Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA OU DO JOELHO: FOLLOW-UP DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO REGRESSO A CASA

Andreia Filipa Alves Malheiro

Outubro 2026

Escola Superior de Saúde

Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Andreia Filipa Alves Malheiro

Trabalho de Projeto

A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA OU DO JOELHO: FOLLOW-UP DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO REGRESSO A CASA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria José Fonseca

Outubro de 2026

AGRADECIMENTOS

O meu sincero agradecimento e profunda gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso, em particular:

À Professora Doutora Maria José Fonseca, pela orientação, sabedoria e rigor, bem como pela enorme disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso. Muito obrigada.

A todos os profissionais do serviço Ortopedia 2 que se disponibilizaram a colaborar e a participar ativamente na realização deste estudo, sem os quais não teria sido possível a sua concretização. A todos, o meu sincero obrigada. “Uma equipa, um projeto”.

A nível pessoal, às pessoas da “minha vida”: ao meu marido João, aos meus filhos Carlota e Vicente e às minhas amigas do coração, agradeço o encorajamento, o apoio incondicional e a compreensão pelas horas de ausência.

PENSAMENTO

“A vitória é sempre possível para a pessoa que se recusa a parar de lutar.”

Napoleon Hill, *Think and Grow Rich*.

RESUMO

O envelhecimento da população tem contribuído para o aumento das patologias osteoarticulares degenerativas, como a coxartrose e a gonartrose, frequentemente provocando dor, limitação funcional e perda de autonomia. A artroplastia total da anca e a artroplastia total do joelho surgem como intervenções eficazes na melhoria da dor e da funcionalidade. No entanto, o período pós-operatório implica desafios importantes, exigindo um processo de reabilitação estruturado e continuidade de cuidados após a alta hospitalar. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel relevante na preparação da pessoa e do cuidador, promovendo uma transição mais segura para o domicílio.

O trabalho foi desenvolvido com base na metodologia de projeto. Na fase de diagnóstico de situação foi realizado um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, recorrendo a entrevistas semiestruturadas a 15 pessoas submetidas a artroplastia total da anca ou artroplastia total do joelho, num serviço de ortopedia de um hospital da região Norte de Portugal. Os dados foram posteriormente analisados através da técnica de análise de conteúdo. Com base nos resultados obtidos, foram definidos os seguintes objetivos: capacitar a pessoa submetida a artroplastia total da anca ou artroplastia total do joelho e o seu cuidador para a gestão do processo de recuperação no período pós-alta e Implementar uma consulta de follow-up de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca ou joelho, com vista a melhorar a continuidade dos cuidados e a segurança na transição para o domicílio Para dar resposta a estes objetivos, foram planeadas e implementadas duas atividades: a sessão de educação para a saúde *ensinar para acompanhar*, dirigida à pessoa e ao cuidador antes da alta, e a consulta telefónica *Linha Reabilita – acompanhamento pós-artroplastia*. Participaram sete pessoas e respetivos cuidadores na atividade educativa, tendo sido realizados 14 contactos telefónicos de follow-up.

Os resultados obtidos mostram que a maioria das participantes apresenta conhecimentos sobre complicações, exercícios e precauções de segurança, sobretudo adquiridos durante o internamento. Ainda assim, verificaram-se algumas lacunas, bem como dificuldades na realização das atividades de vida diária, principalmente nas transferências, no autocuidado e na realização do plano de exercícios. O apoio do cuidador revelou-se essencial no regresso ao domicílio, embora tenha sido identificada a necessidade de maior envolvimento da família nos ensinos. Para além disso, muitas participantes referiram sentimentos de receio e alguma insegurança no momento da alta, assim como necessidade de acompanhamento após o regresso a casa.

A avaliação das atividades permitiu verificar uma evolução positiva ao nível dos conhecimentos e das capacidades da pessoa e do cuidador, bem como um aumento da segurança e da confiança no domicílio. Verificou-se ainda uma melhor adesão ao programa de reabilitação e uma diminuição das dúvidas ao longo do tempo. A consulta telefónica revelou-se uma estratégia útil para dar continuidade aos cuidados e apoiar a adaptação após a alta. De um modo geral, o projeto evidencia a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na preparação para a alta e no acompanhamento da pessoa submetida a artroplastia total da anca ou da artroplastia total do joelho, contribuindo para a continuidade dos cuidados, a promoção da autonomia e uma transição segura entre o hospital e o domicílio.

Palavras-chave: Artroplastia Total da Anca; Artroplastia Total do Joelho; Enfermagem de Reabilitação; Atividades de Vida Diária; Continuidade dos Cuidados.

ABSTRACT

Population ageing has contributed to an increase in degenerative osteoarticular conditions, such as hip osteoarthritis and knee osteoarthritis, often leading to pain, functional limitations, and loss of autonomy. Total hip arthroplasty and total knee arthroplasty have emerged as effective interventions for improving pain and functional capacity. However, the postoperative period presents significant challenges, requiring a structured rehabilitation process and continuity of care following hospital discharge. In this context, the Rehabilitation Nurse Specialist plays a key role in preparing both the patient and the caregiver, promoting a safer transition to the home environment.

This project was developed using a project-based methodology. During the situational diagnosis phase, a qualitative, exploratory, and descriptive study was conducted through semi-structured interviews with 15 individuals who had undergone total hip arthroplasty or total knee arthroplasty in the orthopaedic department of a hospital in Northern Portugal. The data were subsequently analysed using content analysis techniques. Based on the findings, the following objectives were established: to empower individuals undergoing total hip or total knee arthroplasty and their caregivers to manage the recovery process after hospital discharge, and to implement a Rehabilitation Nursing follow-up consultation for these individuals in order to improve continuity of care and ensure a safer transition to the home setting.

To achieve these objectives, two interventions were planned and implemented: the health education session Teaching to Support Recovery, aimed at patients and caregivers prior to discharge, and the telephone follow-up consultation RehabLine – Post-Arthroplasty Follow-Up. Seven patients and their respective caregivers participated in the educational intervention, and a total of 14 follow-up telephone contacts were conducted.

The results showed that most participants demonstrated knowledge regarding complications, exercises, and safety precautions, mainly acquired during hospitalization. Nevertheless, some knowledge gaps were identified, as well as difficulties in performing activities of daily living, particularly transfers, self-care activities, and adherence to the exercise programme. Caregiver support proved to be essential during the transition home, although a greater involvement of family members in the educational process was identified as necessary. Furthermore, many participants reported feelings of apprehension and insecurity at the time of discharge, as well as a need for continued support after returning home.

The evaluation of the implemented activities demonstrated positive progress in the knowledge and skills of both patients and caregivers, as well as increased safety and confidence in the home environment. Improved adherence to the rehabilitation programme and a reduction in doubts and concerns over time were also observed. The telephone follow-up consultation proved to be a valuable strategy for ensuring continuity of care and supporting adaptation after discharge. Overall, this project highlights the importance of the Rehabilitation Nurse Specialist's intervention in discharge preparation and follow-up care for individuals undergoing total hip or total knee arthroplasty, contributing to continuity of care, the promotion of autonomy, and a safe transition between hospital and home.

Keywords: Total Hip Arthroplasty; Total Knee Arthroplasty; Rehabilitation Nursing; Activities of Daily Living; Continuity of Care.

SIGLAS

AA – Articulação da Anca

AJ – Articulação do Joelho

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS III
PENSAMENTO IV
RESUMO V
ABSTRACT VII
SIGLAS IX
ÍNDICE DE QUADROS XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS XI
ÍNDICE DE TABELAS XI
INTRODUÇÃO 1

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL 5

1.1. ARTICULAÇÃO DA ANCA 6
1.2. ARTICULAÇÃO JOELHO 8
1.3. A INTERVENÇÃO DO EEER 10
1.3.1. Programa de Exercício Físico 14
1.3.2. Focos de intervenção do EEER na pessoa submetida a ATA e ATJ 17
1.3.3. Regresso a casa 19

2. METODOLOGIA DO PROJETO 21

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO 23
2.1.1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS 24
2.1.2. CONTEXTO E PARTICIPANTES 26
2.1.3. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS 27
2.1.4. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS 29
2.1.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 30
2.1.6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS 31
2.1.6.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SOCIOPROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES 32
2.1.6.2. DOS DADOS AOS RESULTADOS 34
2.1.7. ANÁLISE SWOT 59
2.2. OBJETIVOS 60
2.3. PLANEAMENTO 61
2.3 EXECUÇÃO 69
2.4 AVALIAÇÃO 71

CONCLUSÃO 78

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 80

ANEXOS 87

ANEXO I– MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) 88
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 90
ANEXO III– PARECER Nº 25/2025 - CES 92

APÊNDICES 94

APÊNDICE I– GUIÃO DA ENTREVISTA 95
APÊNDICE II– CONSENTIMENTO INFORMADO DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO 98
APÊNDICE III – REGRAS DE CATEGORIZAÇÃO 101
APÊNDICE IV – MATRIZ ANÁLISE DE CONTEÚDO 102
APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO INVESTIGAÇÃO – 2.ª FASE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO 109
APÊNDICE VI - CONTEÚDOS DA(S) SESSÕES 112
APÊNDICE VII - GRELHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E CAPACITAÇÃO DA PESSOA E CUIDADOR 113
APÊNDICE VIII– MEMORANDO DA CONSULTA TELEFÓNICA PÓS-ATA OU ATJ 115
APÊNDICE IX– GRELHA DE AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO: 1.º E 2.º CONTACTO CONSULTA TELEFÓNICA PÓS-ATA OU ATJ 117

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Focos, intervenções e resultados do ER 18
Quadro 2 – Matriz de análise síntese..... 34
Quadro 3 – Área temática: conhecimentos sobre a sua situação de saúde 35
Quadro 4 – Área temática: Realização das AVD..... 41
Quadro 5 – Área temática: Execução do plano de exercícios 44
Quadro 6 – Área temática: Sentimentos vivenciados 46
Quadro 7 – Área temática: Sugestões 52
Quadro 8 – Analise SWOT..... 59
Quadro 9 – Avaliação dos conhecimentos e capacidades da pessoa e cuidador antes e após a atividade..... 73
Quadro 10 – Avaliação da evolução da pessoa submetida a ATA ou ATJ entre o 1.º e o 2.º contacto telefónico (n=7) 76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Evolução dos valores médios dos conhecimentos e capacidades da pessoa e do cuidador nas quatro áreas avaliadas, antes e após a intervenção educativa. 75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Princípios do programa de exercícios ATA e ATJ com base no FITT VP 16
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos participantes.... 32

INTRODUÇÃO

A reeducação funcional motora constitui uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento n.º 125/2011, que estabelece as competências específicas do enfermeiro nesta área de especialização. Este processo visa restaurar, maximizar ou compensar alterações da função motora decorrentes de condições incapacitantes, temporárias ou permanentes, tendo como finalidade promover a autonomia e a reintegração funcional da pessoa no seu contexto de vida (OE, 2011).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015), a reeducação funcional implica a realização de uma avaliação sistemática da funcionalidade da pessoa, seguida da definição de um plano terapêutico individualizado. Este plano integra intervenções que estimulam a recuperação da marcha, do equilíbrio, da coordenação, da força muscular e da mobilidade articular, recorrendo a técnicas específicas de treino motor e a estratégias motivacionais que favorecem a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação.

As intervenções de reeducação funcional são acompanhadas da utilização de instrumentos de avaliação validados, que permitem monitorizar os progressos alcançados e reorientar o plano de cuidados, garantindo a eficácia e a qualidade das práticas desenvolvidas (OE, 2015).

Este processo é particularmente relevante em cirurgias ortopédicas, na qual o EEER assume um papel fundamental na recuperação funcional e na promoção da independência nas atividades de vida diária (AVD).

A reeducação funcional motora, enquanto intervenção especializada, evidencia-se, assim, como um eixo estruturante dos cuidados de enfermagem de reabilitação (ER), contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde e da qualidade de vida das pessoas com alterações da funcionalidade motora (OE, 2015, 2019).

A integração no domicílio do doente após cirurgia ortopédica constitui uma etapa fundamental no processo de reabilitação, exigindo uma abordagem centrada na promoção da autonomia, prevenção de complicações e adaptação ao novo contexto funcional. O EEER desempenha um papel essencial nesta transição, ao avaliar o ambiente domiciliário, identificar barreiras arquitetónicas e recomendar adaptações que favoreçam a segurança e a funcionalidade do doente (Lourenço et al., 2021). Além

disso, é responsável por capacitar o doente e os cuidadores no autocuidado, ensinando estratégias para a realização das AVD de forma segura e eficaz (Lourenço et al., 2021). Esta fase deve ser compreendida como uma transição de saúde, conceito desenvolvido por Afaf Meleis, na qual o suporte profissional, a continuidade de cuidados, o apoio emocional e a articulação com a equipa multidisciplinar são determinantes para o sucesso da reintegração e recuperação funcional (Meleis, 2010).

Segundo Flick (2009), o ponto de partida de uma investigação advém frequentemente da existência de inquietações ou situações-problema que despertam no investigador a necessidade de clarificação e compreensão aprofundada, configurando-se como o momento inicial do processo investigativo.

Assim, a temática em estudo incide no regresso a casa da pessoa submetida a artroplastia total da anca (ATA) ou artroplastia total do joelho (ATJ). O interesse demonstrado pela investigadora em torno da temática em estudo decorre do exercício das suas funções numa unidade de cirurgia ortopédica. A partir dessa motivação inicial, procedeu-se a uma pesquisa exploratória, que permitiu identificar evidência científica que reforça a relevância no acompanhamento à pessoa submetida a cirurgia em regime de ambulatório. A presente investigação alicerça-se, assim, na literatura obtida nesta fase inicial.

A seleção desta problemática surgiu a partir da observação e reflexão crítica sobre a prática clínica, especificamente no acompanhamento diário de utentes submetidos a cirurgia durante o processo pós-operatório. Foi possível identificar que, no momento da alta, as pessoas sentem ansiedade em deixar o hospital onde tudo é controlado pela sua habitação. No contexto pós-alta, não existe o acompanhamento que possibilite as pessoas desenvolver competências essenciais para o desenvolvimento da sua autonomia funcional.

Dessa observação, emergiu a finalidade do projeto que é contribuir para a melhoria dos cuidados de ER à pessoa submetida a ATA ou ATJ, capacitando-a no seu regresso a casa. Finalidade esta, que vai de encontro ao Regulamento nº 125/2011 que refere que ER enquanto especialidade multidisciplinar pressupõe “um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos” que permitem garantir a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, maximizando a independência nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (OE, 2011, p.8658).

Tratando-se de um problema sentido no contexto de trabalho cuja resolução visa a melhoria da prática clínica no regresso a casa da pessoa, optamos por um estudo com

abordagem de metodologia de projeto.

Esta metodologia contempla várias etapas, sendo que para a primeira, o diagnóstico de situação optamos por uma abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados, aplicadas a uma amostra não probabilística acidental numa unidade de cuidados de uma instituição hospitalar situada no norte de Portugal.

Os resultados obtidos permitiram identificar que, apesar da intervenção do EEER durante o internamento, persistem necessidades de informação, acompanhamento e reforço de competências no período pós-alta.

Os participantes demonstraram conhecimentos e capacidades relacionados com a prevenção de complicações, realização de exercícios e execução das atividades de vida diária, embora tenham sido evidenciadas dificuldades na adaptação ao domicílio, sentimentos de receio e insegurança associados ao regresso a casa. Paralelamente, emergiu a importância do acompanhamento pós-alta, do envolvimento da família/cuidador e da disponibilização de recursos de apoio à continuidade do processo de reabilitação.

Face às necessidades identificadas, foram definidos como objetivos do projeto: capacitar a pessoa submetida a ATA ou ATJ e o seu cuidador para a gestão do processo de recuperação no período pós-alta e implementar uma consulta de follow-up de ER à pessoa submetida a ATA ou ATJ, com vista a melhorar a continuidade dos cuidados e a segurança na transição para o domicílio. Para a concretização destes objetivos, foram delineadas e implementadas duas intervenções: a sessão de educação para a saúde Ensinar para Acompanhar, dirigida à pessoa e ao cuidador antes da alta hospitalar, e a consulta telefónica Linha Reabilita – Acompanhamento Pós-Artroplastia, destinada a apoiar a adaptação ao domicílio, esclarecer dúvidas e reforçar os ensinos realizados durante o internamento. Estas intervenções constituíram as etapas subsequentes do projeto, orientadas para responder às necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

A estrutura do presente documento organiza-se em três capítulos principais. O primeiro capítulo contempla o enquadramento teórico, no qual se exploram os conceitos centrais para a compreensão do fenómeno em estudo, designadamente a articulação da anca (AA) e a articulação do joelho (AJ) e a intervenção do EEER na transição da pessoa submetida a ATA e ATJ.

Na segunda parte do trabalho é apresentado o percurso metodológico que orientou a investigação, incluindo o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o

planeamento, a execução e a avaliação das atividades já desenvolvidas, bem como a análise e discussão dos resultados obtidos, culminando na divulgação dos resultados. O capítulo finaliza com as conclusões e as principais implicações do trabalho desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL

O aumento da esperança média de vida, observado nas últimas décadas, tem contribuído significativamente para o envelhecimento progressivo da população, constituindo um importante desafio para a saúde pública e para a organização dos cuidados de saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2023; Direção-Geral da Saúde (DGS), 2022). O processo de envelhecimento está frequentemente associado a alterações morfológicas e fisiológicas que favorecem o desenvolvimento de patologias crónicas e degenerativas, nomeadamente as doenças osteoarticulares, como a coxartrose e a gonartrose. Estas condições assumem particular relevância por constituírem importantes causas de dor, limitação funcional e perda de autonomia na população idosa.

Segundo a DGS (2004), a osteoartrose é uma doença articular caracterizada pela degradação progressiva da cartilagem, acompanhada de alterações reativas no osso subcondral e nos tecidos periarticulares, manifestando-se clinicamente por dor, rigidez articular e limitação funcional. Esta patologia representa uma das principais causas de incapacidade funcional na população idosa, constituindo também um dos principais motivos de intervenção cirúrgica em ortopedia. Estes dados são corroborados por evidência mais recente, nomeadamente pelo Plano Nacional de Saúde 2021–2030 (DGS, 2022), que destaca o elevado impacto das doenças osteoarticulares na incapacidade da pessoa.

Neste contexto, a ATA ou ATJ surgem como intervenções cirúrgicas de eleição, com o objetivo de restaurar a função articular, aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida da pessoa. Contudo, a cirurgia não constitui um ato isolado, devendo ser compreendida como parte de um processo terapêutico mais amplo, que inclui fases de preparação, intervenção e reabilitação.

A vivência da pessoa submetida a cirurgia ortopédica é multidimensional, envolvendo aspetos físicos, emocionais e sociais. O stress pré-operatório, a ansiedade quanto ao prognóstico, o medo da dor ou da perda de função, bem como as alterações na dinâmica familiar e papéis sociais, são fatores que requerem uma abordagem centrada na pessoa (Monahan et al., 2010).

Neste cenário, a atuação do EEER assume um papel central, não apenas na promoção da recuperação física, mas também na facilitação da adaptação emocional e social da pessoa ao novo contexto funcional. A sua intervenção inicia-se no período pré-operatório, prolongando-se até à fase pós-operatória, com foco na avaliação global da

pessoa, na promoção da funcionalidade, na educação para o autocuidado e na reintegração no domicílio e na comunidade (OE, 2015; Lourenço et al., 2021).

Este capítulo propõe-se abordar a articulação da anca (AA) e articulação do joelho (AJ) fazendo uma breve revisão anatomofisiológica e importância da intervenção do EEER no acompanhamento da pessoa submetida a ATA e ATJ, destacando as estratégias de reabilitação utilizadas e os seus impactos nos ganhos em saúde. A reflexão incidirá sobre as práticas baseadas na evidência e na abordagem centrada na pessoa, sublinhando a relevância do papel da ER na promoção da autonomia e da qualidade de vida.

1.1. ARTICULAÇÃO DA ANCA

A AA, também designada por articulação coxofemoral, é constituída pela cabeça do fémur, que se encaixa no acetábulo do osso ilíaco, configurando uma articulação esferoide que proporciona ampla mobilidade e elevada estabilidade (Pina, 2017). A cabeça femoral, predominantemente composta por osso esponjoso, apresenta-se vulnerável a fraturas devido à sua constituição predominantemente esponjosa O acetábulo, por sua vez, possui uma cavidade côncava cuja borda, o rebordo acetabular, é revestida por cartilagem fibrosa, contribuindo significativamente para a estabilidade articular (Ramos, 2019).

A estabilidade da anca é assegurada pelos ligamentos iliofemoral e pubofemoral, situados na face anterior da articulação, pelo ligamento isquiofemoral na região posterior, bem como pelo ligamento redondo central, cuja tensão permite a rotação da cabeça femoral durante a extensão do membro inferior. Adicionalmente, a articulação dispõe de bolsas sinoviais que atuam na redução do atrito entre as superfícies articulares durante o movimento (Ramos, 2019).

Diversos grupos musculares desempenham um papel fundamental na mobilidade e estabilização da articulação coxofemoral. No movimento de flexão, destacam-se o psoa maior, ilíaco, pectíneo, reto femoral, sartório e tensor da fáscia lata, com maior ênfase para os dois primeiros. A extensão da anca é promovida principalmente pelos músculos glúteos e isquiotibiais (semitendinoso, semimembranoso e bíceps femoral), essenciais para atividades como a marcha, corrida e ciclismo. Os movimentos de abdução envolvem o glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata, que também contribuem para a estabilização pélvica durante a locomoção. Já a adução é realizada pelos músculos adutores longo, curto e magno, além do pectíneo e grácil. A rotação lateral da anca é executada pelos músculos piriforme, gémeos, obturadores, quadrado femoral,

glúteo máximo, ilíaco e sartório, enquanto a rotação medial é assegurada pelo glúteo mínimo, com auxílio do glúteo médio e tensor da fáscia lata (Ramos, 2019).

A complexa interação entre as estruturas ósseas, ligamentares e musculares permitiu a adaptação do ser humano à postura bípede, sendo a AA essencial para a sustentação do peso corporal, locomoção e proteção dos órgãos pélvicos. A cápsula articular apresenta uma dinâmica de relaxamento e contração que assegura estabilidade sem comprometer a amplitude de movimento, sendo esta máxima na posição ortostática. Durante a marcha, a carga suportada pela anca varia: no apoio bilateral, cada articulação suporta metade do peso corporal, enquanto no apoio unilateral a força exercida é significativamente maior, devido à ação conjunta da gravidade e da contração muscular. O uso de auxiliares de marcha do lado oposto promove uma redução expressiva dessa carga (Drumond & Drumond, 2019).

A AA permite movimentos em três planos principais: flexão e extensão no plano sagital; abdução e adução no plano frontal; rotação interna e externa no plano transverso (Ramos, 2019). Além destes, é possível o movimento de circundação, que resulta da combinação sequencial desses movimentos básicos.

Schwartsmann e Boshin (2017) referem que a coxartrose, forma degenerativa da articulação coxofemoral, manifesta-se inicialmente pela deterioração da cartilagem articular, resultante de alterações na atividade biossintética dos condrócitos e na composição bioquímica da matriz cartilaginosa.

Clinicamente, a doença apresenta-se com dor, limitação funcional e claudicação da marcha (Serra et al., 2012). A dor localiza-se na região inguinal, podendo irradiar-se para a coxa e o joelho, agravando-se com a carga e os movimentos da anca, mas também podendo ocorrer em repouso. A perda de mobilidade decorre da formação de osteófitos e da deformação das superfícies articulares, levando a posturas fixas em flexão, adução e rotação externa. Essas alterações provocam compensações posturais, como o aumento da lordose lombar e encurtamento aparente do membro afetado. A claudicação surge como resposta à dor e à limitação de movimento, interferindo significativamente na marcha e na qualidade de vida do indivíduo (Serra et al., 2012).

O tratamento da coxartrose depende da gravidade da doença, da intensidade da dor e do impacto funcional que esta provoca na vida da pessoa. Numa fase inicial, privilegiam-se abordagens conservadoras, que incluem a terapêutica farmacológica para controlo da dor, a prática de exercício físico adaptado, a utilização de auxiliares de marcha e a adoção de estratégias que permitam reduzir a sobrecarga exercida sobre a articulação afetada. Estas medidas têm como principal objetivo aliviar os sintomas, preservar a

mobilidade articular e retardar a progressão da doença.

Contudo, quando a sintomatologia persiste e a limitação funcional compromete significativamente a realização das atividades de vida diária, poderá ser necessária uma abordagem cirúrgica. Entre as diferentes opções cirúrgicas disponíveis, a ATA constitui atualmente o procedimento mais frequentemente utilizado no tratamento da coxartrose avançada. Esta intervenção consiste na substituição das superfícies articulares degeneradas do acetábulo e da cabeça femoral por componentes protésicos, com o objetivo de aliviar a dor, restaurar a função articular e melhorar a qualidade de vida da pessoa (Ramos et al., 2019).

A ATA é reconhecida como uma das intervenções cirúrgicas com melhores resultados funcionais em ortopedia, apresentando elevados níveis de satisfação e melhorias significativas na mobilidade e autonomia das pessoas submetidas a este procedimento. Os avanços observados ao nível dos materiais protésicos, das técnicas cirúrgicas e das estratégias de prevenção de complicações contribuíram para aumentar a longevidade das próteses e os resultados clínicos obtidos (Drumond & Drumond, 2019; Ramos et al., 2019).

Apesar dos benefícios associados à cirurgia, o período pós-operatório implica desafios importantes relacionados com a recuperação da mobilidade, da força muscular e da capacidade funcional. Neste contexto, a intervenção precoce do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na prevenção de complicações, na promoção da recuperação funcional e na capacitação da pessoa para o regresso seguro ao domicílio e às suas atividades de vida diária.

1.2. ARTICULAÇÃO JOELHO

A AJ é a maior e uma das mais complexas do corpo humano, constituída principalmente pela articulação entre o fémur, a tíbia e a patela (Espregueira-Mendes, 2019). Esta articulação é classificada como uma articulação sinovial do tipo gínglimo modificado, permitindo movimentos de flexão e extensão, associados a ligeiros movimentos de rotação. A estabilidade do joelho é garantida por estruturas ósseas, ligamentos, meniscos e músculos que atuam em conjunto para manter a sua função durante as diversas atividades diárias e desportivas (Pessoa, 2018).

O joelho possui duas articulações principais: a tibiofemoral, entre o fémur e a tíbia, e a patelofemoral, entre a patela e o fémur. As superfícies articulares são revestidas por cartilagem hialina, que facilita o deslizamento e absorve o impacto durante os movimentos. Os meniscos medial e lateral, compostos por fibrocartilagem, atuam como

amortecedores e estabilizadores, distribuindo a carga e melhorando a congruência articular (Espregueira-Mendes, 2019).

A estabilidade do joelho é reforçada pelos ligamentos colaterais medial e lateral, que previnem os movimentos laterais excessivos, e pelos ligamentos cruzados anterior e posterior, que controlam os deslocamentos anteroposteriores da tíbia em relação ao fémur. Estes ligamentos trabalham em sinergia para manter a estabilidade dinâmica e estática da articulação (Pessoa, 2018).

O movimento de flexão do joelho é principalmente realizado pelos músculos isquiotibiais, enquanto a extensão é executada pelo quadríceps femoral, grupo muscular fundamental para a estabilidade e a função. Além disso, músculos como o gastrocnêmio auxiliam na estabilização durante a marcha e corrida. A integração neuromuscular entre esses músculos e as estruturas ligamentares é essencial para a prevenção de lesões e para a eficiência do movimento (Espregueira-Mendes, 2019).

A AJ desempenha papel crucial na locomoção, sustentação do peso corporal e absorção de impactos, sendo vulnerável a traumas e degenerações, como a artrose, que podem comprometer significativamente sua função. O tratamento dessas condições frequentemente envolve abordagens multidisciplinares, incluindo cirurgia, fisioterapia e reabilitação (Pessoa, 2018).

A gonartrose, variante degenerativa da articulação do joelho, caracteriza-se pela deterioração progressiva da cartilagem articular, acompanhada de alterações bioquímicas e estruturais do osso subcondral e da membrana sinovial (Leitão et al., 2022). Este processo resulta da disfunção na atividade metabólica dos condrócitos, levando à perda da integridade da matriz cartilaginosa. Clinicamente, a gonartrose manifesta-se por dor no joelho, rigidez matinal, limitação funcional e, em fases avançadas, deformidade articular e instabilidade (Leitão et al., 2022). A dor intensifica-se com a carga e o movimento, podendo, com a progressão da doença, ocorrer também em repouso, afetando o sono e as atividades diárias.

A limitação da mobilidade decorre da formação de osteófitos, da redução do espaço articular e da inflamação sinovial, resultando em dificuldades na extensão e flexão completas do joelho. Em estágios avançados, é comum a adoção de posturas compensatórias, como semiflexão persistente da articulação, o que compromete o alinhamento do membro inferior e contribui para a sobrecarga articular. Além disso, a claudicação da marcha surge como mecanismo de proteção à dor e à instabilidade funcional, impactando negativamente a locomoção e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. (Leitão et al., 2022).

O tratamento da gonartrose pode envolver abordagens conservadoras ou cirúrgicas, sendo a sua escolha determinada pela gravidade das alterações articulares, intensidade da dor e impacto funcional na vida da pessoa. As medidas conservadoras incluem a terapêutica farmacológica, a prática de exercício físico, a educação para a saúde, a utilização de auxiliares de marcha e outras estratégias destinadas a reduzir a sintomatologia e a preservar a funcionalidade articular. Contudo, quando a dor persiste e a limitação funcional compromete significativamente a realização das atividades de vida diária, a intervenção cirúrgica passa a constituir uma opção terapêutica a considerar.

A ATJ é atualmente um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados no tratamento da gonartrose avançada. Esta cirurgia consiste na substituição das superfícies articulares degeneradas por componentes protésicos, com o objetivo de aliviar a dor, corrigir deformidades, restaurar a estabilidade articular e melhorar a mobilidade e a funcionalidade da pessoa. Os avanços registados nas técnicas cirúrgicas e nos materiais protésicos têm contribuído para o aumento da eficácia deste procedimento, refletindo-se em ganhos significativos na qualidade de vida e na capacidade funcional das pessoas submetidas a esta intervenção (Monahan, 2010; Pessoa, 2018).

Apesar dos benefícios associados à ATJ, o período pós-operatório exige vigilância e acompanhamento especializados, uma vez que podem surgir complicações que condicionam o processo de recuperação, nomeadamente rigidez articular, dor persistente, fenómenos tromboembólicos, infeção ou limitações da mobilidade. Neste contexto, a reabilitação assume um papel determinante na recuperação funcional da pessoa, sendo fundamental a intervenção precoce do EEER na promoção da mobilidade, prevenção de complicações e capacitação para o autocuidado e regresso ao domicílio.

