Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar – uma *scoping review*

Sandra Isabel Pedrosa da Cruz

Junho, 2026

Escola Superior de Saúde

Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Sandra Isabel Pedrosa da Cruz

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar – uma *scoping review*

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Junho de 2026

AGRADECIMENTOS

À Professora Salomé Ferreira, expresso um especial agradecimento pela sua constante disponibilidade, paciência e orientação ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros tutores dos vários contextos de estágio, expresso o meu profundo agradecimento pelas orientações valiosas, pela disponibilidade constante e, sobretudo, pelo exemplo que representam enquanto Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Ás minhas companheiras de mestrado, Juliana, Joana e Ângela, pelo caminho partilhado e pelos momentos vividos.

Aos meus colegas e amigos de serviço, que me apoiaram ao longo desta caminhada.

Por último, mas sabendo que são sempre os mais importantes, a minha família,

Sem eles, este percurso não teria sido possível…

Aos meus pais que sempre me incentivaram a caminhar em busca dos meus objetivos,

E aos meus homens, Alexandre, Gonçalo, Tiago e Miguel, pelas ausências físicas e de disponibilidade mental ao longo destes dois anos e, mesmo assim permanecerem âncora e bússola neste percurso!

A todos, o meu muito obrigada!

“O que não te desafia, não te transforma”

José Roberto Marques

“A vida não exige que sejamos os melhores,
mas sim que tentemos sempre o nosso melhor”

Brown, H. Jackson

RESUMO

Introdução: O presente relatório reflete o percurso científico, académico e formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Inclui uma *scoping review* sobre as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar.

Objetivos: Descrever, analisar e refletir sobre o percurso formativo e o desenvolvimento de competências comuns e especificas como EEER, bem como de Mestre. A *scoping review* desenvolvida tem como objetivo mapear a evidência científica disponível relativamente à temática, identificando os principais focos de atenção, intervenções implementadas e ganhos em saúde associados.

Metodologia:. A metodologia utilizada assentou numa abordagem descritiva, analítica e crítico-reflexiva, fundamentada nas atividades realizadas, na integração da evidência científica e nos referenciais orientadores da Enfermagem de Reabilitação. Paralelamente, a *scoping review* foi realizada em conformidade com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: Durante os diferentes contextos clínicos, foram desenvolvidas e aprofundadas competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional. Simultaneamente, consolidaram-se competências específicas em Enfermagem de Reabilitação, que contribuíram para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida da pessoa. A *scoping review* evidenciou que a intervenção do EEER, em contexto hospitalar, à pessoa com fratura do fémur, tanto no período pré-operatório como no pós-operatório, centra-se na reeducação funcional motora e no empoderamento da pessoa. Estas intervenções incluem o treino motor, o treino das AVD, a prevenção de complicações, a educação para a saúde e a capacitação da pessoa e do cuidador. Os resultados reforçam a importância da implementação de intervenções precoces, individualizadas e centradas na pessoa, integradas numa abordagem multidisciplinar, pelos benefícios que proporcionam na recuperação funcional, na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida.

Conclusão: O Estágio de Natureza Profissional foi essencial para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação, promovendo uma prática fundamentada e reflexiva. A evidência demonstra benefícios significativos com a intervenção do EEER na recuperação funcional e na capacitação da pessoa com fratura do fémur.

Palavras-chave: idosos, fratura do fémur, enfermagem de reabilitação, hospital

ABSTRACT

Introduction: This report reflects the scientific, academic, and training journey developed within the scope of the Master's in Rehabilitation Nursing. It includes a scoping review on the interventions of the Specialist Rehabilitation Nurse for people with femur fractures in a hospital setting..

Objectives: Describe, analyze, and reflect on the educational journey and the development of common and specific skills as a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) as well as a Master's degree holder. The scoping review carried out aims to map the available scientific evidence on this topic, identifying the main areas of focus, implemented interventions, and associated health benefits.

Methodology: The methodology used was based on a descriptive, analytical, and critical-reflective approach, grounded in the activities carried out, the integration of scientific evidence, and the guiding references of Rehabilitation Nursing. At the same time, the scoping review was conducted according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute.

