apoio existentes na comunidade, intervindo para eliminar dificuldades de forma que os cuidadores possam prestar cuidados de qualidade devem ser consideradas como imprescindíveis neste processo (Bento et al., 2025).

Bento et al. (2025) resumizam as intervenções que devem ser realizadas pelo EEER, sendo elas: realizar ensino e treino de transferências, realizar ensino e treino de posicionamentos no leito, executar treino de equilíbrio, ensinamentos sobre gestão do regime terapêutico, ensinamentos sobre controlo de doenças crónicas e prevenção de complicações associadas às mesmas, identificar barreiras arquitetónicas no domicílio, ensinar sobre adaptação do domicílio, implementar programas de treino para o cuidador informal, promover o acesso e o uso correto de tecnologias e dispositivos necessários ao processo de reabilitação, incentivar a participação do cuidador informal em grupos de apoio ou outras iniciativas já existentes, avaliar de forma regular os cuidados prestados pelo cuidador informal, ajustar o programa de treino consoante as necessidades demonstradas pelo cuidador (Bento et al., 2025).

Este processo mostra-se então crucial para o desenvolvimento de bem-estar do cuidador, melhorando a qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos a adultos idosos que se encontrem no domicílio, reduzindo, desta forma, a sobrecarga do cuidador (Bento et al., 2025).

A ocorrência de fenómenos traumáticos, tais como quedas e/ou acidentes, é de igual forma prevalente, não só na população idosa como também em adultos. Das mesmas resultam frequentemente fraturas que, quer sejam submetidas a intervenção cirúrgica quer sejam submetidas a tratamento conservador, levam a uma perda de funcionalidade (Lobo & Vitor, 2024).

A fratura do fémur é uma das lesões traumáticas mais frequentes, especialmente na população idosa. A intervenção cirúrgica é o tratamento de eleição, permitindo a mobilização e carga precoces, sendo o essencial a adesão ao processo de reabilitação restituindo a funcionalidade e melhoria da qualidade de vida o mais precocemente possível (Lobo & Vitor, 2024). Após os 60 anos a incidência destas fraturas aumentam, sendo que os fatores de risco associados a estas lesões são a idade, o género, o sedentarismo, a incapacidade física, alterações no equilíbrio e da capacidade cognitiva (Lobo & Vitor, 2024).

A artroplastia da anca é uma intervenção cirúrgica comumente realizada em pessoas com fratura do fémur, podendo ser parcial (colocação de um tipo de prótese onde apenas se

substitui a cabeça do fémur) ou total (quando é também substituído o acetábulo) (Lobo & Vitor, 2024). Esta cirurgia permite reduzir o nível de dor, melhorar a funcionalidade da pessoa e diminuir a rigidez articular ao estabelecer a função do membro inferior afetado.

Nesta cirurgia o processo de reabilitação é fundamental, uma vez que, se estima que apenas 60% dos idosos com fratura do fémur conseguiram recuperar de forma total a sua marcha ao nível pré-fratura após 6 meses de recuperação (Lobo & Vitor, 2024).

Lobo & Vitor desenvolveram em 2024 um estudo de caso onde é abordada uma utente com fratura subcapital do fémur direito, que foi posteriormente submetida a uma artroplastia parcial da anca.

Neste estudo foi desenvolvido um plano de Enfermagem de Reabilitação implementado desde o 1º dia pós-operatório no qual foram realizadas as seguintes intervenções: Avaliar conhecimento sobre a técnica de higiene, incentivar a participação na higienização das áreas corporais onde consegue chegar, instruir e treinar o uso de dispositivos de apoio para tomar banho, instruir e treinar para prevenir complicações durante a higiene, avaliar conhecimento para vestir-se/despirm-se, instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para vestir-se e despirm-se, solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades, avaliar o conhecimento sobre técnica de ir ao sanitário e instruir sobre dispositivos de apoio, instruir e treinar sobre técnica para uso do sanitário (técnica de sentar e levantar), incentivar a participação para o uso do sanitário, avaliar o conhecimento sobre técnica de transferir-se, ensinar e instruir sobre prevenção de complicações durante o transferir-se, treinar o transferir, incentivar a pessoa a transferir-se, avaliar o conhecimento sobre a técnica de andar com auxiliar de marcha, instruir e treinar exercícios musculares e articulares, ensinar sobre auxiliar de marcha, ensinar sobre condições de segurança para andar com auxiliar de marcha, ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha, instruir acerca da otimização de condições de segurança e otimizar o ambiente físico (Lobo & Vitor, 2024).

O programa implementado teve a duração de 7 sessões, sendo efetuadas 3 avaliações distintas utilizando as escalas previamente mencionadas: a avaliação inicial, uma avaliação intermédia e uma avaliação no último dia do programa.

Foi então apurada uma melhoria na execução dos autocuidados Higiene e Vestuário, sendo que não foi possível realizar ensino e treino do autocuidado Uso do Sanitário na sua plenitude não foi possível apurar resultados relativamente ao mesmo.

Existiu também melhoria no transferir-se, apenas necessitando de ajuda parcial na última avaliação, sendo também verificada a presença de uma marcha segura com recurso a auxiliar de marcha.

No que toca à dor existiu também uma melhoria da mesma ao longo do internamento, apresentando-se “sem dor” na última avaliação.

Segundo os autores, o programa deveria ter contemplado o período pré-operatório, englobando ensino e treino de exercícios e estratégias para a realização das atividades de vida diária, minimizando a ansiedade e reduzindo complicações que pudessem advir do processo de transição pelo qual a utente passou, promovendo desta forma o envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação (Lobo & Vitor, 2024).

Considerando desta forma a alta prevalência de fraturas do fémur e a consequente intervenção cirúrgica (artroplastia da anca), Meng & Yu apresentam um modelo de Enfermagem de Reabilitação o qual denominam de HAPA (Health Action Process Approach) (Meng & Yu, 2022).

Este modelo tem como objetivo guiar as intervenções de enfermagem nos utentes submetidos a artroplastia da anca, no período peri e pós-operatório, de forma a encontrar novas respostas que diminuíssem o tempo de reabilitação e maximizassem a funcionalidade dos utentes (Meng & Yu, 2022).

No período peri-operatório foram aplicadas as seguintes intervenções: responder a questões e esclarecer dúvidas sobre a cirurgia e reabilitação, assistir/substituir os utentes na realização das atividades de vida diária, avaliar o local, a intensidade e a etiologia da dor, incentivar o uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor (ex.: ouvir música) e administração de terapêutica analgésica, se necessário (Meng & Yu, 2022)..

Já no período pós-operatório as intervenções executadas foram: monitorizar estado de consciência e sinais vitais do utente, informar da importância da adesão ao regime de reabilitação, ensino sobre correção postural, ensino sobre correto posicionamento do(s) membro(s) operado(s), monitorizar penso da ferida cirúrgica, monitorizar presença de sinais de má circulação periférica e perda de sensibilidade (Meng & Yu, 2022).

O estudo revelou melhoria na promoção da circulação sanguínea, no aumento da força muscular, na prevenção de rigidez articular e luxação e demonstrou reduzir a dor sentida pelos utentes, promovendo uma maior adesão dos mesmos ao programa (Meng & Yu, 2022). O

programa HAPA mostrou-se aplicável e eficaz, podendo promover a recuperação funcional da articulação da anca, melhorar a capacidade para o autocuidado na realização das atividades de vida diária, ajuda a melhorar o equilíbrio e ajuda a obter estabilidade na marcha (Meng & Yu, 2022).

A recuperação da funcionalidade e da mobilidade para restaurar a independência dos utentes nas atividades de vida diária, após a cirurgia, é tal como se tem vindo a demonstrar uma grande preocupação dos EEER (Dai et al., 2025; Rocha et al., 2024). Esta deve ser ajustada às necessidades individuais, abordagem cirúrgica e é extremamente importante para promover a segurança e a recuperação do nível funcional pré-fratura (Dai et al., 2025; Rocha et al., 2024).

Este processo de reabilitação deve ser iniciado ainda na fase pré-operatória, realizando ensinamentos sobre a cirurgia e preparação para a mesma e ensinamentos sobre hábitos saudáveis e controlo de doenças crónicas (Dai et al., 2025), no entanto na grande maioria das vezes não é possível executar esta abordagem por falta de recursos dos serviços de saúde.

Nos modelos de cuidados mais tradicionais parte do processo de reabilitação pós-operatória ocorre ainda durante o internamento, no entanto, atualmente verifica-se um encurtamento progressivo do período de hospitalização obrigando assim a que a reabilitação ocorra maioritariamente após a alta hospitalar (Dai et al., 2025).

Surge então a necessidade de modelos que acompanhem as novas necessidades de saúde, que sejam integrativos e possam ser aplicados de forma contínua ao longo do processo de reabilitação, permitindo que a mesma aconteça de forma segura (Dai et al. 2025).

Neste estudo, Dai et al. (2025) aplicaram diversas intervenções nos períodos pré e pós-operatório, assim como após a alta, de forma a garantir este acompanhamento contínuo e promover a adesão ao regime de reabilitação.

No período pré-operatório foram executados ensinamentos sobre a cirurgia e preparação para a mesma e ensinamentos sobre hábitos saudáveis e controlo de doenças crónicas (Dai et al., 2025).

Para o período pós-operatório as intervenções mencionadas foram ensino e treino sobre aplicação de ortóteses, ensino e treino de marcha com recurso a auxiliar de marcha, ensino e treino de atividade de vida (banho, utilização do sanitário) e treino de correção postural (Dai et al., 2025).

Após a alta hospitalar foram realizados reforços dos ensinamentos sobre precauções de segurança, nomeadamente, sobre prevenção de luxação da prótese e realização de exercícios musculares e articulares (Dai et al., 2025).

No fim do estudo verificou-se que a taxa de adesão aos exercícios de reabilitação e a autoeficácia na reabilitação foram significativamente mais elevadas no grupo experimental, existindo ainda redução da dor, melhoria da mobilidade articular, principalmente articulação da anca, redução nas complicações pós-operatórias mais frequentes, tais como rigidez articular, luxação e trombose venosa profunda (Dai et al., 2025).

Assim sendo, continuar o programa de reabilitação após a alta deve ser algo acessível a todos os utentes, uma vez que, contribui para a redução de complicações sistémicas e da mortalidade associadas à imobilização prolongada após a cirurgia (Rocha et al., 2024).

Para Rocha et al. (2024) a recuperação da funcionalidade e da mobilidade após cirurgia da anca e nos 6 meses seguintes à mesma, é crucial para restaurar a independência dos utentes na realização das atividades de vida diária. A realização de uma intervenção ajustada às capacidades individuais pelo EEER é extremamente importante para promover a segurança e a recuperação do nível funcional pré-fratura (Rocha et al., 2024).

O EEER deve implementar intervenções promotoras da segurança e recuperação funcional tais como: realização de exercícios musculares e articulares, treino de atividades da vida diária, treino de transferência, treino de marcha, exercícios de fortalecimento muscular, educação para o uso de produtos de apoio, ensinamentos sobre prevenção de quedas, avaliação nutricional, modificações/ajustes ambientais em casa, utilização de uma aplicação, medicação, educação para o autocuidado, e apoio e aconselhamento (Rocha et al., 2024).

Os resultados apresentados por Rocha et al. (2024) mostram que a continuidade dos cuidados prestados após a alta hospitalar, com base em programas de intervenção estruturados contribui para aumentar a independência, melhorando a qualidade de vida e reduzindo o risco de novas quedas.

3.3.4. Conclusão

Pode então verificar-se que os principais resultados identificados se prendem com a melhoria da funcionalidade, maior capacidade para realização das atividades de vida diária, redução da rigidez articular, melhoria da força muscular, redução do risco de queda e aumento

da literacia em saúde, sendo que estes resultados foram obtidos em diversos contextos na prática de cuidados.

Desta forma podemos afirmar que foi cumprido o objetivo inicialmente delineado, de mapear o conhecimento sobre resultados sensíveis à Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado.

Uma das grandes limitações desta revisão foi o facto de que a grande parte dos estudos se focou apenas na população idosa, não sendo portanto possível garantir o resultado das intervenções noutras faixas etárias.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO

O presente projeto foi desenvolvido ao longo do primeiro ano do ciclo de estudos, tendo sido aplicado nos estágios curriculares programados.

Este projeto assume a importância de capacitar doente e/ou cuidador, uma vez que, ao contribuir para a manutenção da sua autonomia e independência, potenciando as suas capacidades e incentivando a aprendizagem de novas competências, possibilita-se o retorno ao domicílio, à vida profissional e cívica o mais precocemente possível. Deste modo evita-se uma sobrecarga dos sistemas de saúde e do setor social, assim como possíveis complicações psicossociais que podiam advir da nova condição de maior dependência e vulnerabilidade do utente e/ou cuidador.

4.1. OBJETIVOS DO PROJETO

Os objetivos definidos para o projeto foram: implementar um plano individualizado de Enfermagem de Reabilitação que capacite o doente e o cuidador para o autocuidado e identificar resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado.

4.2. PARTICIPANTES

Os participantes foram utentes que, ao longo dos ensinamentos clínicos, receberam cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tendo demonstrado disponibilidade para participar em ensino e treino de cuidados.

4.3. ETAPAS

4.3.1. Avaliação Diagnóstica

A avaliação diagnóstica dos participantes foi efetuada através da aplicação de instrumentos validados para aplicação na população portuguesa.

A avaliação inicial foi realizada no primeiro contacto com os participantes. Para avaliar a cognição foi utilizada a Montreal Cognitive Assessment (Simões et al., 2008) de modo a obter dados com a finalidade de ajustar as intervenções às competências cognitivas dos participantes. A independência para a realização das atividades de vida foi avaliada através da aplicação do Índice de Barthel (Araújo et al., 2007). O Índice de Tinetti (Morgado et al., 2010) foi utilizado de forma a poder avaliar o equilíbrio e a marcha. De forma a poder avaliar a força muscular, foi aplicada a Medical Research Council Scale (UK Research and Innovation, 2023). Para a avaliação do risco de queda aplicou-se a Escala de Morse (Costa-Dias et al., 2019) e, por fim foi aplicada a Escala de Borg Modificada (Borg, 1982), de forma a avaliar a intolerância à atividade dos participantes. Foi também utilizada a Escala Numérica da Dor (DGS, 2003) para avaliação da dor em todos os participantes, antes

e após a intervenção. Após a realização da avaliação, foram então formulados diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação utilizando a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019)

4.3.2. Planeamento das Intervenções

De acordo com os diagnósticos formulados na etapa anterior foi elaborado para cada participante um Plano Individualizado de Enfermagem de Reabilitação.

4.3.3. Intervenção Terapêutica

Nesta etapa foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com supervisão, aos utentes e cuidadores que aceitaram integrar o projeto, sendo elaborado um Plano individual de Cuidados para ensino e treino de autocuidados, preparação para alta e ensino e treino dos cuidadores.

4.3.4. Avaliação dos Resultados

Nesta etapa foram novamente aplicados os instrumentos acima identificados, sendo que a diferença apurada entre as diferentes aplicações foi interpretada no sentido de identificar resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação relativamente à recuperação para o autocuidado. No momento da alta a avaliação do doente foi realizada tal como descrita na avaliação inicial.