1.3. A INTERVENÇÃO DO EEER

Os EEER assumem um papel estruturante no percurso terapêutico das pessoas submetidas à ATA e ATJ, cabendo-lhes a responsabilidade de iniciar e coordenar o processo de reabilitação (Lourenço et al., 2021). Segundo o da OE, entre as suas competências específicas destacam-se a implementação de programas de reeducação funcional motora e a capacitação da pessoa para o autocuidado e continuidade dos cuidados, nos mais diversos contextos assistenciais (OE, 2019a).

No período pré-operatório, a intervenção do EEER fundamenta-se numa avaliação holística e sistemática, sustentada numa abordagem biopsicossocial. Essa avaliação

abrange múltiplas dimensões: físicas (dor, fadiga, qualidade do sono, mobilidade articular, força muscular, alinhamento postural, propriocepção, comorbilidades, índice de massa corporal), psicológicas (estado emocional, crenças em saúde, motivação, ansiedade) e sociais (autonomia nas AVD, rede de suporte, participação social) (Moseng et al., 2024). Devem ainda ser consideradas as expectativas da pessoa, as suas necessidades de literacia em saúde, fatores de risco individuais, presença de inflamação, grau de alteração estrutural, intensidade álgica e impacto na qualidade de vida (Moseng et al., 2024).

Durante esta fase, o EEER orienta e treina a pessoa em exercícios específicos e técnicas facilitadoras da recuperação, promovendo também um espaço para o esclarecimento de dúvidas e definição de expectativas realistas, o que contribui para a redução da ansiedade e para o aumento da adesão ao plano terapêutico (Lourenço et al., 2021).

A preparação informada e antecipada é um fator crítico para o sucesso pós-operatório. A equipa multidisciplinar deve fornecer informações abrangentes, que incluam os critérios para a alta clínica, ou seja, o plano de reabilitação da pessoa que inclua treino das AVD, exercícios terapêuticos, o uso adequado de dispositivos auxiliares e a prevenção de quedas (Jette et al., 2020).

Em doentes submetidos a ATA ou ATJ, é crucial implementar estratégias motivacionais, como o reforço positivo, a definição de metas alcançáveis e a educação sobre os benefícios do exercício. A identificação precoce de facilitadores e barreiras à adesão às atividades físicas permite estruturar intervenções individualizadas, potenciando a continuidade dos exercícios no pós-operatório, especialmente em indivíduos com antecedentes de comportamento ativo (Fernandes et al.; 2020 e Bakaa et al., 2022).

A cirurgia constitui uma experiência disruptiva, com repercussões significativas no bem-estar, estado funcional e padrões de autocuidado da pessoa e da sua família (Lourenço et al., 2021).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001) fornece um enquadramento teórico robusto para a prática do EEER, ao definir a intervenção de enfermagem como resposta à identificação de défices entre as capacidades da pessoa e as suas necessidades de autocuidado. Esta teoria contempla três sistemas de cuidados:

- Sistema Totalmente Compensatório: aplicável quando a pessoa está totalmente dependente de terceiros;
- Sistema Parcialmente Compensatório: quando há partilha de responsabilidades

entre o profissional e a pessoa assistida;

- Sistema de Apoio-Educação: quando a pessoa possui competências para o autocuidado, mas necessita de suporte, orientação ou treino adicional.

A adoção desta teoria possibilita ao EEER uma atuação flexível, focada na progressiva autonomização da pessoa, com intervenções ajustadas ao grau de dependência identificado (Hoeman, 2011).

O início precoce da mobilização, entre 24 e 48 horas após a cirurgia, está clinicamente indicado sempre que o estado hemodinâmico o permita. Tal medida previne complicações decorrentes da imobilidade e assinala a progressão entre os diferentes sistemas de cuidado propostos por Orem (Pessoa, 2018).

A teoria das transições, de Afaf Meleis (2010), é um modelo teórico fundamental para compreender o processo adaptativo vivido pela pessoa ao longo da reabilitação. A transição é entendida como uma mudança dinâmica, multidimensional e com significado subjetivo, envolvendo fases sequenciais, um horizonte temporal definido e perceções individuais. A ocorrência de uma rutura, necessária para abandonar padrões anteriores e integrar novos significados, é central no processo (Meleis, 2010).

As alterações funcionais decorrentes da ATA ou da, incluindo o uso de auxiliares de marcha, a restruturação do autocuidado e as mudanças na rotina, constituem desafios que exigem resposta planeada. O EEER atua como facilitador da adaptação, diagnosticando necessidades, delineando estratégias de intervenção, monitorizando resultados e promovendo o envolvimento ativo da pessoa e da sua rede de apoio (Matos & Simões, 2020). A presença de indicadores de adaptação positiva é um dos objetivos da atuação do EEER, contribuindo para uma transição bem-sucedida (Orem, 2001; Meleis, 2010). Esta perspetiva teórica sustenta particularmente o presente projeto, centrado na transição da pessoa submetida a ATA ou ATJ do contexto hospitalar para o domicílio.

No período pós-operatório de uma ATA ou ATJ, a reabilitação visa sobretudo a promoção da qualidade de vida e da autonomia funcional. Para tal, torna-se essencial investir na capacitação da pessoa e na sua motivação, fatores determinantes para a obtenção de ganhos em saúde. A intervenção precoce por parte da equipa de ER é recomendada como estratégia preventiva frente a complicações como rigidez articular, atrofia muscular, trombose venosa profunda e luxações, o que contribui para encurtar o tempo de hospitalização e melhorar os resultados clínicos (Lourenço et al., 2021).

Neste contexto, destaca-se o papel proativo do EEER, cuja intervenção deve ser iniciada o mais cedo possível, garantindo uma abordagem integrada e centrada na

pessoa (Lourenço et al., 2021). Esta problemática exige a mobilização de saberes técnicos e humanos, sendo que o EEER, pela sua formação especializada, encontra-se capacitado para desenvolver planos de intervenção individualizados, ajustados às necessidades clínicas e ao contexto de vida da pessoa.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019a, p. 13566), é da responsabilidade do EEER:

> "Identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação à atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade, a reintegração e a participação na sociedade."

Com base nesses pressupostos, o EEER deve desenvolver um programa de cuidados de ER que contemple o fortalecimento muscular, a recuperação da mobilidade articular, a restituição da funcionalidade e a reintegração eficiente da pessoa nas suas AVD (Araújo et al., 2017).

As intervenções cirúrgicas do foro ortotraumatológico, como a ATA e a ATJ, despoletam processos complexos de transição saúde-doença, com impacto não apenas fisiológico, mas também emocional e psicológico. Segundo Brito, citado por Lourenço et al. (2021), essas experiências podem comprometer a autoestima, gerar sentimentos de desesperança, ansiedade e preocupação, exigindo uma abordagem que integre o cuidado físico e psicossocial. A limitação funcional decorrente da cirurgia frequentemente conduz à perda de autonomia, tornando imprescindível uma intervenção do EEER centrada na promoção do autocuidado, na reabilitação funcional e na prevenção de complicações.

Segundo Hinkle et al., (2021) implementação do planeamento de alta de forma multidisciplinar configura-se como uma estratégia eficaz que alia a otimização dos recursos disponíveis à promoção de uma maior humanização dos cuidados de saúde. Mesmo após a alta hospitalar, é recomendável que os serviços de saúde mantenham o acompanhamento (follow-up) da pessoa, estabelecendo contacto com este e/ou com o cuidador principal, com o objetivo de avaliar a efetividade das medidas adotadas na fase de preparação para o regresso ao domicílio.

1.3.1. Programa de Exercício Físico

De acordo com a OE (2015), a reabilitação constitui um processo abrangente e dinâmico, orientado para a recuperação das dimensões física e psicológica da pessoa com incapacidade, promovendo a sua reintegração na sociedade. Este processo envolve uma abordagem colaborativa e multidisciplinar, na qual o EEER desempenha um papel determinante, contribuindo de forma ativa e diferenciada para a funcionalidade e autonomia da pessoa.

O Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019a) define as competências do EEER como alicerçadas em conhecimento humano, científico e técnico que o capacita para tomar decisões fundamentadas na promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, com o objetivo de maximizar o potencial funcional da pessoa. A sua intervenção tem como meta diagnosticar precocemente a situação clínica, elaborar um plano de ação ajustado e assegurar a preservação e desenvolvimento das capacidades remanescentes da pessoa, enquanto previne complicações e reduz ao máximo as incapacidades instaladas, seja ao nível da função respiratória, neurológica, cardíaca ou ortopédica.

- Entre as competências específicas delineadas pelo regulamento 392/2019 (OE, 2019a) destacam-se:

- A prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

- A capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a sua reinserção e exercício pleno da cidadania;

- O desenvolvimento das capacidades da pessoa com vista à maximização da sua funcionalidade e autonomia.

Estas competências são operacionalizadas por meio de planos individualizados, fundamentados numa avaliação contínua e numa atuação interativa entre o EEER, a pessoa e, sempre que necessário, a sua rede de apoio.

Importa ainda referir que, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015), a atuação do EEER deve obedecer a critérios de qualidade que incluem: a centralidade na pessoa, a continuidade e integração dos cuidados, a segurança clínica, a efetividade das intervenções, e a humanização dos cuidados. Estes padrões orientam a prática profissional no sentido da excelência, garantindo que os cuidados prestados sejam não apenas eficazes, mas também éticos, personalizados e baseados na melhor evidência

disponível.

Assim, o EEER assume-se como um agente central na promoção de uma reabilitação eficaz, sustentada em intervenções de qualidade e adaptadas às especificidades de cada situação clínica (OE, 2019a)

A fase de desenvolvimento de um programa de exercício físico é fundamental para estabelecer uma base sólida para as etapas subsequentes do modelo de intervenção. Neste contexto, torna-se essencial realizar previamente uma revisão da literatura, de modo a sintetizar o conhecimento existente e analisar a informação relevante para a prática. Com base nessa revisão, podem ser elaboradas recomendações orientadas para a implementação de intervenções específicas, sustentadas pela evidência científica e pelas estratégias identificadas (Sousa et al., 2017). Para que os EEER possam aplicar essas recomendações de forma eficaz, é essencial que compreendam claramente conceitos fundamentais relacionados à atividade física. Segundo o documento da Organização Mundial da Saúde, (2010), a distinção entre atividade física e exercício físico é a seguinte:

- **Atividade Física** refere-se a qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético acima do repouso. Isso inclui atividades realizadas no trabalho, no deslocamento, nas tarefas domésticas, no lazer e em outras áreas da vida diária.
- **Exercício Físico** é uma subcategoria da atividade física, caracterizada por ser planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física, como resistência cardiovascular, força muscular, flexibilidade, entre outros.

Essas definições reforçam a importância tanto da prática regular de atividade física em geral quanto do exercício físico orientado para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

A partir deste entendimento, a prescrição de exercícios por parte dos EEER deve obedecer a critérios rigorosos para garantir a segurança e a eficácia do programa. Inicialmente, é necessária uma avaliação clínica e funcional detalhada do utente, que permita definir objetivos terapêuticos específicos e individualizar o programa conforme as necessidades (American College Of Sports Medicine, 2017). Além disso, a prescrição deve basear-se em evidência científica atualizada, com monitorização contínua para ajustar as intervenções de acordo com a resposta do paciente (Kenney et al., 2015). É igualmente essencial considerar contraindicações e promover a educação do utente para garantir adesão e segurança ao programa (OE, 2019a).

De modo prático, a prescrição de exercício físico deve considerar parâmetros como frequência (F), intensidade (I), tempo/duração (T) e tipologia (T) (Novo et al., 2020). Esses elementos são fundamentais e precisam ser ajustados de acordo com diversas variáveis, tais como o contexto do exercício (internamento ou ambulatório), a fase da doença (aguda ou estabilização), limitações da pessoa e nível de motivação, ou seja, o volume (V) e a progressão (P) (Novo et al., 2021).

De seguida apresenta-se a seguinte tabela 1 adaptado de Novo et al. (2021), onde foca os principais princípios a ter em conta no programa de exercício físico através do método FITT VP que é uma abordagem que permite planear e estruturar.

Tabela 1 Princípios do programa de exercícios ATA e ATJ com base no FITT VP

Parâmetro	Aplicação na pessoa submetida a ATA e ATJ
F **Frequência**	O programa de exercícios deve ser realizado diariamente durante o internamento e mantido após a alta hospitalar. Na fase inicial, recomenda-se a realização dos exercícios 2 a 3 vezes por dia, de acordo com a tolerância da pessoa e os objetivos terapêuticos definidos.
I **Intensidade**	Baixa a moderada intensidade, respeitando a dor, a fadiga, a condição clínica e as limitações funcionais da pessoa. A intensidade deve permitir a execução correta dos exercícios, garantindo a segurança e prevenindo complicações.
T **Tempo**	Sessões com duração inicial entre 10 e 15 minutos, progredindo gradualmente de acordo com a evolução funcional e a capacidade de tolerância ao esforço.
T **Tipologia**	Exercícios de reeducação funcional respiratória; exercícios de mobilidade articular da anca e/ou joelho; exercícios passivos, ativos, ativo-assistidos e isométricos; fortalecimento muscular dos glúteos, quadricípite, isquiotibiais e restantes grupos musculares dos membros inferiores; treino de equilíbrio; treino de transferências; treino de marcha com auxiliar de marcha; treino de escadas e treino das atividades de vida diária.
V **Volume**	Inicialmente, recomenda-se a realização de 1 a 2 séries de 10 repetições por exercício, ajustando o volume à condição clínica, tolerância e evolução funcional da pessoa.
P **Progressão**	A progressão deve ocorrer de forma gradual através do aumento do número de repetições, amplitude dos movimentos, tempo de marcha, complexidade das tarefas funcionais e introdução progressiva de resistência, de acordo com os ganhos obtidos e os objetivos estabelecidos.

A aplicação dos princípios FITT-VP permite estruturar um programa de exercício físico

individualizado e adaptado às necessidades da pessoa submetida a ATA ou ATJ. A prescrição do exercício deve resultar de uma avaliação funcional prévia e ser ajustada continuamente à evolução clínica da pessoa, promovendo a recuperação da mobilidade articular, da força muscular, do equilíbrio e da capacidade funcional. Neste contexto, o EEER assume um papel fundamental na implementação, supervisão e monitorização do programa de exercícios, contribuindo para a prevenção de complicações, maximização da autonomia e facilitação da transição segura para o domicílio.

1.3.2. Focos de intervenção do EEER na pessoa submetida a ATA e ATJ

Segundo Lourenço et al. (2021), a intervenção do EEER assume um papel central no processo de reabilitação pós-operatória da pessoa submetida a ATA ou ATJ, orientando-se para a promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização da autonomia. Entre os objetivos específicos da sua intervenção destacam-se a promoção da independência nas atividades de vida diária (AVD), a reeducação da marcha, a recuperação da mobilidade articular e a prevenção de complicações associadas ao pós-operatório, nomeadamente rigidez articular, trombose venosa profunda, atrofia muscular, quedas, infeção e, no caso da ATA, luxação da prótese. Acresce ainda o suporte à pessoa no processo de transição e adaptação ao novo estado funcional, sendo a sua motivação e envolvimento fatores determinantes para o sucesso da reabilitação.

Neste contexto, o EEER assume um papel fundamental no planeamento, implementação e monitorização de programas de reabilitação, idealmente iniciados de forma precoce, de modo a potenciar os ganhos funcionais e minimizar o impacto das limitações decorrentes da cirurgia (Moreira et al., 2020).

Os resultados esperados da intervenção incluem a melhoria do desempenho funcional, a recuperação da mobilidade, a prevenção de complicações, a redução do tempo de internamento e o reforço dos conhecimentos e da adesão da pessoa ao regime terapêutico. Estes ganhos contribuem para uma transição segura para o domicílio, favorecendo a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação e promovendo a sua autonomia e qualidade de vida (Lourenço et al., 2021).

De seguida, apresentam-se os principais focos de intervenção da enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a ATA ou ATJ, de acordo com Lourenço et al. (2021).

Quadro 1 – Focos, intervenções e resultados do ER

Foco	Intervenção de enfermagem	Resultado
Adesão Precauções de segurança	Informar/ ensinar/instruir sobre complicações na articulação da anca/joelho após cirurgia	Consciencialização da relação entre precaução de segurança e a prevenção de complicações Conhecimento sobre a prevenção de complicações Capacidade para prevenir complicações Adesão as precauções de segurança
Movimento corporal comprometido Potencial para melhorar o conhecimento Potencial para melhorar a capacidade	Ensinar/instruir/treinar exercícios musculares isométricos. Executar técnica de exercício musculoarticular (exercícios passivos, ativos assistidos, ativos resistidos e ativos).	Movimento corporal melhorado. Conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares. Capacidade para executar os exercícios musculares e articulares
Transferir-se Potencial para melhorar o conhecimento sobre complicações/prevenção Potencial para melhorar a capacidade	Ensinar/instruir/ treinar sobre o uso de dispositivo de apoio para transferir-se Ensinar/instruir/ treinar sobre prevenção de complicações durante o transferir-se.	Capacidade para transferir-se melhorada Conhecimento sobre prevenção de complicações
Tomar banho Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para tomar banho Potencial para melhorar o conhecimento sobre complicações/prevenção Potencial para melhorar a capacidade	Ensinar/instruir/ treinar sobre o uso de dispositivo de apoio para tomar banho Ensinar/instruir/ treinar sobre prevenção de complicações durante o tomar banho.	Capacidade para transferir-se melhorada Conhecimento sobre prevenção de complicações
Vestir/despir Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para vestir/despir Potencial para melhorar o conhecimento sobre complicações/prevenção Potencial para melhorar a capacidade	Ensinar/instruir/ treinar sobre o uso de dispositivo de apoio para vestir/despir Ensinar/instruir/ treinar sobre prevenção de complicações durante o vestir/despir	Capacidade para vestir/despir-se melhorada Conhecimento sobre prevenção de complicações
Uso sanitário Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para o uso sanitário Potencial para melhorar o	Ensinar/instruir/ treinar sobre o uso de dispositivo de apoio para uso sanitário Ensinar/instruir/ treinar sobre prevenção de complicações durante o uso sanitário	Capacidade para o uso sanitário melhorada Conhecimento sobre prevenção de complicações

conhecimento sobre complicações/prevenção Potencial para melhorar a capacidade		
Andar com auxiliar de marcha Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha Potencial para melhorar a capacidade Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha	Ensinar/instruir/ treinar sobre o uso de auxiliar de marcha	Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada Conhecimento sobre prevenção de complicações Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha melhorada
Equilíbrio Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio Potencial para melhorar a capacidade para treinar equilíbrio Potencial para melhorar o equilíbrio	Executar técnica de equilíbrio (estático e dinâmico) Ensinar/instruir/ treinar sobre técnica de equilíbrio (estático e dinâmico)	Capacidade para treinar equilíbrio melhorada Conhecimento sobre prevenção de complicações Conhecimento sobre técnica de equilíbrio melhorada

Segundo Sequeira, citado por Leite, (2017), para além dos aspetos anteriormente referidos, importa ressalvar que qualquer programa de ER deve ser iniciado com um plano de reeducação funcional respiratória. Os ensinos devem incluir a adoção de posições adequadas para o descanso e relaxamento, o controlo da respiração nomeadamente a dissociação e o controlo dos tempos respiratórios, a reeducação diafragmática, exercícios de respiração abdominal e de expansão costal, bem como a promoção de uma postura corporal correta. Devem ainda contemplar a utilização da espirometria de incentivo, o ensino da tosse dirigida com apoio abdominal, técnicas de limpeza das vias aéreas e o levante precoce, sempre que necessário.

1.3.3. Regresso a casa

O regresso a casa carece de um acompanhamento estruturado do utente após artroplastia, com o objetivo de monitorizar o estado clínico, reforçar o autocuidado e assegurar a continuidade dos cuidados fora do hospital. Este acompanhamento é particularmente relevante nas primeiras 24 a 72 horas após a alta, período considerado crítico para a adaptação do utente ao contexto domiciliário, marcado por incerteza e

vulnerabilidade (Szöts et al., 2015; Wainwright et al., 2020).

Segundo a teoria das transições de Meleis (Meleis, 2010), a alta hospitalar representa uma transição situacional e de saúde que exige integração de novas rotinas, adesão a regimes terapêuticos e desenvolvimento de competências de autocuidado. O follow-up nomeadamente o telefónico permite ao enfermeiro avaliar precocemente o estado clínico do utente, reforçar instruções sobre mobilização, controlo da dor e utilização de dispositivos auxiliares, além de identificar rapidamente qualquer intercorrência que possa comprometer a recuperação (Szöts et al., 2015).

O papel do enfermeiro neste contexto é central, abrangendo a avaliação da dor reportada pela pessoa, a monitorização da evolução clínica percebida, o esclarecimento de dúvidas e o reforço educativo, assegurando que a continuidade dos cuidados se mantém com qualidade mesmo fora do ambiente hospitalar (Szöts et al., 2015). A teleconsulta permite ainda otimizar recursos, reduzir visitas não planeadas e readmissões hospitalares, enquanto fortalece a relação de confiança entre a pessoa e a equipa de enfermagem, promovendo segurança e apoio emocional durante o período de recuperação (Wainwright et al., 2020).

Em termos de benefícios, o follow-up telefónico promove segurança, confiança e autonomia para a pessoa, oferece suporte à família/cuidador e contribui para a eficiência do sistema de saúde. Ao enquadrar esta intervenção na teoria das transições, percebe-se que facilita respostas adaptativas saudáveis, reforça padrões de autocuidado e garante que o utente mantém ligação com os profissionais de saúde, mesmo fora do hospital (Meleis, 2010).

Em síntese, e de acordo com os pressupostos teóricos de Meleis (2010), a consulta de enfermagem follow-up precoce após artroplastia é uma estratégia essencial para uma transição hospital–domicílio segura, integrando vigilância clínica, educação em autocuidado e suporte emocional, promovendo a recuperação funcional e a autonomia da pessoa.

2. METODOLOGIA DO PROJETO

A condução de uma investigação científica exige a aplicação rigorosa de uma metodologia, entendida como o conjunto organizado de métodos e técnicas que norteiam todo o percurso investigativo (Fortin et al., 2009). No domínio da enfermagem, torna-se imprescindível que a escolha metodológica seja coerente com a natureza do problema a estudar, permitindo uma abordagem clara, estruturada e pertinente (Fortin et al., 2009).

A definição da metodologia constitui, assim, um elemento estruturante do estudo, uma vez que possibilita ao investigador delinear com precisão os caminhos a seguir, desde a seleção do tipo de estudo até à definição do contexto e das estratégias de recolha e análise de dados. Como referem Fortin et al., (2009, p. 208), "a fase metodológica consiste em especificar o género de estudo (…) e em determinar o meio onde serão colhidos os dados". Além disso, a metodologia funciona como um instrumento que permite compreender as possibilidades e limitações de cada abordagem, favorecendo decisões mais informadas ao longo do processo.

O ponto de partida do método científico reside na formulação de uma questão de investigação. Cabe ao investigador definir o modo mais adequado para a explorar. A este respeito, Fortin et al., (2009, p. 131) destaca que o plano de investigação representa "a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação". Este plano atua como um suporte lógico e estratégico, que organiza o estudo e estabelece mecanismos de controlo com o intuito de reduzir erros e aumentar a fiabilidade das conclusões (Fortin et al., 2009).

A presente investigação baseia-se na metodologia de projeto, uma abordagem reflexiva de natureza investigativa, orientada para a resolução de problemas concretos e relevantes. De acordo com Castro e Ricardo (2002), esta metodologia promove o desenvolvimento de competências através da conceção e implementação de projetos, constituindo-se como uma via formativa e investigativa. Neste sentido, Ruivo et al. (2010) acrescentam que a aplicação desta metodologia permite a aquisição de capacidades e conhecimentos que se traduzem em prática efetiva.

Caracteriza-se por integrar uma estreita relação entre teoria e prática, na medida em que se sustenta no saber teórico que, posteriormente, é aplicado em contextos reais. A metodologia de projeto envolve ainda intencionalidade, evidenciada na formulação de objetivos claros, bem como iniciativa e autonomia por parte do investigador ou do grupo responsável pela sua execução. Segundo Ruivo et al. (2010), o carácter autêntico e real

dos problemas abordados nesta metodologia introduz níveis de complexidade e incerteza, exigindo uma projeção e gestão cuidadosa das atividades ao longo de um período, desde a fase de planeamento até à avaliação final.

No campo da enfermagem, a dialética teoria e prática é essencial, sendo a prática profissional, a educação e a investigação áreas que devem ser sustentadas por fundamentos teóricos sólidos (Ruivo et al., 2010). Assim, o projeto assume-se como um plano de ação estruturado, orientado para a análise e eventual resolução de um problema identificado como significativo no contexto em que se insere. Mais do que um exercício meramente teórico, trata-se de um processo que visa compreender, investigar e, se possível, intervir sobre uma problemática concreta (Ruivo et al., 2010).

O enquadramento teórico constitui a base para a conceptualização do estudo, proporcionando a estrutura necessária para a formulação do problema, a definição das questões de investigação e dos objetivos a alcançar, bem como para a seleção da metodologia mais adequada. Estas componentes serão integradas na descrição do estudo, constituindo objeto de análise crítica e avaliação contínua (Ruivo et al., 2010).

A estrutura da metodologia de projeto contempla várias etapas sequenciais: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento das atividades, identificação de meios e estratégias, execução do plano, avaliação dos resultados e, por fim, divulgação através da elaboração de um relatório final (Ruivo et al., 2010). As suas características fundamentais incluem a intencionalidade da ação, a autonomia e iniciativa dos intervenientes, a autenticidade e relevância do problema, o nível de complexidade e incerteza envolvido, a sua duração prolongada e a divisão em fases distintas (Ruivo et al., 2010).

Neste contexto, torna-se essencial justificar a escolha do tema, bem como a sua pertinência e finalidade, assegurando que o projeto se orienta para a produção de conhecimento relevante e aplicável na prática profissional.

O diagnóstico de situação constitui a etapa inicial do processo, permitindo identificar e delimitar o problema em estudo, com o objetivo de aprofundar o conhecimento da realidade observada. Nesta fase, são utilizados diversos instrumentos de recolha de dados, como questionários, entrevistas e outras técnicas, que possibilitam uma análise fundamentada da situação (Ruivo et al., 2010).

Posteriormente, a definição dos objetivos orienta todo o percurso metodológico, direcionando as ações para a resolução dos problemas previamente identificados. A fase de planeamento compreende a elaboração das atividades e estratégias a desenvolver, tendo como finalidade dar resposta às necessidades diagnosticadas.

Trata-se de um momento estruturado, mas que deve manter-se flexível, permitindo ajustes conforme o decorrer do projeto (Ruivo et al., 2010).

Na fase de execução, procede-se à implementação das ações planeadas, seguindo-se a avaliação, onde se aplicam estratégias e instrumentos que possibilitam medir os resultados alcançados, bem como verificar o grau de concretização dos objetivos traçados (Ruivo et al., 2010).

A opção pela metodologia de projeto revelou-se a mais adequada ao desenvolvimento deste estudo, uma vez que se centra na análise e resolução de problemas identificados em contextos reais da prática profissional. A escolha desta abordagem decorre da preocupação observada no contexto clínico relativamente ao regresso ao domicílio das pessoas submetidas a ATA e ATJ, que frequentemente manifestam dúvidas, insegurança e dificuldades na continuidade do processo de reabilitação após a alta hospitalar. Apesar da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação durante o internamento, verificou-se a necessidade de compreender melhor os conhecimentos, as capacidades e as necessidades destas pessoas no período pós-alta, de forma a identificar áreas passíveis de melhoria na preparação para o regresso a casa.

Neste sentido, a metodologia de projeto permite não só realizar um diagnóstico aprofundado da situação-problema, mas também planear e implementar estratégias fundamentadas nas necessidades identificadas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim, esta metodologia constitui uma ferramenta adequada para aproximar a investigação da prática clínica, promovendo intervenções sustentadas na evidência e orientadas para ganhos em saúde da pessoa submetida a ATA ou ATJ.

Neste capítulo, descreve-se o percurso metodológico que orienta o desenvolvimento deste trabalho, desde o diagnóstico inicial até à avaliação final, garantindo a coerência e a integridade do processo investigativo.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação constitui a etapa inicial na elaboração de um trabalho de projeto, sendo fundamental para identificar os problemas e necessidades de uma determinada população, com vista à implementação de medidas que promovam a sua resolução. Para Capucha (2008), a qualidade do diagnóstico representa uma condição essencial para o sucesso de qualquer projeto, pois permite identificar de forma precisa

os problemas existentes, os recursos disponíveis e os fatores contextuais que poderão influenciar a intervenção.

Nesta lógica, o diagnóstico torna-se uma fase determinante, dado que fornece um conhecimento aprofundado da realidade. Quanto mais rigorosa for esta análise inicial, maior será a adequação das estratégias e atividades a implementar, o que contribui significativamente para a eficácia do projeto.

Ruivo et al. (2010) referem que esta etapa tem como finalidade a construção de um modelo descritivo da situação-problema, funcionando como um mapa cognitivo que orienta a ação sobre a realidade em causa. Assim, é através deste processo que se adquire uma visão clara e sistematizada do contexto a intervir, sustentando o planeamento de forma lógica e fundamentada.

Neste contexto, a prática baseada na evidência assume particular importância, uma vez que permite integrar os resultados da investigação na prática clínica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem (Oliveira et al., 2015). Assim, a identificação dos conhecimentos, capacidades e necessidades das pessoas submetidas a ATA ou ATJ após a alta hospitalar poderá fornecer informação relevante para o planeamento de intervenções de enfermagem de reabilitação mais ajustadas e centradas na pessoa.

2.1.1. Da Problemática aos Objetivos

A identificação precisa da problemática constitui o alicerce inicial de qualquer projeto de intervenção, sendo considerada uma fase central no processo de diagnóstico de situação. Tal como assinalam Ruivo et al. (2010), esta etapa possibilita a compreensão do contexto sobre o qual se pretende atuar, servindo de base estruturante para todas as decisões metodológicas subsequentes. No presente estudo, o foco incide na compreensão dos conhecimentos, capacidades e necessidades das pessoas submetidas a ATA ou ATJ após a alta hospitalar, procurando perceber de que forma estas se encontram preparadas para dar continuidade ao processo de reabilitação no domicílio. Pretende-se ainda identificar eventuais dificuldades sentidas na realização das atividades de vida diária, na execução do programa de exercícios e na prevenção de complicações, contribuindo para a adequação das intervenções de enfermagem de reabilitação às necessidades efetivamente percecionadas pelas pessoas.