Results: During the different clinical contexts, skills were developed and deepened in the areas of professional, ethical, and legal responsibility, continuous quality improvement, care management, and professional development. At the same time, specific skills in Rehabilitation Nursing were consolidated, contributing to the promotion of functionality, autonomy, and quality of life for the person. The scoping review showed that the intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist in a hospital setting for people with a femur fracture, both in the preoperative and postoperative periods, focuses on motor functional re-education and empowering the person. These interventions include motor training, training in activities of daily living (ADLs), complication prevention, health education, and empowering both the person and their caregiver. The results underline the importance of implementing early, individualized, and person-centered interventions integrated within a multidisciplinary approach, for the benefits they provide in functional recovery, promoting autonomy, and improving quality of life

Conclusion: The Professional Nature Internship was essential for developing specialized skills in Rehabilitation Nursing, promoting a grounded and reflective practice. The evidence shows significant benefits from the EEER's intervention in functional recovery and empowering people with a femur fracture.

Keywords: elderly, femur fracture, rehabilitation nursing, hospital

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Nº - número

CIPE – Linguagem classificada para a prática de Enfermagem
EGA – Equipa de Gestão de Altas
INE - Instituto Nacional de Estatística
MeSH - Medical Subject Headings
Prisma - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

ATA – Artroplastia total da anca
ATJ – Artroplastia total do joelho
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de vida diária
DGS – Direção Geral da Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ELA – Esclerose Lateral Aminotrófica
ENP – Estágio de Natureza Profissional
ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos
FEPF – Fratura da extremidade proximal do fémur
ILC – Infeções do Local Cirúrgico
ISS – Instituto da Segurança Social
JBI – Joanna Brigs Institute
NICE - National Institute for Health and Care Excellence
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIDFO – Percurso Integrado do Doente do Foro Ortopédico
PNSD – Plano Nacional de Segurança para o Doente
RFM – Reabilitação Funcional Motora
RNCCI – Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SV – Sinais Vitais
TCE – Traumatismo cranioencefálico
TVE – Tromboembolismo venoso
UCC – Unidade de Cuidados Continuados
ULS – Unidade Local de Saúde
UPP – Úlceras por pressão
VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS ..... **II**
RESUMO ..... **IV**
ABSTRACT ..... **V**
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS ..... **VI**
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS ..... **IX**
INTRODUÇÃO **1**
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLINICA **4**
1.1. PROCESSO NEUROLÓGICO 5
1.1.1. Processo neurológico do foro vascular e degenerativo 5
1.1.2. Processo neurológico do foro traumatológico 7
1.2. PROCESSO ORTOPÉDICO E REUMATOLÓGICO 9
1.3. FORMAÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO 10
2. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO **15**
2.1. NOTA INTRODUTÓRIA 16
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL 17
2.2.1. A pessoa com fratura do fémur 17
2.2.2. A pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar 20
2.2.3. O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 22
2.2.4. Contextualização da problemática em estudo 27
2.3. PERCURSO METODOLÓGICO 28
2.3.1. Tipo de estudo 28
2.3.2. Protocolo *scoping review* 29
2.3.3. Estratégia de pesquisa 31
2.3.4. Seleção dos estudos 34
2.3.5. Extração dos dados 35
2.4. RESULTADOS 36
2.4.1. Apresentação dos resultados 36
2.4.2. Discussão dos resultados 44
2.5. CONCLUSÕES DO ESTUDO 57
2.6. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA 58
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEER **60**
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 62
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 62
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade 64
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados 68

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 70
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 72
3.2.1. Cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida 75
3.2.2. Capacitar a pessoa para sua reinserção social e o pleno exercício da cidadania 86
3.2.3. Maximizar a funcionalidade da pessoa 89
CONCLUSÃO 92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 96
APÊNDICES 107
APÊNDICE I – POSTER DO DIA DO ENFERMEIRO 108
APÊNDICE II – GUIÃO PARA A AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA 110
APÊNDICE III – PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A UM DOENTE COM AVC 113
APÊNDICE IV – TEXTO PARA UM EBOOK SOBRE AVC 116