4.3.5. Princípios Éticos

Para a elaboração deste projeto foi necessário a realização de colheita de dados junto do doente e/ou cuidador. Para uma decisão livre, informada e esclarecida foram fornecidas informações sobre a finalidade do presente projeto, a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como garantia do anonimato do utente e/ou cuidador. Após resposta positiva dos participantes foi fornecido o Consentimento Informado, que foi preenchido por escrito pelos mesmos, garantindo que ao longo deste projeto foram assegurados os princípios éticos, segundo os quais a investigação em enfermagem se deve reger, sendo eles a beneficência, avaliação de maleficência, justiça, veracidade, confidencialidade e fidelidade (Nunes, 2020).

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. ESTUDO DE CASO 1

O estudo de caso tem como foco uma utente de 75 anos, do sexo feminino e reformada.

A utente tem como antecedentes pessoais Neoplasia da mama (mastectomizada há 20 anos), Nefrectomia por múltiplos cálculos renais há 25 anos, Gota, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Artrite Reumatóide Síndrome Depressivo e Perturbação Bipolar.

A utente foi admitida na UCC em setembro de 2025 para controlo da dor, gestão do regime terapêutico e apoio ao cuidador. Vive com o marido, em domicílio próprio. A filha de ambos é a cuidadora informal não principal da mãe, sendo esta que efetua a gestão da medicação da mesma, realiza a limpeza da casa e higiene da roupa e efetua as compras de supermercado. A alimentação do casal é fornecida por uma IPSS do concelho, fornecendo almoço e jantar.

O acesso ao domicílio é composto por 2 degraus, onde não existia corrimão, tendo sido colocado à posteriori pela filha. A casa de banho possui duche, onde se encontra uma cadeira para facilitar a realização da higiene, no entanto possui também um degrau, sem existência de corrimão. Possui um amplo quintal, onde a utente gosta de passar algum tempo, apresentando terreno irregular e com desníveis.

Foram emprestadas pela UCC, antes da admissão da utente, uma cama articulada, um par de canadianas e um andarilho, este último que foi devolvido pouco depois, uma vez que, a utente não o utilizava para se deslocar.

O regime terapêutico prescrito para a doente encontra-se esquematizado na tabela seguinte (Tabela 2).

Medicamento e Posologia	7h	9h	13h	19h
Omeprazol 40mg	1 comprimido			
Sulfasalazina 500mg		2 comprimidos	2 comprimidos	2 comprimidos
Furosemida 40mg	1 comprimido			
Nifedipina 30mg		1 comprimido	1 comprimido	
Propranolol 40mg		1 comprimido		
Sacubitril-Valsartan 49mg/51mg		1 comprimido		1 comprimido
Levotiroxina Sódica 50mcg	1 comprimido			
Prednisolona 5mg		2 comprimidos		
Venlafaxina 150mg		1 comprimido	1 comprimido	
Tapentadol 75mg		1 comprimido		

Pravastatina/Fenofibrato 40mg/160mg			1 comprimido	
Mononitrato de Isossorbida 50mg				1 comprimido
Cianocobalamina 1mg				1 comprimido
Trazodona 150mg				1 comprimido
Mirtazapina 15mg				1 comprimido
Risperidona 0,5mg				1 comprimido
Brometo de Ipratrópio Inalador Pressurizado		3 puffs	3 puffs	3 puffs
Bromazepam 3mg (SOS)				
Tapentadol 75mg (SOS)				

Tabela 2

Regime Terapêutico Prescrito

Avaliação Diagnóstica

O primeiro contacto com a utente foi no domicílio da mesma. Encontrava-se calma, consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, com abertura ocular espontânea, resposta verbal orientada e cumpre ordens, perfazendo um score de 15 na Escala de Coma de Glasgow (GCS). Avaliada a cognição através da aplicação da Montreal Cognitive Assessment (MoCA) tendo obtido um score de 13/30 pontos.

Pele íntegra, mas pálida, lábios ligeiramente cianosados e mucosas descoradas. Apresenta abdómen volumoso, distendido e pouco depressível. Membros inferiores com presença de edema maleolar bilateral, acentuado pelo uso de calçado apertado.

A capacidade para a realização das atividades de vida foi avaliada através da aplicação do Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), no qual se obteve um score de 80 pontos, representando uma dependência moderada (Apêndice IV)

Para avaliar a força muscular da doente foi aplicada a Medical Research Council Scale (UK Research and Innovation, 2023). Aquando da avaliação da força nos membros superiores foi obtido um grau de força 4/5 em todos os grupos musculares avaliados. Nos membros inferiores, apurou-se uma força grau 3/5 na realização da flexão da anca à direita e força grau 4/5 na realização da flexão da anca bilateralmente. Relativamente à extensão do joelho foi obtida força grau 3/5 bilateralmente. Por último, na realização da dorsiflexão foi observada força grau 3/5 (Apêndice V).

Refere dor intensa generalizada, mais acentuada na planta de ambos os pés e região lombar, sem fatores desencadeantes ou de alívio e com fraca resposta à terapêutica instituída. Avaliada dor com recurso à Escala Numérica da Dor (DGS, 2003) tendo a mesma sido avaliada num score de 8.

Apresenta também dificuldade em se deslocar no domicílio, esquecendo-se por vezes dos auxiliares de marcha (canadianas e andarilho, que foram disponibilizados pela UCC), apoiando-se no mobiliário para se deslocar. Menciona dificuldade em sair à rua, tendo mesmo deixado de o fazer nos últimos tempos devido à dor e ao cansaço.

Refere cansaço fácil, que condiciona o normal decorrer do seu dia e realização de tarefas domésticas e lúdicas. A intolerância à atividade foi avaliada através da aplicação da Escala de Borg Modificada, tendo sido obtido um score de 6 o que representa uma perceção intensa de esforço (Apêndice VI).

Apresenta alterações no equilíbrio, tendo o mesmo sido avaliado através da aplicação do Índice de Tinetti, obtendo um score de 11 em 28 pontos. (Apêndice VII)

Refere não ter já interesse por atividades lúdicas ou de lazer, passando grande parte dos seus dias sozinha em casa, uma vez que, o marido ainda mantém uma vida social ativa.

Os Sinais Vitais da utente foram avaliados antes do início da intervenção, de forma a garantir a prestação de cuidados de forma segura (Apêndice VIII).

Tendo em conta a avaliação efetuada foram então formulados os Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, sendo posteriormente elaboração um Plano de Intervenção Individualizado de Enfermagem de Reabilitação para a utente.

Planeamento das Intervenções

Elaborou-se um Plano de Cuidados Individualizado para a utente, para ser aplicado ao longo das sessões de Enfermagem de Reabilitação (Apêndice IX)

Intervenção Terapêutica

Ao longo desta etapa do Processo de Enfermagem foi realizada a intervenção, com supervisão da Enfermeira Orientadora, junto da utente.

Foram executadas intervenções de ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado à utente e cuidadora, exercícios musculares e articulares, treino de marcha

com recurso a andarilho e canadianas, que incluiu subir e descer escadas, ensinamentos sobre gestão de energia e planeamento do repouso, assim como ensinamentos sobre precauções de segurança, risco de queda, sendo ainda incentivada a participação de forma mais ativa na vida em sociedade. Foram também realizados ensinamentos à utente e cuidadora sobre gestão de energia e planeamento do repouso, gestão do regime terapêutico e precauções de segurança.

O Plano Individualizado de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação elaborado para a utente foi aplicado durante 4 sessões, com a duração média de 1 hora. Considerando que o Plano Individualizado foi aplicado no domicílio da utente, houve necessidade de adaptação das intervenções executadas ao espaço e materiais disponíveis no momento.

Avaliação dos Resultados

À nossa chegada, no primeiro dia de contacto, a utente encontrava-se no seu domicílio, sozinha. Referiu dor intensa nos membros inferiores, nomeadamente na planta dos pés, apresentando também edema dos mesmos, sem fatores desencadeantes ou de alívio. Referia que a medicação que estava a tomar em SOS não era eficaz, nunca erradicando a dor que sentia. Verificou-se que a utente tinha calçados sapatos inadequados (sandálias abertas, sem suporte no calcanhar, sola lisa e de tamanho inferior ao adequado).

Devido à dor sentida pela utente, não foi possível efetuar exercícios articulares e musculares neste dia, tendo sido dada preferência a ensinamentos sobre precauções de segurança, risco de queda, utilização de auxiliar de marcha, existindo renitência da utente em utilizar, gestão de energia e controlo da dor através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. A utente demonstrou, no entanto, pouco interesse nos ensinamentos efetuados. Foi também articulada com a equipa médica uma visita domiciliária multidisciplinar, de forma a poder ajustar o regime terapêutico da utente às suas necessidades.

No segundo contacto com a utente, a mesma já se encontrava com dor mais controlada e mais receptiva aos ensinamentos e treino de cuidados. Foram realizados exercícios musculares e articulares ativos-assistidos dos membros inferiores (2 séries de 5 repetições), com pouca tolerância da doente. Foram reforçados ensinamentos sobre utilização de auxiliar de marcha, gestão de energia, risco de queda e adesão ao regime terapêutico e realizado ensino e treino de subir e descer escadas com as canadianas. Realizados ainda ensinamentos sobre os focos anteriormente mencionados à cuidadora. Foi também reforçada a importância da manutenção de uma vida social ativa, tendo sido dadas várias sugestões de atividades que poderia realizar (ver televisão,

realizar sopas de letras/palavras-cruzadas, ir visitar familiares/vizinhas), às quais a utente se mostrou bastante renitente.

Na terceira sessão a utente já apresentava melhoria da dor, tendo sido ajustada a medicação previamente. Foram realizados exercícios musculares e articulares ativos-assistidos dos membros inferiores (2 séries de 5 repetições), com melhor tolerância. Nesta sessão a utente referiu não utilizar os auxiliares de marcha fornecidos, deambulando agarrada ao mobiliário. Reforçados ensinamentos sobre risco de queda, sem grande efeito. Refere melhoria do cansaço, tolerando períodos maiores de atividade, ainda que continue apenas a realizar atividades simples. Quando questionada sobre as atividades lúdicas propostas, a utente refere não querer realizar as mesmas apesar de reconhecer o seu benefício. Foram também reforçados ensinamentos à cuidadora, no entanto esta refere dificuldade em conseguir que a utente cumpra com as indicações dadas pela equipa, nomeadamente na utilização do auxiliar de marcha e prevenção de risco de queda.

Na última sessão, doente bem-disposta e colaborante, ainda que mantenha renitência aos ensinamentos e treinos efetuados. Refere melhoria do cansaço, mencionado que executa agora uma melhor gestão do repouso. Manteve recusa em utilização do auxiliar de marcha e na realização das atividades lúdicas. Relativamente à dor, refere melhoria acentuada da mesma com a nova terapêutica instituída.

Verificou-se, ao longo das sessões, uma melhoria da força muscular nos membros inferiores, tendo aumentado de grau 3 para grau 4 em todos os grupos musculares, frutos do controlo da dor e exercícios musculares e articulares efetuados.

Existiu também uma melhoria da dor, potenciada pela alteração na terapêutica analgésica e a realização de uma melhor gestão do repouso, sendo que a dor na primeira sessão foi classificada com 8 (em repouso), na última sessão já era classificada com 4.

Na intolerância à atividade também foi verificada uma melhoria significativa, considerando que no primeiro contacto a utente percecionava o seu esforço como 2 (em repouso) e 8 (após a intervenção) na Escala de Borg Modificada e na última sessão foi referido uma perceção de 1 (em repouso) e 6 (após a intervenção).

Não foi possível verificar melhoria no equilíbrio e risco de queda, uma vez que, doente se recusava a deambular com o auxiliar de marcha, não utilizava calçado adequado e não aderiria às precauções de segurança sugeridas.

Os resultados obtidos após a realização do programa individual encontram-se sintetizados na tabela seguinte (Tabela 3).

Instrumento de Avaliação	1ª Sessão		2ª Sessão		3ª Sessão		4ª Sessão	
Índice de Barthel	80 pontos		80 pontos		80 pontos		80 pontos	
MRC Scale (Membro inferior direito)	Força grau 3 nos flexores da coxa, grau 3 nos extensores do joelho e grau 3 nos flexores do pé.		Força grau 3 nos flexores da coxa, grau 3 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé.		Força grau 4 nos flexores da coxa, grau 4 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé.		Força grau 4 nos flexores da coxa, grau 4 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé.	
Índice de Tinetti	11 pontos		11 pontos		11 pontos		11 pontos	
Escala de Borg Modificada	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
	2	8	2	7	1	7	1	6
Escala Numérica da Dor	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
	8	6	6	6	4	5	4	5

Tabela 3

Resultados obtidos

5.2. ESTUDO DE CASO 2

O presente estudo de caso aborda uma utente do sexo feminino, de 66 anos de idade, reformada.

Foi internada em janeiro de 2026, no serviço de Ortopedia da ULSBA, para realização de artroplastia total do joelho direito por gonartrose, apresentando uma ferida cirúrgica na região anterior do joelho direito com material de sutura. Tem antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Síndrome Depressivo, Ansiedade, Obesidade, Dislipidémia e Status pós artroplastia total do joelho esquerdo realizada em 2018 também por gonartrose.

Vive com o marido, tendo 2 filhas que vivem ambas em outras cidades. Vivem numa habitação do rés-de-chão que possui 2 degraus na porta de entrada, com corrimão. Refere possuir banheira, que seria trocada por um poliban ainda durante o internamento da doente. Quando questionada sobre a aquisição e uso de produtos de apoio referiu já ter andador e canadianas em casa, uma vez que já sabia que seriam necessárias após a alta, necessitando de ensinamentos sobre como utilizar os mesmos.

Antes do internamento a utente era autónoma e independente na realização do seu autocuidado, apresentando um Score no Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), de 100 pontos. A gestão da medicação no domicílio era feita pela mesma, de forma aparentemente segura e eficaz.

A medicação prescrita para a doente, em contexto de internamento, encontra-se esquematizada na tabela seguinte (Tabela 4).

Medicamento e Posologia	Via de Administração	9h	15h	21h	23h
Duloxetina 30mg	Oral	X			
Sulfato Ferroso	Oral	X			
Captopril 25mg	Oral		X		X
Enoxaparina 40mg	Subcutâneo			X	
Paracetamol 1g (SOS)	Oral				
Metamizol Magnésico 575 mg (SOS)	Oral				
Ceterolac 30mg (SOS)	Intravenoso				

Tabela 4 – Medicação prescrita em contexto de internamento

Avaliação Diagnóstica

O primeiro contacto com a doente foi efetuado dia 14 de janeiro de 2025, cerca de 24 horas após a realização da artroplastia, no turno da tarde. Procedeu-se então à avaliação da doente, de forma a poder formular diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação.

Foram avaliados os Sinais Vitais da utente antes do início da intervenção, de forma a garantir a prestação de cuidados de forma segura (Apêndice X)

A função cognitiva foi avaliada através da aplicação da escala Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Simões et al., 2008), obtendo-se um score de 16/30 pontos.

Para a avaliação da capacidade para a realização das atividades de vida foi aplicado o Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), no qual se obteve um score de 65 pontos, representando uma dependência moderada (Apêndice XI).

Para avaliar a força muscular da doente foi aplicada a Medical Research Council Scale (UK Research and Innovation, 2023) na qual se avaliou a força dos diferentes grupos musculares dos membros superiores e inferiores.