A escolha deste tema emergiu de uma reflexão crítica sustentada na experiência prática, Apesar dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados durante o internamento foi possível observar que muitas pessoas manifestam insegurança no momento da alta,

nomeadamente devido à perceção de insuficiente acompanhamento e informação relativamente ao período pós-operatório e regresso a casa. Esta fragilidade poderá comprometer a recuperação e adiar o regresso à autonomia funcional.

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão orientadora: Quais os conhecimentos, capacidades e necessidades relativas ao processo de reabilitação demonstradas pelas pessoas submetidas a ATA e ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento? Esta interrogação norteou o percurso metodológico, desde a recolha de dados até à interpretação dos resultados, com o intuito de aprofundar a compreensão sobre as necessidades de capacitação das pessoas submetidas a ATA ou ATJ.

Segundo os parâmetros referidos por Almeida e Freire, citados por Ruivo et al., (2010), um problema de investigação deve ser realista, viável, relevante para a prática e teoricamente significativo, além de redigido com clareza suficiente para ser compreendido e reproduzido por outros profissionais.

Relativamente à estratégia metodológica adotada, Fortin et al., (2009) defende que o tipo de estudo deve ser compatível com a natureza do problema e os objetivos delineados.

No presente momento do trabalho projeto delinearam-se os seguintes objetivos:

- Identificar os conhecimentos, sobre o processo de reabilitação, das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento;
- Identificar as capacidades para a continuidade do processo de reabilitação das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento;
- Conhecer a perceção das pessoas submetidas a ATA ou ATJ sobre as necessidades no pós-alta.

Assim, considerou-se pertinente recorrer a uma abordagem qualitativa, de carácter exploratório e descritivo, pela sua adequação ao propósito deste estudo, a análise das perceções e experiências dos participantes.

Neste âmbito, os princípios metodológicos descritos por Fortin et al., (2009) revelam-se particularmente úteis, uma vez que destacam o valor da investigação qualitativa na recolha de dados detalhados, obtidos através da escuta atenta dos sujeitos, permitindo compreender os fenómenos na sua profundidade e complexidade.

O estudo assume uma natureza exploratória por se centrar numa temática ainda pouco estudada no contexto específico em análise, procurando aprofundar o conhecimento sobre os conhecimentos, capacidades e necessidades das pessoas submetidas a ATA ou ATJ após a alta hospitalar. Simultaneamente, apresenta um carácter descritivo, uma vez que pretende retratar e compreender as experiências, perceções e dificuldades vivenciadas pelos participantes durante o processo de transição para o domicílio, sem a intenção de estabelecer relações de causalidade entre variáveis. Esta abordagem permite obter uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo e identificar aspetos relevantes para o planeamento de intervenções futuras

2.1.2. Contexto e Participantes

O contexto da pesquisa é um serviço de ortopedia de um hospital da região norte de Portugal.

Esta sub-região cobre uma área territorial de 2.219 km², com uma população residente estimada em 231.293 habitantes. Deste total, cerca de 11,2% têm menos de 15 anos, 28,1% têm 65 anos ou mais, e 60,7% correspondem à população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos). A densidade populacional situa-se nos 104,2 habitantes por km², representando aproximadamente 2,26% da população nacional e 6,5% da população da Região Norte (Instituto Nacional de Estatista, 2023).

O território em causa apresenta um acentuado envelhecimento demográfico, evidenciado por um índice de envelhecimento de 252 idosos por cada 100 jovens e uma razão de 2,2 indivíduos em idade ativa por cada idoso, num total de 90.855 famílias. Entre 2001 e 2019, o índice de envelhecimento nesta sub-região evoluiu significativamente de 132,4 para 223. Em comparação, o mesmo indicador na Região Norte passou de 79,8 para 162,7, enquanto, a nível nacional, aumentou de 102,2 para 161,3 (Instituto Nacional de Estatista, 2023).

O reconhecido envelhecimento nesta região, no enquadramento demográfico e assistencial descrito, assume particular relevância para os serviços de ortopedia, traduzindo-se num aumento da prevalência de patologias osteoarticulares degenerativas e, consequentemente, numa maior procura por intervenções cirúrgicas como a ATA ou a ATJ. Estas intervenções, embora eficazes na melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida, acarretam desafios significativos no período pós-operatório, especialmente ao nível da recuperação funcional e da reabilitação, evidenciando a necessidade de aprofundar a compreensão das respostas assistenciais dirigidas a esta população. De acordo com Fortin et al., (2009), a população alvo

corresponde ao conjunto de indivíduos ou elementos que partilham características comuns e que são objeto de interesse numa investigação. Contudo, é frequentemente inviável estudar a totalidade dessa população, o que exige a sua delimitação através de critérios tornando-a mais acessível. Assim, para este estudo optamos por uma amostra não probabilística e acidental entre as pessoas submetidas a ATA ou ATJ no período, entre setembro e novembro de 2025, num determinado serviço de ortopedia da zona norte e de acordo com os seguintes critérios.

Critérios de inclusão:

- A alta hospitalar para o domicílio;
- Acompanhamento por EEER durante o internamento;
- Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos;
- Cirurgia eletiva.

Critérios de exclusão:

- Pessoas com acompanhamento de equipas de reabilitação no pós-alta;
- Pessoas com défice cognitivo significativo, avaliado através do Mini-Mental State Examination, na versão portuguesa validada por Guerreiro et al. (1994), considerando-se os pontos de corte ajustados ao nível de escolaridade:
  - ≤15 para analfabetos;
  - ≤22 para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade;
  - ≤27 para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade (Anexo I).

A amostra foi formada por quinze (15) participantes que cumpriram os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

2.1.3. Instrumento e procedimento de colheita de dados

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ser coerente com os objetivos do estudo, a sua natureza e os procedimentos metodológicos adotados, conforme destaca Fortin et al., (2009). No âmbito da investigação qualitativa, este autor refere que a entrevista constitui o principal método de recolha de dados, sendo particularmente relevante em estudos de carácter exploratório (Fortin et al., 2009).

A entrevista, neste contexto, estabelece-se como uma forma estruturada de comunicação entre o investigador e os participantes, permitindo aceder à informação

significativa para a compreensão da problemática em estudo (Fortin et al., 2009).

Ribeiro (2010) sublinha que tanto a entrevista estruturada como a semiestruturada oferecem a possibilidade de recolher dados ricos e aprofundados, mesmo a partir de amostras reduzidas, sendo posteriormente possível proceder à sua análise, interpretação e organização de forma a responder às questões de investigação e sustentar os resultados obtidos.

No caso da entrevista semiestruturada, Fortin et al., (2009) destaca que esta modalidade confere ao investigador maior controlo sobre o conteúdo, a formulação das perguntas e a condução do diálogo, facilitando simultaneamente a flexibilidade na exploração dos temas abordados.

Tendo em consideração a natureza qualitativa e exploratória do trabalho, considerou-se adequada a utilização da entrevista semiestruturada como técnica de recolha de dados.

A utilização deste instrumento teve como finalidade de identificar os conhecimentos, as capacidades e as necessidades demonstradas pelas pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após intervenção do ER no internamento.

Para a elaboração desta entrevista procedeu-se à elaboração de um guião de questões abertas, orientadoras, para obter achados úteis para a resposta à questão em investigação (Apêndice I).

Segundo Fortin et al., (2009) a questão aberta é a mais utilizada nas entrevistas semiestruturadas e a pessoa interrogada é livre de responder, dá-se liberdade de expressão e permite uma análise aprofundada da resposta.

Antes da realização de entrevista, efetuou-se um pré-teste com base nas orientações de Fortin et al., (2009), com o objetivo de avaliar a clareza das perguntas, a adequação da linguagem e o tempo necessário para cada entrevista. Para tal, foram selecionadas duas participantes que apresentavam características semelhantes à população-alvo, mas que não integrariam a amostra final do estudo. Durante o pré-teste, observou-se a compreensão das questões, o fluxo da entrevista e a interação do entrevistador, permitindo identificar ajustes necessários no vocabulário, na sequência das perguntas e na formulação de perguntas. A experiência obtida possibilitou a refinamento do roteiro, assegurando que a entrevista final seria conduzida de forma clara, objetiva e centrada na experiência dos participantes, aumentando a validade e confiabilidade da colheita de dados qualitativos.

As entrevistas foram realizadas presencialmente no período pós-operatório, 48 horas após a alta clínica, num ambiente calmo e sem interrupções, estando presentes apenas

o investigador e o participante. Previamente à sua realização, foi explicado o objetivo do estudo, tendo sido obtido o consentimento informado para a participação e para a gravação áudio das entrevistas (Apêndice II).

2.1.4. Procedimentos de tratamento e análise de dados

Após a fase de recolha, os dados foram submetidos à etapa de tratamento, que deve estar alinhada com os objetivos e o desenho da investigação (Fortin et al., 2009). Segundo Minayo (2014, p. 61), o tratamento de dados "permite transformar um conjunto de informação bruta numa informação pertinente, isto é, em dados que, pela sua origem, apresentação ou interpretação, apresentam relevância no que diz respeito à problemática definida".

Na investigação qualitativa, a análise consiste em "examinar, organizar e interpretar os dados para compreender o significado dos relatos dos participantes" (Fortin et al., 2009, p. 301). Para isso, a análise de conteúdo é uma ferramenta essencial, permitindo identificar "a frequência, a ordem e a intensidade de palavras, expressões ou acontecimentos relevantes" (Fortin et al., 2009, p. 379).

Segundo Bardin (2011, p. 11), a análise de conteúdo "oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade". Trata-se de uma técnica de investigação que visa descrever e interpretar o conteúdo das comunicações de forma sistemática, permitindo a produção de inferências válidas sobre o fenómeno em estudo (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo compreende quatro etapas principais:

1. **Organização (pré-análise)**: leitura inicial e ordenação dos dados para preparar o material (Bardin, 2011).

2. **Codificação**: "transformação dos dados brutos em unidades de análise por recorte, agregação e enumeração, permitindo representar o conteúdo de forma sistemática" (Bardin, 2011, p. 129).

3. **Categorização**: "agrupamento dos dados em categorias, inicialmente diferenciados e depois reagrupados segundo critérios definidos, com o objetivo de simplificar e estruturar as informações" (Bardin, 2011, p. 146).

4. **Inferência e interpretação:** "interpretação e indução de significados a partir dos dados, traduzindo a informação em conclusões válidas para a investigação" (Bardin, 2011, p. 166).

Posteriormente à sua realização, as entrevistas foram transcritas integralmente, respeitando a integridade e o sentido das falas, permitindo a constituição do corpus de análise. Atendendo à natureza qualitativa dos dados, estes apresentam-se inicialmente de forma não estruturada, sendo necessário proceder à sua organização e sistematização. Neste sentido, realizou-se uma leitura atenta e exaustiva das transcrições, que possibilitou a codificação dos dados, iniciando o processo de transformação da informação em bruto numa representação estruturada do seu conteúdo.

Numa fase subsequente, procedeu-se à categorização dos dados, resultando na construção de uma matriz de análise constituída por áreas temáticas, categorias e subcategorias, permitindo a organização e sistematização da informação.

As categorias e subcategorias emergiram dos discursos dos participantes, seguindo uma lógica indutiva e respeitando o princípio da proximidade semântica entre as unidades de registo.

Este processo seguiu uma abordagem sequencial e sistemática, culminando na interpretação dos dados, com o objetivo de compreender os significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno em estudo.

Para a concretização desta análise, revelou-se essencial a definição prévia de regras de categorização, assegurando o rigor e a consistência do processo. As regras e procedimentos de categorização encontram-se descritos no Apêndice III, enquanto a matriz de análise construída a partir dos dados recolhidos é apresentada no Apêndice IV, assegurando a transparência, rastreabilidade e rigor metodológico do processo analítico.

2.1.5. Considerações éticas

A investigação em saúde envolve diretamente pessoas, tornando imprescindível que o investigador siga rigorosamente os princípios éticos e legais ao longo de todo o processo investigativo, independentemente do tipo de estudo (Fortin et al., 2009). Este trabalho tem como base os valores éticos e deontológicos da enfermagem, fundamentais para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, nomeadamente no que se refere à responsabilidade profissional e ao respeito pelas normas legais e éticas (OE, 2010).

Previamente à realização do estudo, foi solicitada e obtida autorização da instituição de saúde onde o mesmo decorreu, garantindo o cumprimento dos requisitos institucionais

e legais necessários à sua concretização (Anexo II). O projeto foi igualmente submetido à apreciação da Comissão de Ética da instituição, tendo obtido parecer favorável através do Parecer n.º 25/2025 da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo III).

Após a aprovação ética, todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, os potenciais benefícios e a possibilidade de desistirem da participação em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os próprios. Posteriormente, foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, assegurando o respeito pelos princípios da autonomia, voluntariedade, confidencialidade e anonimato (Apêndice II).

Para assegurar o direito à autodeterminação, todos os participantes assinaram um consentimento informado, livre e esclarecido, após terem sido devidamente informados acerca dos objetivos do estudo, dos procedimentos envolvidos e da possibilidade de esclarecer quaisquer dúvidas. A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos foram garantidos ao longo de todo o processo, nomeadamente através da codificação das entrevistas, armazenadas em ficheiros igualmente codificados e de acesso exclusivo à investigadora. Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins de investigação, em conformidade com os princípios do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), sendo assegurada a sua proteção e armazenamento seguro.

Ao longo de todo o processo de investigação foram respeitados os princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, bem como os deveres consignados no Código Deontológico do Enfermeiro, assegurando a proteção dos direitos, da dignidade e do bem-estar dos participantes (OE, 2003; OE, 2010).

2.1.6. Apresentação, análise e discussão de resultados

O presente subcapítulo tem como objetivo apresentar, analisar e discutir os resultados obtidos junto das pessoas submetidas a ATA ou ATJ que participaram no estudo. Procura-se não apenas descrever os dados recolhidos, mas também interpretar os significados atribuídos pelos participantes às suas experiências de recuperação, identificar padrões relevantes e relacionar os achados com a literatura existente. Esta análise permite compreender melhor os desafios da reabilitação pós-operatória e o papel do EEER na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida dos participantes, fornecendo contributos relevantes para a melhoria das práticas assistenciais.

Os resultados apresentados resultam da realização de quinze entrevistas

semiestruturadas a pessoas submetidas a ATA ou ATJ. Para o tratamento e interpretação da informação recolhida recorreu-se à análise de conteúdo, permitindo a identificação de áreas temáticas, categorias e subcategorias que refletem as experiências, perceções e necessidades expressas pelos participantes relativamente ao processo de reabilitação e ao regresso ao domicílio.

2.1.6.1. Caraterização sociodemográfica e socioprofissional dos participantes

Na Tabela 2 apresenta-se a caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos participantes, permitindo uma visão global do grupo estudado e contextualizando os dados que serão posteriormente analisados.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos participantes

		Número de participantes	Percentagem %
Idade	60–69	4	26,7%
	70–79	6	40%
	80–89	5	33,3 %
Sexo	Feminino	15	100%
	Masculino	0	0
Estado Civil	Casada	10	66,7%
	Viúva	4	26,7%
	Solteira	1	6,7%
Escolaridade	Até 4º ano	9	60%
	Até 9º ano	6	40%
Tipo de Cirurgia	Joelho	10	66,7%
	Anca	5	33,3%
Dias de Internamento	Até 5 dias	12	80%
	Mais de 5 dias	3	20%
Cuidador informal	Famíliar	14	93,3%
	Pessoas externas	1	6,7%

No presente estudo participaram quinze pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas eletivas, todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos. A faixa etária predominante foi a dos 70 aos 79 anos (40%), seguida pela dos 80 aos 89 anos (33,3%). Estes dados refletem a elevada prevalência de doenças osteoarticulares

em idades avançadas, especialmente da osteoartrose, que constitui uma das principais indicações para a realização de ATA e ATJ (Murphy et al., 2018; Zhang et al., 2025).

Apesar da idade avançada, a literatura científica demonstra que as pessoas idosas submetidas a ATA ou ATJ podem obter melhorias significativas ao nível da dor, funcionalidade e qualidade de vida, embora apresentem maior risco de complicações perioperatórias e de recuperação mais prolongada (Murphy et al., 2018).

Todas as participantes apresentavam estado cognitivo preservado, evidenciado por pontuações superiores a 22 no MMSE, de acordo com os critérios definidos para inclusão no estudo.

Relativamente à escolaridade, verificou-se que 60% possuíam habilitações literárias até ao 4.º ano e 40% até ao 9.º ano. O nível de escolaridade e a literacia em saúde são reconhecidos na literatura como fatores que influenciam a compreensão das orientações clínicas e a adesão aos programas de reabilitação (Hadden et al., 2018).

Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maioria das participantes era casada (66,7%), seguindo-se as viúvas (26,7%) e as solteiras (6,7%). A presença de um cônjuge ou de uma rede familiar próxima pode constituir um importante recurso de apoio durante o processo de recuperação, favorecendo a adaptação às limitações temporárias decorrentes da cirurgia e contribuindo para a continuidade dos cuidados no domicílio.

A predominância do sexo feminino na amostra está em consonância com estudos que demonstram uma maior prevalência de osteoartrose e uma maior necessidade de artroplastia entre as mulheres, particularmente após a menopausa, devido a fatores hormonais e à maior longevidade feminina (Szilagyl et al., 2023). Contudo, importa referir que esta característica também se encontra relacionada com o contexto da recolha de dados, uma vez que o estudo decorreu num serviço de internamento feminino.

Relativamente aos procedimentos cirúrgicos realizados, 66,7% das participantes foram submetidas a ATJ e 33,3% a ATA. Estudos internacionais indicam que ambas as intervenções apresentam resultados positivos ao nível da recuperação funcional e da qualidade de vida, embora fatores como a fragilidade e a sarcopenia possam influenciar a velocidade da recuperação e o risco de complicações pós-operatórias (Zhang et al., 2025; Petermann-Rocha et al., 2022).

No que respeita ao período de internamento, verificou-se que 80,0% das participantes permaneceram internadas até cinco dias, enquanto 20,0% necessitaram de um período superior. Estes resultados refletem a tendência atual para a redução do tempo de internamento após artroplastia, associada à implementação de programas de

recuperação acelerada e de reabilitação precoce, sem comprometer a segurança e os resultados clínicos dos doentes.

No que respeita ao apoio informal, verificou-se que 93,3% das participantes beneficiavam do acompanhamento de familiares durante o período pós-operatório. A literatura destaca a importância do suporte familiar na adaptação ao processo de recuperação e na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, contribuindo para uma maior segurança e apoio durante o processo de reabilitação (Sun et al., 2024).

Em síntese, a amostra caracteriza-se por um grupo de pessoas idosas, do sexo feminino, com baixos níveis de escolaridade e com suporte familiar no domicílio. Estas características permitem contextualizar os resultados obtidos e compreender melhor as necessidades e experiências dos participantes durante o processo de recuperação e transição para o domicílio.

2.1.6.2. Dos dados aos resultados

De seguida, serão apresentados os resultados, organizados numa matriz de análise constituída por áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo (Apêndice IV),

Para facilitar a apresentação, análise e discussão dos resultados, optou-se por fazê-lo por áreas temáticas recorrendo a quadro síntese, culminando com uma síntese dos principais achados.

Quadro 2 – Matriz de análise síntese

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Conhecimentos sobre a sua situação de saúde	Demonstra	Complicações
		Exercícios
		Precauções de segurança
	Não demonstra	
Realização das AVD	Dificuldades sentidas	
	Apoio do cuidador	
Execução do plano de exercícios	Cumprimento do plano prescrito	
	Estratégias utilizadas	
Sentimentos	Relacionados com a alta	Receio

vivenciados		Satisfação
		Confiança
		Ansiedade
	Relacionados com o programa de reabilitação no internamento	Satisfação
		Segurança
Sugestões	Programa de reabilitação mais intensivo durante o internamento	
	Ensino à família/cuidador	
	Acompanhamento pós-alta	
	Material de apoio	

Na análise dos dados emergiram cinco áreas temáticas, conhecimentos sobre a sua situação de saúde, realização das AVD, execução do plano de exercícios, sentimentos vivenciados e sugestões, assim como as respetivas categorias e subcategorias (quadro 2).

Relativamente ao conhecimento sobre a sua situação de saúde, observou-se que alguns participantes demonstraram compreender a sua condição clínica e o processo de recuperação, enquanto outros revelaram dificuldades na identificação de aspetos relacionados com a sua situação de saúde.

Quadro 3 – Área temática: conhecimentos sobre a sua situação de saúde

Categoria	Subcategoria
Demonstra	Complicações
	Exercícios
	Precauções de segurança
Não demonstra	

- **Categoria: Demonstra**

Relativamente à categoria "Demonstra", os participantes evidenciaram conhecimentos acerca da sua situação de saúde, destacando-se referências às complicações cirúrgicas, aos exercícios recomendados para a continuidade da reabilitação e às precauções de segurança necessárias para prevenir complicações e promover uma recuperação segura.

- Subcategoria: Complicações

A análise dos discursos evidencia que a maioria dos participantes demonstra conhecimento sobre as possíveis complicações associadas à ATA ou ATJ, revelando capacidade para identificar riscos clínicos e sinais de alerta no período pós-operatório. Entre as complicações mais frequentemente referidas surgem a infeção, a rigidez articular, a rejeição ou deslocamento da prótese, a dor e a limitação funcional.

Alguns participantes associam a cirurgia à possibilidade de rigidez e infeção, referindo igualmente comportamentos preventivos, como a mobilização e a utilização de auxiliares de marcha, conforme expresso por E1: *"Só sei que pode ficar duro, rígido e haver infeção (…) devemos fazer os exercícios e andar muito para não ficar rígido, mas também temos de andar com o andarilho ou canadianas (…)"*. Este excerto evidencia a articulação entre conhecimento das complicações e adoção de medidas preventivas, o que está em consonância com a literatura recente que aponta que intervenções educativas estruturadas ajudam os pacientes a compreenderem os riscos e a adotarem cuidados adequados, melhorando a segurança e a recuperação funcional no pós-alta (Kim & Kim, 2022; Zhao et al., 2025).

Outros participantes demonstram conhecimento sobre complicações mais específicas, como a rejeição da prótese e a limitação funcional permanente, referindo que *"As complicações que podem surgir com a prótese é o corpo renegar ou infetar."* (E3) e que *"(…) sabemos que pode haver uma rejeição da prótese e que o movimento do joelho nunca mais vai ficar igual (…)"* (E5). Estes discursos estão em consonância com estudos recentes que indicam que, embora a artroplastia proporcione ganhos significativos, existe risco de complicações mecânicas e infeciosas, especialmente em populações idosas (Kim & Kim, 2022; Zhao et al., 2025).

A vigilância de sinais de alerta é amplamente referida pelos participantes, destacando-se a atenção à ferida cirúrgica e à temperatura corporal. E6 refere: *"Os enfermeiros disseram-me para ver o penso, se passasse sangue tinha de vir à urgência e se ficasse muito vermelho ou com febre."*, enquanto E7 acrescenta: *"Tenho cuidado de ver a cicatriz todos os dias e controlo a temperatura (…)"*. De forma semelhante, E9 e E10 reforçam a necessidade de procurar ajuda perante febre, dor diferente ou alterações locais da ferida. Estes excertos evidenciam a interiorização de comportamentos de vigilância ativa, considerados essenciais para a deteção precoce de infeções e outras complicações pós-operatórias.

Importa salientar que os participantes atribuem este conhecimento, de forma consistente, ao ensino realizado durante o internamento, sobretudo pelos enfermeiros.

Tal é visível nos discursos de E2: *"No internamento os enfermeiros falaram da limitação dos movimentos, da rejeição da prótese e das dores."*, e de E12: *"As enfermeiras explicaram-me que pode haver infeção, deslocar a prótese ou até inflamar a ferida"*. Estes dados reforçam o papel central da enfermagem na educação para a saúde, sendo amplamente reconhecido na literatura que intervenções educativas estruturadas no período perioperatório melhoram o conhecimento do utente e reduzem o risco de complicações após a alta (Kim & Kim, 2022; Zhao et al., 2025).

Alguns participantes referem ainda a clareza das orientações recebidas, como ilustrado por E13 e E15: *"Isso disseram bem."*, o que sugere satisfação com a informação transmitida e confiança nos cuidados recebidos. Contudo, E8 revela uma perceção mais ambígua sobre as complicações, associando-as ao tipo de prótese e à inevitabilidade de alguns resultados adversos, o que pode refletir crenças pessoais ou informação informal.

Em síntese, a análise desta subcategoria demonstra que os participantes possuem conhecimentos relevantes sobre as complicações associadas à sua situação de saúde, maioritariamente adquiridos através do ensino prestado durante o internamento. Estes resultados são congruentes com a evidência científica mais recente, que destaca a educação em saúde como elemento essencial para a segurança do utente, prevenção de complicações e promoção da autonomia após artroplastia da anca ou do joelho (Kim & Kim, 2022; Sun et al., 2024; Zhao et al., 2025).

- Subcategoria: Exercícios

A análise permite constatar que os participantes demonstram compreensão e execução dos exercícios recomendados após a ATA ou ATJ, evidenciando a aplicação prática do ensino recebido durante o internamento. Entre as ações mais citadas estão: *dobra*r e *esticar* o joelho, *levantar e baixar* a perna, movimentos de pés, subir e descer escadas, bem como utilização de gelo e pausas para relaxamento.

Alguns excertos ilustram esta adesão:

- E1: *"Faltará algum, mas no geral faço e tenho feito sozinha também pego na toalha como me disse, (…) vou puxando a perna, vou ali para as grades fazer os exercícios e também desço as escadas e subo."*
- E2: *"Eu faco todos os do papel e os outros que me ensinaram 2x dia."*
- E6: *"Faço o que me ensinaram no hospital, dentro do que consigo: levantar e sentar com cuidado, mexer a perna para não ficar rígida, dobrar e esticar o joelho, e*

tentar andar um bocadinho todos os dias. Às vezes ainda sinto dor e canso-me depressa, mas procuro fazer o possível para recuperar a força e a confiança."

- E12: *"Sei alguns, sim. As enfermeiras ensinaram-me no hospital. Faço o que consigo: levantar e baixar a perna, esticar o joelho, mexer os pés e respirar fundo para relaxar. Às vezes a cuidadora ajuda-me a contar as repetições."*

Alguns participantes mencionam apoio familiar ou da cuidadora, indicando que a supervisão auxilia na execução correta e na adesão ao plano de exercícios (E4, E12). Outros destacam a adaptação aos limites individuais, como sentir dor ou cansaço, ajustando a intensidade ou frequência dos movimentos (E3, E5, E6). Este comportamento pode evidenciar consciência do próprio corpo e aplicação de estratégias de segurança.

A literatura recente confirma que a adesão aos exercícios prescritos no pós-operatório está associada a melhores desfechos funcionais e redução do risco de rigidez e complicações (Kim & Kim, 2022; Sun et al., 2024; Zhao et al., 2025). Além disso, estudos destacam que a educação pré e pós-operatória, bem como a supervisão por cuidadores, melhora a execução correta dos exercícios e a recuperação funcional, especialmente em idosos (Kim & Kim, 2022).

Em síntese, a análise demonstra que os participantes possuem conhecimento prático e efetivo sobre os exercícios, aplicando-os de forma autónoma ou com apoio, e incorporando estratégias para segurança e conforto. Estes resultados confirmam a importância da educação estruturada e do acompanhamento familiar na promoção da adesão e eficácia do programa de reabilitação pós-artroplastia**.**

- <u>Subcategoria: Precauções de segurança</u>

A maioria das participantes demonstra conhecimentos consistentes acerca das precauções de segurança a adotar após a ATA ou ATJ, com especial enfoque na prevenção de quedas, reconhecida como uma das principais complicações no período pós-operatório.

De forma transversal às entrevistas, o risco de queda surge como a principal preocupação, expresso de forma clara em afirmações como: *"Não cair."* (E1), *"O principal cuidado é para não cair, porque isso poderia trazer complicações sérias."* (E4) ou *"Falávamos sobre o risco de cair."* (E6). Esta perceção vai ao encontro da evidência científica, que identifica as quedas como um evento frequente após a ATA ou ATJ, sobretudo em idosos, associando-as a défices de equilíbrio, dor, fraqueza muscular e

medo de cair (Chen et al., 2019; Lo et al., 2019).

As participantes descrevem a adoção de estratégias concretas de adaptação do domicílio, nomeadamente a remoção de tapetes e obstáculos, conforme ilustram os seguintes testemunhos: “Em casa tirei os tapetes todos” (E1), “Tirei os tapetes e as carpetes” (E3), “O chão está livre, sem tapetes” (E10) e “Deixaram tudo mais livre, sem tapetes nem móveis no caminho” (E12). Estas medidas são amplamente recomendadas na literatura como intervenções eficazes na redução do risco de quedas no contexto pós-artroplastia (Chen et al., 2019; Lo et al., 2019).

O uso de ajudas técnicas é igualmente valorizado nos discursos, destacando-se o recurso a andarilho ou canadianas *“(…) ando sempre com as canadianas”* (E8); *“Ando sempre com o andarilho.”* (E13) e a dispositivos de apoio, como o alteador de sanita *“(…) comprei aquilo para a sanita para ficar mais alto.”* (E1); *“Uso o alteador de sanita (…)”* (E14). Estas estratégias estão alinhadas com as recomendações clínicas que apontam o uso adequado de ajudas técnicas como fundamental para promover a segurança, a autonomia e a confiança na mobilidade após ATA ou ATJ (Lo et al., 2019).

O calçado seguro e antiderrapante surge também de forma recorrente, sendo referido como uma medida preventiva essencial: *“(…) uso sempre os sapatinhos fechados para não escorregar.”* (E11), *“(…) uso calçado fechado e antiderrapante.”* (E12). A literatura confirma que o tipo de calçado influencia significativamente o risco de queda em pessoas submetidas a artroplastia, sendo o calçado fechado e estável um fator protetor relevante (Chen et al., 2019).

Para além das medidas ambientais e técnicas, alguns discursos revelam conhecimento sobre precauções específicas associadas à cirurgia, particularmente na AA, como não cruzar as pernas, evitar flexões excessivas e respeitar técnicas corretas de transferência *“(…) disseram-me para não cruzar as pernas, não dobrar demasiado a anca e sair sempre da cama pelo lado bom (…)”* (E7, E9). Estas orientações são consistentes com a prática clínica e com a literatura de enfermagem de reabilitação, que sublinha a importância do ensino estruturado para prevenir luxações e outras complicações mecânicas no pós-operatório.