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figuras

Figura 1 – Osso do fémur …….. 18

Figura 2 - Diagrama de fluxo PRISMA …….. 35

Tabelas

Tabela 1 – Critérios de inclusão/exclusão …… 30

Tabela 2 – Descritores e outros termos utilizados ……...32

Tabela 3 – Algoritmo de pesquisa …….. 33

Tabela 4 – Apresentação dos resultados.……..…38

Tabela 5 – Focos de atenção e intervenções do EEER ……..55

INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação compreende a aquisição de conhecimentos e competências específicas que visam intervir junto da pessoa com doença aguda ou crónica, ao longo do ciclo vital, promovendo a capacitação, a autonomia e a qualidade de vida, de forma a alcançar a máxima funcionalidade e independência (OE, 2019a).

A realização de um Estágio de Natureza Profissional (ENP) representa uma etapa fundamental na formação do enfermeiro especialista, permitindo compreender *in loco* as dinâmicas inerentes à sua intervenção e integrar os conhecimentos adquiridos durante a formação académica na prática clínica (Barreira, 2021).

Os contextos formativos onde decorrem os estágios são determinantes no processo de aprendizagem, na consolidação de conhecimentos, no desenvolvimento pessoal e profissional e na aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) através de uma prática sustentada na reflexão crítica e na melhor evidência científica disponível.

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional II, integrada no 2.º ano do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Universidade Politécnica de Viana do Castelo, referente ao ano letivo de 2025/2026, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Salomé Ferreira. Este relatório tem como principais objetivos:

- Caracterizar os diferentes contextos de estágio onde decorreu o percurso formativo;
- Descrever e analisar, numa perspetiva crítico-reflexiva, as atividades mais relevantes desenvolvidas durante o estágio;
- Demonstrar a aquisição de competências comuns e específicas como EEER, de acordo com os regulamentos da Ordem do Enfermeiros;
- Evidenciar a aquisição das competências de mestre ao longo deste percurso formativo

A concretização destes objetivos assenta na mobilização de conhecimentos técnico-científicos e de investigação, adquiridos e desenvolvidos nas dimensões ética, legal, social e económica, permitindo o desenvolvimento de competências especializadas e de estratégias adaptativas perante os desafios identificados nos diferentes contextos de prática clínica.

O plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação integrou dois Estágios de Natureza Profissional. O primeiro, realizado no segundo semestre do primeiro ano, teve como principal finalidade o desenvolvimento de competências na intervenção à

pessoa com patologia do foro cardiorrespiratório. O segundo, correspondente ao terceiro semestre, centrou-se na intervenção especializada à pessoa com alterações do foro neurológico e ortopédico. A sua concretização decorreu em contexto hospitalar, nos serviços de Medicina, Neurocirurgia e Ortopedia, e em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O ENP II teve como objetivo geral desenvolver competências comuns e específicas como EEER, bem como aprofundar a consciência profissional relativamente ao papel do enfermeiro especialista nos diferentes contextos de exercício.

No âmbito do desenvolvimento das competências de mestre, foi realizada uma investigação sob a forma de uma *scoping review*, intitulado "Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar". Esta investigação teve como objetivo mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções desenvolvidas pelo EEER junto da pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar, contribuindo para a fundamentação da prática clínica e para a identificação de áreas prioritárias de intervenção.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se organizado de acordo com as orientações da Escola Superior de Saúde da Universidade Politécnica de Viana do Castelo. Após esta introdução, o documento desenvolve-se em três capítulos principais. O primeiro apresenta e caracteriza os diferentes contextos de estágio. O segundo descreve o percurso investigativo realizado, incluindo o enquadramento conceptual, a metodologia da *scoping review*, os resultados obtidos e as suas implicações para a prática clínica. O terceiro evidencia o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas como EEER, através de uma análise crítico-reflexiva do percurso realizado nos diferentes contextos de estágio. O relatório termina com uma conclusão, na qual se sintetizam as principais aprendizagens, as competências adquiridas e o contributo deste percurso para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLINICA

O contexto em que se realiza um estágio assume um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, uma vez que o ambiente onde decorre influencia diretamente a aprendizagem, a aquisição de competências e a construção da identidade profissional. Neste sentido, o contexto clínico constitui um verdadeiro espaço de aprendizagem ativa, onde a supervisão reflexiva e o diálogo interprofissional potenciam o crescimento intelectual, técnico e emocional do formando, promovendo o desenvolvimento progressivo de competências clínicas sustentadas na melhor evidência científica. Cunha, Vieira & Macedo (2018) salientam que esta relação de supervisão e aprendizagem permite transformar a experiência em conhecimento, fortalecendo a autonomia, o pensamento crítico e a capacidade de adaptação do futuro enfermeiro especialista.