Na avaliação da força nos membros superiores foi obtido um grau de força 5/5 em todos os grupos musculares avaliados, significando a presença de força normal bilateralmente. Nos grupos musculares dos membros inferiores, apurou-se uma força grau 3/5 na realização da flexão da anca à direita e força grau 5/5 na realização da flexão da anca esquerda. Relativamente à extensão do joelho foi obtida força grau 4/5 à direita e força grau 5/5 à esquerda. Por fim, na realização da dorsiflexão foi observada força grau 3/5 à direita e força 5/5 à esquerda (Apêndice XII)

O risco que queda foi avaliado através da aplicação da Escala de Morse (Costa-Dias et al., 2019), já habitualmente utilizada nos serviços de internamento hospitalar, obtendo-se um score de 50 pontos, que significa a presença de um baixo risco de queda (Apêndice XIII).

A avaliação do equilíbrio foi efetuada através da aplicação do Índice de Tinetti (Morgado et al., 2010), estando este dividido em 2 componentes de avaliação: o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico (marcha). Na avaliação do equilíbrio estático foi obtido um score de 9/16 pontos e na avaliação do equilíbrio dinâmico um score de 5/12 pontos, perfazendo um total de 14 pontos em 28 possíveis (Apêndice XIV).

De forma a avaliar a intolerância à atividade foi aplicada a Escala de Borg Modificada (Borg, 1982), antes e depois da intervenção de Enfermagem de Reabilitação, sendo esta uma escala numérica, de 0 a 10, na qual 0 corresponde a nenhum esforço e 10 um esforço extremo.

Antes da intervenção de Enfermagem de Reabilitação a doente classificou a sua intolerância à atividade com 0, ou seja, sem presença de esforço (Apêndice XV).

A utente referia dor 2, na Escala Numérica da dor (DGS, 2003), em repouso. Esta dor intensificava-se após realização de movimento da articulação do joelho, sendo caracterizada como dor 4.

Considerando a avaliação efetuada, e os scores obtidos na aplicação das diferentes escalas, foram formulados então os Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação para posterior elaboração do Plano de Intervenção Individualizado.

Planeamento das Intervenções

Após serem formulados os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação foi elaborado um Plano de Cuidados Individualizado, para ser aplicado ao longo das sessões de Enfermagem de Reabilitação (Apêndice XVI).

Intervenção Terapêutica

Nesta etapa do Processo de Enfermagem foi então realizada a intervenção, com supervisão da Enfermeira Orientadora, junto da utente. Foram executadas intervenções de ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado da utente, exercícios musculares e articulares, treino de marcha com recurso a andador, ensino sobre gestão de energia e planeamento do repouso, assim como ensinamentos sobre precauções de segurança, risco de queda e adesão ao regime de reabilitação.

O Plano Individualizado de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação elaborado para a utente foi aplicado durante 2 sessões, com a duração média de 2 horas.

De referir que a utente recebeu também cuidados de fisioterapia, cerca de 4 sessões, durante o internamento.

Avaliação dos Resultados

O primeiro dia de intervenção de Enfermagem de Reabilitação aconteceu passadas mais de 24 horas após a cirurgia, no turno da tarde, tal como previamente descrito. Neste turno, devido às características do mesmo, foram efetuados no leito exercícios musculares e articulares no membro inferior direito, ensinamentos sobre precauções de segurança, risco de queda e adequação do domicílio, assim como treino de marcha a 3 pontos com recurso a andador, tendo deambulado cerca de 10 metros. Foram também realizados ensinamentos sobre o uso do sanitário e realização de

transferências, necessitando de ajuda para a sua realização, tendo a utente utilizado o andarilho para as deslocações ao sanitário.

No segundo dia, cerca de 5 dias após a primeira sessão, foram novamente efetuados no leito exercícios musculares e articulares no membro inferior direito, sendo que posteriormente a utente realizou o banho no WC, onde foram ensinadas estratégias adaptativas para a realização do mesmo com segurança, assim como para a realização no domicílio. Realizado treino de marcha a 3 pontos com recurso a andarilho, tendo deambulado cerca de 12 metros, sendo que a utente já utilizava o andarilho para as deslocações até ao WC apenas com supervisão dos profissionais. Uma vez que, a utente referiu possuir escadas no domicílio, foram realizados ensino e treino de subir e descer escadas com canadianas, com o qual a doente ficou muito realizada. Foram reforçados ensinamentos sobre precauções de segurança e risco de queda.

A utente teve alta para o domicílio no final do segundo dia de intervenção.

Na tabela seguinte estão esquematizados os resultados das avaliações obtidas no primeiro dia de intervenção e no segundo, de forma a poder ser feita uma comparação dos resultados obtidos (Tabela 5).

Instrumento de Avaliação	1ª Sessão		2ª Sessão	
Índice de Barthel	65 pontos		90 pontos	
MRC Scale (Membro inferior direito)	Força grau 3 nos flexores da coxa, grau 3 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé.		Força grau 4 nos flexores da coxa, grau 4 nos extensores do joelho e grau 5 nos flexores do pé.	
Índice de Tinetti	14 pontos		16 pontos	
Escala de Borg Modificada	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
	0	5	0	4
Escala de Morse	50 pontos (baixo risco)		40 pontos (baixo risco)	
Escala Numérica da Dor	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
	2	4	0	2

Tabela 5

Resultados obtidos

A evolução da doente relativamente à realização do seu autocuidado foi positiva, uma vez que se verificou um ganho de 25 pontos no Índice de Barthel, passando de um grau de dependência moderado para um grau de dependência ligeiro.

Relativamente à força muscular, verificou-se um aumento na força em todos os grupos musculares do membro inferior direito. Houve um aumento de força grau 3 nos flexores da coxa e grau 3 nos extensores do joelho para grau 4 em ambos os grupos, assim como um aumento de força grau 4 nos flexores do pé direito para grau 5.

O risco de queda da utente na primeira sessão era baixo, apresentando um score de 50 pontos nesta avaliação, sendo que na segunda sessão apresentava um score de 40 pontos. A utente manteve um baixo risco de queda em ambas as avaliações, no entanto reduziu 10 pontos na segunda avaliação da Escala de Morse, pressupondo uma redução do risco.

O equilíbrio também apresentou evolução positiva, tendo-se obtido um aumento de 2 pontos entre a primeira e a segunda avaliação, significando uma melhoria do equilíbrio estático e dinâmico da utente.

Antes do início da intervenção a utente apresentava um score de 0 na Escala de Borg Modificada, que se traduz numa perceção de zero esforço em ambas as sessões. No final da primeira sessão a utente referiu apresentar um score de 5, ou seja, uma perceção de esforço intensa, enquanto no final da segunda sessão referiu apresentar um score de 4, que corresponde a uma perceção de esforço moderada, podendo assim ser apurada uma melhoria na tolerância à atividade, fruto dos ensinamentos sobre gestão de energia e planeamento do repouso.

Por último, existiu uma melhoria da dor no membro inferior direito. Na primeira sessão, a utente apresentava dor 2 antes da intervenção, sem necessidade de administração de terapêutica antes da mesma. No final da intervenção, apresentava um agravamento da dor, devido ao esforço realizado, mencionando dor 4, tendo sido aplicada crioterapia no joelho direito, com benefício. Na segunda sessão, a utente referiu dor 0 antes da intervenção e dor 2 após a sessão terminar, demonstrando uma melhoria significativa da dor, potenciada pelas estratégias não farmacológicas aplicadas.

5.3. ESTUDO DE CASO 3

O atual estudo de caso centra-se numa utente de 45 anos, do sexo feminino, trabalhadora numa escola. Como antecedentes pessoais apenas menciona ter Hipertensão Arterial.

A utente sofreu uma queda no quintal da sua casa, da qual resultou uma fratura transtrocanterica do fémur direito, com necessidade de intervenção cirúrgica. Ficou então internada no serviço de Ortopedia da ULSBA, onde foi submetida a redução incruenta e a encavilhamento cervicodiafisário longo do fémur no dia seguinte à queda. Apresenta ferida cirúrgica na região trocanterica direita, com material de sutura.

Vive em domicílio próprio, com o marido e 2 filhos menores. A casa possui primeiro andar, o qual é acessível por escadas que apresentam corrimão. Refere possuir poliban no rés-de-chão, no entanto o quarto fica no primeiro andar.

Previamente ao internamento a utente era autónoma e independente na realização do seu autocuidado, tendo sido apurado um Score no índice de Barthel de 100 pontos. No domicílio é a própria utente que gere a toma da sua medicação, aparentemente de forma segura e eficaz.

A medicação prescrita para a utente, durante o internamento, encontra-se sintetizada na tabela seguinte (Tabela 6).

Medicamento e Posologia	Via de Administração	7h	13h	15h	17h	21h	23h	24
Pantoprazol 40mg	Oral	X						
Enoxaparina 40mg	Subcutânea					X		
Amlodipina 5mg	Oral				X			
Linisopril 5mg	Oral		X					
Tramadol 100mg	Oral	X		X			X	
Paracetamol 1g	Oral	X	X				X	
Ondansetrom 8mg	Oral			X				X

Tabela 6

Medicação prescrita em contexto de internamento

Avaliação Diagnóstica

O primeiro contacto com a utente aconteceu cerca de 48 horas após a cirurgia, no turno da tarde, no entanto a utente recusou a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por apresentar dor mal controlada.

No dia seguinte, no turno da tarde, foi então iniciada a intervenção de Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, a utente se encontrava com a dor controlada e mais recetiva aos cuidados oferecidos.

Antes do início da intervenção foram avaliados os Sinais Vitais da utente, de forma a garantir a prestação de cuidados de forma segura (Apêndice XVII).

Para a avaliação da cognição utilizou-se a escala Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Simões et al., 2008), obtendo-se um score de 28/30 pontos.

O Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), foi aplicado de forma a poder ser avaliada a capacidade para a realização das atividades de vida no qual se obteve um score de 65 pontos, correspondendo a uma dependência moderada (Apêndice XVIII).

A Medical Research Council Scale Scale (UK Research and Innovation, 2023) foi aplicada de forma a poder avaliar a força muscular da doente, sendo que esta compreendeu a avaliação da força dos diferentes grupos musculares dos membros superiores e inferiores. A força dos membros superiores não apresentava alterações, apresentando força grau 5 em todos os grupos musculares. Na avaliação dos músculos flexores da anca direita foi apurada uma força grau 2, nos músculos extensores do joelho uma força grau 3 e nos flexores do pé uma força grau 4. Sem alterações na força do membro inferior esquerdo, uma vez que, foi apurada força grau 5 em todos os grupos musculares (Apêndice XIX).

Avaliou-se o risco de queda, através da aplicação da Escala de Morse, onde foi apurado um score de 75 pontos, representando um elevado risco de queda (Apêndice XX).

O Índice de Tinetti (Morgado et al., 2010), foi utilizado para realizar a avaliação do equilíbrio, sendo avaliado o equilíbrio estático e dinâmico, obtendo-se um score de 15 pontos (Apêndice XXI).

De forma a avaliar a intolerância à atividade da utente, utilizou-se a Escala de Borg Modificada (Borg, 1982), aplicada antes e depois da intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Antes da intervenção a utente apresentava um score de 0, ou seja, sem esforço, sendo que após esta, apresentava um score de 5, que corresponde a um esforço intenso (Apêndice XXII).

A dor foi avaliada através da aplicação da Escala Numérica da Dor (DGS, 2003). A utente referiu dor 1 no terço superior da coxa antes do início da intervenção e dor 4 após a intervenção, tendo realizado crioterapia no local da dor, com benefício.

Planeamento das Intervenções

O Plano de Cuidados Individualizado elaborado para a utente, a ser aplicado ao longo das sessões de Enfermagem de Reabilitação, foi realizado considerando os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação formulados (Apêndice XXIII).

Intervenção Terapêutica

Nesta etapa realizou-se a intervenção junto da utente, com supervisão da Enfermeira Orientadora. Executaram-se intervenções de ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado da utente, tentando adaptar as mesmas às características do domicílio. Foram, de igual forma, executados exercícios musculares e articulares, treino de marcha com recurso a andador e canadianas, ensino sobre gestão de energia e planeamento do repouso, assim como ensinamentos sobre precauções de segurança, risco de queda e adesão ao regime de reabilitação.

O Plano Individualizado de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação elaborado para a utente foi aplicado durante 2 sessões, com a duração média de 2 horas.

De referir que a utente recebeu também cuidados de fisioterapia, cerca de 4 sessões, durante o internamento.

Avaliação dos Resultados

O primeiro dia de intervenção junto da utente foi no turno da tarde, cerca de 48 horas após a intervenção cirúrgica. Esta ainda apresentava dor 2 em repouso no local da intervenção cirúrgica, pelo que cumpriu terapêutica prescrita antes do início da intervenção. Nesta sessão foram executados exercícios musculares e articulares ativos assistidos no leito e realizado exercício de extensão lombo-sagrada, tendo cumprido 1 série de 10 repetições. Foi também realizado ensino e treino de transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, de forma que a utente pudesse ficar sentada no horário da visita e refeição. Realizou ainda ensino e treino de marcha a 3 pontos, com carga parcial no membro inferior direito, com recurso a andador, tendo deambulado cerca de 8 metros até ao WC, onde foram realizados ensinamentos sobre o uso do sanitário. Por último, nesta sessão, foram realizados ensinamentos sobre risco de queda, adequação do domicílio de sobre a importância da adesão ao regime de reabilitação.

No dia seguinte, no turno da manhã, a utente encontrava-se bem disposta e com menos dor no local da intervenção cirúrgica, ainda assim, cumpriu a terapêutica prescrita antes do início da sessão.

A utente realizou o banho no WC onde foram realizados ensinamentos de forma que o mesmo fosse executado em segurança, sendo também fornecidas estratégias adaptativas tendo em vista o retorno ao domicílio. Foi novamente realizado treino do uso do sanitário, sendo que após este

a utente foi diversas vezes ao WC durante o turno, apenas com necessidade de supervisão dos profissionais.

Realizado treino de transferência da cama para a cadeira e vice-versa, sendo que a utente passou grande parte do turno sentada, recebeu visitas e realizou as refeições.

Foi também realizado treino de marcha a 3 pontos, período em que apenas foi aplicada carga parcial no membro inferior direito, inicialmente com recurso a andarilho, A pedido da utente foi também realizado treino de marcha com recurso a canadianas, tendo deambulado cerca de 12 metros, incluindo idas ao WC ao longo do turno. Uma vez que tinha sido referido pela utente a presença de escadas no domicílio foi realizado ensino e treino de subir e descer escadas com recurso a canadianas.

Por fim, foram reforçados os ensinamentos previamente realizados sobre precauções de segurança, risco de queda e adaptação do domicílio. A utente teve alta para o domicílio no final deste turno.

Foram esquematizados na tabela seguinte os resultados obtidos a partir das avaliações realizadas ao longo das sessões (Tabela 7).

Instrumento de Avaliação	1ª Sessão		2ª Sessão	
Índice de Barthel	65 pontos		85 pontos	
MRC Scale (Membro inferior direito)	Força grau 2 nos flexores da coxa, grau 3 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé.		Força grau 3 nos flexores da coxa, grau 4 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé.	
Índice de Tinetti	15 pontos		17 pontos	
Escala de Borg Modificada	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
	0	5	0	5
Escala de Morse	75 pontos (alto risco)		75 pontos (alto risco)	
Escala Numérica da Dor	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
	2	4	1	4

Tabela 7

Resultados obtidos

No início do internamento a utente apresentava a dor no local da intervenção cirúrgica mal controlada, o que impossibilitou a realização de qualquer intervenção no primeiro dia de contacto. Com a administração de terapêutica, realização de crioterapia no local e realização dos exercícios musculares, na última sessão a doente referiu melhoria da dor, apresentado dor

1 antes do início da sessão e dor 4 após a sessão, sem necessidade de terapêutica para além da já instituída.