O apoio familiar e do cuidador é igualmente valorizado como fator de segurança, estando presente em vários relatos: *“(…) tenho o marido sempre atrás de mim”* [quando se referia à prevenção de quedas] (E2), *“(…) se sinto que não estou firme, chamo o meu marido ou a minha filha.”* [no contexto da prevenção de quedas] (E7), *“Nunca ando sozinha — elas acompanham-me sempre (…)”* (E12). A evidência científica reforça que o acompanhamento próximo por cuidadores reduz o risco de quedas, promove a adesão

às recomendações e aumenta a sensação de segurança no regresso ao domicílio (Chen et al., 2019)

A literatura de enfermagem de reabilitação em contexto nacional reforça igualmente a importância das precauções de segurança no período pós-artroplastia. Lourenço et al., (2021) sublinha que a prevenção de quedas após cirurgia ortopédica major envolve intervenções educativas sistemáticas, adaptação do ambiente domiciliário, uso de ajudas técnicas adequadas e envolvimento do cuidador no processo de reabilitação, enquanto estratégias fundamentais para minimizar riscos e promover a autonomia da pessoa submetida a artroplastia (Lourenço et al., 2021).Estas recomendações estão em consonância com os discursos das participantes, que evidenciam a aplicação prática das orientações recebidas no internamento e no regresso ao domicílio.

Em síntese, os discursos demonstram que as participantes apresentam conhecimento adequado e aplicado sobre as precauções de segurança após a artroplastia, traduzido na modificação do ambiente domiciliário, utilização de ajudas técnicas, adoção de calçado apropriado, cumprimento das restrições de movimento e procura de apoio familiar. Estes resultados são coerentes com a literatura científica, que destaca a educação para a segurança como um elemento central na prevenção de quedas e na promoção de uma recuperação funcional segura após a ATA ou ATJ (Chen et al., 2019; Lo et al., 2019). Neste grupo de participantes, estes conhecimentos parecem estar incorporados nas estratégias utilizadas para gerir o período de recuperação no domicílio.

- **Categoria: Não demonstra**

Foi possível verificar que uma parte das participantes não demonstra conhecimentos suficientes sobre a sua situação de saúde, particularmente no que se refere às complicações associadas à cirurgia e às precauções a adotar no período pós-operatório. Esta lacuna é expressa de forma clara em alguns relatos, como em E2: *"Tive internada cinco dias e lá falaram-me que tivesse cuidado para não cair, que não fizesse muito esforço na perna e de resto não me explicaram mais nada"*. De forma ainda mais evidente, E4 e E14 referem explicitamente ausência de informação: *"Nunca me explicaram."* (E4) e *"Não falaram sobre isso."* (E14), após questionadas sobre os seus conhecimentos relativamente às complicações da cirurgia.

Estes discursos revelam uma perceção limitada da informação recebida, sugerindo falhas no processo de ensino-aprendizagem durante o internamento ou dificuldades na compreensão e retenção das orientações fornecidas. A literatura aponta que a ausência

ou insuficiência de informação estruturada no período perioperatório pode comprometer a segurança do doente, aumentar o risco de complicações e dificultar a adaptação ao autocuidado no domicílio, sobretudo em pessoas idosas (Chen et al., 2019).

Estudos sobre ATA ou ATJ demonstram que, o défice de conhecimento está associado a maior risco de comportamentos inseguros, menor adesão às recomendações de reabilitação e aumento da probabilidade de quedas e eventos adversos após a alta (Lo et al., 2019). Neste sentido, a inexistência de informação percebida pelas participantes pode traduzir-se numa vulnerabilidade acrescida no processo de recuperação funcional.

No contexto da enfermagem de reabilitação, Lourenço et al., (2021) reforça que o ensino ao utente deve ser sistemático, individualizado e repetido, atendendo às características da pessoa, como idade, literacia em saúde e estado emocional. A ausência de conhecimento demonstrada por algumas participantes poderá refletir não apenas a falta de transmissão de informação, mas também a necessidade de estratégias pedagógicas mais adequadas, que promovam a compreensão efetiva e a capacidade de aplicação dos conhecimentos no quotidiano.

Assim, os resultados desta categoria evidenciam que, apesar da maioria das participantes demonstrar conhecimentos adequados, subsiste um grupo que não evidencia compreensão suficiente sobre a sua situação de saúde e potenciais complicações, reforçando a necessidade de consolidar o papel do EEER na preparação para a alta, através de estratégias educativas individualizadas e da continuidade dos cuidados após o regresso ao domicílio.

Quadro 4 – Área temática: Realização das AVD

Área temática	Categoria
Realização das AVD	Dificuldades sentidas
	Apoio do cuidador

A análise dos discursos permitiu identificar que, durante o período pós-operatório, os participantes experienciaram dificuldades na realização de algumas AVD, recorrendo frequentemente ao apoio do cuidador para ultrapassar as limitações decorrentes da cirurgia.

- **Categoria: Dificuldades sentidas**

Os participantes evidenciam que, no período pós-operatório, experienciam dificuldades significativas na realização das AVD, sobretudo nas tarefas que implicam transferências, mobilidade funcional e autocuidado, como deitar-se e levantar-se da cama, higiene pessoal, subir e descer escadas e entrada e saída do automóvel.

Estas dificuldades são expressas de forma clara nos relatos, destacando-se limitações funcionais associadas à dor, à fraqueza muscular e ao receio de movimentos inadequados. A dificuldade nas transferências é particularmente salientada, como se observa nos excertos: *"A maior dificuldade é o deitar-me, custa-me muito deitar na cama e levantar (…).*" (E1) e "*O mais difícil é mesmo levantar-me e deitar-me. A perna ainda pesa e tenho medo de me magoar.*" (E12).

A literatura científica corrobora estes achados. Singh e Lewallen (2013) demonstram que, embora a artroplastia conduza a melhorias clinicamente significativas na dor e na função, as AVD são das últimas dimensões funcionais a recuperar, sendo frequentes limitações nas primeiras semanas após a cirurgia. De forma consistente, a revisão sistemática sobre fatores prognósticos da recuperação funcional em regime de internamento indica que a idade avançada, a diminuição da força muscular e a dor pós-operatória condicionam negativamente a execução das AVD após ATA ou ATJ (Hewlett-Smith et al., 2020).

As dificuldades na realização das AVD estendem-se também às atividades domésticas, como limpar ou cozinhar, evidenciando um impacto relevante na autonomia, como é referido" *Ainda não consigo fazer as tarefas de casa, como limpar ou cozinhar."* (E3).

Do ponto de vista conceptual, estas vivências enquadram-se na teoria das transições de Meleis, uma vez que a cirurgia e o período pós-operatório constituem uma transição saúde–doença marcada por vulnerabilidade, perda temporária de autonomia e necessidade de adaptação a novas condições funcionais. As dificuldades nas AVD representam indicadores de uma transição ainda não estabilizada, exigindo intervenções de enfermagem orientadas para o reforço da competência funcional e da autoconfiança (Meleis, 2010).

Neste contexto, Lourenço et al., (2021) sublinha que a limitação na realização das AVD após cirurgia ortopédica major é expectável, devendo ser alvo de intervenções estruturadas de enfermagem de reabilitação, centradas no treino funcional, na adaptação do ambiente e no envolvimento do cuidador. A dependência parcial observada nos discursos não traduz incapacidade definitiva, mas sim uma fase transitória do processo de recuperação, que pode ser otimizada através de programas

de reabilitação individualizados e de educação terapêutica contínua.

Em síntese, os resultados evidenciam que as participantes apresentam dificuldades relevantes na realização das AVD no pós-operatório imediato, sobretudo nas transferências e no autocuidado, em consonância com a evidência científica. Estas dificuldades reforçam a importância do acompanhamento especializado em enfermagem de reabilitação, da inclusão do cuidador e da monitorização da transição para a autonomia funcional.

- **Categoria: Apoio de cuidador**

A análise dos discursos evidencia que o apoio do cuidador constitui um elemento central no período pós-operatório, assumindo um papel determinante na realização das AVD e na garantia de segurança das participantes. A maioria das participantes refere recorrer a cuidadores informais, sobretudo familiares próximos, para apoio nas tarefas de autocuidado, mobilidade e organização do quotidiano.

O apoio é particularmente evidente nas atividades que implicam maior exigência física e risco de queda, como o banho, o vestir e as transferências. Várias participantes relatam dependência parcial nestas tarefas, como se observa "*Para tomar banho é preciso uma ajudinha eu não consigo sozinha"* (E2), ou em "*Desde que vim para casa, quem tem ajudado é a minha filha; ajuda no banho, refeições e apoio para sair da cama."* (E15). Estes excertos demonstram que, apesar de algumas capacidades preservadas, o cuidador é essencial para compensar limitações funcionais temporárias.

Em alguns casos, o apoio do cuidador surge associado à reorganização do contexto de vida, com alterações do local de residência para garantir maior segurança, como referido por E6: "(…) *saí da minha casa e vim para a casa da minha filha, porque em casa não tinha condições para estar sozinha (…) assim é mais seguro estar sempre alguém em casa".* Este dado evidencia a importância do cuidador não apenas na execução das AVD, mas também na gestão do ambiente e na prevenção de riscos.

Por outro lado, os discursos revelam situações de ausência ou insuficiência de apoio familiar, levando à procura de respostas formais, como o centro de dia, tal como expresso por E3: *"Vivo com o meu marido que não ajuda nada por isso vou para o centro de dia (…) as auxiliares ajudam-me a tomar banho e a vestir-me (…)"*. Este excerto evidencia a vulnerabilidade acrescida quando o suporte informal é limitado, reforçando a necessidade de articulação entre cuidados formais e informais.

A literatura corrobora estes resultados. Martins et al. (2022) demonstram que os

cuidadores familiares assumem um papel fundamental após a alta hospitalar, sendo frequentemente responsáveis pela continuidade dos cuidados, pela supervisão das AVD e pela prevenção de complicações. Os autores sublinham que o apoio do cuidador é decisivo para a adaptação à nova condição funcional e para a segurança no domicílio, sobretudo em pessoas idosas submetidas a cirurgia.

Do ponto de vista conceptual, estas vivências enquadram-se na teoria das transições de Meleis, na medida em que o período pós-operatório constitui uma transição saúde–doença marcada por dependência temporária e necessidade de suporte. O cuidador emerge como uma condição facilitadora da transição, contribuindo para a redução da vulnerabilidade e para o desenvolvimento progressivo da autonomia (Meleis, 2010).

No âmbito da enfermagem de reabilitação, Lourenço et al., (2021) refere que o envolvimento do cuidador é essencial na reeducação funcional e na adaptação às limitações temporárias, devendo este ser integrado no plano de cuidados desde o internamento. O apoio observado nos discursos não traduz incapacidade definitiva, mas sim uma fase transitória do processo de recuperação, passível de ser otimizada através de ensino, treino funcional e acompanhamento sistemático.

Em síntese, os resultados evidenciam que o apoio do cuidador é um recurso indispensável para a realização das AVD no pós-operatório, influenciando positivamente a segurança, a confiança e a recuperação funcional das participantes. Estes achados reforçam a importância de intervenções de enfermagem centradas na pessoa e no cuidador, promovendo uma transição mais segura e eficaz para o domicílio.

Quadro 5 – Área temática: Execução do plano de exercícios

Área temática	Categoria
Execução do plano de exercícios	Cumprimento do plano prescrito
	Estratégias utilizadas

Nesta área temática emergiram duas categorias: cumprimento do plano prescrito e estratégias utilizadas pelos participantes.

- **Categoria: Cumprimento do plano prescrito**

A análise dos discursos evidencia que as participantes assumem, de forma geral, a

execução do plano de exercícios prescrito no pós-operatório, embora com variações na frequência, intensidade e forma de realização, ajustadas às suas capacidades físicas e ao estádio de recuperação. A prática regular dos exercícios surge como elemento central no processo de reabilitação, sendo orientada por panfletos fornecidos no internamento e pela aprendizagem adquirida com os profissionais de saúde.

Algumas participantes referem uma elevada frequência diária, cumprindo rigorosamente as orientações recebidas, como se observa no discurso de E1: "*Desde que vim para casa faço os exercícios do papel 4 vezes por dia, cada um 10 vezes*", ou de E15: *"Faço três vezes por dia, e cada exercício faço 18 vezes*". Outras optam por uma execução mais gradual, respeitando os seus limites, como descreve E8: *"Faço os exercícios 15 vezes, ainda não passei para 20, mas vou devagarinho*".

Apesar da adesão global ao plano de exercícios, surgem limitações associadas à fadiga, dor e receio de provocar lesão, sobretudo nos movimentos de maior exigência funcional. Tal é ilustrado por E10: *"Faço uma ou duas vezes por dia, conforme consigo. O que me custa mais é dobrar o joelho (…) fico com medo de magoar*", e por E12: "*Faço aos poucos, porque fico cansada depressa (…)*". Ainda assim, mesmo perante estas dificuldades, mantém-se a intenção de continuidade, traduzida no esforço diário para evitar a imobilidade.

A literatura sustenta que a execução consistente dos exercícios após artroplastia é determinante para a recuperação funcional, melhoria da mobilidade e prevenção de rigidez articular, sendo expectável que os doentes ajustem a intensidade e a frequência de acordo com a dor e a tolerância ao esforço (Singh & Lewallen, 2013; Hewlett-Smith et al., 2020). O reforço educativo e o acompanhamento contínuo são apontados como fatores promotores da adesão e da segurança na execução.

À luz da teoria das transições de Meleis, a prática regular dos exercícios constitui um indicador de envolvimento ativo na transição saúde–doença, refletindo processos de aprendizagem, adaptação e desenvolvimento de autoeficácia. A capacidade de ajustar o plano às limitações individuais demonstra uma transição em curso, ainda instável, mas orientada para a recuperação da autonomia funcional (Meleis, 2010).

Neste contexto, a enfermagem de reabilitação assume um papel essencial ao apoiar a pessoa na consolidação de competências motoras, na gestão da dor e do medo e na promoção de comportamentos terapêuticos seguros. A execução do plano de exercícios, tal como evidenciado nos discursos, traduz-se não apenas numa intervenção física, mas num processo ativo de reconstrução da funcionalidade e da confiança (Lourenço et al., 2021).

- **Categoria: Estratégias utilizadas**

As estratégias utilizadas pelos participantes na execução do plano de exercícios evidenciam um envolvimento ativo no processo de reabilitação e a adaptação às suas capacidades funcionais e ao contexto domiciliário. O recurso a apoios do ambiente doméstico surge como uma estratégia frequente para garantir segurança e estabilidade durante os exercícios, como referido: *"(…) faço agarrada ao fogão (…) agarrada na grade das escadas (…)"* (E2), e por *"(…) uso a banca da cozinha para fazer os exercícios em pé (…)."* E11. Paralelamente, observa-se a valorização do movimento contínuo no quotidiano, mesmo em períodos de repouso, conforme expresso por E9: *"(…) tento manter-me sempre em movimento, mesmo quando estou sentada"*. Apesar da presença de limitações, como o cansaço, os participantes revelam estratégias de adaptação progressiva, procurando manter a atividade diária, tal como referido *"Faço aos poucos, porque fico cansada depressa, mas tento mexer-me todos os dias para não ficar parada."* (E12).

Estes resultados reforçam a relevância do papel do EEER, enquanto facilitador da execução segura e eficaz do plano de exercícios, através do ensino, supervisão e adequação das intervenções às necessidades individuais. A literatura evidencia que a orientação especializada do EEER promove maior adesão ao exercício terapêutico, reduz o risco de complicações e contribui para melhores resultados funcionais em pessoas submetidas a artroplastia da anca e do joelho (Lourenço et al., 2021; Bakaa et al., 2022; Moseng et al., 2024). Ao capacitar a pessoa para integrar o exercício no seu quotidiano, o EEER potência a autonomia e a autogestão da recuperação, enquadrando-se no processo de transição saúde–doença descrito por Meleis (2010).

Quadro 6 – Área temática: Sentimentos vivenciados

Área temática	**Categoria**	Subcategoria
Sentimentos vivenciados	Relacionados com a alta	Receio
		Satisfação
		Confiança
		Ansiedade
	Relacionados com o programa de reabilitação no internamento	Satisfação
		Segurança

As participantes, identifica-se a vivência de sentimentos, uns relacionados com a alta e outros com o programa de reabilitação a que foram submetidos durante o internamento.

- **Categoria: Relacionados com a alta**

Os discursos das participantes evidenciam que a alta hospitalar após ATA ou ATJ é vivenciada como um momento emocionalmente complexo, marcado por sentimentos ambivalentes que oscilam entre receio, satisfação, confiança e ansiedade.

  - Subcategoria: Receio

O receio surge como o sentimento mais transversal, particularmente associado à perceção de perda da segurança proporcionada pelo contexto hospitalar e à antecipação das exigências do regresso a casa.

Várias participantes expressam insegurança face à alta, manifestando a perceção de necessidade de mais tempo de internamento e de treino funcional *"Sim, não estava confiante para vir para casa achei o que precisava de mais tempo, de mais um bocadinho de treino lá no hospital."* (E1) e *"(…) pensei que precisava de mais apoio e tempo de treino."* (E15). O receio é ainda intensificado nas situações de ausência ou fragilidade do suporte familiar, como referido por E3: *"(…) fiquei com receio de ir para casa (…) não tinha ninguém que me pudesse ajudar, e isso deixou-me muito preocupada"*, e ainda *"(…) fiquei com receio, pois estou sozinha em casa."* (E11). Estes relatos evidenciam que o sentimento de insegurança está fortemente associado à perceção de isolamento e à responsabilidade acrescida na gestão do autocuidado.

A literatura confirma que, nas primeiras semanas após a alta em programas de recuperação acelerada, os doentes frequentemente experienciam medo, insegurança e dúvidas quanto à sua capacidade para gerir as exigências do quotidiano em casa, apesar de clinicamente aptos para a alta (Specht et al., 2018; Høvik et al., 2018). A transição do ambiente protegido do hospital para o domicílio é descrita como um período crítico, em que os utentes sentem maior vulnerabilidade, tal como referido por E10: *"(…) fiquei com medo de vir demasiado cedo."* sobretudo quando persistem dor, limitação funcional ou sintomas como febre.

  - Subcategoria: satisfação

Paralelamente, emergem sentimentos de satisfação e alívio, sobretudo associados à

perceção de recuperação progressiva e ao desejo de regressar ao ambiente familiar. Algumas participantes referem sentir-se satisfeitas com os cuidados recebidos preparadas para a alta: *"(…) o acompanhamento que nós tivemos no hospital foi suficiente (…) já sabia os exercícios que tinha de fazer (…)."* (E2), ou ainda *"(…) fiquei contente por poder regressar a casa."* (E5). Estes discursos estão alinhados com a evidência de que uma preparação adequada para a alta, com ensino estruturado e informação clara, contribui para uma experiência mais positiva no regresso ao domicílio (Husted, 2012; Wainwright et al., 2020).

- Subcategoria: confiança

A confiança surge sobretudo nos relatos em que existe apoio familiar consistente ou perceção de evolução favorável da recuperação. Participantes que contam com a presença do cônjuge ou de outros familiares referem sentir-se mais tranquilas e seguras: *"(…) não tive grande receio porque me sentia apoiada pelo marido."* (E2); *"(…) estava mais confiante porque o marido estava presente (…)"* (E7). A confiança é igualmente associada à capacidade de executar exercícios e atividades básicas, como expresso por E13: *"(…) faço os exercícios, caminho com o andarilho e sinto-me segura."*. Estes achados corroboram estudos que sublinham o papel central do suporte familiar e da autoeficácia na vivência emocional positiva após a alta (Specht et al., 2018; Høvik et al., 2018). Deste modo, a confiança parece emergir como um importante facilitador da adaptação ao período pós-alta, favorecendo uma vivência mais positiva do processo de reabilitação e do regresso ao domicílio.

- Subcategoria: ansiedade

Por outro lado, alguns discursos revelam ansiedade, relacionada sobretudo com a perda temporária de autonomia e a dependência de terceiros: *"custa muito não poder fazer as coisas sozinha (…) isso mexe comigo"* (E12) e *"tinha medo que as coisas em casa não corressem bem"* (E3). Este sentimento traduz o impacto emocional da transição saúde–doença e da alteração do papel funcional, aspetos amplamente descritos na literatura como fontes de sofrimento psicológico no pós-operatório ortopédico (Specht et al., 2018).

À luz da teoria das transições de Meleis, estes sentimentos refletem uma transição situacional e de saúde marcada por instabilidade emocional, incerteza e necessidade de adaptação. O receio e a ansiedade podem ser entendidos como indicadores de uma transição ainda não consolidada, enquanto a satisfação e a confiança traduzem sinais

de adaptação progressiva e integração da nova condição funcional. Neste contexto, a intervenção dos profissionais de saúde, particularmente na preparação para a alta e no acompanhamento pós-alta, assume um papel fundamental na promoção de uma transição mais segura e bem-sucedida (Meleis et al., 2010; Wainwright et al., 2020).

Em síntese, os discursos evidenciam que a alta pós-cirúrgica é vivenciada de forma heterogénea, coexistindo sentimentos de receio, satisfação, confiança e ansiedade. Estes resultados reforçam a importância de estratégias de preparação individualizada para a alta, do envolvimento da família e da continuidade de cuidados, de modo a minimizar a vulnerabilidade emocional e favorecer uma adaptação positiva no regresso a casa após ATA ou ATJ.

- **Categoria: Relacionados com o programa de reabilitação no internamento**

Os discursos das participantes evidenciam que o programa de reabilitação desenvolvido durante o internamento foi, na generalidade, percecionado de forma positiva, sendo considerado importante para a aprendizagem das competências necessárias ao regresso ao domicílio.

  - Subcategoria Satisfação

A satisfação manifestada relaciona-se com a qualidade dos ensinos, a clareza das explicações fornecidas e a oportunidade de treinar atividades funcionais essenciais para a recuperação.

Várias participantes referem que o acompanhamento das enfermeiras de reabilitação facilitou a aprendizagem dos exercícios e das atividades necessárias para a promoção da autonomia. A aprendizagem do entrar e sair da cama, da marcha com apoio, da subida e descida de escadas e dos exercícios específicos para o joelho ou anca é descrita como um processo gradual e estruturado: "*Durante o internamento consegui treinar o entrar e sair da cama algumas vezes, claro, mas eu treinei com as enfermeiras e com elas tudo é mais fácil. Também treinei os exercícios todos ao joelho era duro."* (E1); *"No internamento treinamos muito fizemos aquele plano das enfermeiras e eu percebi bem."* (E2); "*Durante o internamento treinei esses movimentos com as enfermeiras. Eles iam-me ensinando passo a passo como devia fazer (…)."* (E5).

A satisfação com os cuidados prestados está também associada à forma como os ensinos foram transmitidos e à disponibilidade demonstrada pelas enfermeiras de reabilitação. As participantes valorizam a clareza das explicações e a orientação

individualizada recebida durante o internamento: *"Eu nunca tinha feito uma operação destas, mas a vossa explicação foi muito boa."* (E2); *"Elas iam-me orientando com paciência, mostravam como devia mexer a perna e faziam comigo os exercícios devagarinho."* (E6); *"As enfermeiras de reabilitação ensinaram-me como devia levantar-me da cama, virar-me para o lado bom e apoiar a perna que não foi operada. Também me mostraram como entrar e sair do carro, subir e descer escadas e fazer os exercícios de reforço."* (E9).

Outras participantes destacam a aprendizagem de competências específicas e a supervisão recebida ao longo do internamento: "*Sim, treinei com as enfermeiras de reabilitação. Fizeram comigo alguns exercícios e ensinaram-me a subir e descer escadas*." (E10); *"Sim, treinei dois dias com as enfermeiras de reabilitação. Achei suficiente para perceber os exercícios, embora mais repetição ajudasse a fixar melhor*." (E11); "Durante o internamento tive supervisão diária, consegui aprender a entrar e sair da cama." (E14). Também E12 valoriza os ensinos recebidos ao referir: *"Ensinavam-me a virar devagar, a levantar-me pelo lado bom e a apoiar a perna que não foi operada. Também me mostraram como sentar e levantar da cama e como dar os primeiros passos com o andarilho. eu fazia o que podia, mas com muito esforço*." (E12).

Este testemunho sugere que, embora o programa seja globalmente valorizado, a consolidação dos conhecimentos e competências poderá exigir um reforço dos ensinos e acompanhamento após a alta.

A literatura sustenta estes achados. Monteiro et al. (2021) referem que a satisfação dos doentes submetidos a artroplastia está fortemente relacionada com o acompanhamento profissional durante a reabilitação, com destaque para a disponibilidade, orientação prática e apoio emocional prestados pelas equipas. De igual modo, Konnyu et al. (2023) evidenciam que programas de reabilitação estruturados e iniciados precocemente em contexto de internamento contribuem para melhores resultados funcionais e para uma experiência mais positiva do processo de recuperação.

Em síntese, os resultados evidenciam elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação recebidos durante o internamento, destacando-se a qualidade dos ensinos, a supervisão contínua e a aprendizagem de competências essenciais para a continuidade da recuperação no domicílio.

- <u>Subcategoria Segurança</u>

Os discursos das participantes evidenciam sentimentos de segurança associados ao

acompanhamento prestado pelas enfermeiras de reabilitação durante o internamento. A presença constante dos profissionais, a ajuda prestada na realização das atividades e o incentivo contínuo contribuíram para reduzir receios, aumentar a confiança e promover uma maior sensação de proteção durante o processo de recuperação.

Algumas participantes referem que, perante as limitações físicas e a dificuldade inicial em realizar atividades de forma autónoma, o apoio das enfermeiras foi determinante para se sentirem mais seguras: "*No hospital tive sempre ajuda nunca consegui fazer as coisas sozinha, mas sempre me incentivaram a fazer as coisas, mas eu não conseguia."* (E3); *"Treinei com as enfermeiras, elas iam-me orientando e apoiando nos movimentos básicos."* (E7); *"Treinei movimentos, entrei e saí da cama com a ajuda das enfermeiras, senti-me apoiada."* (E13).

A segurança surge igualmente associada ao aumento progressivo da confiança para executar exercícios e atividades funcionais. As participantes descrevem uma evolução gradual das suas capacidades, favorecida pelo acompanhamento próximo dos profissionais: "*No início custava um bocadinho, mas com a ajuda deles fui ganhando mais confiança e já conseguia fazer."* (E5); *"Sim, durante o internamento treinei bastante. No início custava, mas fui melhorando e ganhando confiança."* (E9).

Em alguns discursos, a segurança encontra-se relacionada com a redução do medo de cair e com a presença de apoio durante a mobilização. E6 refere: *"Sim, treinei, mas ao início foi muito difícil. Tinha muitas dores e sentia-me com pouco equilíbrio, por isso precisava sempre da ajuda das enfermeiras (…). Só mais tarde consegui subir e descer alguns degraus, mas sempre com apoio. Foi um processo lento, mas com o tempo fui melhorando um pouco."* (E6). De forma semelhante, outra participante relata: *"Comecei por tentar levantar-me da cama e dar uns passos com o andarilho. Só mais tarde consegui subir e descer alguns degraus, mas sempre com apoio. Foi um processo lento, mas com o tempo fui melhorando um pouco."* (E8). Também E12 evidencia este sentimento ao afirmar: *"Sim, treinei, mas confesso que custou muito. Tinha dores e medo de cair. As enfermeiras de reabilitação foram muito pacientes comig*o.".

Por último, algumas participantes destacam o acompanhamento contínuo como um fator gerador de segurança, como demonstra o relato *"Todos os dias houve enfermeiro de reabilitação de manhã, senti-me acompanhada."* (E15).

Estes resultados são corroborados por Wang et al. (2023), que salientam a importância da continuidade do apoio e da orientação profissional na promoção da confiança, redução da insegurança e desenvolvimento da autonomia após a alta hospitalar. A presença de acompanhamento especializado durante o internamento parece constituir

um elemento fundamental para que a pessoa se sinta capaz de enfrentar os desafios associados ao processo de recuperação.

Em síntese, os discursos evidenciam que os sentimentos de segurança emergem da confiança desenvolvida ao longo do processo de reabilitação e do acompanhamento próximo das enfermeiras de reabilitação, contribuindo para uma adaptação mais positiva ao período pós-operatório e ao regresso ao domicílio.

Quadro 7 – Área temática: Sugestões

Área temática	Categoria
Sugestões	Programa de reabilitação mais intensivo durante o internamento
	Ensino à família/cuidador
	Acompanhamento pós-alta
	Material de apoio

Nos discursos dos participantes, emergiram algumas sugestões promotoras do processo de reabilitação no domicílio, realizarem um programa de reabilitação mais intensivo durante o internamento, ensino à família/ cuidador mais efetivo, acompanhamento pós-alta e adquirirem materiais de apoio.

- **Categoria: Programa de reabilitação mais intensivo durante o internamento**

Os discursos das participantes evidenciam, de forma consistente, a perceção de que o programa de reabilitação realizado durante o internamento, embora valorizado, foi insuficiente em termos de tempo, frequência e oportunidades de repetição dos exercícios. Esta perceção traduz-se na necessidade sentida de um acompanhamento e da realização de um programa de reabilitação mais intensivo por parte dos enfermeiros de reabilitação, de modo a consolidar aprendizagens, aumentar a confiança e preparar de forma mais eficaz a transição para o domicílio.

Várias participantes referem explicitamente a escassez de tempo dedicado à reabilitação durante o internamento, associando-a à limitação de recursos humanos: *"(…) só está uma enfermeira de reabilitação para todo o serviço, é muito pouco"* (E1). A

necessidade de mais sessões e maior disponibilidade profissional surge igualmente noutros relatos, como em E2: "*Gostava de ter tido mais tempo com as enfermeiras para repetir e consolidar os exercícios durante o internamento*", e em E4: *"Às vezes não dá para aprender tudo direito" e: "No hospital treinei um pouco, os exercícios, mas não aprendi tudo. Mostraram-me como levantar da cama, usar o andarilho e alguns cuidados para não cair, mas só fui percebendo algumas coisas depois que cheguei à casa."* (E4).

A repetição dos exercícios e o reforço das orientações são identificados como fatores fundamentais para a segurança e autonomia após a alta. Algumas participantes reconhecem os benefícios do treino realizado, mas sublinham que uma maior intensidade poderia ter melhorado a preparação para casa: "*O tempo que estiveram já ajudou muito, mas se fosse possível ficarem mais um pouco a ensinar, seria melhor*" (E5). Outros discursos reforçam a perceção de que o número reduzido de sessões limita a consolidação das aprendizagens, como refere E11: "*Embora mais repetição ajudasse a fixar melhor".*

A literatura científica sustenta claramente estes achados. Husted (2012) refere que, nos modelos de artroplastia acelerada, a intensidade e a precocidade da reabilitação são determinantes para a recuperação funcional e para a confiança do doente no pós-operatório. Contudo, o autor alerta que a redução do tempo de internamento exige programas estruturados e suficientemente intensivos, sob pena de comprometer a preparação para a alta.