A Enfermagem de Reabilitação caracteriza-se pela prestação de cuidados em diferentes níveis e contextos assistenciais, acompanhando a pessoa ao longo do ciclo vital e em diferentes fases do processo de saúde-doença. Neste sentido, o ENP contemplou contextos de prática clínica em meio hospitalar e nos cuidados de saúde na comunidade. Ao longo deste percurso formativo, e de forma a dar cumprimento aos critérios definidos pela Ordem dos Enfermeiros relativamente aos contextos de prática clínica, realizei estágios em diferentes áreas de intervenção, abrangendo os processos cardiorrespiratório, neurológico e ortopédico.

Importa referir que o ENP I, realizado no primeiro ano do Mestrado, incidiu sobre a intervenção do EEER à pessoa com alterações do foro cardiorrespiratório em contexto hospitalar e comunitário, tendo sido objeto de análise crítico-reflexiva no Relatório Crítico de Atividades elaborado no âmbito dessa unidade curricular. Assim, no presente relatório serão caracterizados os contextos clínicos onde decorreram os estágios integrados no ENP II, centrados na intervenção à pessoa com alterações do foro neurológico e ortopédico.

1.1. PROCESSO NEUROLÓGICO

O período de estágio correspondente ao processo neurológico decorreu em duas etapas para abranger a dimensão vascular e degenerativa e, posteriormente a traumatológica.

1.1.1. Processo neurológico do foro vascular e degenerativo

A primeira etapa deste estágio, com uma carga horária de 105 horas, decorreu num serviço de Medicina de um hospital da região Norte do país. A unidade hospitalar integra uma Unidade Local de Saúde (ULS), organizada por diferentes valências clínicas, nomeadamente Medicina, Ortopedia, Cirurgia, Hospitalização Domiciliária

/Telemonitorização, Hospital de Dia, Equipa de Cuidados Paliativos e um Serviço de Urgência Básica destinado a situações de menor complexidade.

Contextualizando esta unidade hospitalar, verificou-se que os doentes aqui internados necessitam, maioritariamente, de cuidados de baixa e média complexidade, com um foco crescente na prestação de cuidados a pessoas com doença crónica e situações clínicas complexas, através da implementação de novos modelos assistenciais.

Este contexto de estágio conta com 34 camas de internamento e, em cada turno da manhã, de segunda a sexta, dispunha de um EEER que prestava cuidados especializados de acordo com as necessidades e prioridades identificadas nas pessoas internadas.

O EEER assumia um papel de referência na equipa de enfermagem, colaborando na gestão dos cuidados e na preparação da alta hospitalar. A passagem de turno constituía um momento fundamental para esta dinâmica, permitindo identificar necessidades, planear as intervenções de enfermagem e partilhar objetivos centrados na funcionalidade e na promoção da autonomia da pessoa.

Paralelamente, o EEER desempenhava um papel de articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, em particular com a equipa médica e com a Equipa de Gestão de Altas. A identificação das necessidades da pessoa, da família e/ou do cuidador, através de uma avaliação sistemática, revelava-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Sempre que necessário, o EEER promovia a referenciação para a assistente social ou para as diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Este serviço acolhia pessoas com diversas patologias, maioritariamente do foro neurológico e cardiorrespiratório. No processo neurológico, o diagnóstico de admissão podia representar um evento agudo ou surgir como uma agudização ou antecedente médico de relevo, surgindo ainda doentes crónicos complexos que possuem diagnósticos múltiplos, em fase avançada e com atingimento multiorgânico.