Relativamente à independência na realização das atividades de vida verificou-se uma evolução significativa. Na primeira sessão a utente apresentava um score de 65 pontos e na segunda um score de 85, tendo existido um ganho de 20 pontos, o que representa uma maior independência no autocuidado da utente.

No que toca à força muscular, inicialmente foi verificada uma força grau 2 nos flexores da coxa, grau 3 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé, sendo que após 2 sessões de realização de exercícios musculares e articulares, foi apurada uma melhoria da mesma, apresentando força grau 3 nos flexores da coxa, grau 4 nos extensores do joelho e grau 4 nos flexores do pé.

Inicialmente a utente apresentou um score de 15 pontos no Índice de Tinetti, sendo que, na última avaliação apurou-se um score de 17, uma melhoria de 2 pontos entre as avaliações que se traduz num aumento do equilíbrio estático e dinâmico da utente durante o internamento.

O risco de queda da utente na primeira avaliação era elevado, muito devido à queda que sofreu no domicílio e originou a fratura, representando um score de 75 pontos, que se manteve igual na segunda avaliação. Neste sentido, foi privilegiado o ensino sobre risco de queda, adaptação do domicílio e adesão a precauções de segurança.

Antes do início de ambas as sessões, a utente apresentava um score de 0 na escala de Borg Modificada, que representa nenhum esforço. No final das sessões a utente classificou o seu esforço com um score 4 na Escala de Borg Modificada, que representa um esforço moderado, mantendo a sua perceção de esforço em ambas as sessões realizadas.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dando por terminada a apresentação dos estudos de caso e os seus resultados passo agora à discussão do resultado dos mesmos.

Foram incluídos 3 participantes, com uma média de idades de 62 anos, acompanhando o já anteriormente descrito envelhecimento populacional do país e sobretudo da região do Alentejo.

Na primeira avaliação todos os utentes apresentavam défice na sua capacidade para o autocuidado, evidenciado após a realização da avaliação do Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), sintetizado na tabela seguinte (Tabela 8).

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Final
1	80 pontos Dependência leve	80 pontos Dependência leve
2	65 pontos Dependência moderada	90 pontos Dependência leve
3	65 pontos Dependência moderada	85 pontos Dependência leve
Média	70 pontos Dependência moderada	85 pontos Dependência leve

Tabela 8

Resultados obtidos através da Avaliação do Índice de Barthel

No sentido de capacitar os utentes para o autocuidado, maximizando a sua funcionalidade, foram realizados ensinamentos, instrução e treino sobre estratégias adaptativas para realização das atividades de vida diária em segurança, ensinamento e treino sobre o uso de produtos de apoio (ex.: uso de polibano, presença de corrimão na parede no banho, uso de cadeira no banho para poder sentar-se, uso de barras laterais no sanitário, uso do(s) auxiliar(es) de marcha), ensinamento e treino sobre prevenção de complicações no membro inferior operado, caso aplicável (Ribeiro, 2021).

Após a intervenção do EEER verificou-se um aumento da independência na realização das atividades de vida diária em 2 das 3 participantes, existindo uma média de 22,5 pontos ganhos na aplicação da escala de Barthel, sendo que ambas apresentaram dependência leve na última avaliação. A participante número 1 não demonstrou resultados positivos após a intervenção do EEER, pois, tal como já abordado no estudo de caso apresentado a utente apresentava renitência à adesão ao programa de ER elaborado, sendo pouco cumpridora dos ensinamentos e treinos efetuados.

A dor encontrava-se presente em todos os participantes na avaliação inicial, tanto antes como após a intervenção, tal como evidenciado na tabela seguinte (Tabela 9), tendo sido avaliada através da aplicação da Escala Numérica da dor (DGS, 2003).

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Final
1	Antes da intervenção: 8	Antes da intervenção:4
	Após a intervenção: 6	Após a intervenção:5
2	Antes da intervenção: 2	Antes da intervenção: 0
	Após a intervenção: 4	Após a intervenção: 2
3	Antes da intervenção: 2	Antes da intervenção: 1
	Após a intervenção: 4	Após a intervenção: 4
Média	Antes da intervenção:4	Antes da intervenção:1,6
	Após a intervenção:4,66	Após a intervenção:3,66

Tabela 9

Resultados obtidos através da aplicação da Escala Numérica da Dor.

Na participante 1, inclusivamente, foi a dor o motivo pelo qual a mesma iniciou o seu acompanhamento pela UCC, sendo necessário um ajuste no regime terapêutico. Esta referia dor constante, maioritariamente na planta dos pés.

A intervenção de ER incluiu ensino, à utente e cuidador, sobre estratégias não farmacológicas da dor (repouso, elevação dos membros inferiores), o uso de calçado adequado para maior alívio da dor nos pés e ensinamentos ao cuidador sobre gestão do regime terapêutico (Ribeiro, 2021). Estas intervenções demonstraram-se eficazes, ainda que com renitência da utente em cumprir algumas delas, reduzindo a dor da utente de 8 (dor intensa) para 4 (dor moderada) .

As outras duas participantes também apresentavam dor, nos respetivos locais cirúrgicos, na avaliação inicial.

Aqui a intervenção de ER centrou-se igualmente em ensinar sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor (realização de crioterapia 4/5 vezes ao dia no joelho), incentivar o uso de estratégias não farmacológicas de controlo da dor e administração de terapêutica analgésica prescrita para alívio deste sintoma (Ribeiro, 2021). Estas estratégias aliadas à realização de exercícios musculares e articulares, assim como treino de marcha, permitiram a redução da dor apresentada tanto antes da intervenção (em repouso) como após a mesma para ambas as participantes.

A aplicação da Escala de Borg Modificada (Borg, 1982), permitiu verificar a intolerância à atividade das participantes, adequando as intervenções implementadas à mesma. Os resultados obtidos na sua aplicação estão sintetizados na tabela seguinte (Tabela 10).

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Final
1	Antes da intervenção: 2	Antes da intervenção:1
	Após a intervenção: 8	Após a intervenção:6
2	Antes da intervenção: 0	Antes da intervenção: 0
	Após a intervenção: 5	Após a intervenção: 4

3	Antes da intervenção: 0	Antes da intervenção: 0
	Após a intervenção: 5	Após a intervenção: 5
Média	Antes da intervenção:0,66	Antes da intervenção:0,33
	Após a intervenção:6	Após a intervenção:5

Tabela 10

Resultados Obtidos através da avaliação da Escala de Borg Modificada

A participante 1, na avaliação inicial, classificou a sua perceção de esforço em repouso com 2, ou seja, esforço leve. Após a intervenção de ER, refere que o seu esforço corresponde a 8, que se traduz num esforço intenso.

As intervenções de ER implementadas incidiram em ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso, ensinar o cuidador sobre gestão dos períodos de atividade e repouso, ensinar sobre vigilância de resposta à atividade, ensinar o cuidador sobre vigilância de resposta à atividade (Ribeiro, 2021, p.257).

Estas intervenções apresentaram resultados positivos, sendo que a utente na avaliação final apresenta redução dos valores de esforço percecionados, tanto antes como depois da intervenção de ER.

As restantes utentes, na avaliação inicial referiram ambas não percecionar qualquer esforço em repouso, tendo classificado o mesmo com 0 na Escala de Borg Modificada. Após a primeira sessão de ER ambas classificam a sua perceção de esforço com 5, representando uma perceção de esforço moderado.

Para ambas, a intervenção de ER contemplou ensinar e instruir sobre gestão dos períodos de atividade e repouso, ensinar sobre vigilância de resposta à atividade física e vigiar períodos de atividade e repouso (Ribeiro, 2021, p.257).

No final do internamento, ambas as participantes mantinham a sua classificação de 0 na Escala de Borg antes da intervenção, no entanto a participante 3 manteve a sua perceção de esforço após a intervenção de ER no 5, enquanto a participante 2 já classificou a sua perceção de esforço com 4. Ainda que não tenha existido melhoria na tolerância à atividade da participante 3, existiu uma ligeira melhoria da participante 2, fruto das intervenções anteriormente enunciadas.

Para a avaliação do equilíbrio foi aplicado o Índice de Tinetti (Morgado et al., 2010) em todas as participantes, cujos resultados se encontram sistematizados na tabela seguinte (Tabela 11).

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Final
1	11 pontos	11 pontos
2	14 pontos	16 pontos
3	15 pontos	17 pontos

Média	13,3 pontos	14,6 pontos
-------	-------------	-------------

Tabela 11

Resultados obtidos através da aplicação do Índice de Tinetti.

A primeira participante obteve um score de 11 pontos em ambas as avaliações, uma vez que, a utente recusava deambular com andarilho fornecido, ainda que este fornecesse maior estabilidade e permitisse um melhor equilíbrio. Neste sentido as intervenções implementadas passaram por analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda e ensinar sobre relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda (Ribeiro, 2021, p.325).

A participante 2 tinha um score inicial de 14 pontos, tendo sido sempre incentivada à deambulação com andarilho, por fornecer maior base de apoio, que cumpria. Por ser uma alteração do equilíbrio derivada da intervenção cirúrgica as intervenções de ER realizadas foram analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda e ensinar sobre relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda (Ribeiro, 2021, p.300).

. Na última avaliação a mesma apresentava um score de 15 pontos, representando uma ligeira melhoria do equilíbrio, fruto também dos exercícios musculares e articulares realizado ao longo do internamento.

A participante 3 apresentou um score inicial de 15 pontos e, tal como a participante, anterior esta alteração no equilíbrio foi derivada da intervenção cirúrgica realizada, deambulando também com recurso a andarilho.

As intervenções de ER foram também analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda e ensinar sobre relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda (Ribeiro, 2021), cujo benefício se verificou ao apresentar um score de 17 na última avaliação, também este fruto dos exercícios musculares e articulares efetuados.

Por último, a força muscular, que foi avaliada através da MRC Scale (UK Research and Innovation, 2023), foi também alvo de avaliação em todas as participantes.

As participantes 2 e 3 não apresentavam alterações na força muscular dos membros superiores, nem do membro inferior não operado, apenas apresentando diminuição da força no membro inferior submetido a intervenção.

Assim a intervenção de ER englobou analisar com a pessoa a relação entre relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do joelho/ anca, executar técnica de exercício muscular e articular na articulação do joelho/ anca (exercícios ativos-assistidos), ensinar sobre exercícios musculares e articulares, reforçar os exercícios musculares e articulares e incentivar a realização de exercícios musculares e articulares (Ribeiro, 2021).

Na última avaliação ambas as participantes demonstraram melhorias na força muscular dos membros inferiores operados, maioritariamente ao nível da flexão da anca e extensão do joelho, sendo este resultado também de extrema importância para a manutenção do andar de ambas as utentes, que na primeira intervenção referiam dificuldade em fazê-lo com segurança.

A participante 1 apresentava diminuição da força muscular em diversos grupos musculares tanto dos membros superiores como dos inferiores, sendo mais evidente esta diminuição ao nível dos membros inferiores.

Neste caso, a intervenção de ER consistiu na análise entre relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade, na execução técnica de exercício muscular e articular nos membros inferiores (exercícios ativos-assistidos), no ensino sobre exercícios musculares e articulares, no ensino do cuidador sobre exercícios musculares e articulares, e no incentivo à realização de exercícios musculares e articulares (Ribeiro, 2021, p.303).

Existiu uma ligeira melhoria na força muscular dos membro inferiores, tendo aumentado para uma força grau 4 em todos os grupos musculares após a intervenção.

De todas as participantes a participante 1 foi a que teve maior número de sessões, o que deveria ser indicativo de melhores resultados, entanto o mau cumprimento do plano elaborado apesar do incentivo da equipa e da cuidadora não permitiu que fosse possível a obtenção de melhores resultados.

7. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do curso é expectável a aquisição e desenvolvimento de três tipos de competências: competências de Mestre, competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sendo que nos estágios foi dado mais ênfase no desenvolvimento das últimas duas.

Para o desenvolvimento das competências de Mestre foi realizada a revisão da literatura relativa ao tema do presente relatório que será submetida para publicação, em forma de *scoping review*, após o término do mestrado. Na esfera de competências de Mestre procurei ainda, ao longo deste percurso, nomeadamente ao longo dos estágios, identificar lacunas no conhecimento e reconhecer oportunidades de melhoria nos serviços, agindo como dinamizadora e divulgadora de conhecimento. Neste sentido foi então identificada a necessidade de produção de uma norma sobre avaliação da deglutição, na UCC, que foi realizada, divulgada à equipa para posterior operacionalização na mesma.

O Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019, regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista, comportando quatro domínios de competências que são transversais a todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialização.

No âmbito do desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, reger o exercício profissional com base no Código Deontológico da profissão torna-se vital, garantindo também de igual forma que os cuidados prestados salvaguardam a dignidade humana, pautou sempre a minha postura enquanto enfermeira e enquanto mestranda, sempre atenta em garantir a confidencialidade, privacidade, individualidade e livre arbítrio dos doentes a quem foram prestados cuidados supervisionados, em todos os campos de estágio.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o segundo domínio, existiram diversas oportunidades de aquisição de competências ao longo dos diversos estágios curriculares.

No estágio cardiorrespiratório, realizado no SMI da ULSBA, houve oportunidade de participar em dois programas de melhoria contínua no serviço. No dia 11 de junho, a convite do supervisor clínico, participei no “Journal Club”, um dos programas de melhoria contínua, que visa a aquisição e divulgação de conhecimento baseado na evidencia científica, onde apresentei à equipa médica e de enfermagem o pitch desenvolvido no âmbito do Mestrado em

Enfermagem, tendo esta participação contribuído para o desenvolvimento de competências de comunicação em público.

Neste estágio houve igualmente a oportunidade de contribuir para a validação da escala Chelsea Critical Care Physical Assessment (CPAx) (Corner et al.; Ferreira & Pinto, 2024), que avalia a capacidade para a atividade física de doentes críticos, e permite avaliar limitações associadas ao internamento de pessoas em situação crítica, sendo possível documentar evolução da sua capacidade funcional ao longo do internamento.

No estágio na área neurológica, realizado na UCC Portel, surgiu a oportunidade de elaboração de um Plano de Melhoria Continua da Qualidade (PMCQ) sobre a avaliação da deglutição, para o qual foi elaborada uma norma interna, realizada formação em serviço sobre alterações na deglutição, papel do cuidador informal, aplicação da norma elaborada, tendo sido também elaborado um folheto informativo intitulado “Guia Rápido da Deglutição” para ser fornecido a utentes e/ou cuidadores. Fui também, durante este estágio, convidada a participar como oradora na Sessão Comemorativa do Dia do Cuidador Informal, dinamizada pela Câmara Municipal de Portel em articulação com a UCC, que tinha como público-alvo cuidadores informais do concelho, tendo sido abordado o tema “O Papel do Cuidador Informal na Pessoa com Alteração da Deglutição”. Estas iniciativas permitiram também aquisição de competências de comunicação em público.