De forma complementar, a revisão sistemática de Konnyu et al. (2023) demonstra que programas de reabilitação mais frequentes, supervisionados e com maior tempo de contacto profissional durante o internamento estão associados a melhores resultados funcionais, maior adesão ao exercício e maior perceção de segurança por parte dos doentes submetidos a ATJ. Os autores sublinham que a intensidade do treino e a supervisão especializada são componentes-chave para maximizar os ganhos funcionais precoces.

Também Wang et al. (2023) reforçam que a continuidade do acompanhamento e a perceção de apoio profissional influenciam positivamente a confiança e a autonomia após a alta, salientando que a insuficiência de treino durante o internamento pode aumentar a insegurança no regresso a casa.

Neste sentido, os discursos analisados refletem uma lacuna entre as necessidades percebidas pelas participantes e a intensidade do programa de reabilitação disponível durante o internamento. A solicitação por mais tempo de treino, maior frequência de sessões e acompanhamento também no período da tarde evidencia a importância de

programas de reabilitação mais intensivos e personalizados, especialmente numa população maioritariamente idosa e vulnerável.

Em síntese, os resultados indicam que, apesar da satisfação global com os cuidados recebidos, as participantes identificam claramente a necessidade de reforçar a intensidade e a disponibilidade do programa de reabilitação no internamento. Estes dados reforçam a importância do investimento em recursos humanos e na organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, de modo a promover uma transição mais segura, confiante e eficaz para o domicílio após artroplastia.

- **Categoria: Ensino à Família/Cuidador**

A análise dos discursos evidencia, de forma consistente, a perceção das participantes quanto à insuficiência do ensino dirigido à família e aos cuidadores no contexto do processo de reabilitação após artroplastia. As participantes reconhecem que o apoio familiar é determinante após a alta, mas salientam que este apoio deveria ser previamente preparado através de orientações claras e estruturadas.

Esta necessidade emerge de forma explícita em vários excertos, como se observa em E2: *"Acho que era bom fazer os ensinos a outra pessoa, ao marido, duas cabeças pensam melhor"*, e em E5: *"Também era bom explicarem mais às famílias, porque são eles que ajudam depois em casa"*. Os discursos refletem a consciência de que a família assume um papel central na continuidade dos cuidados, nomeadamente na supervisão dos exercícios, na mobilização segura e na prevenção de riscos no domicílio.

Algumas participantes reforçam que o ensino deveria ocorrer de forma antecipada e envolver diretamente o cuidador principal, como referido por E7: *"Seria útil se a família recebesse instruções sobre como ajudar com os exercícios e mobilização."* e por *"Seria importante que a filha ou outro familiar aprendessem os exercícios, ajudando a pessoa em casa."* (E15). Estes excertos evidenciam que o ensino centrado exclusivamente no doente é percecionado como insuficiente para garantir segurança e continuidade do plano de reabilitação após a alta.

A literatura científica sustenta estes achados. A revisão sistemática de Martins et al. (2022) demonstra que a ausência de orientações adequadas aos cuidadores familiares no momento da alta hospitalar está associada a maiores dificuldades no domicílio, insegurança na prestação de cuidados e risco acrescido de complicações. Os autores reforçam que o ensino ao cuidador deve ser estruturado, prático e adaptado às necessidades do doente, constituindo um elemento essencial da transição hospital–

domicílio.

No âmbito da ER, Lourenço et al., (2021) sublinha que o ensino à família e ao cuidador é uma intervenção fundamental do EEER, particularmente em contextos de cirurgia ortopédica major. Segundo o autor, a capacitação do cuidador para apoiar nas transferências, na execução dos exercícios terapêuticos e na adoção de medidas de segurança contribui para a promoção da autonomia progressiva da pessoa submetida a artroplastia e para a redução da ansiedade no período pós-alta.

Assim, os discursos analisados revelam que a ausência ou insuficiência de ensino à família é percecionada como uma lacuna no processo de reabilitação, reforçando a importância de integrar o cuidador como alvo direto das intervenções de enfermagem. O ensino sistemático e antecipado à família surge, deste modo, como um fator facilitador da adaptação ao domicílio, da continuidade dos cuidados e do sucesso do processo de reabilitação.

- **Categoria: Acompanhamento pós-alta**

Os discursos das participantes evidenciam de forma consistente a necessidade de acompanhamento profissional após a alta hospitalar, particularmente no domicílio, como estratégia de reforço da segurança, confiança e correta execução do plano de reabilitação. A perceção de apoio contínuo surge como um fator determinante para reduzir o medo de errar e para promover a adesão aos exercícios: "*O que nós precisamos é de pessoas como você que venham a casa para nos ajudarem a fazer os exercícios (…).*" (E1); *"Mais visitas regulares em casa para ver se estamos a fazer tudo corretamente (…).*" (E9).

A visita domiciliária é valorizada pelas participantes como uma oportunidade para supervisão direta, correção de movimentos e adaptação dos exercícios às limitações individuais, sobretudo nos primeiros dias após o regresso a casa, período vivido como crítico e marcado por insegurança. Esta necessidade é particularmente evidente entre pessoas com menor apoio familiar ou cuidadores pouco preparados: "*Nem todas as pessoas têm família disponível, e às vezes as cuidadoras também não sabem bem como fazer nos exercícios.*" (E12).

O contacto telefónico pós-alta surge igualmente como uma estratégia relevante e acessível, permitindo o esclarecimento de dúvidas, reforço das orientações e manutenção do vínculo terapêutico com os profissionais: "*Também podiam ligar pelo telefone, devia de haver pessoas para podermos ligar para tirar dúvidas.*" (E1); "*(…) uma*

chamada uns dias depois ajudava a saber se estamos a fazer os exercícios corretamente." (E10). Este tipo de acompanhamento é percecionado como promotor de tranquilidade e continuidade dos cuidados.

Estes resultados encontram suporte na evidência científica recente. Estudos qualitativos demonstram que o acompanhamento pós-alta, seja presencial ou mediado por tecnologia, contribui para maior confiança, autonomia e envolvimento ativo da pessoa no processo de reabilitação após ATA ou ATJ (Wang et al., 2023). A utilização de estratégias de seguimento estruturado, incluindo visitas domiciliárias e contactos regulares, tem sido associada a melhor adesão a reabilitação e maior satisfação com os cuidados recebidos.

A revisão sistemática de Konnyu et al. (2023) reforça que a continuidade da reabilitação após a alta é um elemento essencial para otimizar os ganhos funcionais, recomendando modelos de acompanhamento que ultrapassem o internamento e garantam suporte nos contextos reais de vida da pessoa. De igual modo, as recomendações da ERAS Society salientam a importância do seguimento pós-operatório integrado, centrado na pessoa, como componente essencial dos programas de recuperação acelerada, visando não apenas resultados clínicos, mas também segurança e bem-estar emocional (Wainwright et al., 2020).

O acompanhamento pós-alta, referido pelas participantes, pode ser interpretado como uma intervenção terapêutica de enfermagem facilitadora da transição, ao promover conhecimento, validação das competências adquiridas e reforço da autoeficácia. Estes elementos correspondem aos indicadores de processo descritos por Meleis (2010), nomeadamente o envolvimento ativo da pessoa, a aquisição de competências e a confiança crescente na gestão do autocuidado. Quando presentes, estes indicadores favorecem padrões de resposta saudáveis, traduzidos na adesão ao plano de exercícios, na redução do medo e na integração progressiva da reabilitação no quotidiano.

Assim, o seguimento pós-alta, seja através de visitas domiciliárias ou de contacto telefónico, assume um papel central na consolidação da transição hospital–domicílio, funcionando como um mecanismo de suporte contínuo que minimiza riscos, reduz a ansiedade e promove a recuperação funcional. O EEER emerge, neste contexto, como um agente-chave na gestão da transição, ao assegurar a continuidade dos cuidados, adaptar as intervenções às necessidades individuais e fortalecer a capacidade da pessoa para viver de forma autónoma e segura após a cirurgia, em consonância com os pressupostos da teoria das transições de Meleis (Meleis, 2010).

- **Categoria: Material de apoio**

A análise dos relatos dos participantes evidencia que os materiais educativos, como panfletos, desempenham um papel essencial no acompanhamento pós-alta. Estes documentos complementam a explicação verbal do enfermeiro, permitindo aos utentes recordar informações, esclarecer dúvidas e promover autonomia.

O participante E1 referiu que, devido à idade, precisa de mais tempo para compreender as instruções, considerando os papéis úteis, mas valorizando a explicação verbal: *"Sabe é que nos já temos alguma idade e a memória não é igual precisamos de mais tempo os papeis ajudam, mas vocês explicam melhor e eu a ler não entendo bem."*

De forma semelhante, E2 e E6 destacaram a utilidade prática dos panfletos: *"Os panfletos acho que estão muito bem, ajudam muito pois aqui em casa temos sempre muitas dúvidas." (E2)* e *"Achei que os panfletos que me entregaram estão bem, foram eles que me salvaram em casa." (E6)*

Os resultados obtidos encontram suporte na literatura, que destaca os materiais educativos escritos como importantes instrumentos de apoio à aprendizagem e à continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A disponibilização de informação escrita permite reforçar os ensinos realizados pelos profissionais de saúde, facilitar a recordação das orientações fornecidas e promover a autonomia da pessoa na gestão do seu processo de recuperação. Contudo, a eficácia destes materiais depende do nível de literacia em saúde e da sua adequação às características da população-alvo. Hadden et al. (2018) referem que pessoas com menor literacia em saúde apresentam maiores dificuldades na compreensão da informação relacionada com o processo cirúrgico e de recuperação, reforçando a importância da utilização de materiais educativos claros e acessíveis.

Estes relatos indicam que os materiais escritos são instrumentos fundamentais para reforçar o autocuidado, aumentando a confiança do utente e garantindo a continuidade dos cuidados fora do hospital**.**

Em síntese, os resultados permitiram compreender de forma aprofundada os conhecimentos, as capacidades e as necessidades das pessoas submetidas ATA ou ATJ relativamente ao período pós-alta, após a intervenção do EEER durante o internamento.

No que concerne aos **conhecimentos**, os participantes demonstraram reconhecer aspetos essenciais relacionados com os cuidados no período pós-operatório, nomeadamente as precauções de segurança associadas à articulação operada, a

importância da mobilização precoce e a necessidade de adesão às orientações terapêuticas. Contudo, foram igualmente identificadas algumas lacunas, particularmente ao nível da execução autónoma do programa de exercícios, da prevenção de quedas no domicílio e da gestão segura das AVD, evidenciando a necessidade de reforço da educação para a saúde no processo de preparação para a alta e destacam a necessidade e a falta de profissionais, EEER, para um acompanhamento mais intensivo, uma vez que o trabalho dos mesmo demonstra ganhos na sua autonomia.

Relativamente às **capacidades funcionais**, verificou-se que os participantes apresentavam diferentes níveis de autonomia na realização das atividades de vida diária e na mobilidade, incluindo a utilização de produtos de apoio. Apesar de alguns participantes evidenciarem capacidade para executar determinadas tarefas de forma autónoma, outras referiram dificuldades associadas à adaptação ao contexto domiciliário, à realização de transferências seguras e à manutenção das recomendações funcionais no quotidiano.

No que se refere às **necessidades no período pós-alta**, s participantes destacaram a importância de receber orientações claras e adequadas durante o internamento, bem como a necessidade de acompanhamento após a alta hospitalar. A presença e o apoio do cuidador informal, o acesso à informação prática e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas foram identificados como elementos facilitadores da adaptação ao domicílio e da continuidade do processo de reabilitação.

De forma global, os resultados evidenciam que, embora existam conhecimentos e capacidades já adquiridos durante o internamento, persistem necessidades ao nível da consolidação das aprendizagens e do acompanhamento no período de transição hospital–domicílio. Neste contexto, torna-se evidente a necessidade de intervenção do EEER na preparação para a alta e na continuidade dos cuidados. Após a identificação das necessidades e dos problemas evidenciados no diagnóstico de situação, torna-se fundamental analisar as condições existentes para a implementação da proposta de intervenção. Esta etapa permite avaliar os fatores que poderão facilitar ou condicionar a concretização do projeto, contribuindo para um planeamento mais realista e sustentado. Neste contexto, recorreu-se à análise SWOT, uma ferramenta de planeamento estratégico que possibilita identificar as forças e fraquezas internas, bem como as oportunidades e ameaças externas associadas à implementação da consulta de follow-up de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ATA ou ATJ. De acordo com Serra et al., (2017), uma vez que a sua aplicação tem sido amplamente utilizada em contextos organizacionais e, mais recentemente, em projetos e investigação em saúde.

2.1.7. Análise SWOT

A análise SWOT constitui uma ferramenta de planeamento estratégico que permite identificar fatores internos e externos suscetíveis de influenciar o desenvolvimento e a implementação de um projeto. Através da análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, torna-se possível compreender o contexto em que o projeto se insere, facilitando a definição de estratégias que potenciem os aspetos favoráveis e minimizem os constrangimentos identificados. No âmbito do presente trabalho, esta análise permite avaliar a viabilidade da implementação de estratégias para assegurar a continuidade de cuidados, nomeadamente da consulta de enfermagem de reabilitação após a alta da pessoa submetida a ATA ou ATJ, contribuindo para uma tomada de decisão fundamentada e para o planeamento de intervenções ajustadas às necessidades identificadas. O quadro seguinte apresenta a análise SWOT realizada.

Quadro 8 – Analise SWOT

Forças (Strengths)	Fraquezas (Weaknesses)
• Recetividade dos utentes e cuidadores. • Existência de diagnóstico de situação. • Tempo reduzido de internamento, exigindo acompanhamento estruturado. • Possibilidade de acompanhamento pós-alta para adesão e manutenção do programa de reabilitação. • Aumento da confiança e segurança do utente e cuidador. • Necessidade real do serviço. • Melhorar o regresso a casa e a transição hospital–domicílio.	• Sobrecarga de cuidados dos enfermeiros de reabilitação. • Limitações na avaliação clínica à distância. • Resistência dos profissionais à implementação de novos protocolos. • Tempo disponível reduzido para acompanhamento
Oportunidades (Opportunities)	**Ameaças (Threats)**
• Inexistência de referenciação para cuidados de reabilitação pós-alta • Inicio tardio da reabilitação após a alta • Boas práticas de acompanhamento pós-alta. • Política de saúde favorável a projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde • Relevância para a prática de cuidados e valorização do papel do enfermeiro.	• Mobilização dos EEER para cuidados gerais. • Falta de disponibilidade dos EEER para acompanhamento pós-alta. • Escassez de recursos humanos. • Alterações nas políticas de saúde ou financiamento.

• Inexistência de projetos de continuidade de cuidados para ATA/ATJ. • Implementação sem gastos significativos. Integração com telemonitorização e teleconsulta.	• Possíveis barreiras de comunicação (auditivas, cognitivas ou tecnológicas).

Da análise efetuada verifica-se que existem condições favoráveis para a implementação da consulta de follow-up de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ATA ou ATJ. As forças identificadas e as oportunidades existentes evidenciam a pertinência da intervenção, particularmente face à necessidade de continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e às dificuldades manifestadas pelos participantes durante a transição para o domicílio. Apesar dos constrangimentos relacionados com a disponibilidade de recursos humanos e a sobrecarga assistencial dos EEER, estes não comprometem a viabilidade da proposta, reforçando o potencial da consulta enquanto estratégia promotora da capacitação, autonomia, segurança e recuperação funcional da pessoa submetida a artroplastia.

2.2. OBJETIVOS

Com base no diagnóstico de situação, foram identificadas necessidades centrais no período pós-alta das pessoas submetidas a ATA ou ATJ, nomeadamente em termos de conhecimento sobre complicações, execução de exercícios, segurança no domicílio e realização das AVD. Estas problemáticas orientam a definição dos objetivos do projeto, que visam capacitar a pessoa e o cuidador e assegurar uma transição segura e eficaz do hospital para o domicílio.

Conforme a metodologia do trabalho de projeto, o diagnóstico de situação possibilita identificar as problemáticas que requerem intervenção, permitindo avançar para a definição dos objetivos voltados à sua resolução. Estes resultados reforçam o papel central do EEER no planeamento e implementação de intervenções personalizadas. É importante descrever, de forma sucinta, os problemas que o projeto pretende solucionar. De acordo com Barbier, citado por Ruivo et al., (2010, p.18):

> "os objetivos na metodologia de projeto assumem-se como representações antecipadas na ação "a *realizar* ", ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição previa temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação".

Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos

• Capacitar a pessoa submetida a ATA ou ATJ e o seu cuidador para a gestão do processo de recuperação no período pós-alta.

• Implementar uma consulta de follow-up de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca ou joelho, com vista a melhorar a continuidade dos cuidados e a segurança na transição para o domicílio.

2.3. PLANEAMENTO

De acordo com Miguel (2006), citado por Ruivo et al. (2010), o planeamento corresponde à terceira fase da metodologia de projeto, sendo nesta etapa que se delineia um plano minucioso de ação. Tal plano deve incluir a calendarização das atividades, a identificação dos recursos disponíveis e das eventuais limitações, bem como a definição clara das atividades a desenvolver, dos métodos e técnicas de investigação a utilizar, acompanhados do respetivo cronograma que organize o percurso de execução do projeto.

No que respeita à prática avançada em enfermagem, a Canadian Nurses Association (2008) realça que a articulação entre formação pós-graduada e experiência clínica é indispensável ao desenvolvimento de competências específicas desta área. Essa prática deve assumir um carácter dinâmico e proativo, sustentado pela atualização permanente dos conhecimentos e habilidades, os quais se consolidam ao longo da formação avançada e da prática profissional.

Complementarmente, Benner (2001) salienta a importância da experiência clínica como elemento central no amadurecimento das competências profissionais, defendendo que "a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem aprender pela teoria" (p. 61). Assim, reconhece-se que o conhecimento em enfermagem não se limita ao domínio teórico, mas emerge da aplicação prática e reflexiva no contexto concreto dos cuidados.

Desta forma, a fase de planeamento do presente projeto assume-se como um momento estruturante, no qual são definidas as estratégias de intervenção mais adequadas para responder às necessidades identificadas na pessoa submetida a ATA ou ATJ e no seu cuidador, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados durante a transição hospital–domicílio. A evidência científica e a análise dos dados empíricos apontam para a existência de fragilidades no apoio após a alta, associadas a sentimentos de insegurança, dúvidas na execução do plano de reabilitação e necessidade de maior

acompanhamento profissional.

Neste contexto, o planeamento do projeto centra-se em duas atividades complementares e interdependentes: a educação para a saúde realizada antes da alta hospitalar e a consulta telefónica de enfermagem de follow-up no período pós-alta, e prevê-se que decorram, no âmbito deste projeto, entre fevereiro de 2026 e agosto de 2026 Estas estratégias visam capacitar a pessoa e o cuidador, promover a autonomia progressiva e assegurar a continuidade dos cuidados num período crítico do processo de reabilitação. De salientar que antes da realização das mesmas será realizado o preenchimento do consentimento informado para a participação nas atividades (Apêndice IV) e que os critérios de inclusão e exclusão são os mesmo do diagnostico de situação.

Para dar resposta aos objetivos definidos, as atividades a desenvolver são:

Atividade 1 - educação para a saúde pré-alta "Ensinar para acompanhar"

Constitui um eixo fundamental do planeamento, sendo orientada para a preparação da pessoa e do cuidador para o regresso ao domicílio. Esta intervenção permite prevenir dificuldades, clarificar expectativas e promover a aquisição de conhecimentos e competências essenciais para a gestão do autocuidado. O planeamento desta componente inclui conteúdos relacionados com a execução das atividades de vida diária, prevenção de quedas, reconhecimento de sinais de alerta, utilização segura de produtos de apoio, técnica de marcha e supervisão do programa de exercícios pós-operatório. Ao envolver ativamente o cuidador neste processo educativo, reforça-se a segurança no contexto domiciliário e reduz-se o risco de eventos adversos, promovendo uma recuperação mais confiante e sustentada.

Atividade 2 - consulta telefónica de enfermagem de reabilitação de follow-up-Linha Reabilita – Acompanhamento Pós-Artroplastia

Planeada como uma intervenção estruturada a realizar após a alta hospitalar, com o objetivo de dar continuidade ao acompanhamento iniciado em internamento. Esta consulta permite monitorizar a evolução clínica e funcional, reforçar os ensinos previamente realizados, esclarecer dúvidas emergentes e apoiar a pessoa e o cuidador na adaptação às exigências do domicílio. O planeamento desta intervenção contempla a avaliação sistemática de parâmetros clínicos relevantes, a adesão ao programa de exercícios, a gestão da dor, a segurança na mobilidade e o grau de confiança na

realização do autocuidado.

De seguida é apresentado o planeamento de cada uma das atividades, importa referir que os participantes envolvidos na fase de implementação do projeto são distintos dos participantes que integraram a fase de diagnóstico de situação. Enquanto o diagnóstico de situação foi realizado junto de 15 pessoas submetidas a ATA ou ATJ, a implementação das atividades envolveu pessoas internadas durante o período de execução do projeto e que reuniam os critérios definidos para participação nas intervenções planeadas.

Atividade 1 Educação para a Saúde - Ensinar para acompanhar

Fundamentação

A ATA ou ATJ constituem intervenções cirúrgicas eficazes na melhoria da dor e da funcionalidade, mas implicam um período pós-operatório exigente, marcado por limitações funcionais, risco de complicações e necessidade de adaptação do quotidiano. Após a alta hospitalar, a responsabilidade pelo acompanhamento diário da pessoa recai, em grande medida, sobre o cuidador informal, tornando-se fundamental garantir que este se encontre devidamente capacitado para apoiar o processo de reabilitação de forma segura e eficaz.

Neste contexto, a educação para a saúde dirigida à pessoa e ao seu cuidador assume um papel central na continuidade dos cuidados e na promoção da recuperação funcional. A capacitação do cuidador permite não só reforçar a segurança da pessoa no domicílio, como também potenciar a adesão ao plano terapêutico, reduzir o risco de complicações e previne eventos adversos, como quedas. A literatura evidencia que cuidadores informados e envolvidos contribuem para melhores resultados funcionais, maior confiança e redução da ansiedade associada ao período pós-alta (Martins et al., 2022).

Deste modo, as sessões enquadram-se numa abordagem centrada na pessoa e no cuidador, reconhecendo o papel fundamental do cuidador informal no processo de reabilitação pós-artroplastia e reforçando a importância da educação para a saúde como estratégia promotora de segurança, autonomia e qualidade dos cuidados no domicílio.

Objetivo

• Capacitar a pessoa submetida a ATA ou ATJ e o seu cuidador para a gestão do processo de recuperação no período pós-alta.

Objetivos específicos

- Ensinar sobre complicações após ATA ou ATJ.
- Ensinar estratégias para melhorar a autonomia nas AVD.
- Ensinar sobre prevenção de quedas no domicílio.
- Ensinar e treinar o cuidador e a pessoa submetida a ATA ou ATJ na execução do programa de exercícios pós-alta.
- Ensinar e treinar o cuidador sobre técnica de marcha com produto de apoio de

forma segura.

População alvo

- Pessoa submetida a ATA ou ATJ e cuidador informal.

Intervenientes

- EEER

Calendarização

3º dia de pós-operatório

Estratégias a utilizar

- Programar com o cuidador o momento da atividade.
- Avaliação de conhecimentos e capacidades
- Realização da sessão de formação orientada por programa pré-definido, (apêndice VI).

Local

- Serviço de Internamento.

Metodologia

- Exposição dialogada.
- Demonstração prática pelo EEER.
- Treino prático com a pessoa e cuidador.
- Utilização de material educativo (folhetos ilustrados).

Recursos Didáticos

- Folhetos informativos institucionais.
- Produtos de apoio (andarilho, canadianas).

Avaliação da Sessão

- Observação da execução correta das técnicas.
- Questionamento oral (feedback imediato).
- Preenchimento da grelha de Avaliação de conhecimentos e capacitação da pessoa e cuidador (apêndice VII).

Atividade 2: Consulta telefónica de enfermagem de reabilitação de follow-up- Linha Reabilita – Acompanhamento Pós- artroplastia

Fundamentação

O período pós-alta hospitalar após ATA ou ATJ constitui uma fase crítica do processo de reabilitação, associada a risco de complicações, dificuldades na execução do programa de exercícios, medo de quedas e insegurança no regresso ao domicílio (Wainwright et al.,2020; Konnyu et al. 2023).

A evidência científica demonstra que o acompanhamento estruturado no pós-alta, particularmente nas primeiras 72 horas e nas semanas subsequentes, contribui para a deteção precoce de complicações, maior adesão aos programas de reabilitação e aumento da satisfação e confiança da pessoa nos cuidados recebidos (Wainwright et al.,2020; Konnyu et al. 2023).

O diagnóstico de situação, demonstrou os medos das pessoas no regresso a casa, as dificuldades com que se depararam, quer os indivíduos submetidos a ATA ou ATJ quer os cuidadores, relativos à continuidade do programa de reabilitação e à realização das AVD, assim como a necessidade expressa de acompanhamento e esclarecimento de dúvidas após a alta. Importa ainda salientar que, após a alta hospitalar, muitas pessoas submetidas a ATA ou ATJ não são referenciadas para cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade ou, quando o são, o acompanhamento nem sempre se inicia de forma precoce. Esta situação pode comprometer a continuidade dos cuidados, dificultar a consolidação das aprendizagens adquiridas durante o internamento e atrasar a recuperação funcional.

Neste contexto, a implementação de uma consulta de follow-up de enfermagem de reabilitação assume particular relevância, ao possibilitar a monitorização da evolução da pessoa, o reforço dos ensinos, a identificação precoce de dificuldades e a promoção de uma transição mais segura entre o hospital e o domicílio.

Os participantes valorizam o contacto telefónico como uma estratégia eficaz para o reforço das orientações fornecidas, a promoção da tranquilidade e a manutenção do vínculo terapêutico com os profissionais de saúde. Neste sentido, a implementação da consulta telefónica de ER surge como uma intervenção promotora de cuidados continuados, visando o aumento da segurança e da confiança da pessoa no período pós-alta, a melhoria da adesão ao processo de reabilitação, bem como a redução de complicações e de readmissões hospitalares. Adicionalmente, esta estratégia contribui para a valorização do papel do EEER e para a melhoria da qualidade e da continuidade

dos cuidados prestados.

Constitui ainda uma estratégia acessível, custo-efetiva e centrada na pessoa, permitindo garantir continuidade de cuidados, reforçar orientações transmitidas durante o internamento e evitar deslocações desnecessárias aos serviços de saúde.

Objetivo geral

- Implementar uma consulta de follow-up de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca ou joelho, com vista a melhorar a continuidade dos cuidados e a segurança na transição para o domicílio

Objetivos específicos

- Avaliar por relato as complicações pós cirúrgicas.
- Avaliar por relato a autonomia nas AVD.
- Avaliar por relato os comportamentos de prevenção de quedas no domicílio.
- Avaliar por relato a adesão ao programa de reabilitação instituído no internamento.
- Reforçar ensinos de acordo com as necessidades identificadas

População alvo

- Pessoa submetida a ATA ou ATJ e cuidador informal

Intervenientes

- EEER

Calendarização

1º contacto 72h pós-operatório

2º contato 15 dia pós-operatório

Estratégias a utilizar

- Combinar com a pessoa os contactos telefónicos.
- Contato telefónico orientado pelo programa pré-definido (apêndice VIII).
- Realização de registos de acordo com o relato da pessoa/cuidador
- Realização de ensinos de acordo com as necessidades identificadas

Local

- Sala de admissão do internamento.

Metodologia

Consulta telefónica

Recursos Necessários

- Linhas telefónicas institucionais
- Protocolos e guias de consulta telefónica.
- Instrumentos de registo clínico.
- EEER.

Estratégias de Avaliação:

- Questionamento oral (feedback imediato).
- Preenchimento da grelha de avaliação/evolução: 1.º e 2.º contacto telefónico pós-ATA ou ATJ (apêndice IX).

.

2.3 EXECUÇÃO

A fase de implementação do presente projeto iniciou-se em fevereiro de 2026 e prolonga-se até agosto de 2026. Durante este período têm vindo a ser desenvolvidas as atividades planeadas, com vista à concretização da proposta de intervenção e ao alcance dos objetivos definidos.

A primeira atividade planeada materializa-se na implementação de sessões de educação para a saúde dirigidas à pessoa submetida a ATA ou ATJ e ao seu cuidador informal, intituladas “Ensinar para acompanhar”. Esta atividade decorre em diferentes momentos, com o objetivo de abranger o maior número possível de participantes, tendo sido realizada nos dias 24/02/2026, 27/02/2026, 03/03/2026, 10/03/2026, 13/03/2026, 17/03/2026 e 20/03/2026, pelas 14 horas, com uma duração aproximada de 30 minutos.

No total, foram realizadas, até ao momento, sete sessões individuais, dirigidas a pessoas submetidas a ATA ou ATJ e aos respetivos cuidadores informais. Esta opção permite adequar os conteúdos às necessidades específicas de cada participante, promovendo uma intervenção mais individualizada. As sessões decorram em contexto de internamento, sendo previamente articuladas com o cuidador informal, de forma a possibilitar a sua participação ativa no processo de ensino-aprendizagem.

A intervenção foi conduzida pelo EEER, recorrendo a uma metodologia baseada na exposição dialogada, demonstração prática e treino supervisionado, envolvendo simultaneamente a pessoa e o cuidador. Durante as sessões foram abordadas temáticas fundamentais para o período pós-alta, nomeadamente complicações pós-operatórias, estratégias para promoção da autonomia nas AVD, prevenção de quedas no domicílio, bem como o ensino e treino do programa de exercícios e da técnica de marcha com recurso a produtos de apoio.

Foram ainda utilizados folhetos informativos institucionais como suporte educativo, reforçando a informação transmitida. Estas sessões constituíram não apenas um momento de transmissão de conhecimentos, mas também uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas, capacitação do cuidador e promoção da segurança e autonomia no domicílio, permitindo adequar as orientações às necessidades específicas de cada pessoa. A avaliação foi realizada de forma contínua, através da observação da execução das técnicas, questionamento oral e preenchimento de grelha de avaliação de conhecimentos e capacitação.

Relativamente à segunda atividade planeada, esta materializou-se na realização da consulta telefónica de enfermagem de reabilitação de follow-up, designada “Linha

Reabilita – Acompanhamento Pós-artroplastia". Esta intervenção teve como finalidade assegurar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, promovendo a monitorização da evolução clínica, o reforço das orientações e o apoio no processo de adaptação ao domicílio.