Neste contexto de estágio, a patologia neurológica mais prevalente correspondia ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), tanto isquémico como hemorrágico, de diferentes etiologias e com variados graus de incapacidade funcional. Estas pessoas encontravam-se em fase aguda ou já estabilizadas, após tratamento em unidades hospitalares mais diferenciadas, sendo transferidas para este serviço com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados. As demências, atendendo à faixa etária predominante da população internada, constituíam igualmente um diagnóstico frequente, manifestando-se quer como diagnóstico principal, quer através de diferentes

manifestações clínicas. Durante o estágio, foi ainda possível acompanhar pessoas com doenças neurológicas degenerativas, nomeadamente uma pessoa com esclerose múltipla e outra com paralisia supranuclear progressiva.

A reabilitação das pessoas internadas neste serviço não dispunha de um espaço exclusivo, sendo desenvolvida nas enfermarias e num pequeno ginásio existente em ambas as extremidades do corredor. Os recursos materiais disponíveis, como barras paralelas, pedaleira, pesos, bandas elásticas e materiais destinados ao treino da motricidade fina, revelaram-se adequados às necessidades da prática clínica. Destaco ainda a existência de um equipamento de *Cough Assist* e de um espelho quadriculado, embora ambos fossem partilhados com outro serviço de Medicina.

1.1.2. Processo neurológico do foro traumatológico

O segundo período de estágio, relacionado com o processo neurológico traumatológico decorreu num serviço de neurocirurgia, de um hospital central de referência, da região norte, com a carga horária total de 45 horas.

Este serviço permitia alocar 47 doentes e, para reabilitação tinha sempre destacados 3 EEER no turno da manhã, de segunda a sexta. A equipa multidisciplinar contemplava, entre outros profissionais, fisioterapeutas que desenvolvem a sua atividade em complementaridade.

À semelhança do que observei nos contextos de estágio anteriores, também neste serviço o EEER desempenhava um papel de elo de ligação com a equipa multidisciplinar, assumindo funções de orientação e de apoio à tomada de decisão relativamente ao plano de cuidados de enfermagem instituído à pessoa.

Neste contexto verificou-se, ainda, a integração de cada EEER numa unidade funcional multidisciplinar especializada. Assim, cada enfermeiro especialista encontrava-se associado a uma área específica de intervenção, nomeadamente traumatologia crânio-encefálica, neurologia vascular e da base do crânio, neuro-oncologia, neurologia funcional ou patologia da coluna vertebral. Este modelo organizacional assegurava o acompanhamento contínuo da pessoa ao longo do internamento, promovendo a humanização dos cuidados, o fortalecimento da relação terapêutica e uma intervenção orientada para a obtenção de resultados centrados na pessoa. Simultaneamente, favorecia o desenvolvimento de competências altamente diferenciadas por parte do EEER numa área específica de intervenção.

A Neurocirurgia é a especialidade médica dedicada ao diagnóstico e tratamento cirúrgico de patologias agudas e crónicas do sistema nervoso central e periférico, de

etiologia vascular, traumática, degenerativa e/ou oncológica. Importa ainda salientar que, neste serviço, independentemente da patologia de base, a população internada distribuía-se essencialmente em dois grandes grupos: pessoas submetidas a cirurgia programada e pessoas admitidas na sequência de situações traumáticas. Os diagnósticos médicos mais prevalentes correspondiam aos traumatismos crânio-encefálicos (TCE), às lesões ocupantes de espaço intracraniano e aos aneurismas ou hematomas cerebrais. Tratando-se de um centro de referência da região Norte, verificou-se uma elevada complexidade e diversidade clínica das pessoas internadas, o que exigia uma intervenção altamente diferenciada e especializada por parte do EEER.

Neste serviço, na sequência da identificação das necessidades da população-alvo, encontrava-se em desenvolvimento um projeto de melhoria contínua, em formato digital, aplicável tanto durante o internamento como no domicílio, designado "Programa de Treino de Exercícios e Equilíbrio para a Prevenção de Quedas". Este projeto, desenvolvido sob a coordenação dos EEER, consistia numa sequência estruturada de exercícios organizada em três níveis de dificuldade, complementada por orientações gerais sobre reforço muscular, treino do equilíbrio e estratégias de prevenção de quedas. As imagens eram acompanhadas por descrição áudio, permitindo diferentes níveis de acessibilidade e compreensão. Adicionalmente, a sequência podia ser interrompida e retomada sempre que necessário, facilitando a sua adaptação ao ritmo e às capacidades de cada pessoa.