No que toca ao desenvolvimento de competências do domínio da gestão dos cuidados, foi desenvolvida uma relação de proximidade e de entreajuda com as diferentes equipas, nos diversos serviços onde foram realizados os estágios, possibilitando uma resposta de cuidados segura e coordenada, indo de encontro às necessidades do doente, nomeadamente ao nível do trabalho em equipa multidisciplinar.

No estágio ortotraumatológico, o facto de a Enfermeira Orientadora não ter horário dedicado exclusivamente à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, constituiu também uma oportunidade valiosa no desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados. Uma vez que, não existiu um acompanhamento mais estreito, houve necessidade de assumir uma maior autonomia na avaliação, planeamento e implementação dos planos individualizados, recorrendo à Enfermeira Orientadora apenas em caso de dúvidas, tendo sido necessário gerir a prestação de cuidados envolvendo os diferentes profissionais de saúde da equipa, de forma a poder proporcionar cuidados de Enfermagem de Reabilitação com qualidade.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi necessário desenvolver competências ao nível da assertividade, consciente do papel enquanto enfermeira e enquanto estudante e ciente das limitações que algumas características pessoais poderiam acarretar ao nível do estabelecimento de uma relação terapêutica com doentes, familiares e com a própria equipa multidisciplinar.

Ao longo dos estágios, e fruto da minha personalidade introvertida, à qual acresceu o facto de me encontrar num papel de estudante, em contextos novos e com novos desafios, existiu dificuldade em estabelecer uma ligação com as equipas de enfermagem onde me inseri. Foi necessário um grande crescimento pessoal para conseguir desenvolver estratégias que me permitissem efetivar esta ligação, não só com a equipa, mas com as pessoas alvo da prestação dos meus cuidados, sendo necessário reconstruir a minha identidade profissional, englobando agora as características inerentes ao novo grau de especialista e mestre.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação foram regulamentadas pelo Regulamento n.º392/2019, sendo atribuídas a esta especialidade três competências específicas: “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” e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Considerando a primeira competência específica “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, esta foi desenvolvida ao longo dos diversos estágios, ao avaliar com os diferentes instrumentos, alterações presentes na pessoa nos diversos domínios da sua funcionalidade, que podem provocar um estado de maior dependência na realização do seu autocuidado. Foi também dado ênfase a aspetos psicossociais que pudessem interferir com a resposta da pessoa às transições saúde-doença que vivencia.

A segunda competência específica “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” foi mais desenvolvida ao longo do estágio na comunidade, onde a participação social, a manutenção de uma presença ativa na sua comunidade e o exercício dos direitos enquanto cidadão foram focos presentes diariamente aquando da prestação de cuidados.

Relativamente à terceira, e última, competência específica “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, esta foi a mais desenvolvida. Ao avaliar, planear e

implementar Planos Individualizados de Enfermagem de Reabilitação, o objetivo principal era a maximização da funcionalidade dos utentes, capacitando os mesmos e/ou familiares, para a satisfação das suas necessidades de autocuidado.

Ao longo do estágio foi dado enfoque à realização de atividades que permitissem desenvolver as três competências anteriormente enunciadas. Para tal foram desenvolvidas atividades ao nível da avaliação diagnóstica dos doentes, realização de planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação individualizados, da intervenção terapêutica (supervisionada) junto dos doentes e a posterior avaliação de resultados, tendo em vista maximizar a funcionalidade dos doentes, adequando as intervenções às suas capacidades/potencialidades.

8. CONCLUSÃO

Capacitar surge então como conceito central, sendo que possibilitar que os utentes consigam suprir as suas necessidades de autocuidado de forma segura e eficaz é uma das principais preocupações dos EEER, cuja aquisição de competências específicas permite uma avaliação, planeamento e intervenção única.

Para o desenvolvimento deste relatório foram realizados estágios na área cardiorrespiratória, neurológica e ortotraumatológica, nos quais foram desenvolvidas as competências previstas para este ciclo de estudos. Ao longo dos estágios foi também aplicado o projeto de intervenção que dá nome ao relatório, tendo sido prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com supervisão, a utentes e/ou famílias com o intuito de capacitar os mesmos para o autocuidado e garantir uma transição segura nos seus processos saúde doença.

Como suporte teórico foram consideradas a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, sendo que, conjuntamente com a revisão da literatura realizada, permitiram uniformizar as intervenções realizadas, fornecendo uma linha de pensamento coesa, permitindo igualmente justificar as intervenções executadas na evidência científica e guidelines mais recentes.

Na aplicação do projeto de intervenção foram efetuados três estudos de caso, abordando diferentes necessidades de autocuidado e três transições diferentes no processo saúde-doença dos utentes selecionados. A metodologia selecionada para a aplicação do projeto permitiu uma abordagem mais focada no próprio utente e/ou família, nas suas necessidades e nos recursos disponíveis, tanto a nível hospitalar como na comunidade. Com as avaliações efetuadas foi possível demonstrar resultados positivos na capacitação para o autocuidado.

Garantir o sucesso dos planos implementados passa por envolver os utentes, famílias e comunidade em prol de um objetivo comum: uma maior autonomia e independência do utente e/ou cuidador, aliviando a pressão nos sistemas de saúde e sociais, cujas respostas para além de demoradas podem ser insuficientes para suprir as necessidades encontradas. No entanto este envolvimento nem sempre é atingido, principalmente se os utentes e/ou cuidador não compreenderem a importância desta adesão, tal como verificado anteriormente num dos estudos de caso apresentados, tendo esta representado uma realidade real que considero importante por permitir encontrar novas estratégias para envolver estas pessoas no seu regime de reabilitação.

Os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, considerando que ao longo dos estágios realizados no decorrer do Mestrado, foram planeados e implementados planos

individualizados que capacitassem utente e/ou cuidador para o autocuidado apresentando resultados mensuráveis, ou seja, resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

É portanto, de extrema importância o apuramento de resultados sensíveis à Enfermagem de Reabilitação, tema central deste relatório, que divulguem os resultados obtidos e demonstrem a veracidade dos mesmos, de forma que seja possível um maior investimento nesta área, podendo então proporcionar cuidados especializados a mais utentes e/ou famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 25, 59-66. Retrieved 04/08, from <http://hdl.handle.net/10362/95522>
- Bento, A. R., Duque, A. R., Gonçalves, N., Vaz, P., Calção, S., Benedito, V., Ferreira, R., Fonseca, C., & Silva, C. (2025). Interventions by Rehabilitation Nurse Specialists in the Training of Informal Carers of Older People at Home with Chronic Diseases: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(7), 971. <https://doi.org/10.3390/ijerph22070971>
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377–381. <http://journals.lww.com/acsm-msse/pages/articleviewer.aspx?year=1982&issue=05000&article=00012&type=abstract>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*, 7-17. Retrieved 06/30, from Costa-Dias, M., Martins, T., & Elias, M. d. F. A. (2014). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*, 65-74. Retrieved 03/15, from
- DGS. (2011). Norma n.º.054/2011 Acidente Vascular cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação. Retrieved 23 mai 2018, from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>
- Dai, L., Tong, R., Cai, J., Deng, C., & Chen, Y. (2025). The application of continuous care model in rehabilitation management for total hip arthroplasty patients. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 58, 101205. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2025.101205>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa N.º 09/DGCG de 14/06/2003: A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: DGS.
- Ferreira, M. d. F. A. P., & Pinto, M. d. R. P. (2024). Tradução, adaptação e validação para a língua portuguesa da escala Chelsea Critical Care Physical Assessment. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), e363. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.363>
- Fernandes, J., & Céu, S. M. d. (2021). *Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* (2ª Edição ed.). PAPA-LETRAS, Lda.

- Figueiredo, A., & Abalroado, I. (2016). *A Pessoa com Deterioração Cognitiva: Implementação de um Programa de Estimulação Cognitiva* Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, Viseu.
- JBÍ. (2024). JBI Manuel of Evidence Synthesis. In.
- Lobo, A., & Vitor, J. (2024). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Prótese Parcial da Anca: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2025.38644>
- Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (A. R. Albuquerque, Trad.). (5ª Edição) Lusociência.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (cap.I) (1ª edição ed.). Lusodidata.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Mendes, J. P., Loureiro, M., Cardoso, C., Caridade, J., Mariz, M., & Bento, M. d. C. (2024). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e os recursos utilizados pelas famílias e enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), e35656. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.35656>
- Meng, X., & Yu, Y. (2022). Effect of Rehabilitation Nursing under the Guidance of the Health Action Process Approach Model on Perioperative Nursing Effect of Artificial Hip Arthroplasty: Effect on Promoting Quality of Life and Postoperative Rehabilitation. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2022, 1247002. <https://doi.org/10.1155/2022/1247002>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D.,...Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Regulamento n.º140/2019. *Diário da República* 2ª Série, 26 (fevereiro):4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento n.º392/2019. *Diário da República* 2ª Série, 85 (maio):13565-13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>.

- Reis, G., & Bule, M. J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da Vida* (1ª ed., pp. 57-66). Lusodidacta. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10174/20187>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed)
- Rocha, P., Baixinho, C. L., Marques, A., & Henriques, M. A. Safety-promoting interventions for the older person with hip fracture on returning home: A systematic review. (1878-1292)
- Rodrigues, M., Deus, I., Bengalinha, P., Duro, R., Carpinteiro, D., Ferreira, R., Silva, C., & Fonseca, C. (2025). The Role of Rehabilitation Nurses in Empowering Mastectomised Women for Self-Care: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 22(6), 957. <https://doi.org/10.3390/ijerph22060957>
- Rodrigues, M., Carpinteiro, D., Deus, I., Bengalinha, P., Duro, R., Silva, C., & Mendonça, S. (2025). Supervisão clínica em estudantes enfermagem na promoção da segurança do doente: Scoping review. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 11(1), 88–97. doi.org
- Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Manual - Versão final portuguesa [MoCA: Portuguese Manual – final version]. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Teixeira, F., Antunes Ferreira, D. S., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., & Mesquita, A. C. (2023). Indicadores preditivos do autocuidado – revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e324. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>
- Trindade, L. (2025). *(Con)viver com a demência: O papel da estimulação cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados na AMITEI Instituto Politécnico de Coimbra*.

UK Research and Innovation. (2023, 16 March 2023). MRC Muscle Scale. UKRI. Retrieved 25 April from <https://www.ukri.org/councils/mrc/facilities-and-resources/find-an-mrc-facility-or-resource/mrc-muscle-scale/>

ANEXOS

ANEXO I – PROGRAMA DO DIA DO CUIDADOR INFORMAL



Cuidar com saber!

CONVITE Sessão comemorativa
Auditório da Biblioteca Municipal de Portel

5 NOV 2025
DIA do
CUIDADOR
INFORMAL

P R O G R A M A

14h00 Receção aos Participantes

14h30 Papel do Cuidador Informal
na Pessoa com Alterações na alimentação
Enf.^a Raquel Duro - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

15h15 Coffee Break

15h45 Sessão de Auto-Cuidado
Equipa Técnica da Escola Municipal de Artes do Espetáculo

Inscrições: 266 619 030 | clas@portel.pt

PARTICIPAÇÃO GRATUITA

Promotor: Colaboração:



ANEXO II – POSTER “O IMPACTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA NA SEGURANÇA DO DOENTE”



ANEXO III – COMUNICAÇÃO LIVRE “INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA DISFAGIA”



ANEXO IV – COMUNICAÇÃO LIVRE “O INSUFLADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS”



APÊNDICES

APÊNDICE I – NORMA PARA AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
---	--	--	-----------------	--------------------

OBJETIVO(S)

- Identificar precocemente utentes com disfagia;
- Identificar sinais de alerta que possam estar relacionados com a presença de disfagia;
- Conhecer como atuar no caso de existir um utente com suspeita/diagnóstico de disfagia;
- Otimização da dieta de doentes com disfagia;
- Prevenir complicações associadas à aspiração;

DESTINATÁRIOS

- Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade Portel

DESCRIÇÃO DA NORMA

A deglutição é um processo vital, no qual é efetuado o transporte, de forma segura, da comida e líquidos ingeridos da cavidade oral até ao esófago (Palacio et al., 2025), processo este que se divide em 4 fases: fase oral preparatória, fase oral, fase laríngea e fase esofágica (Ribeiro, 2021). A capacidade para deglutir depende da integridade física e funcional das diversas estruturas ligadas à mesma, tais como os lábios, língua, mandíbula e os diversos músculos que proporcionam o movimento de deglutição (Chua et al., 2024).

A disfagia é a dificuldade em movimentar comida e/ou líquidos da boca para o estômago de forma segura devido a alterações em uma ou mais fases da deglutição (Palacio et al., 2025; Santos et al., 2025), podendo a sua causa ser de diversas etiologias, tais como doenças neurodegenerativas, acidentes vasculares cerebrais (AVC), lesões nas estruturas gastrointestinais, ou decorrente do próprio processo de envelhecimento (Santos et al., 2025). O declínio da função muscular ao longo do

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
---	--	--	-----------------	--------------------

processo de envelhecimento pode contribuir para uma maior dificuldade na alimentação (Ran et al., 2024) e, quando associado a uma síndrome demencial o risco de complicações inerentes ao processo de deglutição aumenta exponencialmente (Santos et al., 2025).

1. Critérios para a Realização da Avaliação:

- Utentes com mais de 65 anos;
- Utentes com antecedentes de doenças neurológicas (AVC, demência, Parkinson, etc...);
- Todos os utentes que o Enfermeiro, pela sua proximidade ao doente e após a identificação de fatores de risco ou presença de sinais de alerta, considere pertinente a avaliação da deglutição;

2. Informações Gerais:

- A norma deve ser executada pelo Enfermeiro;
- A avaliação deve ser efetuada:
 - a) Aquando da admissão no serviço (nas primeiras 24h após a admissão ou na primeira manhã após a admissão);
 - b) A cada contacto após a primeira avaliação;
 - c) Sempre que a situação clínica do doente se altere;

3. Execução:

- Identificar corretamente o utente;
- Explicar o procedimento ao utente;
- Colocar o utente na posição de sentado (90º graus);
- Realizar a avaliação da deglutição através da Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Ferreira, 2017);
- Adaptar a dieta e/ou hidratação do doente consoante o nível de disfagia identificado;

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
---	--	--	-----------------	--------------------

4. Procedimento:

Avaliação da Deglutição no Utente com Risco de Disfagia	
Intervenção de Enfermagem	Justificação da Intervenção
1- Lavar as mãos antes de realizar a avaliação;	1- Prevenir o aparecimento de infeções;
2- Otimizar a comunicação com o doente;	2- Informar o doente sobre o procedimento e, se possível, obter consentimento para a sua realização: Diminuir a ansiedade do doente; Garantir a colaboração do doente no procedimento;
3- Posicionar a pessoa a 90º graus;	3- Garantir a otimização da deglutição através do posicionamento do doente; Otimizar a ventilação pulmonar; Reduzir o risco de aspiração;
4- Aplicar a escala de GUSS:	4- Avaliar a presença de alterações na deglutição;

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
---	---	---	-------------	--------------------

1ª Fase - Avaliação Preliminar Utilizar o volume de 1ml de água, sendo que este é semelhante ao volume de saliva que é deglutido; Os critérios de avaliação utilizados nesta primeira fase são: • Vigilância • Tosse Voluntária; • Deglutição com sucesso; • Sialorreia; • Alteração da voz; Deglutir com sucesso é pré-condição para a realização da segunda parte da avaliação; 2ª Fase – Teste Direto da Deglutição É constituída por 3 testes realizados de forma sequencial, iniciando-se pela textura pastosa, seguida da líquida e por último a sólida. Devem ser avaliados os seguintes critérios: • Vigilância; • Tosse Voluntária; • Sialorreia; • Alteração da voz; No teste para alimentos <u>pastosos</u>:	
--	--

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
--	--	-----------------	--------------------

- Colocar espessante na água até obter uma consistência pudim. Oferecer ao doente e se este apresentar um dos critérios anteriores é interrompido o teste; No teste para alimentos <u>líquidos</u>: - Colocar 3ml de água num copo e observar o doente a engolir; - Se a deglutição for feita com sucesso devem ser fornecidas quantidades progressivamente maiores, sendo estas 5, 10, 20 e 50ml. O doente deve beber esta quantidade o mais rapidamente que conseguir; No teste para alimentos sólidos: - Oferecer uma porção de pão seco; - Repetir 5 vezes, sendo o doente deve deglutir a porção em 10 segundos, sendo este o tempo estabelecido para a deglutição de uma pequena quantidade de alimentos.	