No total, foram acompanhadas sete pessoas submetidas a ATA ou ATJ, sendo realizados catorze contactos telefónicos, correspondendo a dois contactos por pessoa (um primeiro contacto às 72 horas após a alta e um segundo contacto ao 15.º dia pós-operatório). Os contactos decorreram de acordo com a seguinte calendarização:

- Primeiro contacto 27/02/2026 e 2, 6,13,16,20,23 de março de 2026, com duração média de 30 minutos cada.

- Segundo contacto 6, 9,13,20,23,27,30 de março de 2026, com duração média de 30 minutos cada.

Os contactos foram previamente combinados com a pessoa, garantindo a sua disponibilidade e adesão à intervenção. Durante a consulta, e com base num guião estruturado, foram avaliados, por relato da pessoa ou cuidador, aspetos como a presença de complicações pós-cirúrgicas, o nível de autonomia nas atividades de vida diária, os comportamentos de prevenção de quedas e a adesão ao programa de reabilitação instituído no internamento.

Para além da componente avaliativa, esta intervenção constituiu um momento privilegiado de reforço educativo, esclarecimento de dúvidas e apoio emocional, contribuindo para a redução da ansiedade e do medo associado ao regresso ao domicílio. Sempre que necessário, foram ajustadas orientações e incentivada a continuidade do plano terapêutico.

A implementação desta atividade recorreu a recursos como linhas telefónicas institucionais, protocolos de consulta telefónica e instrumentos de registo clínico, sendo a intervenção assegurada pelo EEER. A avaliação foi realizada através de questionamento oral e preenchimento de grelhas de avaliação/evolução referentes aos dois momentos de contacto.

De um modo geral, a execução das atividades decorreu conforme o planeado, permitindo a implementação de estratégias que promoveram a capacitação da pessoa e do cuidador, a continuidade dos cuidados e a segurança no período pós-alta, evidenciando a importância da articulação entre a educação para a saúde em contexto de internamento e o acompanhamento estruturado no domicílio. Seguidamente apresenta-se a avaliação das atividades desenvolvidas neste trabalho e a proposta de avaliação global do trabalho projeto.

2.4 AVALIAÇÃO

A etapa de avaliação de um projeto constitui um momento determinante na verificação do cumprimento dos objetivos delineados, configurando-se como um processo sistemático, exigente e multidimensional (Ruivo et al., 2010). Esta fase permite não só aferir a efetividade das ações desenvolvidas e a relevância dos resultados obtidos, como também identificar os aspetos que contribuíram para o sucesso do projeto e aqueles que necessitam de reajuste, promovendo uma reflexão crítica sobre as práticas implementadas (Capucha, 2008).

A avaliação das atividades desenvolvidas assume, assim, um papel central na metodologia de projeto, sendo fundamental o recurso a instrumentos adequados, como questionários, entrevistas, grelhas de observação e registos clínicos, que possibilitem a recolha de informação pertinente e estruturada (Ruivo et al., 2010). Neste contexto, a utilização de indicadores, quer de natureza quantitativa quer qualitativa, permite traduzir os resultados obtidos em parâmetros observáveis, facilitando a análise do impacto das intervenções, tanto ao nível do processo como dos resultados (Minayo, 2009).

De acordo com Capucha (2008), a avaliação deve considerar diferentes dimensões, nomeadamente os impactos produzidos, o grau de concretização das atividades planeadas, a operacionalização das intervenções e a adequação do desenho do projeto. Esta abordagem permite uma análise mais abrangente e fundamentada, contribuindo para a melhoria contínua das práticas.

No âmbito da prática de enfermagem e, em particular, da enfermagem de reabilitação, a avaliação assume um papel essencial na garantia da qualidade dos cuidados. Conforme descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro deve participar ativamente na conceção, implementação e avaliação de projetos, reconhecendo que a melhoria contínua da qualidade implica a análise sistemática das práticas e a sua eventual reformulação em função dos resultados obtidos (OE, 2019b). Neste sentido, a monitorização de indicadores de saúde contribui para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e para o fortalecimento da evidência da prática clínica dos EEER.

Apesar de o período de execução do projeto ainda não se encontrar concluído, considera-se relevante apresentar uma avaliação preliminar dos resultados obtidos durante os meses de fevereiro e março de 2026, correspondentes aos primeiros dois meses de implementação. Esta análise permite monitorizar o desenvolvimento das atividades realizadas até ao momento e apreciar o seu contributo para os objetivos

propostos.

Esta avaliação preliminar incide sobre os indicadores definidos para monitorizar a implementação do projeto, nomeadamente o número de participantes abrangidos, a participação dos cuidadores informais, a adesão às sessões de educação para a saúde, o nível de satisfação dos participantes, os conhecimentos adquiridos relativamente aos cuidados pós-operatórios, programa de exercícios e precauções de segurança, bem como as dificuldades e necessidades identificadas durante o processo.

Importa salientar que os resultados apresentados correspondem a uma avaliação intermédia, realizada com base nos dados recolhidos durante os meses de fevereiro e março de 2026, não refletindo ainda os resultados finais do projeto. Contudo, permitem identificar tendências iniciais, constrangimentos e oportunidades de melhoria, contribuindo para a monitorização contínua das atividades e para a eventual reformulação de estratégias de intervenção.

No que diz respeito à primeira atividade desenvolvida, **educação para a Saúde - Ensinar para acompanhar,** relativa à educação para a saúde dirigida à pessoa submetida a ATA ou ATJ e ao respetivo cuidador informal, verificou-se uma adesão total por parte dos participantes envolvidos, tendo participado sete pessoas e os respetivos cuidadores. As sessões decorreram conforme o planeado, recorrendo a metodologias ativas, nomeadamente exposição dialogada, demonstração prática e treino supervisionado, facilitando a participação e o envolvimento dos intervenientes.

Durante a implementação desta atividade foi possível observar uma participação ativa por parte das pessoas e cuidadores, evidenciada pelo esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências e interesse demonstrado na aprendizagem das técnicas ensinadas. A avaliação da sessão foi realizada de forma contínua, através da observação direta da execução das técnicas, questionamento oral e aplicação de uma grelha de avaliação de conhecimentos e capacitação.

De forma global, os resultados obtidos sugerem que a intervenção foi eficaz na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de competências por parte da pessoa e do cuidador, contribuindo para uma maior segurança na transição para o domicílio. Para além disso, a utilização de materiais educativos revelou-se uma estratégia facilitadora da aprendizagem, funcionando como suporte no processo de adaptação pós-alta.

De seguida apresentam-se os resultados da avaliação dos conhecimentos e capacidades da pessoa e do cuidador, obtidos através da grelha de avaliação aplicada

antes e após a atividade “Ensinar para acompanhar”.

Quadro 9 – Avaliação dos conhecimentos e capacidades da pessoa e cuidador antes e após a atividade.

Área de avaliação / Item	Antes da intervenção (%)	Após a intervenção (%)
Pergunta 1 – Cuidados após ATA ou ATJ	**14,3***	**97,1***
1.1 Identifica restrições e precauções de segurança nos movimentos da articulação anca ou joelho	14,3	100
1.2 Reconhece sinais de alerta do membro operado e/ou ferida cirúrgica	0,0	100
1.3 Compreende a importância da adesão farmacológica e não farmacológica	28,6	100
1.4 Reconhece a importância da mobilização precoce	14,3	100
1.5 Identifica estratégias para promoção da autonomia nas AVD	14,3	85,7
Pergunta 2 – Prevenção de quedas no domicílio	**17,9***	**100***
2.1 Identifica fatores de risco no domicílio	42,9	100
2.2 Refere adaptações ambientais necessárias	28,6	100
2.3 Demonstra conhecimentos na transferência segura ou na supervisão segura nas transferências	0,0	100
2.4 Demonstra conhecimentos sobre estratégias de precaução de segurança nas AVD	0,0	100
Pergunta 3 – Programa de exercícios pós-alta	**14,3***	**100***
3.1 Reconhece a importância do exercício terapêutico	28,6	100
3.2 Identifica o plano de exercícios (FITT-VP)	0,0	100
3.3 Demonstra capacidade para executar/supervisionar exercícios	28,6	100
3.4 Reconhece sinais de esforço excessivo/dor	0,0	100
Pergunta 4 – Técnica de marcha com produto de apoio	**10,7***	**100***
4.1 Identifica o produto de apoio adequado	42,9	100
4.2 Demonstra ajuste correto do produto de apoio	0,0	100
4.3 Demonstra conhecimento sobre a sequência correta da marcha	0,0	100
4.4 Demonstra conhecimento sobre a técnica de marcha nas escadas	0,0	100

* Nota. Os valores apresentados correspondem à média das percentagens obtidas nos subitens de cada área de avaliação (n=7).

A análise dos resultados evidencia uma melhoria significativa dos conhecimentos e capacidades da pessoa e do cuidador em todas as áreas avaliadas. Relativamente aos cuidados após ATA ou ATJ, pergunta 1, observou-se uma evolução dos conhecimentos

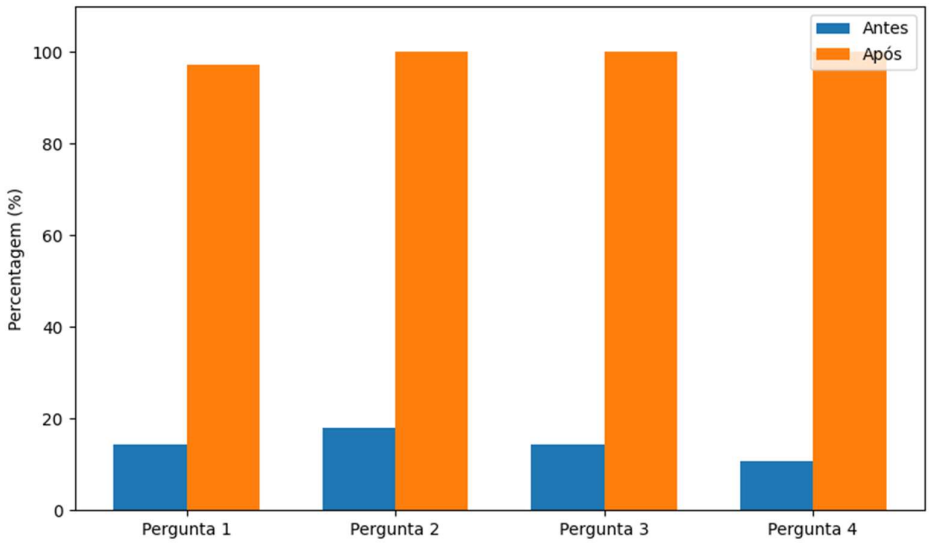
demonstrados de 14,3% para 97,1%, traduzindo uma melhoria substancial na compreensão dos cuidados pós-operatórios, das precauções associadas à cirurgia, da importância da mobilização precoce e da identificação de sinais de alerta. No domínio da pergunta 2, prevenção de quedas no domicílio, verificou-se igualmente um aumento expressivo dos conhecimentos, passando de 17,9% para 100%, o que sugere uma maior capacidade para identificar fatores de risco, reconhecer a necessidade de adaptações ambientais e adotar estratégias promotoras de segurança durante a realização das atividades de vida diária.

No que respeita a pergunta 3 programa de exercícios pós-alta, os conhecimentos demonstrados evoluíram de 14,3% para 100%, evidenciando uma maior compreensão da importância do exercício terapêutico, do plano de exercícios recomendado e dos sinais de alerta associados à sua realização. Este resultado assume particular relevância, uma vez que a adesão ao programa de exercícios constitui um elemento fundamental para a recuperação funcional, contribuindo para a melhoria da mobilidade, do equilíbrio, da força muscular e da autonomia da pessoa. Por sua vez, no âmbito da pergunta 4 técnica de marcha com produto de apoio, observou-se uma evolução dos conhecimentos de 10,7% para 100%, refletindo uma melhor compreensão da utilização correta dos produtos de apoio, do respetivo ajuste e das técnicas adequadas de marcha, incluindo a subida e descida de escadas.

A análise dos resultados evidencia uma melhoria significativa dos conhecimentos e capacidades da pessoa e do cuidador em todos os itens avaliados após a atividade “Ensinar para acompanhar”. Antes da mesma, observavam-se níveis reduzidos de conhecimento na maioria dos parâmetros, verificando-se valores entre 0% e 42,9%. Após a realização das sessões de educação para a saúde, verificou-se uma melhoria expressiva em praticamente todos os itens avaliados, atingindo-se 100% na maioria dos parâmetros. Apenas o item relativo à identificação de estratégias para promoção da autonomia nas atividades de vida diária apresentou um valor ligeiramente inferior (85,7%).

De forma a facilitar a visualização global dos resultados obtidos nas quatro áreas avaliadas, apresenta-se o gráfico seguinte.

Gráfico 1- Evolução dos valores médios dos conhecimentos e capacidades da pessoa e do cuidador nas quatro áreas avaliadas, antes e após a intervenção educativa.



De forma global, os resultados demonstram uma melhoria consistente e transversal em todos os domínios avaliados, sugerindo que a intervenção educativa contribuiu para o aumento dos conhecimentos da pessoa e do cuidador e para uma maior preparação para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A associação entre educação para a saúde, demonstração prática e treino supervisionado revelou-se uma estratégia importante na capacitação dos participantes, favorecendo uma participação mais ativa e informada no processo de recuperação. Importa, contudo, salientar que estes resultados correspondem a uma fase intermédia de implementação do projeto, refletindo os dados obtidos durante os primeiros dois meses de execução. Considerando que a implementação se prolongará até agosto de 2026, prevê-se a continuidade das atividades planeadas e da monitorização dos indicadores definidos, permitindo uma avaliação mais abrangente e sustentada do impacto das intervenções desenvolvidas.

A avaliação da atividade: **consulta telefónica de enfermagem de reabilitação de follow-up- Linha Reabilita – Acompanhamento Pós- artroplastia** foi realizada com base na análise dos registos efetuados durante os dois momentos de contacto, nomeadamente às 72 horas e ao 15.º dia pós-operatório. Esta abordagem permitiu acompanhar a evolução da pessoa submetida a artroplastia, bem como identificar necessidades, dificuldades e ganhos ao longo do processo de reabilitação.

No total, foram acompanhadas 7 pessoas, sendo realizados 14 contactos telefónicos, correspondendo a dois momentos de avaliação por participante. A recolha de dados foi

efetuada através de uma grelha estruturada (apêndice IX), baseada no relato da pessoa e/ou cuidador, permitindo avaliar aspetos relacionados com a recuperação pós-operatória.

A análise das grelhas de avaliação relativas à consulta telefónica de follow-up evidencia uma evolução positiva entre o 1.º contacto (72 horas) e o 2.º contacto (15.º dia pós-operatório), nos diferentes indicadores avaliados.

Quadro 10 – Avaliação da evolução da pessoa submetida a ATA ou ATJ entre o 1.º e o 2.º contacto telefónico (n=7)

Indicador	Respostas afirmativas no 1.º contacto (%)	Respostas afirmativas no 2.º contacto (%)
1. Refere-se seguro no domicílio	100,0	100,0
2. Expressa confiança nas orientações recebidas	100,0	100,0
3. Identifica dúvidas e consegue esclarecê-las	85,7	100,0
4. Demonstra autonomia nas AVD e marcha	42,9	100,0
5. Executa corretamente o programa de exercícios	85,7	100,0
6. Usa corretamente o produto de apoio na marcha	100,0	100,0
7. Necessita de reforço educativo	100,0	57,1
8. Encaminhamento necessário	0,0	0,0

A análise dos resultados obtidos através da consulta telefónica de acompanhamento evidencia uma evolução favorável da pessoa submetida a ATA ou ATJ entre o primeiro e o segundo contacto telefónico. Relativamente à perceção de segurança no domicílio e à confiança nas orientações recebidas, verificou-se que a totalidade dos participantes (100%) referiu sentir-se segura e confiante desde o primeiro contacto, mantendo-se estes resultados no segundo momento de avaliação. Estes dados sugerem que a preparação realizada durante o internamento e o processo de transição para o domicílio contribuíram para uma adaptação positiva ao contexto domiciliário.

No que respeita à identificação e esclarecimento de dúvidas, observou-se uma

evolução de 85,7% no primeiro contacto para 100% no segundo contacto, evidenciando que as dúvidas inicialmente manifestadas foram esclarecidas ao longo do acompanhamento. De igual modo, verificou-se uma melhoria significativa ao nível da autonomia nas atividades de vida diária e na marcha, passando de 42,9% para 100%, o que sugere uma progressiva adaptação funcional e uma maior independência da pessoa no contexto domiciliário.

Relativamente à execução do programa de exercícios, observou-se igualmente uma evolução positiva, passando de 85,7% para 100% entre os dois momentos de avaliação. Estes resultados sugerem uma maior adesão ao programa de reabilitação e uma melhor compreensão da sua importância no processo de recuperação. Quanto à utilização do produto de apoio, verificou-se que todos os participantes (100%) demonstravam uma utilização adequada desde o primeiro contacto, mantendo-se este resultado no segundo momento de avaliação.

No indicador referente à necessidade de reforço educativo, verificou-se uma diminuição das respostas afirmativas de 100% para 57,1%, sugerindo que parte das necessidades inicialmente identificadas foi sendo colmatada através do acompanhamento realizado. Por sua vez, não se verificou necessidade de encaminhamento para outros serviços em nenhum dos momentos avaliados, mantendo-se este indicador em 0%, o que poderá indicar que as situações identificadas foram adequadamente geridas no âmbito da intervenção do EEER.

Globalmente, os resultados sugerem uma evolução positiva da pessoa submetida a ATA ou ATJ durante o período pós-alta, traduzida por uma maior autonomia, capacidade de gestão dos cuidados e confiança no processo de recuperação. Estes dados reforçam a relevância da consulta telefónica enquanto estratégia de continuidade de cuidados, permitindo monitorizar a evolução da pessoa, identificar necessidades, esclarecer dúvidas e reforçar orientações, contribuindo para uma transição mais segura entre o hospital e o domicílio.

Importa, contudo, salientar que estes resultados correspondem a uma avaliação intermédia do projeto e a uma amostra reduzida, pelo que a continuidade da implementação e da monitorização dos indicadores permitirá uma apreciação mais abrangente do contributo desta intervenção para a prática clínica em enfermagem de reabilitação.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste projeto surge de uma problemática identificada num serviço de ortopedia e permitiu compreender a importância da intervenção do EEER no acompanhamento da pessoa submetida a ATA ou ATJ, sobretudo no período de transição entre o internamento e o regresso ao domicílio. Este momento representa frequentemente uma fase de insegurança, dúvidas e necessidade de adaptação, tornando essencial a continuidade dos cuidados e o acompanhamento especializado.

O diagnóstico de situação permitiu perceber que, no que concerne aos conhecimentos e capacidades pós-operatórias, os participantes reconheceram aspetos essenciais como a mobilização precoce e as precauções com a articulação. Contudo, manifestaram lacunas na execução autónoma de exercícios, prevenção de quedas e gestão das AVD. Foram identificadas necessidades relacionadas com a preparação da pessoa e do cuidador para a alta hospitalar, nomeadamente ao nível dos cuidados pós-operatórios, precauções de segurança, prevenção de quedas, programa de exercícios e utilização de produtos de apoio. Permitiu ainda verificar que nem sempre existe um acompanhamento precoce e estruturado em ER após a alta hospitalar, reforçando a necessidade de estratégias que promovam a continuidade dos cuidados e apoiem a transição segura para o domicílio.

Face às necessidades identificadas, foram definidos objetivos centrados na capacitação da pessoa submetida a ATA ou ATJ e do seu cuidador para a gestão do processo de recuperação após a alta hospitalar e a Implementação de uma consulta de follow-up de ER dirigida à pessoa submetida a ATA ou ATJ, com vista a melhorar a continuidade dos cuidados e a segurança na transição segura entre o hospital e o domicílio.

Desta forma, neste âmbito, foram implementadas sessões de educação para a saúde dirigidas à pessoa e ao cuidador, bem como a Linha Reabilita, destinada ao acompanhamento telefónico após a alta hospitalar.

Os resultados preliminares obtidos demonstram uma evolução positiva dos conhecimentos e capacidades da pessoa e do cuidador em todas as áreas avaliadas. Verificaram-se ganhos significativos nos conhecimentos relacionados com os cuidados após ATA ou ATJ, prevenção de quedas no domicílio, programa de exercícios pós-alta e técnica de marcha com produto de apoio. Paralelamente, os resultados da consulta telefónica evidenciaram uma evolução favorável ao nível da autonomia, da capacidade para executar o programa de exercícios, do esclarecimento de dúvidas e da confiança na gestão do processo de recuperação no domicílio.

O reforço, organização e sistematização das sessões de educação para a saúde da pessoa submetida a ATA ou ATJ e do cuidador, assim como a criação da Linha Reabilita, surgem como estratégias facilitadoras da comunicação e proximidade entre os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e a pessoa em processo de recuperação, permitindo esclarecer dúvidas, reforçar os ensinos realizados durante o internamento e promover maior confiança na realização do programa de reabilitação no domicílio. Desta forma, pretende-se contribuir para uma recuperação mais segura, para a prevenção de complicações associadas ao pós-operatório e para uma maior adesão ao processo de reabilitação após a alta hospitalar.

Apesar dos resultados positivos obtidos, importa reconhecer algumas limitações do projeto. A consulta de acompanhamento foi realizada exclusivamente por contacto telefónico, o que impossibilitou a observação direta da pessoa no seu contexto domiciliário. Esta limitação poderá ter condicionado a avaliação objetiva da execução dos exercícios terapêuticos, da utilização dos produtos de apoio e da realização das atividades de vida diária. Como perspetiva futura, poderá ser considerada a utilização de plataformas digitais de comunicação síncrona, complementando a consulta telefónica e permitindo uma monitorização mais direta e individualizada do processo de reabilitação no domicílio.

Considera-se ainda que a implementação deste projeto poderá trazer benefícios não só para as pessoas submetidas a ATA e ATJ, mas também para a instituição e para a equipa multidisciplinar, ao promover cuidados mais organizados, humanizados e centrados nas reais necessidades da pessoa. Além disso, apresenta potencial de continuidade e adaptação a outros contextos clínicos, reforçando a importância de modelos inovadores na área da enfermagem de reabilitação.

Ao longo da elaboração deste projeto foi possível aprofundar conhecimentos relacionados com as necessidades da pessoa submetida a ATA e ATJ, bem como refletir sobre a importância da atuação do EEER na promoção da autonomia, independência funcional e qualidade de vida. Simultaneamente, este percurso permitiu desenvolver competências científicas, críticas e reflexivas fundamentais para uma prática profissional mais consciente e sustentada.

Em síntese, os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, tendo este trabalho contribuído para consolidar a relevância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia ortopédica, particularmente na preparação para o regresso ao domicílio e na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (2017). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (10th ed.). Wolters Kluwer.

ARAÚJO, P., MACHADO, L., CADAVEZ, D., MÓNICO, L., JANUÁRIO, F., LUIS, L., & BARTOLO, M. (2017). *Avaliação da Função e Qualidade de Vida após Artroplastia Total da Anca por diferentes vias de abordagem*. Revista Científica da Ordem dos Médica-Acta Médica Portuguesa. 30(9), 623-627.

BAKAA, N., CHEN, L. H., CARLESSO, L., RICHARDSON, J., SHANTHANNA, H., & MACEDO, L. (2022) Understanding barriers and facilitators of exercise adherence after total-knee arthroplasty *Disability and Rehabilitation*, *44*(21), 6348–6355 https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1965232

BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo* (edição revista e atualizada). Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2.

BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*.Coimbra: Quarteto Editora

CANADIAN NURSES ASSOCIATION**.** (2008). *Advanced nursing practice: A national framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association.

CAPUCHA, Luís Antunes. *Planeamento e avaliação de projetos: guião prático*. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Educação, 2008. [Consultado a 22 jun. 2025 Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Basico/Documentos/guiaplaneamento_avaliacaoprojectos.pdf.

CASTRO, R., & RICARDO, M. (2002). *Metodologias de projeto em educação e saúde*. Porto Editora**.**

CHEN, S. K., VOAKLANDER, D., PERRY, D., & JONES, C. A. (2019). Falls and fear of falling in older adults with total joint arthroplasty: A scoping review. *BMC Musculoskeletal Disorders, 20*(1), 599. https://doi.org/10.1186/s12891-019-2954-9

DELGADO, B., NOVO, A., MENDES, E., PRETO, L., & GOMES, C. M. G. P. (2020). *Capacidade funcional*. In A. Novo et al. (Eds.), *Reabilitação cardíaca – evidência e fundamentos para a prática* (pp. 67–79). Loures: Lusodidacta

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2004). *Programa contra as doenças reumáticas*. Direção-Geral da Saúde.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2022). Plano Nacional Saúde 2021-2030. Direção-Geral da Saúde.

DRUMOND, S.N., & DRUMOND, F. C. F. (2019). Quadril. In M.A. Carvalho, C. C. D. Lanna, & G. A. Ferreira, *Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento*. (5ª ed., pp- 175-195).

ESPREGUEIRA-MENDES, J. (Ed.). (2019). *O joelho*. Lidel.

FABER, B. G., MACRAE, F., JUNG, M., ZUCKER, B. E., BEYNON, R. A., & TOBIAS, J. H. (2024). *Sex differences in the radiographic and symptomatic prevalence of knee and hip osteoarthritis*. *Frontiers in Endocrinology, 15*, 1445468. https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1445468

FERNANDES, L., VIGIA, C. & SOUSA L. (2020). Capacitation of the person undergoing total hip arthropasty: a case study, *Journal of Aging &Innovation*. 9(3), 194-209.

FLICK, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3.ª ed.). Artmed.

FORTIN, M. F.; COTÊ, J., FILION, F., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta.

GUERREIRO, M., SILVA, A. P., BOTELHO, M. A., LEITÃO, O., CASTRO-CALDAS, A., & GARCIA, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Revista Portuguesa de Neurologia, 1(9), 9–10.

HADDEN, K. B., PRINCE, L. Y., BUSHMIAER, M. K., WATSON, J. C., & BARNES, C. L. (2018). *Health literacy and surgery expectations in total hip and knee arthroplasty patients*. *Patient Education and Counseling, 101*(10), 1823–1827. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.021

HEWLETT-SMITH, N., POPE, R., FURNESS, J, SIMAS, V., & HING, W. (2020): Prognostic factors for inpatient functional recovery following total hip and knee arthroplasty: a systematic review. A*cta orthopaedica*, *91*(3), 313–318. https://doi.org/10.1080/17453674.2020.1744852

HINKLE, J. L., CHEEVER, K. H., & OVERBAUGH, K. J. (2021). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

HOEMAN, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4th ed.). Lusociência.

HØVIK, L. H., AGLEN, B., & HUSBY, V. S. (2018). *Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: A focus group study*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(2), 833–842. https://doi.org/10.1111/scs.12514

HUSTED, H**.** (2012). *Fast-track hip and knee arthroplasty: Clinical and organizational aspects*. *Acta Orthopaedica, 83*(Suppl. 346), 1–39. https://doi.org/10.3109/17453674.2012.700593

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). (2023). *Estatísticas da saúde 2021*. INE Portugal. https://www.ine.pt

JETTE, D. U., HUNTER, S. J., BURKETT, L., LANGHAM, B., LOGERSTEDT, D. S., PIUZZI, N. S. , POIRIER, N. M., RADACH, L. J. L., RITTER, J. E., SCALZITTI, D. A., STEVENS-LAPSLEY, J. E., TOMPKINS, J. & Zeni Jr, J. (2020). Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. *Physical Therapy*, 100(9), 1603–1631. https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa099

KENNEY, W. L., WILMORE, J. H., & COSTILL, D. L. (2015) *Fisiologia do Exercício: Nutrição, Energia e Desempenho Humano***.** 7ª Ed. São Paulo: Manole.

KIM, T. W., & KIM, S. H. (2022). *Effectiveness of patient education on total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis.* Journal of Clinical Nursing, 32, 2383–2398. https://doi.org/10.1111/jocn.16324

KONNYU, K. J., THOMA, L. M., CAO, W., AARON, R. K., PANAGIOTOU, O. A., BHUMA, M. R., ADAM, G. P., BALK, E. M., & PINTO, D. (2023). *Rehabilitation for total knee arthroplasty: A systematic review*. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 102*(1), 19–33. https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000002008

LEITÃO, J. M., VIGIA, C., MESQUITA, A. C., & PESTANA, H. (2022). *Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso. Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, *5*(1), 51–59. https://doi.org/10.33194/rper.2022.188

LEITE, D. - *Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia abdominal programada***.** Bragança: [s.n.], 2017.Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

LO, C. W. T., TSANG, W. W. N., YAN, C. H., LORD, S. R., HILL, K. D., & WONG, A. Y. L. (2019). *Risk factors for falls in patients with total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis*. *Osteoarthritis and Cartilage, 27*(7), 979–993. https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.04.006

LOURENÇO, M., FARIA, A., RIBEIRO, R., & RIBEIRO, O. (2021). *Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema musculoesquelético*. Em O. Ribeiro (Ed.), Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas (1ªed., 218–328). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

MARTINS, G., SILVA, G. D. O., ALVES, L. C. S., MONTEIRO, D. Q., & GRATÃO, A. C. M. (2022). Orientações aos cuidadores familiares de idosos pós-alta hospitalar: revisão sistemática. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem, 12*(38), 107–117.

https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.107-117

MATOS, M. & SIMÕES, J. (2020). *Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC*: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação,* 3(2), 11–19. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770

MELEIS, A. A. (2010) *Transitions theory: Middle range and situation: specific theories in nursing research and pratice*. Springer Publishing Company.

MINAYO, M. C. DE S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14.ª ed.). São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M. C. S. (2009). *Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *33*(Supl. 1), 83–91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/v33s1/a09v33s1 [Consultado a 20 jun. 2025].

MONAHAN, F. D., SANDS, J. K., NEIGHBORS, M., MAREK, J. F., GREEN, C. J., & SCOTT-TILLEY, D. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica: Avaliação e assistência ao longo do continuum de cuidados* (8.ª ed.). Lusociência.

MONTEIRO, G., ANUNCIAÇÃO, S., SARAIVA, P., NEVES, I., PONTINHA, C., & BATISTA, A. (2021). Satisfação dos pacientes que passam por reabilitação motora após artroplastia de quadril e artroplastia de joelho. *Millennium - Journal of Education, Technologies, and Health*, *2*(9e), 139–147. https://doi.org/10.29352/mill029e.24180

MOREIRA, J., FLAMÍNIO, J. & GRILO, E. (2020). Patients undergoing total Knee arthroplasty: Impacto of a Reabilitation Nursing Program. *Journal of Aging & Innovation*. 9(1), 151-173.

MOSENG, T., VLIET VLIELAND, T. P. M., BATTISTA, S., BECKWÉE, D., BOYADZHIEVA, V.,CONAGHAN, P. G., COSTA, D., DOHERTY, M., FINNEY, A. G., GEORGIEV, T., GOBBO, M.,KENNEDY, N., KJEKEN, I., KROON, F. P. B., LOHMANDER, L. S., LUND, H., MALLEN, C. D. PAVELKA, K., PITSILLIDOU, I. A., RAYMAN, M. P., OSTERÅS, N. (2024). EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: 2023 update. *Annals of the rheumatic diseases*. https://doi.org/10.1136/ard-2023-225041

MURPHY, B. P. D., DOWSEY, M. M., & CHOONG, P. F. M. (2018). *The impact of advanced age on the outcomes of primary total hip and knee arthroplasty for osteoarthritis: A systematic review*. *JBJS Reviews,* *6*(2), e6. https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.17.00077

NOVO, A., MENDES, E., LOPES, I., PRETO, L., LOUREIRO, M., & DELGADO, B.

(2021). *A atividade física e o exercício físico*. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (1.ª ed., pp. 76–81). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

OLIVEIRA, A. R. S., CARVALHO, E.C., ROSSI, L.A. (2015). From The Principles of Practice to The Nursing Outcomes Classification: perspectives on care strategies. *Ciênc Cuid Saúde*, 14 (1), 986-92.

ORDEM DOS ENFERMEIROS**.** (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Princípios e valores orientadores da profissão de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). *Regulamento n.º 125/2011 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série — N.º 62 — 29 de março de 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). *Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2.ª série, n.º 119, 22 de junho de 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS**.** (2019a). *Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 2 de maio de 2019.

ORDEM DOS ENFERMEIROS**.** (2019b). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2010) *Global Recommendations on Physical Activity for Health*.

PESSOA, P. (2018). *Próteses do joelho: O tratamento da artrose na fase final*. Liga Portuguesa Contra Doenças Reumáticas, (67), 4–9. https://www.lpcdr.org.pt/publicacoes/boletim/250-boletim-n67/file

PETERMANN-ROCHA, F., BALNTZI, V., GRAY, S. R., LARA, J., HO, F. K., PELL, J. P., & CELIS-MORALES, C. (2022). *Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 13*(1), 86–99. https://doi.org/10.1002/jcsm.12783

PINA, J.A.E. (2017*). Anatomia Humana da Locomoção*. 6ª Edição. Lidel- Edições Técnicas, Lda

QUEIRÓS, P.; VENTURA, A. - *A Enfermagem de Reabilitação e o Utente submetido a Cirurgia Toraco-Abdominal.* **Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde.** [Em linha]. nº 15 (abr. 2016), p.95-115. [Consultado a 07 jul. 2025]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/301221376

RAMOS, A.M., JUDAS, F.M., FONSECA, F.P. & SIMÕES, J.A. (2019). *Artroplastia Total da Anca: aspetos biomecânicos, biológicos e clínicos*. B4T- Blue for Technology.

RIBEIRO, J. L. P. (2010) *Metodologia de investigação em psicologia da saúde***.** 3.ª ed. Porto: Legis Editora.

RUIVO, M. A., FERRITO, C., & NUNES, L. (2010). *Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos, (15)*, 1–37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

SCHWARTSMANN, C. R., & BOSHIN, L. C., (2017). Quadril do Adulto. In S.K.Hebert, T.E.P.B. Filho, R. Xavier, & A.G. Pardini, Jr, *Ortopedia e Traumatologia – Princípios e Prática*. (4ª ed., pp. 347-356). Artmed.

SERRA, F. R., FERREIRA, A. C., TORRES, R. M., & TORRES, M. P. (2017). *Gestão estratégica: conceitos, métodos e práticas*. Edições Sílabo.

SERRA, L. M. A., OLIVEIRA, A.F., & CASTRO, J.C. (2012). *Critérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia* (3ª ed.). Lidel.

SINGH, J. A., & LEWALLEN, D. G. (2013). Patient-level clinically meaningful improvements in activities of daily living and pain after total hip arthroplasty: Data from a large US institutional registry. *Rheumatology, 52*(6), 1109–1118. https://doi.org/10.1093/rheumatology/kes416

SLOAN, M., SHETH, N. P., & LEE, G. C. (2018). Projected volume of primary total joint arthroplasty in the United States. *Journal of Bone and Joint Surgery, 100*(17), 1457–1464. https://doi.org/10.2106/JBJS.17.01617

SOUSA, L.M., MARQUES-VIEIRA, C., SEVERINO, S.S., & ANTUNES, A.V. (2017) *Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem.* Revista Investigação em Enfermagem. Série II (21): 17-26. http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311

SPECHT, K., AGERSKOV, H., KJAERSGAARD-ANDERSEN, P., JESTER, R., & PEDERSEN, B. D. (2018). *Patients' experiences during the first 12 weeks after discharge in fast-track hip and knee arthroplasty – A qualitative study*. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 31*, 13–19. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.08.002

SUN, J., XU, Y., ZHU, J., ZHU, B., & GAO, W. (2024). *Efficacy and safety of continuous*

nursing in improving functional recovery after total hip or knee arthroplasty in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences, 11*(2), 286–294. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38707686/

SZILAGYI, I. A., WAARSING, J. H., VAN MEURS, J. B. J., BIERMA-ZEINSTRA, S. M. A., & SCHIPHOF, D. (2023). *A systematic review of the sex differences in risk factors for knee osteoarthritis*. *Rheumatology, 62*(6), 2037–2047. https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac688

SZÖTS, K., KONRADSEN, H., SOLGAARD, S., BOGØ, S., & ØSTERGAARD, B. (2015). *Nurse-led telephone follow-up after total knee arthroplasty: Content and patients' experiences*. *Journal of clinical nursing*, *24*(19-20), 2890–2899. https://doi.org/10.1111/jocn.12905

WAINWRIGHT, T. W., GILL, M., MCDONALD, D. A., MIDDLETON, R. G., REED, M., SAHOTA, O., YATES, P., & LJUNGQVIST, O. (2020). *Consensus statement for perioperative care in total hip and knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations*. *Acta Orthopaedica*, *91*(1), 3–19. https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790

WANG, Q., HUNTER, S., LEE, R. L., & CHAN, S. W. (2023). *The effectiveness of an app-based mobile rehabilitation programme after total hip or knee arthroplasty: A randomized controlled trial*. *International Journal of Nursing Studies, 140*, 104455. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104455

ZHANG, X. Y., ZHOU, X., HAN, J. C., WU, S., ZHANG, X. Q., CUI, Q. T., HUANG, P. T., CAI, Y. Y., ZHANG, C., & LIU, A. F. (2025). *Impact of sarcopenia on clinical outcomes of older adults undergoing total knee arthroplasty for osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis*. *BMC Musculoskeletal Disorders, 26*(1), 1017.https://doi.org/10.1186/s12891-025-09245-z

ZHAO, Y., TIAN, C., TIAN, S., HAN, W., SHI, H., CAO, M., & LIU, J. (2025). *An umbrella review for preoperative rehabilitation in primary total knee arthroplasty: Quality assessment and summary of evidence*. *BMC Musculoskeletal Disorders, 26*(1), 630. https://doi.org/10.1186/s12891-025-08541-y

ANEXOS

ANEXO I– MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

O MMSE, designado em português como Mini Exame do Estado Mental (MEEM), é um instrumento breve amplamente utilizado no rastreio de défices cognitivos. A versão portuguesa foi adaptada por Guerreiro et al. (1994), apresentando adequadas propriedades psicométricas, nomeadamente validade e fiabilidade. A pontuação total varia entre 0 e 30 pontos, sendo a sua interpretação ajustada ao nível de escolaridade.

Identificação

- Nome: _____
- Data: ____ / ____ / _____
- Idade: _____
- Escolaridade: _____

1. ORIENTAÇÃO (10 pontos)

Tempo (5 pontos)

1. Ano _____
2. Estação do ano _____
3. Mês _____
4. Dia do mês _____
5. Dia da semana _____

Espaço (5 pontos)

6. País _____
7. Distrito _____
8. Localidade _____
9. Instituição _____
10. Andar _____

Pontuação: ____ / 10

2. RETENÇÃO (3 pontos)

Dizer três palavras e pedir ao utente para repetir:

Palavras: _____

Pontuação: ____ / 3

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

Opção A:

- Subtrair 7 a partir de 100 (5 vezes)

Opção B:

- Soletrar uma palavra ao contrário

Pontuação: ____ / 5

4. EVOCAÇÃO (3 pontos)

Pedir para recordar as três palavras referidas anteriormente

Pontuação: ____ / 3

5. LINGUAGEM (8 pontos)

- Nomear 2 objetos → ____ / 2
- Repetir frase → ____ / 1
- Cumprir ordem de 3 etapas → ____ / 3
- Ler e executar → ____ / 1
- Escrever uma frase → ____ / 1

Pontuação: ____ / 8

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto)

- Copiar desenho

Pontuação: ____ / 1

PONTUAÇÃO TOTAL

Total: ____ / 30 pontos

Interpretação (Portugal)

Escolaridade	**Défice cognitivo**
Analfabetos	≤ 15
1–11 anos	≤ 22
≥ 12 anos	≤ 27

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

[redacted]

Data: 22/07/2025

Assunto: **Pedido de autorização para realização de projeto de investigação**

Andreia Filipa Alves Malheiro enfermeira especialistas em Enfermagem de Reabilitação, encontra-se a desenvolver um projeto de investigação intitulado "A **pessoa submetida a artroplastia total da anca ou do joelho: follow-up de enfermagem de reabilitação no regresso a casa"** realizado no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação do IPVC ESS, sob orientação da professora doutora Maria José Lopes Fonseca.

Trata-se de um trabalho de investigação com a metodologia de projeto com a finalidades de contribuir para melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA) ou Artroplastia Total do Joelho (ATJ) no regresso a casa a ser desenvolvido no último semestre de 2025 e primeiro 2026.

O presente trabalho de investigação tem como objetivos:

- Identificar os conhecimentos, sobre o processo de reabilitação, das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento.
- Identificar as capacidades funcionais das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento.
-Conhecer a perceção das pessoas submetidas a ATA ou ATJ sobre as necessidades no pós-alta, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento.
- Contribuir para o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, mediante a análise de dados provenientes de entrevistas, com vista a apoiar decisões clínicas centradas na pessoa e a reforçar a articulação entre os vários contextos assistenciais da Unidade Local de Saúde.

A nível individual, será garantido que todos os envolvidos no estudo serão informados previamente, quer sobre a metodologia desenvolvida, quer no que diz respeito aos objetivos a alcançar, através de um documento que contenha o consentimento informado, como princípio fundamental para a aceitabilidade ética. Será assegurada, também, a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos. Os resultados do estudo serão disponibilizados a todos os interessados.

Agradece-se, desde, já toda a atenção dispensada, ficando ao dispor para qualquer

esclarecimento adicional.

Viana do Castelo, 22 de julho de 2025

Pede deferimento,

_____

A investigadora [redacted]

ANEXO III– PARECER Nº 25/2025 - CES

[redacted]	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 25/2025 -CES	Pág. 1 de 2

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 33 de 30-07-2025	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto:	Em nome do(s) investigador(es):
A pessoa submetida a artroplastia total da anca (ATA) ou do joelho (ATJ): Follow-up de enfermagem de reabilitação no regresso a casa.	Andreia Malheiro, enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, em Ortopedia da ULSAM, sob orientação da Professora Doutora Maria José Fonseca, professora adjunta do IPVC.

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para desenvolver o projeto de investigação em epígrafe, de abordagem qualitativa, de carater exploratório e descritivo, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação do IPVC ESS, a decorrer até 1-4-2026, a realizar através de uma entrevista semi-estruturada, com seguimento do formulário junto ao processo e de gravação áudio, a ser armazenado em suporte digitar encriptado, protegido por palavra-passe, sendo que apenas a investigadora terá acesso direto aos ficheiros e a realizar no domicílio do doente, nas primeiras 48 horas após alta hospitalar.
Após a transcrição integral da entrevista, os ficheiros áudio serão eliminados.
Os dados transcritos serão utilizados exclusivamente para fins científicos e académicos e poderão ser incluídos em publicações, sempre de forma anónima e agregada, sem qualquer possibilidade de identificação dos participantes.
Os participantes voluntários, com idade igual ou superior a 18 anos, prestarão consentimento informado, nos termos do texto junto ao processo, que se afigura respeitar as regras determinadas por lei.
Através do recurso à codificação das entrevistas, será assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados a recolher. A correspondência entre códigos e identidades será guardada de forma segura, conforme as normas do Regulamento Geral de Proteção de dados.
A investigação tem por objetivos:
- Identificar os conhecimentos sobre o processo de reabilitação das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento;
- Identificar as capacidades funcionais das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento;
- Conhecer a perceção das pessoas submetidas a ATA ou ATJ sobre as necessidades no pós-alta, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento;
- Contribuir para o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, mediante a análise de dados provenientes das entrevistas, com vista a apoiar decisões clínicas centradas na pessoa e a reforçar a articulação entre os vários contextos assistenciais da [redacted]
Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente por parte do investigador.
Os dados serão conservados, apenas, durante o tempo necessário para a conclusão deste projeto de investigação.

2. Fundamentação

Este projeto tem em vista a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a ATA ou ATJ, no seu regresso a casa.

A reeducação funcional motora constitui uma das competências nucleares da enfermagem especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Este processo visa restaurar, maximizar ou compensar alterações da função motora decorrentes de condições incapacitantes, temporárias ou permanentes.

A reeducação funcional implica a realização de uma avaliação sistemática da funcionalidade da pessoa, seguida da definição de um plano terapêutico individualizado. Este plano integra intervenções que estimulam a recuperação da marcha, do equilíbrio, da coordenação, da força muscular e da mobilidade articular.

As intervenções de reeducação funcional são acompanhadas da utilização de instrumentos de avaliação validados, que permitem monitorizar os progressos alcançados e reorientar o plano de cuidados, garantindo a eficácia e a qualidade das práticas desenvolvidas.

A intervenção do doente no domicílio, após cirurgia ortopédica, constitui uma etapa fundamental no processo de reabilitação, exigindo uma abordagem centrada na promoção da autonomia, prevenção de complicações e adaptação ao novo contexto funcional, onde o enfermeiro especialista desempenha um papel essencial: avaliação do ambiente domiciliário, identificação de barreiras arquitetónicas, recomendando adaptações que favoreçam a segurança e funcionalidade do doente, dos cuidados para o autocuidado, ensinando estratégias para a realização das atividades da vida diária, de forma segura e eficaz.

3. Conclusão/parecer

Na medida em que a intervenção dos participantes é voluntária, na sequência de prestação de consentimento informado, e se garante o seu anonimato e a confidencialidade dos dados a obter e não se vislumbrando a ocorrência de circunstâncias que importem violação de regras éticas, proponho a atribuição de parecer favorável a este trabalho.

Após a conclusão do estudo de investigação, a investigadora deve comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos.

Nota: Referências bibliográficas:

Foram apresentadas 14 referências bibliográficas.

[redacted]

APÊNDICES

APÊNDICE I– GUIÃO DA ENTREVISTA

Parte 1 – Acolhimento

O presente estudo está a ser desenvolvido por Andreia Filipa Alves Malheiro, enfermeira do Serviço de Ortopedia 2 da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

A finalidade do deste projeto será contribuir para a melhoria dos cuidados de ER na pessoa submetida a ATA e ATJ no seu regresso a casa.

Os doentes que realizam procedimentos cirúrgicos ortopédicos frequentemente enfrentam limitações significativas que impactam negativamente a sua qualidade de vida. A intervenção do EEER tem demonstrado ser fundamental para a prevenção de complicações pós-operatórias e para o aumento da independência funcional destes utentes.

A recolha de dados será realizada através de entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas mediante consentimento prévio, garantindo a integridade da informação recolhida.

A participação neste estudo é voluntária, anónima e confidencial. O estudo inicia-se com a apresentação e assinatura do consentimento informado.

Parte 2 – Objetivo de investigação / Questões orientadoras

O presente trabalho de investigação tem como objetivos:

- Identificar os conhecimentos das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento.

- Identificar as capacidades das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento.

-Conhecer a perceção das pessoas submetidas a ATA ou ATJ sobre as necessidades no pós-alta.

Tópicos	Questões Orientadoras
1-Conhecimento sobre prevenção de com complicações ATA	O que sabe sobre as complicações na ATA? - Dor - Impossibilidade de movimento - Dismetria Quem o informou? O que sabe sobre a prevenção de complicações na ATA? Movimentos luxantes Abdução dos membros inferiores Entrar e sair carro/ banheira Entrar e sair da cama Ir ao WC Apanhar objetos do chão Comportamento na relação sexual Transferências/ sentar-se e levantar-se Vestir/despir-se Quem o ensinou?
2- Conhecimento sobre prevenção de complicações ATJ	O que sabe sobre as complicações na ATJ? Prevenir a rigidez articular Sobrecarga da articulação E depois da cirurgia quais os cuidados que deve ter? Quem o informou?
3-Informação sobre exercícios musculoarticulares ATA e ATJ	Sabe quais os exercícios que deve realizar? Como faz os exercícios que lhe foram ensinados? Quantas vezes realiza por dia? Quantas series realiza? Quem o ensinou?
4- Marcha com auxiliar de marcha	Usa auxiliar de marcha? Que tipo de sapatos usa? Como faz para andar? Quem o ensinou?
Necessidades	Sentiu receio de regressar a casa? Porquê? Como faz para realizar as suas atividades de vida diárias? Como se sente neste momento de regresso a casa? O que acha que poderemos melhorar Acha importante algum acompanhamento depois da alta?

Parte 3 – Fecho da entrevista

Agradeço imensamente a sua participação neste estudo, cuja contribuição é fundamental para compreendermos os conhecimentos e capacidades reais dos utentes relativamente à problemática em análise. Este trabalho visa identificar necessidades e apoiar a implementação de estratégias que promovam a autonomia funcional das pessoas submetidas a ATA e ATJ.

O objetivo final é a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, garantindo intervenções cada vez mais eficazes e centradas no doente.

Mais uma vez, obrigado(a) pela sua colaboração.

APÊNDICE II– CONSENTIMENTO INFORMADO DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO – De acordo com a Declaração de Helsínquia

Por favor, leia atentamente a seguinte informação. Caso tenha dúvidas ou considere que algum ponto não está claro, não hesite em solicitar esclarecimentos. Se concordar com a participação no estudo, agradecemos que assine este documento.

Eu, Andreia Filipa Alves Malheiro, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Maria José Lopes Fonseca, venho solicitar a sua colaboração para a recolha de dados no âmbito de um projeto de investigação "A Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA) e artroplastia total do joelho (ATJ): Follow-up de Enfermagem de Reabilitação no Regresso a casa.

Este projeto insere-se na área da Reeducação Funcional Motora, com foco na promoção da qualidade de vida e na autonomia funcional dos utentes. As pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas, como a artroplastia da anca e do joelho, frequentemente enfrentam limitações significativas que afetam negativamente o seu bem-estar. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem-se mostrado fundamental na prevenção de complicações pós-operatórias e na promoção da recuperação da independência funcional.

Trata-se de um trabalho de investigação com a metodologia de projeto com a finalidades de contribuir para melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoa submetida a ATA e ATJ no regresso a casa a ser desenvolvido no último semestre de 2025 e primeiro 2026.

O presente trabalho de investigação tem como objetivos:

- Identificar os conhecimentos das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento.
- Identificar as capacidades das pessoas submetidas a ATA ou ATJ no domicílio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento.
-Conhecer a perceção das pessoas submetidas a ATA ou ATJ sobre as necessidades no pós-alta.

A recolha de dados será realizada através de uma entrevista semi-estruturada, com gravação áudio, de forma a garantir a totalidade e fidelidade das informações prestadas.

Todos os dados recolhidos neste estudo, incluindo as gravações áudio e transcrições das entrevistas, serão tratados com total confidencialidade e de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD - UE 2016/679).

- Os dados recolhidos serão anonimizados, ou seja, quaisquer informações que possam identificar diretamente o/a participante (como nome, morada, contactos, etc.) serão removidas ou codificadas para garantir o anonimato.
- As gravações áudio serão armazenadas em suporte digital encriptado, protegido por palavra-passe, e apenas a investigadora terá acesso direto aos ficheiros.
- Após a transcrição integral da entrevista, os ficheiros áudio serão eliminados de forma segura.
- Os dados transcritos e analisados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e académicos, e poderão ser incluídos em publicações, apresentações ou relatórios, sempre de forma anónima e agregada, sem qualquer possibilidade de identificação dos participantes.
- Os dados serão conservados apenas durante o tempo necessário à conclusão do projeto de investigação (até 5 anos após a sua conclusão) e posteriormente eliminados de forma segura.

A sua participação é totalmente voluntária e poderá, a qualquer momento, desistir do estudo sem prejuízo de qualquer natureza.
Todos os princípios éticos e deontológicos serão rigorosamente respeitados.
Este documento será assinado em duplicado, ficando uma cópia com a investigadora e outra com o/a participante.

Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-me através do e-mail: andreia_malheiro1@hotmail.com
Muito obrigada pela sua colaboração.

Eu, _____, fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Foi-me solicitado autorização para gravação áudio. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado:

_____

Assinatura do investigador:

_____

APÊNDICE III – REGRAS DE CATEGORIZAÇÃO

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Definição / Observações
Conhecimentos sobre a sua situação de saúde	Demonstra	Complicações	Conhecimento ou perceção dos participantes sobre riscos e eventos adversos associados à cirurgia ortopédica, como infeção, deslocamento da prótese ou dor pós-operatória.
		Exercícios	Compreensão da necessidade de realizar exercícios específicos para recuperação funcional após a artroplastia
		Precauções de segurança	Conhecimento e prática de medidas preventivas para evitar quedas, lesões ou sobrecarga da articulação operada
	Não demonstra		Ausência de demonstração de conhecimento sobre a situação de saúde
Realização das AVD	Dificuldades sentidas		Limitações ou obstáculos na execução das AVD'
	Apoio do cuidador		Identificação de suporte familiar ou profissional necessário durante a realização das AVD
Execução do plano de exercícios	Cumprimento do plano prescrito		Capacidade de realizar os exercícios prescritos corretamente, com ou sem ajuda
	Estratégias utilizadas		
Sentimentos vivenciados	Relacionados com a alta	Receio	Cautela em relação à alta hospitalar
		Satisfação	Sentimentos positivos em relação ao cuidado recebido e recuperação
		Confiança	Segurança percebida na execução de atividades e no processo de reabilitação
		Ansiedade	Ansiedade ou stress relacionados à recuperação ou cuidados futuros
	Relacionados com o programa de reabilitação no internamento	Satisfação	Perceção positiva resultante da avaliação favorável dos cuidados, ensinos e acompanhamento recebidos durante o processo de reabilitação.
		Segurança	Sentimento de confiança e proteção resultante do acompanhamento e orientação recebidos durante o processo de reabilitação
Sugestões	Programa de reabilitação mais intensivo		Proposta de aumentar a frequência ou intensidade dos exercícios e sessões de acompanhamento por parte do enfermeiro de reabilitação
	Ensino à família/cuidador		Inclusão de programas educativos direcionados a familiares e cuidadores para apoio pós-alta
	Acompanhamento pós-alta		Sugestão de seguimento regular após alta hospitalar para monitorizar evolução e prevenir complicações
	Material de apoio		Disponibilização de guias, folhetos ou vídeos educativos para apoio à recuperação no domicílio

APÊNDICE IV – MATRIZ ANÁLISE DE CONTEÚDO

Área Temática	Categoria	Subcategoria	
Conhecimentos sobre a sua situação de saúde	Demonstra	Complicações	E1: “Só sei que pode ficar duro, rígido e haver infeção por exemplo devemos fazer os exercícios e andar muito para não ficar rígido, mas também temos de andar com o andarilho ou canadianas pois não devemos de andar muito em cima da perna.” E2: “Quando fui à consulta explicaram quais os riscos de pôr a prótese do joelho, mas eu não quis saber, se tinha de ser. No internamento os enfermeiros falaram da limitação dos movimentos, da rejeição da prótese e das dores.” E3: “As complicações que podem surgir com a prótese é o corpo renegar ou infetar.” E5: “A gente fica mais limitada, sabemos que pode haver uma rejeição da prótese e que o movimento do joelho nunca mais vai ficar igual e disseram que teria que fazer ginástica ao joelho.” E6: “Os enfermeiros disseram me para ver o penso, se passasse sangue tinha de vir a urgência e se ficasse muito vermelho ou com febre”. E7: “Sim, sei que pode haver complicações, como infeção, deslocamento ou inflamação. Tenho cuidado de ver a cicatriz todos os dias e controlo a temperatura, para ter a certeza de que está tudo bem.” E8: “Ah, isso depende… às vezes é a própria prótese que não fica bem. Há quem diga que a prótese parcial dá menos dor que a total, mas depois o resto acaba por complicar. Às vezes não há hipótese.” E9: “Sei que depois de pôr a prótese pode haver complicações, como infeção, deslocamento ou inflamação. A médica e os enfermeiros explicaram-me que, se tiver febre, dor diferente, ou se vir a ferida vermelha, devo avisar logo e ir ao hospital.” E10: “Sim, falaram-me sobre o que devia vigiar depois da operação. Disseram-me para estar atenta à temperatura, tomar a medicação direitinha e vigiar se a perna ficasse vermelha ou se saísse sangue. Se isso acontecesse, tinha de ir logo à urgência.” E11: “Sim, disseram-me que tinha que vigiar a temperatura e os sinais no joelho, se ficasse vermelho ou saísse sangue. Também me explicaram que se aparecesse sangue no penso do dreno, tinha de ir ao centro de saúde.” E12: “Eu sei que depois da operação há que ter muito cuidado. As enfermeiras explicaram-me que pode haver infeção, deslocar a prótese ou até inflamar a ferida. Por isso, eu estou sempre atenta — vejo se a cicatriz está vermelha ou quente e, se noto alguma dor diferente, aviso logo.” E13: “Durante o internamento também me explicaram o que devia vigiar: se sentisse dor forte devia avisar logo, e se ficasse vermelho também. Isso disseram bem.” E15: “Durante o internamento também me explicaram o que devia vigiar: se sentisse dor forte devia avisar logo, e se ficasse vermelho também.”
		Exercícios	E1: Faltará algum, mas no geral faço e tenho feito sozinha também pego na toalha como me disse, você me ensinou e vou puxando a perna, vou ali para as grades fazer os exercícios e também desço as escadas e subo.” E2: “Eu faco todos os do papel e os outros que me ensinaram 2x dia” E3: “Olhe eu tenho feito, mas não sei se faço bem eu pego no andarilho e faço na casa de banho na pia aquilo é muito seguro. Mas custa-me muito dobrar o joelho.” E4: “Sim tenho feito pelo papel o meu neto ajuda-me 2 x por dia e fazemos as escadas.” E5: “No início custava um pouco, mas agora já consigo fazer melhor. Às vezes só tenho mais cuidado com os movimentos que exigem mais esforço, para não forçar demasiado a perna e no fim coloco sempre o gelo.” E6: “Sim, lembro-me de alguns. Faço o que me ensinaram no hospital, dentro do que consigo: levantar e sentar com cuidado, mexer a perna para não ficar rígida, dobrar e esticar o joelho, e tentar andar um bocadinho todos os dias. Às vezes ainda sinto dor e canso-me depressa, mas procuro fazer o possível para recuperar a força e a confiança.” E7: “Sim, faço todos os exercícios que me ensinaram, algumas vezes peço ajuda para me orientar melhor, mas no geral consigo fazer sozinha e sigo a ordem do papel.” E8: “Sei, sim. Faço todos os dias. Quando mudo de posição, levanto-me um bocadinho, ando aqui, e ponho gelo — isso ajuda muito”. E9: “Sim, sei. Faço os exercícios que me ensinaram — dobrar e esticar o joelho, levantar as pernas, abrir e fechar, e fazer respiração para relaxar.” E10: “Sim, sei. As enfermeiras ensinaram-me os exercícios para o joelho — dobrar e esticar, mexer os pés, levantar e baixar a perna.”

			E11: “Sim, sei os exercícios que me ensinaram: sentar e levantar, mexer o joelho, subir e descer escadas e alguns movimentos para a perna para trás e para frente.” E12: “Sei alguns, sim. As enfermeiras ensinaram-me no hospital. Faço o que consigo: levantar e baixar a perna, esticar o joelho, mexer os pés e respirar fundo para relaxar. Às vezes a cuidadora ajuda-me a contar as repetições.”
		Precauções de segurança	E1: “Não cair.” “Em casa tirei os tapetes todos e como pode ver consigo mexer-me bem com o andarilho não tenho problemas nenhuns tenho largueza para entrar e sair da cama e o mesmo para vir à casa de banho e também comprei aquilo para a sanita para ficar mais alto.”, “Vocês falaram-me dos sapatos para não cair desde que vim para casa tenho usado as sapatilhas agora comprei estes sapatinhos eles estão ótimos, estão bem-adaptados só estou com bocadinho de medo pois o pé está inchado.” E2: “Falaram me que tivesse cuidado para não cair, que não fizesse muito esforço na perna e de resto não me explicaram mais nada. Eu uso sempre as canadianas e os tapetes já saíram há muito e tenho o marido sempre atrás de mim.” E3: “Não cair, vigiar a pele e se tenho febre. E por gelo.”, “Tirei os tapetes e as carpetes e tenho andado sempre com estes sapatos fechados.” E4: “O principal cuidado é para não cair, porque isso poderia trazer complicações sérias. Faço o que posso para não cair, mas às vezes sou um bocadinho descuidada.” E5: “Os enfermeiros disseram me para fazer os exercícios e por gelo e principalmente não cair.” E6: “Falávamos sobre o risco de cair. Para fazer os exercícios tenho usado sempre sapatinho fechado assim por causa do risco de queda. Tenho conseguido andar bem, em casa tirei os tapetes para não cair.” E7: “Depois da cirurgia, disseram-me para não cruzar as pernas, não dobrar demasiado a anca e sair sempre da cama pelo lado bom. Tenho muito cuidado ao levantar-me e ao andar. Em casa, tiraram os tapetes e colocaram a cama na sala, para não ter de subir escadas. Também uso calçado seguro e, se sinto que não estou firme, chamo o meu marido ou a minha filha.” E8: “Desde que vim para casa, ando sempre com as canadianas. Comprei aquele adaptador da sanita que a deixa mais alta — é muito melhor, mais fácil. Não tenho tapetes em casa, que é para não escorregar. Uso calçado fechado, e se for preciso o marido ajuda com a calçadeira. Assim é mais seguro.” E9: “Depois da cirurgia, disseram-me para não cruzar as pernas, não dobrar demasiado a anca e sair sempre da cama pelo lado bom. Tenho muito cuidado ao levantar-me e ao andar. Em casa, tiraram os tapetes e colocaram a cama na sala, para não ter de subir escadas. Também uso calçado seguro e, se sinto que não estou firme, chamo o meu marido ou a minha filha.” E10: “Tenho muito cuidado em casa. Agora já me vou movimentando melhor, mas continuo com atenção para não cair. Tenho uma base de apoio na casa de banho e agarro-me sempre quando me levanto ou me sento. O chão está livre, sem tapetes, e o meu marido ajuda-me a entrar e sair da cama, porque ainda tenho receio.” E11: “Tenho cuidado em casa. Usei as canadianas desde que cheguei e adaptei-me bem. Tirei todos os tapetes e uso sempre os sapatinhos fechados para não escorregar. Quando me deito ou levanto, faço devagar, puxando a perna de baixo com a técnica que aprendi, e tenho cuidado porque o chão é de tijoleira e escorrega. Também evito movimentos bruscos e vou subindo e descendo escadas sempre apoiada no corrimão.” E12: “Em casa tenho muito cuidado, porque tenho pouco equilíbrio. As cuidadoras e a minha filha deixaram tudo mais livre, sem tapetes nem móveis no caminho. As divisões da casa são pequenas. Também uso calçado fechado e antiderrapante. Nunca ando sozinha — elas acompanham-me sempre, principalmente à casa de banho e ao banho.” E13: “Ando sempre com o andarilho, calçado seguro, atenção aos tapetes e ao risco de cair. E14: “Uso o alteador de sanita, calçado seguro, cuidado com os tapetes. Ando com andarilho.” E15: “Ando sempre com canadianas, calçado seguro, tirando tapetes e atenção ao risco de queda.
	Não demonstra		E2: “Tive internada cinco dias e lá falaram-me que tivesse cuidado para não cair, que não fizesse muito esforço na perna e de resto não me explicaram mais nada.” E4: “Nunca me explicaram.” [após questão sobre quais os seus conhecimentos sobre as complicações da cirurgia?] E14: “Não falaram sobre isso.” [após questão sobre quais os seus conhecimentos sobre as complicações da cirurgia?]