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
---	--	--	-------------	--------------------

Recomendações da Escala de GUSS para o Doente com Alterações da Deglutição	
<u>SEM DISFAGIA</u>	
Risco de Aspiração Mínimo	
• Dieta Normal sem restrições; • Vigiar a alimentação/hidratação;	Score 20 na Escala de GUSS Alimentação com textura pastosa, líquida e sólida bem sucedida;
<u>DISFAGIA LIGEIRA</u>	
Baixo Risco de Aspiração	
• Dieta de consistência Pastosa; • Gerir a ingestão de líquidos – ingerir lentamente e um gole de cada vez; • Pedir a avaliação/observação pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e/ou Terapeuta da Fala;	Score 15-19 Alimentação com textura pastosa e líquida bem sucedida; Alimentação sólida mal sucedida;
<u>DISFAGIA MODERADA</u>	
Risco de Aspiração Moderado	
• Dieta de consistência Pastosa; • Gerir a ingestão de líquidos – com recurso a adição de espessante; • Gerir a toma da medicação – deve ser triturada e misturada com um líquido espessado; Não	Score 10-14 Alimentação Pastosa bem sucedida; Alimentação líquida mal sucedida;

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
--	--	-----------------	--------------------

administrar medicação líquida por via oral; Pedir a avaliação/observação pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e/ou Terapeuta da Fala;	
<u>DISFAGIA GRAVE</u> Alto Risco de Aspiração	
- Dieta por via Entérica; - Inserir sonda nasogástrica; - Otimizar sonda nasogástrica; - Pedir a avaliação/observação pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e/ou Terapeuta da Fala;	Score 0-9 Alimentação pastosa é mal sucedida;

REGISTOS

Deve ser registado no processo clínico do utente:

- Resultado da avaliação da deglutição através da Escala de GUSS;
- Intervenções de Enfermagem realizadas;
- Resultados das Intervenções de Enfermagem;
- Data próxima avaliação;
- Recomendações;

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DO UTENTE COM RISCO DE DISFAGIA CÓDIGO DO SERVIÇO Nº DA NORMA	Versão 1	Data de revisão
---	--	--	-----------------	--------------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chua, D. M. N., Choi, Y.-Y., & Chan, K. M.-K. (2024). Effects of oropharyngeal exercises on the swallowing mechanism of older adults: A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 26(5), 696-713. <https://doi.org/10.1080/17549507.2023.2221409>
- Douro, U. L. d. S. T.-o.-M. e. A. (2023). *A Pessoa com Dificuldade na Deglutição - Guia de Apoio ao Cuidador*
- fabianaamelofono. (2025). In: Instagram.
- Ferreira, A. (2017). *Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação* Universidade de Évora].
- Leão, R., Queirós, S., Gomes, I., Magalhães, D., Serdoura, S., Macedo, S.,...Barbosa, R. (2022). *Disfagia - Receitas Adaptadas com Cor*
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª edição ed.). Lusodidata.
- Palacio, M.-I., Bermejo, R.-M., Lucas-Ochoa, A.-M., González-Cuello, A.-M., Fernández-Villalba, E., & Herrero, M.-T. (2025). Age-defying swallowing. *Frontiers in Aging*, 1-21. <https://doi.org/10.3389/fragi.2025.1510257>
- Portugal, A. C. a. F. e. a. M.-N. *Alimentação e Nutrição*. <https://www.acfmnportugal.pt/alimentacao-e-nutricao>
- Ran, X., Zhang, X., & Liu, W. (2024). Prevalence of swallowing disorder among older adults in nursing homes: A meta-analysis. *Medicine*, 103(42), e40188. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040188>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed.). Lidel.
- Santos, B. d. S., Lira, J. O. d., & Mangilli, L. D. (2025). Characterization of swallowing in older adults with dementia. *CoDAS*, 37(3), e20230358. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/e20230358pt>

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

APÊNDICE II – GUIA RÁPIDO SOBRE DEGLUTIÇÃO

RECOMENDAÇÕES

- Utilizar uma colher pequena para alimentar;
- Ter cuidado com próteses dentárias mal ajustadas;
- Ter atenção a alimentos com 2 consistências e a alimentos que se liquidifiquem (ex: gelo);
- Os alimentos devem ter uma textura macia e homogênea.
- Se a pessoa recusar o espessante pode fornecer gelatina em alternativa;
- Triturar a medicação e não a misturar na comida;
- No final da refeição verificar se há presença de restos alimentares na boca;
- Realizar a higiene oral após todas as refeições.

Referências Bibliográficas



Contactos:



Universidade de Évora

Guia Rápido sobre a Deglutição

Autora: Enf.^a Raquel Duro
 Orientação: Enf.^a EER Carmen Horta; Prof.^a M.^a José Bule
 Elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
 Novembro de 2025

SINAIS DE ALERTA



DETETEI A PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA O QUE FAÇO?

 **Contactar um profissional de saúde ou SNS 24**

 **Seguir as instruções do profissional de saúde**

EM CASO DE ENGASGAMENTO O QUE FAÇO?



Deixar a pessoa tossir



Se a pessoa não conseguir tossir - LIGAR 112



Aplicar até 5 pancadas nas costas, seguidas de 5 compressões abdominais



Não dar água nem colocar os dedos na boca

RECOMENDAÇÕES

- Não alimentar a pessoa se esta estiver muito sonolenta;
- Se possível, permitir que seja o próprio a alimentar-se sozinho;
- Alimentar de frente para a pessoa, para que possa ver os alimentos e talheres;
- Sentar bem a pessoa antes de iniciar a alimentação e mantê-la sentada 30 minutos após;
- Fornecer a alimentação lentamente e em pequenas quantidades;
- Evitar distrações na hora da refeição;
- Não utilizar palhinhas ou seringas;
- Não usar o copo meio vazio, encher até acima;

ANEXO III – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA

1. Introdução

Com o aumento progressivo da população idosa portuguesa, o compromisso de aposta na promoção de um envelhecimento ativo e saudável deve ser assumido por todos, com especial ênfase nos profissionais de saúde. Existem então alterações fisiológicas, inerentes ao processo de desenvolvimento, sendo que a utilização de uma abordagem preventiva, que promova a manutenção da autonomia e independência do idoso (Marques-Vieira & Sousa, 2023; Trindade, 2025).

A Reabilitação Cognitiva é uma área da neuropsicologia, destinada a pessoas com compromisso cognitivo, de diferentes etiologias, com o objetivo de maximizar a capacidade cognitiva e promover a manutenção da funcionalidade na realização das atividades de vida diária (Marques-Vieira & Sousa, 2023). Esta demonstrou ser uma estratégia eficaz, principalmente em idosos institucionalizados, melhorando a sua memória e cognição e, consequentemente, a sua qualidade de vida (Trindade, 2025). As atividades desenvolvidas numa sessão de reabilitação cognitiva têm como intuito estimular diversas áreas cerebrais, que, sofrem alterações inerentes ao processo de envelhecimento e que necessitam de ser exercitadas. Estas áreas são a orientação e atenção, a memória, a linguagem e o vocabulário, o cálculo e a praxia (Figueiredo & Abalroado, 2016).

2. Objetivos da Sessão

- Maximizar a capacidade cognitiva dos idosos;
- Fornecer atividades de Reabilitação Cognitiva de fácil replicação no domicílio;
- Fomentar a participação ativa dos idosos em atividades sociais;
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis;

3. Metodologia

Será realizada uma sessão de Reabilitação Cognitiva a idosos de uma ERPI do concelho de Portel, com a duração de 2 horas.

As atividades a desenvolver são:

- Completar provérbios;

- Jogo de cartas (“peixinho” e /ou jogo da memória);
- Jogo de correspondência - Colocar bolas de diferentes cores no copo com a cor correspondente (Figura 1);
- Jogo de Raciocínio- resolver o problema matemático e colocar a espátula no copo com o resultado correspondente (Figura 2) + colocar o número correto de espátulas no copo;
- Identificação de cheiros comuns (café, oregãos, limão, baunilha);
- Dança ao som de música tradicional alentejana + estímulo visual diferente para cada hemicorpo (ex.: azul para lado esquerdo e vermelho para o lado direito);

Figura 1 – Correspondência



Figura 2 – Jogo de Matemática



APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL (ESTUDO DE CASO 1)

1. Alimentação Independente.....	10 pontos
2. Transferências Independente.....	15 pontos
3. Toalete Independente a lavar a cara, fazer a barba, lavar os dentes.....	5 pontos
4. Utilização do WC Independente.....	10 pontos
5. Banho Toma banho só.....	0 pontos
6. Mobilidade Caminha pelo menos 50 metros com pouca ajuda.....	10 pontos
7. Subir e Descer Escadas Precisa de ajuda.....	5 pontos
8. Vestir Com ajuda.....	5 pontos
9. Controlo Intestinal Controla perfeitamente, sem acidentes.....	10 pontos
10. Controlo Urinário Controla perfeitamente.....	10 pontos

APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DA MRC SCALE (ESTUDO DE CASO 1)

Abdução do Ombro	Esquerda:4/5
	Direita:4/5
Flexão do Cotovelo	Esquerda: 4/5
	Direita: 4/5
Extensão do Punho	Esquerda: 4/5
	Direita: 4/5
Flexão da Anca	Esquerda:4/5
	Direita:4/5
Extensão do Joelho	Esquerda:3/5
	Direita:3/5
Dorsiflexão	Esquerda:3/5
	Direita:3/5

APÊNDICE VI – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BORG MODIFICADA (ESTUDO DE CASO 1)

1ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)		
1		
2	X	
3		
4		
5		
6		
7		
8		X
9		
10 (esforço máximo)		

2ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)		
1		
2	X	
3		
4		
5		
6		
7		X
8		
9		
10 (esforço máximo)		

3ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)		
1	X	
2		
3		
4		
5		
6		
7		X
8		
9		
10 (esforço máximo)		

4ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)		
1	X	
2		
3		
4		
5		
6		X
7		
8		
9		
10 (esforço máximo)		

APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE TINETTI (ESTUDO DE CASO 1)

Equilíbrio Estático	
1. Equilíbrio Sentado Estável, seguro.....	2 pontos
2. Levantar-se Capaz, mas utiliza os braços para ajudar/não consegue à 1ª tentativa.....	1 ponto
3. Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos) Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se).....	0 pontos
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio.....	1 ponto
5. Pequenos Desequilíbrios na mesma Posição Vacilante, agarra-se, mas estabiliza.....	1 pontos
6. Fechar os Olhos na Mesma Posição Instável.....	0 ponto
7. Volta de 360º Instável (agarra – se, vacila).....	0 pontos
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável) Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto.....	0 pontos
9. Sentar-se Pouco seguro.....	1 Ponto
Pontuação: 6/16 pontos	
Equilíbrio Dinâmico - Marcha	
10. Início da Marcha Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	1 ponto
11. Largura do Passo (pé direito) Não ultrapassa à frente do pé em apoio.....	0 pontos
12. Altura do Passo (pé direito) O pé direito não perde completamente o contacto com o solo.....	0 pontos
13. Largura do Passo (pé esquerdo) Ultrapassa o pé direito em apoio.....	1 ponto
14. Altura do Passo (pé esquerdo) O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo.....	0 pontos
15. Simetria do Passo Comprimento do passo aparentemente simétrico.....	1 ponto
16. Continuidade do Passo Para ou dá passos descontínuos.....	0 ponto
17. Percurso de 3 metros (previamente marcado) Desvia-se da linha marcada	1 ponto
18. Estabilidade do Tronco Sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha.....	1 pontos
19. Base de Sustentação Durante a Marcha Calcanhares muito afastados.....	0 pontos
Pontuação: 5/12 pontos	
Total:11/28 pontos	

APÊNDICE VIII – AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS (ESTUDO DE CASO 1)

	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão
Tensão Arterial	143/74 mmHg	136/61 mmHg	153/73 mmHg	141/80 mmHg
Frequência Cardíaca	84 bpm	77 bpm	83 bpm	86 bpm
SPO2	95% em AA	97% em AA	96% em AA	96% em AA
Frequência Respiratória	20 ciclos/minuto	22 ciclos/minuto	20 ciclos/minuto	20 ciclos/minuto
Dor	8	6	4	4
Auscultação Pulmonar	Murmúrio Vesicular mantido, com presença de sibilos em todos os campos pulmonares;	Murmúrio Vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios;	Murmúrio Vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios;	Murmúrio Vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios;

APÊNDICE IX – PLANO INDIVIDUALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
(ESTUDO DE CASO 1)