Realização das AVD	Dificuldades sentidas		E1: “A maior dificuldade é o deitar-me, custa-me muito deitar na cama e levantar a minha cama é alta e eu gosto, mas o movimento de levantar a perna é difícil e custa muito, mas já consigo por me a pé sozinha.” E3. “Para comer, já consigo sozinha, mas às vezes preciso que me cortem a comida. Ainda não consigo fazer as tarefas de casa, como limpar ou cozinhar.” E5: “Tenho que arranjar sempre maneira, primeiro ponho as pernas para baixo, uso uma almofada para me sentar e depois, com algum esforço, consigo deitar-me e levantar-me sozinha.” E12: O mais difícil é mesmo levantar-me e deitar-me. A perna ainda pesa e tenho medo de me magoar.
	Apoio de cuidador		E1: “Em relação a tomar banho, vestir, alimentação quem me ajuda é a minha nora ela vem cá sempre para me ajudar. Ela faz as refeições e comemos todos juntos. Ela também me diz para eu lhe ligar sempre que preciso, mesmo para me deitar, mas eu já não preciso.” E2: “Mas já me sento sozinho e levanto e vou com as canadianas a casa de banho, mas ele vai sempre atrás. Para tomar banho é preciso uma ajudinha eu não consigo sozinha” E2 “Para já preciso da ajuda do meu marido para tomar banho, para entrar e sair da cama e do carro, ele vai me ajudar porque eu sinto mais confiança, ainda não tentei sozinha” E3: “Vivo com o meu marido que não ajuda nada por isso vou para o centro de dia. Faço algumas coisas sozinha, mas ainda preciso de bastante ajuda. No centro de dia, as auxiliares ajudam-me a tomar banho e a vestir-me, porque ainda tenho medo de cair quando tento levantar a perna. Uso uma cadeira alta para me sentar e apoiar quando me visto.” E4: Consigo fazer algumas coisas sozinha, mas principalmente para tomar banho, ir à casa de banho ou subir escadas, preciso de apoio da minha filha ou da minha irmã.” E4: “Tenho sempre ajuda de alguém, E6: “Desde que vim para casa quem me tem ajudado é a minha filha e o meu genro, saí da minha casa e vim para a casa da minha filha, porque em casa não tinha condições para estar sozinha e o meu marido sai de manhã e depois só vem para almoçar e depois vai sai outra vez e só vem à noite e depois eu ficava sozinha então assim é mais seguro está sempre alguém em casa.” E7: “O marido tem ajudado nas tarefas diárias, como banho e calçar-me, quando necessário.” E8: “O marido tem ajudado com a calçadeira e supervisão de segurança.” E9: “O marido e filha apoiam-me em tarefas mais difíceis, como banho e deslocação.” E10: “Nos primeiros dias precisei sempre da ajuda do meu marido, agora já me vou movimentando melhor, mas continuo com atenção para não cair.” E12: “As cuidadoras e a minha filha ajudam-me em todos os movimentos, principalmente para banho e deslocação. E13: “A minha filha ajuda-me em casa — no banho, e às vezes nas refeições.” E14: “Tenho apoio de familiares, principalmente no banho; consigo fazer algumas tarefas sozinha.” E15: “Desde que vim para casa quem tem ajudado é a minha filha; ajuda no banho, refeições e apoio para sair da cama.”
Execução do plano de exercícios	cumprimento do plano prescrito		E1: “Desde que vim para casa faço os exercícios do papel 4 vezes por dia, cada um 10 vezes. E3: “tento fazer os exercícios que o enfermeiro me ensinou, mas às vezes canso-me depressa. “. E5 “Faço todos, sim. Costumo fazer de manhã e à tarde, umas 15 a 20 vezes cada exercício.” E8 “Faço os exercícios 15 vezes, ainda não passei para 20, mas vou devagarinho.” E9 “Costumo fazer duas vezes por dia, umas 15 vezes cada exercício. (…) Eu e o meu marido usamos muito os panfletos que me deram no hospital.” E10 “Faço uma ou duas vezes por dia, conforme consigo. O que me custa mais é dobrar o joelho para trás, porque ainda tenho os pontos e fico com medo de magoar.” E11 “Faço uma vez por dia os exercícios, (…) 15 vezes cada movimento, e também faço subir e descer escadas uma vez por dia. Às vezes repito um pouco mais, quando consigo.” E13: “Faço 2 vezes por dia e 10 vezes cada exercício. Tenho os panfletos que a enfermeira me entregou, acho que estou a fazer bem.” E14: “Desde que veio para casa tenho feito exercícios 1–2 vezes por dia, lembro-me bem e consigo executar.” E15: “Faço três vezes por dia, e cada exercício faço 18 vezes. Tenho alguma dificuldade, mas consigo fazer.”

	estratégias utilizadas		E2: “Não teve dificuldade em fazer os exercícios, faço agarrada ao fogão ou lá fora, quando vou lá, agarrada na grade das escadas e já ando aqui dentro de um lado para o outro com as canadianas” E9 “Também tento manter-me sempre em movimento, mesmo quando estou sentada”. E11 “(…) uso a banca da cozinha para fazer os exercícios em pé, (…).” E12 “Faço aos poucos, porque fico cansada depressa, mas tento mexer-me todos os dias para não ficar parada.”
Sentimentos vivenciados	Relacionados com a alta	Receio	E1“Sim, não estava confiante para vir para casa achei o que precisava de mais tempo, de mais um bocadinho de treino lá no hospital” E3: “Quando me disseram que ia ter alta, fiquei com receio de ir para casa. Eu moro com o meu marido, mas é como se morasse sozinha, não tinha ninguém que me pudesse ajudar, e isso deixou-me muito preocupada.” E4: “Sim, um pouco de medo. No hospital há sempre alguém por perto e é seguro, mas em casa é diferente. Tenho de ter muito cuidado para não escorregar ou perder o equilíbrio.” E6: “No internamento senti algum receio porque alguns movimentos eram difíceis e dolorosos, precisava da ajuda das enfermeiras.” E7: “Tinha algum receio, vivo sozinha” E8: “Senti receio, por causa do que passei da outra vez, E9: “Sim, senti receio de ter de vir para casa e fazer as coisas sem apoio constante” E10: “Senti algum receio, pois ainda tinha febre na noite anterior e fiquei com medo de vir demasiado cedo.” E11: “Sim, sabia que precisava de ajuda e fiquei com receio, pois estou sozinha em casa.” E12: “Senti muito receio, sim. No hospital sentia-me mais segura, sempre com alguém por perto.” E15: “Tive algum receio porque pensei que precisava de mais apoio e tempo de treino.”
		Satisfação	E2: “O acompanhamento que nós tivemos no hospital foi suficiente, eu não tenho queixa nenhuma, sempre que eu tocava e pedia ajuda estava sempre lá alguém para me ajudar. Eu já sabia os exercícios que tinha de fazer quando chegasse a casa, vocês tinham-me ensinado.” E5: “Senti mais alívio do que receio. Já estava há algum tempo no hospital e queria vir para casa descansar. Mas no geral, fiquei contente por poder regressar a casa.” E8: “Mas agora já me sinto melhor, já faço as coisas sozinha, tomo banho, vou à casa de banho, não preciso pedir ajuda.” E9: “Sinto que estou a recuperar bem. Ainda há dias em que custa mais, mas estou muito mais confiante e consigo fazer quase tudo com o apoio da minha muleta.” E11: “Sinto-me razoavelmente bem, consigo fazer quase tudo sozinha, embora com cuidado. Sinto que estou a recuperar, mas continuo atenta para não me magoar.” E12: “Sinto-me fraca, mas um bocadinho melhor do que logo depois da operação. Ainda tenho dores e preciso de ajuda para tudo, mas noto alguma melhoria. Tenho esperança de ir ficando mais forte com o tempo e com os exercícios.”
		Confiança	E2: “Eu achava que estava bem para vir para casa… Quando vim não tive grande receio porque me sentia apoiada pelo marido.” E7 “(…) mas estava mais confiante porque o marido estava presente e podia ajudar-me nos primeiros dias.” E8 (…) mas desta vez estava mais calma e preparada.” E9 “(…) mas fiquei mais tranquila com acompanhamento familiar.” E10: “Acho que estou a evoluir bem e tenho esperança de recuperar totalmente com o tempo e os exercícios.” E13: “Sinto-me bem, faço os exercícios, caminho com o andarilho e sinto-me segura.” E14: “Sinto-me melhor aqui em casa do que no hospital. Consegui executar os movimentos e exercícios.” E15: “Estou mais confiante agora, consigo fazer os exercícios e atividades básicas com a ajuda da minha filha.” E14: “Achei que estava bem para ir para casa; não senti receio, queria voltar à minha casa.”
		Ansiedade	E3 “Tinha medo que as coisas em casa não corressem bem, que não conseguisse fazer as minhas refeições ou andar com segurança.” E12 Também custa muito não poder fazer as coisas sozinha, porque sempre fui independente. Agora tenho de depender dos outros para quase tudo, e isso mexe comigo.”

	Relacionados com o programa de reabilitação no internamento	Satisfação	E1: “Durante o internamento consegui treinar o entrar e sair da cama algumas vezes, claro, mas eu treinei com as enfermeiras e com elas tudo é mais fácil. Também treinei os exercícios todos ao joelho era duro.” E2: “No internamento treinamos muito fizemos aquele plano das enfermeiras e eu percebi bem.” E2: “Eu nunca tinha feito uma operação destas, mas a vossa explicação foi muito boa.” [satisfação com os cuidados prestados de ER] E5: “Durante o internamento treinei esses movimentos com as enfermeiras. Eles iam-me ensinando passo a passo como devia fazer, primeiro a andar com apoio, depois a subir e descer escadas, e também a fazer os exercícios para fortalecer a perna e ganhar mais equilíbrio.” E6: “Elas iam-me orientando com paciência, mostravam como devia mexer a perna e faziam comigo os exercícios devagarinho.” E9: “As enfermeiras de reabilitação ensinaram-me como devia levantar-me da cama, virar-me para o lado bom e apoiar a perna que não foi operada. Também me mostraram como entrar e sair do carro, subir e descer escadas e fazer os exercícios de reforço.” E12**:** “Ensinavam-me a virar devagar, a levantar-me pelo lado bom e a apoiar a perna que não foi operada. Também me mostraram como sentar e levantar da cama e como dar os primeiros passos com o andarilho. Eu fazia o que podia, mas com muito esforço.” E10: “Sim, treinei com as enfermeiras de reabilitação. Fizeram comigo alguns exercícios e ensinaram-me a subir e descer escadas.” E11: “Sim, treinei dois dias com as enfermeiras de reabilitação. Achei suficiente para perceber os exercícios, embora mais repetição ajudasse a fixar melhor. Durante esses dias aprendi a subir e descer escadas, a levantar a perna e os movimentos básicos da cama.” E14: “Durante o internamento tive supervisão diária, consegui aprender a entrar e sair da cama.”
		Segurança	**E3:** “No hospital tive sempre ajuda nunca consegui fazer as coisas sozinha, mas sempre me incentivaram a fazer as coisas, mas eu não conseguia. As enfermeiras treinaram comigo o por me a pé, ir à casa de banho, o banho, e aqueles exercícios para o joelho, mas em casa é tudo difícil.” **E5:** “No início custava um bocadinho, mas com a ajuda deles fui ganhando mais confiança e já conseguia fazer.” **E6:** “Sim, treinei, mas ao início foi muito difícil. Tinha muitas dores e sentia-me com pouco equilíbrio, por isso precisava sempre da ajuda das enfermeiras. Comecei por tentar levantar-me da cama e dar uns passos com o andarilho. Só mais tarde consegui subir e descer alguns degraus, mas sempre com apoio. Foi um processo lento, mas com o tempo fui melhorando um pouco.” **E7:** “Treinei com as enfermeiras, elas iam-me orientando e apoiando nos movimentos básicos.” **E8:** “Comecei por tentar levantar-me da cama e dar uns passos com o andarilho. Só mais tarde consegui subir e descer alguns degraus, mas sempre com apoio. Foi um processo lento, mas com o tempo fui melhorando um pouco.” **E9:** “Sim, durante o internamento treinei bastante. No início custava, mas fui melhorando e ganhando confiança.” **E12:** “Sim, treinei, mas confesso que custou muito. Tinha dores e medo de cair. As enfermeiras de reabilitação foram muito pacientes comigo.” **E13:** “Treinei movimentos, entrei e saí da cama com a ajuda das enfermeiras, senti-me apoiada.” **E15:** “Todos os dias houve enfermeiro de reabilitação de manhã, senti-me acompanhada.”

Sugestões	Programa de reabilitação mais intensivo		E1: “O que poderia ter ajudado mais alguma coisa claro, era vocês terem mais um bocadinho de tempo para nos darem as explicações, porque só está uma enfermeira de reabilitação claro para todo o serviço é muito pouco e isto está à vista dos olhos é muito pouco muito pouco.” E2: “Gostava de ter tido mais tempo com as enfermeiras para repetir e consolidar os exercícios durante o internamento.” E4: “Acho que seria importante que as enfermeiras tivessem mais tempo para nos ensinar os exercícios de reabilitação. No hospital, elas fazem, mas é pouco tempo, e às vezes não dá para aprender tudo direito.” E4: “No hospital treinei um pouco, os exercícios, mas não aprendi tudo. Mostraram-me como levantar da cama, usar o andarilho e alguns cuidados para não cair, mas só fui percebendo algumas coisas depois que cheguei a casa.” E5: “Acho que podiam passar mais tempo connosco, porque às vezes as explicações são rápidas e depois, em casa, já não lembramos tudo. O tempo que estiveram já ajudou muito, mas se fosse possível ficarem mais um pouco a ensinar, seria melhor, principalmente nos exercícios e nos cuidados do dia a dia.” E6: “Foi muito bem atendida, só senti que o tempo com vocês [enfermeiras de reabilitação] era pouco e que à tarde podia haver também exercícios. E8: “Durante o internamento treinei. Fiz escadas, levantar, sentar, abaixar, mas só duas vezes. Foi pouco tempo.” E10: “Sim, treinei com as enfermeiras de reabilitação… Foi pouco tempo, porque também houve um dia de greve e só consegui treinar duas vezes.” E11: “Sim, treinei dois dias com as enfermeiras de reabilitação. Achei suficiente para perceber os exercícios, embora mais repetição ajudasse a fixar melhor.” E14: “Poderia haver mais acompanhamento à tarde, para reforço dos exercícios e supervisão.” E15: “Aumentar o número de sessões de supervisão dos enfermeiros, se possível, ajudaria a pessoa a sentir-se mais segura.”
	Ensino à Família/cuidador		E1: “Acho que era preciso por exemplo antes de ser operada falar com alguém sobre estas coisas dos exercícios e os sapatos.” E2: “Acho que era bom fazer os ensinos a outra pessoa, ao marido, duas cabeças pensam melhor.” E5 “Também era bom explicarem mais às famílias, porque são eles que ajudam depois em casa.” E6: “E que deviam explicar mais a família.” E7: “Seria útil se a família recebesse instruções sobre como ajudar com os exercícios e mobilização.” E8: “O ensino a família era importante, a família poderia supervisionar exercícios e garantir segurança.” E9: “O apoio do marido e filha é essencial para realizar as atividades e os exercícios com segurança, devia de haver ensinos” E10: “O marido ajuda nos primeiros dias, é importante orientar a família sobre cuidados e exercícios.” E12: “Cuidadoras auxiliam diariamente; reforço de instruções à família seria importante. E14: “Seria benéfico se familiares pudessem aprender os exercícios para ajudar em casa.” E15: “Seria importante que a filha ou outro familiar aprendessem os exercícios, ajudando a pessoa em casa.”

	Acompanhamento pós-alta		E1: “O que nós precisamos e de pessoas como você que venham a casa para nos ajudarem a fazer os exercícios aí se viessem a casa era muito bom era … era muito bom.” “Também podiam ligar pelo telefone, devia de haver pessoas para pudermos ligar para tirar duvidas.” E2: “Também ajuda virem cá a casa ou então poderem ligar para tirarmos dúvidas.” E3: “Em relação a casa, acho que seria muito bom se vocês pudessem ir lá, ajudar-nos a fazer os exercícios ou verificar se estamos a fazê-los bem. Isso dava-nos mais confiança e ajudava na recuperação.” E4: “Seria bom se alguém viesse a casa ajudar todos os dias, a minha irmã e filhas ajudam quando podem.” E5: E se alguém pudesse vir a casa ver como estamos a fazer, também ajudava muito, porque assim sentíamo-nos mais acompanhados e com menos medo de fazer mal.” E7: “Seria importante que profissionais reforçassem treinos e supervisionassem exercícios em casa E8: “Seria bom se alguém ligasse ou visse como o marido ajuda nos exercícios, para garantir que estamos a fazer bem.” E9: “Mais visitas regulares em casa para ver se estamos a fazer tudo corretamente, e ligar para tirar dúvidas, ajudaria muito.” E10: “Seria importante haver acompanhamento depois da alta — por exemplo, uma chamada uns dias depois, para saber se estamos bem e se estamos a fazer os exercícios.” E11: “Seria útil se houvesse mais acompanhamento na ginástica e se alguém viesse a casa para ajudar nos exercícios. Também seria bom ligar uns dias depois da alta.” E12: “Um acompanhamento mais próximo ajudava muito. Nem todas as pessoas têm família disponível, e às vezes as cuidadoras também não sabem bem como fazer nos exercícios. Um telefonema ou visita ajudaria bastante.” E13: “Ligar após a alta poderia ajudar a esclarecer dúvidas e garantir que os exercícios são feitos corretamente.”
	Material de apoio		E1 “Sabe é que nos já temos alguma idade e a memória não é igual precisamos de mais tempo os papeis ajudam, mas vocês explicam melhor e eu a ler não entendo bem.” E2 “Os panfletos acho que estão muito bem, ajudam muito pois aqui em casa temos sempre muitas dúvidas.” E6: “Achei que os panfletos que me entregaram estão bem, foram eles que me salvaram em casa.”

APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO INVESTIGAÇÃO – 2.ª FASE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO – De acordo com a Declaração de Helsínquia

Por favor, leia atentamente a seguinte informação. Caso tenha dúvidas ou considere que algum ponto não está claro, não hesite em solicitar esclarecimentos. Se concordar com a participação no estudo, agradecemos que assine este documento.

Eu, Andreia Filipa Alves Malheiro, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Maria José Lopes Fonseca, venho solicitar a sua colaboração para a recolha de dados no âmbito da segunda fase do projeto de investigação intitulado:

"A Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA) e Artroplastia Total do Joelho (ATJ): Follow-up de Enfermagem de Reabilitação no Regresso a Casa."

Este projeto insere-se na área da Enfermagem de Reabilitação, mais concretamente na Reeducação Funcional Motora, com foco na promoção da qualidade de vida, da autonomia funcional e da segurança no regresso ao domicílio da pessoa submetida a cirurgia ortopédica.

A presente segunda fase do estudo envolve novos participantes e diferentes procedimentos de recolha de dados, tendo como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa submetida a ATA ou ATJ após a alta hospitalar.

O estudo será desenvolvido no primeiro trimestre de 2026.

Objetivos da 2.ª fase do estudo

A segunda fase do presente estudo tem como objetivos:

- Capacitar a pessoa submetida a artroplastia total da anca ou artroplastia total do joelho e o seu cuidador para a gestão do processo de recuperação no período pós-alta.

- Implementar uma consulta de follow-up de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca ou joelho, com vista a melhorar a continuidade dos cuidados e a segurança na transição para o domicílio

Procedimentos e atividades

A sua participação nesta fase do estudo envolve as seguintes atividades de enfermagem de reabilitação:

A atividade de **educação para a saúde pré-alta**, **designada *"Ensinar para***

***acompanhar”*,** orientada para a preparação da pessoa e do cuidador para o regresso ao domicílio. O cuidador será envolvido ativamente neste processo educativo, de forma a promover a segurança no contexto domiciliário e a continuidade do autocuidado.

Paralelamente, será realizada uma **consulta telefónica de enfermagem de reabilitação de follow-up, integrada no projeto *“Linha Reabilita – Acompanhamento Pós-Artroplastia”*, a efetuar após a alta hospitalar.**

Esta consulta tem como objetivo dar continuidade ao acompanhamento iniciado durante o internamento, permitindo monitorizar a evolução clínica e funcional, reforçar os ensinos realizados, esclarecer dúvidas emergentes e apoiar a adaptação da pessoa e do cuidador às exigências do domicílio. Durante esta consulta serão avaliados parâmetros como a adesão ao programa de exercícios, a gestão da dor, a segurança na mobilidade e o grau de confiança na realização do autocuidado. Posteriormente será enviado por email um questionário de avaliação da satisfação sobre a educação para a saúde e a consulta de follow-up.

Todos os dados recolhidos neste estudo serão tratados com total confidencialidade e de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – UE 2016/679).

- Os dados serão anonimizados, sendo removidas ou codificadas quaisquer informações que permitam a identificação direta do/a participante;
- Os dados serão armazenados em suporte digital seguro, protegido por palavra-passe, sendo apenas acessíveis à investigadora;
- Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos e académicos, podendo integrar relatórios, trabalhos académicos, apresentações ou publicações, sempre de forma anónima e agregada;
- Os dados serão conservados apenas durante o tempo necessário à conclusão do projeto (até 5 anos após a sua conclusão) e posteriormente eliminados de forma segura.

A sua participação é **totalmente voluntária**, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal, profissional ou institucional. Todos os princípios éticos e deontológicos serão rigorosamente respeitados.

Este documento será assinado em duplicado, ficando uma cópia com a investigadora e outra com o/a participante.

Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-me através do e-mail:**andreia_malheiro1@hotmail.com**

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) acerca de todos os aspetos relevantes da minha participação neste estudo. Fui informado(a) sobre o respeito pelo anonimato, a confidencialidade dos dados e o meu direito de recusar ou interromper a participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências.
Ao concordar com as condições acima descritas, assino o presente consentimento informado.

Local e data: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

APÊNDICE VI - CONTEÚDOS DA(S) SESSÕES

1.1. Cuidados após ATA ou ATJ (panfleto)

Restrições/precauções segurança nos movimentos da articulação anca ou joelho.

Vigilância do membro operado e da ferida operatória (sinais de alerta);

Gestão da dor e importância da adesão terapêutica farmacológica e não farmacológica;

Importância da mobilização precoce.

Estratégias para a autonomia nas AVD.

1.2. Prevenção de Quedas (panfleto)

Fatores de risco no domicílio;

Adaptações ambientais (tapetes, iluminação, WC, calçado);

Transferências cama, cadeira, carro;

Estratégias sobre precauções de segurança durante o AVD.

1.3. Programa de Exercícios (panfleto)

Importância dos exercícios na recuperação funcional;

Programa de exercício FITT VP recomendado;

Papel do cuidador na supervisão, correção e incentivo;

Reconhecimento de sinais de esforço excessivo ou dor.

1.4. Técnica de Marcha com Produto de Apoio (panfleto)

Tipos de produtos de apoio (andarilho, canadianas);

Ajuste correto do produto de apoio;

Técnica da marcha com produto de apoio e treino de escadas;

Erros mais frequentes e como evitá-los;

Segurança durante a mobilidade dentro e fora de casa.

APÊNDICE VII - GRELHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E CAPACITAÇÃO DA PESSOA E CUIDADOR

1 Cuidados após ATA ou ATJ	**Conhecimentos prévios**		**Conhecimentos pós Atividade**	
	Não demonstra	**Demonstra**	**Não demonstra**	**Demonstra**
1.1 Identifica restrições/precauções segurança nos movimentos da articulação anca ou joelho	☐	☐	☐	☐
1.2 Reconhece sinais de alerta do membro operado e/ou ferida cirúrgica	☐	☐	☐	☐
1.3 Compreende importância da adesão farmacológica/ não farmacológica	☐	☐	☐	☐
1.4 Reconhece importância da mobilização precoce	☐	☐	☐	☐
1.5 Identifica estratégias para promoção da autonomia nas AVD	☐	☐	☐	☐

2 Prevenção de Quedas no Domicílio	**Conhecimentos prévios**		**Conhecimentos pós Atividade**	
	Não demonstra	**Demonstra**	**Não demonstra**	**Demonstra**
2.1 Identifica fatores de risco no domicílio (tapetes, fios, móveis etc.)	☐	☐	☐	☐
2.2 Refere adaptações ambientais necessárias	☐	☐	☐	☐
2.3 Demonstra conhecimentos na transferência ou na supervisão segura nas transferências	☐	☐	☐	☐
2.4 Demonstra conhecimentos sobre estratégias de precauções de segurança nas AVD's	☐	☐	☐	☐

3 - Programa de Exercícios Pós-Alta	**Conhecimentos prévios**		**Conhecimentos pós Atividade**	
	Não demonstra	**Demonstra**	**Não demonstra**	**Demonstra**
3.1 Reconhecimento importância do exercício terapêutico	☐	☐	☐	☐
3.2 Identifica o plano de exercícios (FITT VP), frequência, intensidade, tipo tempo, volume e progressão	☐	☐	☐	☐
3.3 Demonstra capacidade para executar e cuidador supervisionar	☐	☐	☐	☐
3.4 Reconhece sinais de esforço excessivo/dor	☐	☐	☐	☐

4 - Técnica de Marcha com Produto de Apoio	**Conhecimentos prévios**		**Conhecimentos pós Atividade**	
	Não demonstra	**Demonstra**	**Não demonstra**	**Demonstra**
4.1 Identifica produto de apoio adequado	☐	☐	☐	☐
4.2 Demonstra ajuste correto do produto de apoio	☐	☐	☐	☐
4.3 Demonstra conhecimento sobre sequência correta da marcha	☐	☐	☐	☐
4.4 Demonstra conhecimento sobre técnica de marcha nas escadas	☐	☐	☐	☐

Secção ___ Data _____ Alta _____

Entrega de folhetos informativos. Sim ___Não ___ 1ª Consulta telefónica _____

APÊNDICE VIII– MEMORANDO DA CONSULTA TELEFÓNICA PÓS-ATA OU ATJ

Antes da chamada devemos confirmar identificação da pessoa (nome + data de nascimento), confirmar consentimento para consulta telefónica, identificar tipo de cirurgia: ATA ou ATJ e identificar dia pós-operatório

1.º CONTACTO: ATÉ AS 72 HORAS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Avaliar complicações pós-cirúrgicas

Verificar por relato da pessoa/cuidador dor, febre, sinais de inflamação na ferida, ocorrência de quedas ou outros problemas.

Avaliar a autonomia nas AVD

Perguntar como a pessoa realiza higiene, vestir, alimentação e transferências; identificar se precisa de ajuda do cuidador.

Avaliar os comportamentos de prevenção de quedas no domicílio

Avaliar por relato a identificação de riscos, adaptação do espaço e precauções adotadas.

Avaliar a execução do programa de exercícios

Confirmar frequência, intensidade e tipo de exercícios; identificar dificuldades ou dor durante a execução e as medidas farmacológica ou não farmacológica usadas.

Avaliar o uso de produto de apoio e a técnica de marcha

Perguntar como a pessoa utiliza bengala, muletas ou andarilho; avaliar compreensão da técnica e ocorrência de dificuldades.

Reduzir medo, ansiedade e necessidade de recurso não programado aos serviços de saúde

Tirar dúvidas, reforçar segurança e orientação sobre sinais de alerta; orientar contacto

com serviço de saúde se necessário.

2.º CONTACTO: NO 15.º DIA PÓS-OPERATÓRIO

Avaliação da evolução funcional, com base no relato da pessoa acerca do desempenho nas atividades de vida diária, mobilidade e nível de autonomia;

Avaliação da adesão ao programa de exercícios, através do questionamento dirigido sobre frequência, dificuldades e perceção de benefícios;

Esclarecimento de dúvidas emergentes no decurso do processo de recuperação;

APÊNDICE IX– Grelha de Avaliação/Evolução: 1.º e 2.º contacto consulta telefónica pós-ATA ou ATJ

Identificação da Consulta_____ Data: _____

Tipo de cirurgia: ATA ☐ ATJ ☐ Presença de cuidador: Sim ☐ Não ☐

	1.º contacto		**2.º contacto**		**Observações**
Indicadores da consulta telefónica	**não**	**sim**	**não**	**sim**	
Refere-se seguro no domicílio	☐	☐	☐	☐	
Expressa confiança nas orientações recebidas	☐	☐	☐	☐	
Identifica dúvidas e consegue esclarecê-las	☐	☐	☐	☐	
Demonstra autonomia nas AVD e marcha	☐	☐	☐	☐	
Executa corretamente programa de exercícios	☐	☐	☐	☐	
Usa produto de apoio corretamente na marcha	☐	☐	☐	☐	
Necessita reforço educativo	☐	☐	☐	☐	
Encaminhamento necessário	☐	☐	☐	☐	