Foco	Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Dor	-Dor, presente; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor; - Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da dor; -Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre a gestão do regime terapêutico; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de terapêutico e a diminuição da dor.	-Dor melhorada; -Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor melhorado; -Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da dor melhorado; -Conhecimento do cuidador sobre a gestão do regime terapêutico melhorado; -Consciencialização da relação entre a adesão ao regime de terapêutico e a diminuição da dor melhorada;	-Avaliar o local, as características, duração, frequência, fatores desencadeantes e de alívio e intensidade da dor através da escala numérica; -Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor (repouso, elevação dos membros inferiores) -Ensinar o cuidador sobre a gestão do regime terapêutico, nomeadamente sobre a medicação a administrar em SOS; -Incentivar o uso de estratégias não farmacológicas de controlo da dor;
Andar com Auxiliar de Marcha	-Andar com auxiliar de marcha, comprometido; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre auxiliar de marcha; - Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre	-Andar com auxiliar de marcha melhorado; -Consciencialização da relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar melhorada; -Conhecimento sobre auxiliar de marcha; -Conhecimento do cuidador sobre auxiliar de marcha melhorado; - Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha melhorado; -Conhecimento do cuidador sobre	-Analisar com a pessoa a relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar; -Ensinar sobre auxiliar de marcha: • Ensinar sobre ajuste correto do auxiliar de marcha; -Ensinar o cuidador sobre auxiliar de marcha: -Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (andarelo ou canadianas); -Ensinar o cuidador sobre andar com auxiliar de marcha (andarelo ou canadianas); - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andarelo ou canadianas);

	andar com auxiliar de marcha; - Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre andar com auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha;	andar com auxiliar de marcha melhorado; -Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorado;	• Utilizar técnica de marcha a 3 pontos (a utente pode realizar carga no membro inferior operado consoante a sua tolerância); • Ensinar sobre a sequencia correta para a realização de marcha a 3 pontos (1º- avançar com o andarilho ou canadianas; 2º- avançar um dos membros inferiores; 3º avançar com o outro membro inferior) -Instruir sobre andar com auxiliar de marcha para subir e descer escadas (com canadianas): • Ensinar sobre sequencia correta para subir: 1º subir um dos membros inferiores; 2º subir o outro membro inferior; 3º subir o auxiliar de marcha; • Ensinar sobre sequencia correta para descer: 1º descer o auxiliar de marcha; 2º descer o um dos membros inferiores; 3º descer com o outro membro; -Treinar o andar com auxiliar de marcha;
Queda	-Risco de Queda, elevado	-Diminuição do Risco de Queda	-Avaliar o risco de queda através da Escala de Morse; -Ensinar sobre adaptação do domicílio: • Presença de corrimão nas escadas/degraus; • Remoção de tapetes; • Uso dos auxiliares de marcha de forma correta; -Ensinar sobre o risco de queda; -Ensinar o cuidador sobre o risco de queda; -Ensinar sobre utilização de calçado e roupa adequada;
Intolerância à Atividade	-Intolerância à Atividade, presente; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre a relação entre gestão da atividade/repouso e	-Intolerância à atividade melhorada; -Conhecimento sobre a relação entre gestão da atividade/repouso e	-Avaliar a intolerância à atividade através da escala de Borg Modificada; - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso;

	conservação de energia; -Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre a relação entre gestão da atividade/repouso e conservação de energia;	conservação de energia melhorada; -Conhecimento do cuidador sobre a relação entre gestão da atividade/repouso e conservação de energia melhorado;	-Ensinar o cuidador sobre gestão dos períodos de atividade e repouso; -Ensinar sobre vigilância de resposta à atividade; -Ensinar o cuidador sobre vigilância de resposta à atividade;
Vestir e Despir	-Vestir e Despir, comprometido; -Potencial para melhorar a capacidade para vestir e despir-se;	-Vestir e despir melhorado; -Capacidade para vestir e despir-se melhorada;	-Instruir sobre Uso de sapatos com velcro, salto baixo e largo e que possuam sola antiderrapante; -Incentivar a pessoa a vestir e despir-se;
Movimento Corporal	-Movimento comprometido; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares; -Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre os exercícios musculares e articulares; -Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.	-Movimento Muscular melhorado; -Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade melhorada; -Conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares melhorado; -Conhecimento do cuidador sobre os exercícios musculares e articulares; -Capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.	-Avaliar força muscular através da aplicação da Medical Research Council Muscle Scale. -Analisar com a pessoa a relação entre relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade; -Executar técnica de exercício muscular e articular nos membros inferiores (exercícios ativos-assistidos): -Ensinar sobre exercícios musculares e articulares; -Ensinar o cuidador sobre exercícios musculares e articulares; -Incentivar a realização de exercícios musculares e articulares;
Equilíbrio	-Equilíbrio corporal, comprometido; -Potencial para melhorar o equilíbrio; -Potencial para melhorar a consciencialização entre equilíbrio corporal comprometido e risco de queda;	-Equilíbrio corporal melhorado; -Consciencialização entre equilíbrio corporal comprometido e risco de queda melhorada;	-Avaliar equilíbrio através do Índice de Tinetti; -Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda; -Ensinar sobre relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda;

Adesão a Precauções de Segurança	-Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações; -Potencial para melhorar a adesão a precauções de segurança.	-Consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações melhorada; -Adesão a precauções de segurança melhorada.	-Analisar com a pessoa a relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações; -Analisar com o cuidador a relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações; -Incentivar a adesão de precauções de segurança;
Adesão ao Regime de Reabilitação	-Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação; -Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre o regime de reabilitação;	-Consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada; -Conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado; -Conhecimento do cuidador sobre o regime de reabilitação melhorado;	-Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação; -Ensinar sobre o regime de reabilitação; -Ensinar o cuidador sobre o regime de reabilitação; -Incentivar a adesão ao regime de reabilitação.
Isolamento Social	-Isolamento Social, presente;	-Diminuir o isolamento social;	-Incentivar a realização de atividades lúdicas; -Incentivar a participação em atividades de âmbito social (ida ao centro de dia, visita a familiares/vizinhos);

APÊNDICE X– AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS (ESTUDO DE CASO 2)

	1ª Sessão	2ª Sessão
Tensão Arterial	133/67 mmHg	129/71 mmHg
Frequência Cardíaca	91 bpm	91 bpm
SPO2	98% em AA	97% em AA
Frequência Respiratória	18 ciclos/minuto	18 ciclos/minuto
Dor	2 (Escala Numérica da Dor);	
Auscultação Pulmonar	Murmúrio Vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios;	Murmúrio Vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios;

APÊNDICE XI – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL (ESTUDO DE CASO 2)

1. Alimentação Independente.....	10 pontos
2. Transferências Necessita de ajuda de outra pessoa.....	10 pontos
3. Toalete Independente a lavar a cara, fazer a barba, lavar os dentes.....	5 pontos
4. Utilização do WC Precisa de alguma ajuda.....	5 pontos
5. Banho Dependente, necessita de alguma ajuda.....	0 pontos
6. Mobilidade Caminha pelo menos 50 metros com pouca ajuda.....	10 pontos
7. Subir e Descer Escadas Dependente.....	0 pontos
8. Vestir Com ajuda.....	5 pontos
9. Controlo Intestinal Controla perfeitamente, sem acidentes.....	10 pontos
10. Controlo Urinário Controla perfeitamente.....	10 pontos

APÊNDICE XII – AVALIAÇÃO DA MRC SCALE (ESTUDO DE CASO 2)

Abdução do Ombro	Esquerda:5/5
	Direita:5/5
Flexão do Cotovelo	Esquerda: 5/5
	Direita: 5/5
Extensão do Punho	Esquerda: 5/5
	Direita: 5/5
Flexão da Anca	Esquerda:5/5
	Direita:3/5
Extensão do Joelho	Esquerda:5/5
	Direita:3/5
Dorsiflexão	Esquerda:5/5
	Direita:4/5

APÊNDICE XIII – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE MORSE (ESTUDO DE CASO 2)

1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não.....	0 pontos
2. Diagnóstico(s) Secundário(s): Sim.....	15 pontos
3. Ajuda para Caminhar Muletas/canadianas/ bengala/andarrilho.....	15 pontos
4. Terapia Intravenosa Não.....	0 pontos
5. Postura no Andar e na Transferência Dependente de Ajuda.....	20 pontos
6. Estado Mental Consciente das Suas Capacidades.....	0 pontos

APÊNDICE XIV – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE TINETTI (ESTUDO DE CASO 2)

Equilíbrio Estático	
1. Equilíbrio Sentado Estável, seguro.....	2 pontos
2. Levantar-se Capaz, mas utiliza os braços para ajudar/não consegue à 1ª tentativa.....	1 ponto
3. Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos) Estável, mas utiliza o auxiliar de marcha para se suportar.....	1 ponto
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio.....	1 ponto
5. Pequenos Desequilíbrios na mesma Posição Estável.....	2 pontos
6. Fechar os Olhos na Mesma Posição Estável.....	1 ponto
7. Volta de 360° Instável (agarra – se, vacila).....	0 pontos
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável) Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto.....	0 pontos
9. Sentar-se Usa os braços ou movimento não harmonioso.....	1 Ponto
Pontuação: 9/16 pontos	
Equilíbrio Dinâmico - Marcha	
10. Início da Marcha Sem hesitação.....	1 ponto
11. Largura do Passo (pé direito) Não ultrapassa à frente do pé em apoio.....	0 pontos
12. Altura do Passo (pé direito) O pé direito não perde completamente o contacto com o solo.....	0 pontos
13. Largura do Passo (pé esquerdo) Ultrapassa o pé direito em apoio.....	1 ponto
14. Altura do Passo (pé esquerdo) O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo.....	0 pontos
15. Simetria do Passo Comprimento do passo aparentemente simétrico.....	1 ponto
16. Continuidade do Passo Passos contínuos.....	1 ponto
17. Percurso de 3 metros (previamente marcado) Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha.....	1 ponto
18. Estabilidade do Tronco Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha.....	0 pontos
19. Base de Sustentação Durante a Marcha Calcanhares muito afastados.....	0 pontos
Pontuação: 5/12 pontos	
Total:14/28 pontos	

APÊNDICE XV – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BORG MODIFICADA (ESTUDO DE CASO 2)

1ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)	X	
1		
2		
3		
4		
5		X
6		
7		
8		
9		
10 (esforço máximo)		

2ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)	X	
1		
2		
3		
4		X
5		
6		
7		
8		
9		
10 (esforço máximo)		

APÊNDICE XVI– PLANO INDIVIDUALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (ESTUDO DE CASO 2)

Foco	Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Autocuidado	-Autocuidado comprometido; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado; -Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado;	-Autocuidado melhorado; -Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado melhorado; -Capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado melhorado;	-Avaliar a capacidade para o autocuidado, através do Índice de Barthel; -Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado; -Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado;
Tomar Banho	-Tomar banho, comprometido; - Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para tomar banho; -Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho; -Potencial para melhorar a capacidade de prevenir complicações na articulação do joelho durante o tomar banho; -Potencial para melhorar a capacidade para tomar banho; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio;	-Tomar banho, melhorado; -Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para tomar banho melhorado; -Capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho melhorado; -Capacidade prevenir complicações na articulação do joelho durante o tomar banho melhorado; -Capacidade para tomar banho melhorado; -Conhecimento sobre adaptação do domicílio melhorado;	-Avaliar a capacidade para o autocuidado, através do Índice de Barthel; -Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para tomar banho; -Instruir sobre o uso de dispositivo de apoio para tomar banho (corrimão na parede para que a pessoa se possa segurar e evitar escorregar e/ou cair); -Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o banho; -Instruir para prevenir complicações na articulação do joelho durante o banho: • Uso de poliban; • Instruir a sentar-se num banco ou cadeira para tomar banho; • Existência de corrimão na parede; -Incentivar a pessoa a tomar banho; -Ensinar sobre adaptação do domicílio;

Usar o Sanitário	-Uso do sanitário, comprometido; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia no uso do sanitário; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o uso do sanitário; -Potencial para melhorar a capacidade para usar o sanitário; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre o uso do sanitário; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio;	-Uso do sanitário melhorado; -Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia no uso do sanitário melhorado; -Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o uso do sanitário melhorado; -Capacidade para usar o sanitário melhorado; -Conhecimento sobre o uso do sanitário melhorado; -Conhecimento sobre adaptação do domicílio melhorado;	-Analisar com a pessoa a relação entre relação entre uso de dispositivo de apoio e a autonomia no uso do sanitário; -Instruir sobre o uso de dispositivo de apoio para usar o sanitário; • Utilização de barras laterais para proporcionar apoio; -Ensinar sobre a prevenção de complicações na articulação do joelho durante o uso do sanitário; -Instruir para a prevenção de complicações na articulação do joelho durante o uso do sanitário; • Ficar de costas para a sanita, apoiar-se nas barras laterais, deslizar o membro inferior operado enquanto flete o joelho do membro inferior não operado, até ficar sentado na sanita; -Incentivar a pessoa a usar o sanitário; -Ensinar sobre adaptação do domicílio;
Vestir e Despir	-Vestir e Despir, comprometido; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o vestir e despir-se; -Potencial para melhorar a capacidade para vestir e despir-se; -Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações na articulação do joelho durante o vestir e despir-se;	-Vestir e Despir, melhorado; -Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o vestir e despir-se melhorado; -Capacidade para vestir e despir-se melhorado; -Capacidade para prevenir complicações na articulação do joelho durante o vestir e despir-se melhorado;	-Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o vestir e despir-se; -Instruir sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o vestir e despir-se; • Ao vestir as calças deve vestir primeiro o membro inferior operado; • Ao despir as calças deve despir primeiro o membro inferior não operado; • Uso de sapatos com velcro, salto baixo e largo e que possuam sola antiderrapante; -Incentivar a pessoa a vestir e despir-se;
Movimento Corporal	-Movimento Muscular do membro inferior direito, comprometido; -Potencial para melhorar a	-Melhoria da força muscular do membro inferior direito;	-Avaliar força muscular através da aplicação da Medical Research Council Muscle Scale.

	consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do joelho; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares; -Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.	-Amplitude de movimento melhorado; - Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do joelho melhorado; -Conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares melhorado; -Capacidade para executar os exercícios musculares e articulares melhorado;	-Analisar com a pessoa a relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do joelho; -Executar técnica de exercício muscular e articular na articulação do joelho(exercícios ativos-assistidos): • A pessoa, em decúbito dorsal, flete o joelho até onde conseguir ativamente e o EEER completa a amplitude do joelho possível com mobilização articular assistida do joelho; • A pessoa, realiza a extensão do joelho até onde conseguir ativamente e o EEER completa a amplitude do joelho possível com mobilização articular assistida do joelho; -Ensinar sobre exercícios musculares e articulares; -Reforçar os exercícios musculares e articulares; -Incentivar a realização de exercícios musculares e articulares;
Andar com Auxiliar de Marcha	-Andar com auxiliar de marcha, comprometido; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;	-Melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha; - Consciencialização da relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar melhorada; -Conhecimento sobre auxiliar de marcha melhorado; -Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha melhorado; -Conhecimento do cuidador sobre auxiliar de marcha melhorado; -Capacidade para andar com auxiliar	-Analisar com a pessoa a relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar; -Ensinar sobre auxiliar de marcha: • Ensinar sobre ajuste correto do auxiliar de marcha; -Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho); - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas): • Utilizar técnica de marcha a 3 pontos (a utente pode realizar carga no membro inferior operado consoante a sua tolerância); • Ensinar sobre a sequência correta para a realização de marcha a 3 pontos (1º- avançar com o andarilho ou

	-Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;	de marcha melhorada; -Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha melhorado;	canadianas; 2º- avançar com o membro inferior operado; 3º avançar com o membro inferior não operado.) - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha para subir e descer escadas (com canadianas): • Ensinar sobre sequencia correta para subir: 1º subir membro inferior não operado; 2º subir o membro inferior operado; 3º subir o auxiliar de marcha; • Ensinar sobre sequencia correta para descer: 1º descer o auxiliar de marcha; 2º descer o membro inferior operado; 3º descer com o membro inferior não operado; -Treinar o andar com auxiliar de marcha; -Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha • Desviar móveis para existir mais espaço; • Remover tapetes; • Remoção de obstáculos que possam existir no chão (ex.: cabos);
Transferir-se	-Transferir-se, comprometido; -Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o transferir-se; - Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações na articulação do joelho durante o transferir-se;	-Transferir-se melhorado; -Capacidade para transferir-se melhorada; -Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação do joelho durante o transferir-se melhorado; -Capacidade para prevenir complicações na articulação do joelho durante o transferir-se melhorado;	-Ensinar sobre transferir-se para a cadeira/cama; -Instruir a transferir-se para a cadeira/cama; -Ensinar sobre prevenção de complicações durante o transferir-se para a cadeira/cama; -Instruir para a prevenção de complicações durante o transferir-se para a cadeira/cama (durante as transferências o membro inferior operado deve manter-se em extensão); -Incentivar a pessoa a transferir-se;

Intolerância à Atividade	-Intolerância à Atividade, presente; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre a relação entre gestão da atividade/repouso e conservação de energia;	-Intolerância à Atividade melhorada; -Conhecimento sobre a relação entre gestão da atividade/repouso e conservação de energia melhorado;	-Avaliar a intolerância à atividade através da escala de Borg Modificada; -Ensinar/Instruir sobre gestão dos períodos de atividade e repouso; -Ensinar sobre vigilância de resposta à atividade física; -Vigiar períodos de atividade e repouso;
Dor	-Dor, presente; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor;	-Diminuição da dor; - Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor melhorado; - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da dor melhorado;	-Avaliar a dor através da escala numérica, as características, duração, frequência, fatores desencadeantes e de alívio e intensidade; -Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor (realização de crioterapia 4/5 vezes ao dia no joelho); - Incentivar o uso de estratégias não farmacológicas de controlo da dor;
Equilíbrio	-Equilíbrio corporal, comprometido; -Potencial para melhorar o equilíbrio; -Potencial para melhorar a consciencialização entre equilíbrio corporal comprometido e risco de queda;	-Equilíbrio corporal melhorado; -Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal melhorado; - Consciencialização entre equilíbrio corporal comprometido e risco de queda melhorada;	-Avaliar equilíbrio através do Índice de Tinetti; -Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda; -Ensinar sobre relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda;
Queda	-Risco de Queda, baixo;	-Diminuição do Risco de Queda;	-Avaliar o risco de queda através da Escala de Morse; -Ensinar sobre adaptação do domicílio: • Presença de corrimão nas escadas/degraus; • Remoção de tapetes; -Ensinar sobre o risco de queda; -Ensinar sobre utilização de calçado e roupa adequada;
Adesão a Precauções de Segurança	-Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a	Consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações melhorada;	-Analisar com a pessoa a relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações; -Incentivar a adesão de precauções de segurança;

	prevenção de complicações; -Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações; -Potencial para melhorar a adesão a precauções de segurança.	-Capacidade para prevenir complicações melhorada; -Adesão a precauções de segurança melhorado;	
Adesão ao Regime de Reabilitação	-Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	- Conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado; -Consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada;	-Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação; -Ensinar sobre o regime de reabilitação; -Incentivar a adesão ao regime de reabilitação.

APÊNDIC XVIII – AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS (ESTUDO DE CASO 3)

	1ª Sessão	2ª Sessão
Tensão Arterial	118/73 mmHg	137/94 mmHg
Frequência Cardíaca	85 bpm	81 bpm
SPO2	98% em AA	98% em AA
Frequência Respiratória	17 ciclos/minuto	18 ciclos/minuto
Dor	2 (Escala Numérica da Dor);	1 (Escala Numérica da Dor);
Auscultação Pulmonar	Murmúrio Vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios;	Murmúrio Vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios;

APÊNDICE XIX – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL (ESTUDO DE CASO 3)

1. Alimentação Independente.....	10 pontos
2. Transferências Necessita de ajuda de outra pessoa.....	10 pontos
3. Toalete Independente a lavar a cara, fazer a barba, lavar os dentes.....	5 pontos
4. Utilização do WC Precisa de alguma ajuda.....	5 pontos
5. Banho Dependente, necessita de alguma ajuda.....	0 pontos
6. Mobilidade Caminha pelo menos 50 metros com pouca ajuda.....	10 pontos
7. Subir e Descer Escadas Dependente.....	0 pontos
8. Vestir Com ajuda.....	5 pontos
9. Controlo Intestinal Controla perfeitamente, sem acidentes.....	10 pontos
10. Controlo Urinário Controla perfeitamente, mesmo que algaliado.....	10 pontos

APÊNDICE XX– AVALIAÇÃO DA MRC SCALE (ESTUDO DE CASO 3)

Abdução do Ombro	Esquerda:5/5
	Direita:5/5
Flexão do Cotovelo	Esquerda: 5/5
	Direita: 5/5
Extensão do Punho	Esquerda: 5/5
	Direita: 5/5
Flexão da Anca	Esquerda:5/5
	Direita:2/5
Extensão do Joelho	Esquerda:5 /5
	Direita:3/5
Dorsiflexão	Esquerda:5/5
	Direita:4/5

APÊNDICE XXI – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE MORSE (ESTUDO DE CASO 3)

1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Sim.....	25 pontos
2. Diagnóstico(s) Secundário(s): Sim.....	15 pontos
3. Ajuda para Caminhar Muletas/canadianas/ bengala/andador.....	15 pontos
4. Terapia Intravenosa Não.....	0 pontos
5. Postura no Andar e na Transferência Dependente de Ajuda.....	20 pontos
6. Estado Mental Consciente das Suas Capacidades.....	0 pontos

APÊNDICE XXII – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE TINETTI (ESTUDO DE CASO 3)

Equilíbrio Estático	
1. Equilíbrio Sentado Estável, seguro.....	2 pontos
2. Levantar-se Capaz, mas utiliza os braços para ajudar/não consegue à 1ª tentativa.....	1 ponto
3. Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos) Estável, mas utiliza o auxiliar de marcha para se suportar.....	1 ponto
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio.....	1 ponto
5. Pequenos Desequilíbrios na mesma Posição Estável.....	2 pontos
6. Fechar os Olhos na Mesma Posição Estável.....	1 ponto
7. Volta de 360º Instável (agarra – se, vacila).....	0 pontos
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável) Aguenta 5 segundos de forma estável	1 ponto
9. Sentar-se Usa os braços ou movimento não harmonioso.....	1 Ponto
Pontuação: 10/16 pontos	
Equilíbrio Dinâmico - Marcha	
10. Início da Marcha Sem hesitação.....	1 ponto
11. Largura do Passo (pé direito) Não ultrapassa à frente do pé em apoio.....	0 pontos
12. Altura do Passo (pé direito) O pé direito não perde completamente o contacto com o solo.....	0 pontos
13. Largura do Passo (pé esquerdo) Ultrapassa o pé direito em apoio.....	1 ponto
14. Altura do Passo (pé esquerdo) O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo.....	0 pontos
15. Simetria do Passo Comprimento do passo aparentemente simétrico.....	1 ponto
16. Continuidade do Passo Passos contínuos.....	1 ponto
17. Percurso de 3 metros (previamente marcado) Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha.....	1 ponto
18. Estabilidade do Tronco Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha.....	0 pontos
19. Base de Sustentação Durante a Marcha Calcanhares muito afastados.....	0 pontos
Pontuação: 5/12 pontos	
Total:15/28 pontos	

APÊNDICE XXIII – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BORG MODIFICADA (ESTUDO DE CASO 3)

1ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)	X	
1		
2		
3		
4		
5		X
6		
7		
8		
9		
10 (esforço máximo)		

2ª Sessão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
0 (nenhum esforço)	X	
1		
2		
3		
4		
5		X
6		
7		
8		
9		
10 (esforço máximo)		

APÊNDICE XXIV – PLANO INDIVIDUALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (ESTUDO DE CASO 3)

Foco	Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Autocuidado	-Autocuidado comprometido; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado; -Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado;	-Autocuidado melhorado; -Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado melhorado; -Capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado melhorado;	-Avaliar a capacidade para o autocuidado, através do Índice de Barthel; -Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado; -Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado;
Tomar Banho	-Tomar banho, comprometido; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para tomar banho; -Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho; -Potencial para melhorar a capacidade de prevenir complicações na articulação da anca durante o tomar banho; -Potencial para melhorar a capacidade para tomar banho; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio;	-Tomar banho, melhorado; -Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para tomar banho melhorado; -Capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho melhorado; -Capacidade prevenir complicações na articulação da anca durante o tomar banho melhorado; -Capacidade para tomar banho melhorado; -Conhecimento sobre adaptação do domicílio melhorado;	-Avaliar a capacidade para o autocuidado, através do Índice de Barthel; -Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para tomar banho; -Instruir sobre o uso de dispositivo de apoio para tomar banho (corrimão na parede para que a pessoa se possa segurar e evitar escorregar e/ou cair); -Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o banho; -Instruir para prevenir complicações na articulação da anca durante o banho: • Uso de poliban; • Instruir a sentar-se num banco ou cadeira para tomar banho; • Existência de corrimão na parede; -Incentivar a pessoa a tomar banho; -Ensinar sobre adaptação do domicílio;

Usar o Sanitário	-Uso do sanitário, comprometido; - Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia no uso do sanitário; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o uso do sanitário; -Potencial para melhorar a capacidade para usar o sanitário; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre o uso do sanitário; - Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio;	-Uso do sanitário melhorado; -Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia no uso do sanitário melhorado; -Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o uso do sanitário melhorado; -Capacidade para usar o sanitário melhorado; -Conhecimento sobre o uso do sanitário melhorado; -Conhecimento sobre adaptação do domicílio melhorado;	-Analisar com a pessoa a relação entre relação entre uso de dispositivo de apoio e a autonomia no uso do sanitário; -Instruir sobre o uso de dispositivo de apoio para usar o sanitário: • Utilização de barras laterais para proporcionar apoio; -Ensinar sobre a prevenção de complicações na articulação da anca durante o uso do sanitário: • Não existem movimentos luxantes no caso da colocação de encavilhamento; -Instruir para a prevenção de complicações na articulação da anca durante o uso do sanitário: • Ficar de costas para a sanita, apoiar-se nas barras laterais, deslizar o membro inferior operado enquanto flete o joelho do membro inferior não operado, até ficar sentado na sanita; -Incentivar a pessoa a usar o sanitário; -Ensinar sobre adaptação do domicílio;
Vestir e Despir	-Vestir e Despir, comprometido; - Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o vestir e despir-se; -Potencial para melhorar a capacidade para vestir e despir-se; - Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações na articulação da anca durante o vestir e despir-se;	-Vestir e Despir, melhorado; -Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o vestir e despir-se melhorado; -Capacidade para vestir e despir-se melhorado; -Capacidade para prevenir complicações na articulação da anca durante o vestir e despir-se melhorado;	-Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o vestir e despir-se; -Instruir sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o vestir e despir-se: • Ao vestir as calças deve vestir primeiro o membro inferior operado; • Ao despir as calças deve despir primeiro o membro inferior não operado; • Uso de sapatos com velcro, salto baixo e largo e que possuam sola antiderrapante; -Incentivar a pessoa a vestir e despir-se;

Movimento Corporal	-Movimento Muscular do membro inferior direito, comprometido; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares; -Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.	-Melhoria da força muscular do membro inferior direito; -Amplitude de movimento melhorado; - Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca melhorado; - Conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares melhorado; -Capacidade para executar os exercícios musculares e articulares melhorado;	-Avaliar força muscular através da aplicação da Medical Research Council Muscle Scale. -Analisar com a pessoa a relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do joelho; -Executar técnica de exercício muscular e articular na articulação da anca (exercícios ativos-assistidos): • A pessoa, em decúbito dorsal, a pessoa realiza a flexão, extensão, abdução e adução, rotação externa e interna da articulação da anca e o EEER completa a amplitude possível; -Ensinar sobre exercícios musculares e articulares; -Reforçar os exercícios musculares e articulares; -Incentivar a realização de exercícios musculares e articulares;
Andar com Auxiliar de Marcha	-Andar com auxiliar de marcha, comprometido; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar o	-Melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha; - Consciencialização da relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar melhorada; -Conhecimento sobre auxiliar de marcha melhorado; -Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha melhorado; -Conhecimento do cuidador sobre auxiliar de marcha melhorado; -Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada; -Conhecimento sobre adaptação do domicílio para	-Analisar com a pessoa a relação entre uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar; -Ensinar sobre auxiliar de marcha: • Ensinar sobre ajuste correto do auxiliar de marcha; -Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (andareiro); - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andareiro ou canadianas); • Utilizar técnica de marcha a 3 pontos (utente com indicação para realizar carga parcial no membro inferior operado); • Ensinar sobre a sequencia correta para a realização de marcha a 3 pontos (1º- avançar com o andareiro ou canadianas; 2º- avançar com o membro inferior operado; 3º avançar com o membro inferior não operado.)

	conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;	andar com auxiliar de marcha melhorado;	- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha para subir e descer escadas (com canadianas): • Ensinar sobre sequência correta para subir: 1º subir membro inferior não operado; 2º subir o membro inferior operado; 3º subir o auxiliar de marcha; • Ensinar sobre sequência correta para descer: 1º descer o auxiliar de marcha; 2º descer o membro inferior operado; 3º descer com o membro inferior não operado; -Treinar o andar com auxiliar de marcha; -Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha: • Desviar móveis para existir mais espaço; • Remover tapetes; • Remoção de obstáculos que possam existir no chão (ex.: cabos);
Transferir-se	-Transferir-se, comprometido; -Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se; - Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações na articulação da anca durante o transferir-se;	-Transferir-se melhorado; - Capacidade para transferir-se melhorado; -Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se; - Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações na articulação da anca durante o transferir-se;	-Ensinar sobre transferir-se para a cadeira/cama; -Instruir a transferir-se para a cadeira/cama; -Ensinar sobre prevenção de complicações durante o transferir-se para a cadeira/cama; -Instruir para a prevenção de complicações durante o transferir-se para a cadeira/cama (durante as transferências o membro inferior operado deve manter-se em extensão); -Incentivar a pessoa a transferir-se;
Intolerância à Atividade	-Intolerância à Atividade, presente; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre a relação entre gestão da	-Intolerância à Atividade melhorada; -Conhecimento sobre a relação entre gestão da	-Avaliar a intolerância à atividade através da escala de Borg Modificada; - Ensinar/Instruir sobre gestão dos períodos de atividade e repouso;

	atividade/repouso e conservação de energia;	atividade/repouso e conservação de energia melhorado;	-Ensinar sobre vigilância de resposta à atividade física; -Vigiar períodos de atividade e repouso;
Dor	-Dor, presente; -Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor;	-Diminuição da dor; - Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor melhorado; - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da dor melhorado;	-Avaliar a dor através da escala numérica, as características, duração, frequência, fatores desencadeantes e de alívio e intensidade; -Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor (realização de crioterapia 4/5 vezes ao dia na anca direita); - Incentivar o uso de estratégias não farmacológicas de controlo da dor;
Equilíbrio	-Equilíbrio corporal, comprometido; -Potencial para melhorar o equilíbrio; -Potencial para melhorar a consciencialização entre equilíbrio corporal comprometido e risco de queda;	-Equilíbrio corporal melhorado; -Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal melhorado; - Consciencialização entre equilíbrio corporal comprometido e risco de queda melhorada;	-Avaliar equilíbrio através do Índice de Tinetti; -Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda; -Ensinar sobre relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda;
Queda	-Risco de Queda, elevado;	-Diminuição do Risco de Queda;	-Avaliar o risco de queda através da Escala de Morse; -Ensinar sobre adaptação do domicílio: • Presença de corrimão nas escadas/degraus; • Remoção de tapetes; -Ensinar sobre o risco de queda; -Ensinar sobre utilização de calçado e roupa adequada;
Adesão a Precauções de Segurança	-Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações; -Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações;	Consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações melhorada; -Capacidade para prevenir complicações melhorada;	-Analisar com a pessoa a relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações; -Incentivar a adesão de precauções de segurança;

	-Potencial para melhorar a adesão a precauções de segurança.	-Adesão a precauções de segurança melhorado;	
Adesão ao Regime de Reabilitação	-Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação; -Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	- Conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado; -Consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada;	-Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação; -Ensinar sobre o regime de reabilitação; -Incentivar a adesão ao regime de reabilitação.