A apresentação do programa através de um *tablet* permitia a sua utilização em qualquer área do serviço, constituindo um recurso de fácil acesso para profissionais e pessoas internadas. Considero tratar-se de um projeto inovador, ajustado às necessidades deste contexto assistencial, que integrava as tecnologias digitais na prática da Enfermagem de Reabilitação, promovendo a continuidade dos cuidados, a capacitação da pessoa e a qualidade da intervenção.

Relativamente aos recursos materiais, o serviço dispunha de diversos equipamentos de apoio à reabilitação, adequados às necessidades da prática clínica. Destacavam-se dispositivos para treino da marcha, como barras paralelas e *Dolomite*; equipamentos de apoio às transferências; plano inclinado para treino do ortostatismo; materiais destinados à estimulação sensorial; espelho quadriculado; pesos; bandas elásticas; entre outros recursos que permitiam desenvolver programas de reabilitação individualizados e orientados para a maximização da funcionalidade.

O estágio em contexto de Neurologia, revelou-se fundamental para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER, permitindo-me cuidar de pessoas que, na

sequência de um evento neurológico agudo ou degenerativo, apresentam alterações funcionais que condicionam várias situações de dependência, vulnerabilidade e fragilidade, com impacto na autonomia e na participação social.

Esta experiência permitiu-me compreender o papel diferenciador do EEER na recuperação funcional e na adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde. Independentemente do diagnóstico, reconheci que a intervenção precoce, aliada a uma avaliação funcional rigorosa e à individualização dos cuidados, constitui um fator determinante para o sucesso da reabilitação, promovendo a autonomia, a maximização da funcionalidade e a melhoria da qualidade de vida.

No serviço de Neurocirurgia, destaco a complexidade clínica das pessoas cuidadas, que exigiu o desenvolvimento de competências na avaliação contínua da sua condição e na adaptação permanente dos programas de reabilitação à evolução do seu estado clínico. Este contexto reforçou ainda a importância de identificar precocemente potenciais contraindicações às intervenções planeadas, garantindo uma prática segura, individualizada e baseada na evidência.

1.2. PROCESSO ORTOPÉDICO E REUMATOLÓGICO

O período de estágio na área do processo ortopédico e reumatológico decorreu num serviço de Ortopedia de um hospital distrital da região Norte do país, com uma carga horária total de 90 horas. Este serviço dispunha de uma capacidade de internamento de 27 camas e acolhia pessoas referenciadas para cirurgia eletiva ou admitidas através do serviço de urgência, na sequência de situações traumáticas, infeciosas ou de agudizações de patologias crónicas.

Tratando-se de um serviço predominantemente cirúrgico, os diagnósticos mais frequentes correspondiam às artroplastias totais da anca (ATA) e do joelho (ATJ) programadas, bem como às reduções e osteossínteses de fraturas do fémur. Em menor número, eram igualmente admitidas pessoas submetidas a cirurgia eletiva da coluna vertebral ou com traumatismos vertebromedulares, apresentando diferentes níveis de compromisso neurológico e funcional.

A reabilitação das pessoas internadas era assegurada por um EEER em todos os turnos da manhã, em estreita articulação com os fisioterapeutas. À semelhança dos restantes contextos de estágio, o EEER assumia um papel de referência na equipa de enfermagem e de articulação com os restantes profissionais de saúde. A sua intervenção centrava-se na avaliação funcional, na definição e implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, na preparação da alta hospitalar em

parceria com a pessoa e o cuidador, bem como na identificação de necessidades de âmbito social que pudessem justificar posterior referenciação.

Neste serviço, tal como no contexto de Medicina, o método de trabalho adotado era o individual. No entanto, devido ao elevado número de pessoas com necessidade de intervenção especializada, tornava-se indispensável estabelecer prioridades na prestação dos cuidados. A gestão eficiente dos cuidados, aliada à capacitação da pessoa para a realização autónoma do programa de reabilitação, constituía uma estratégia fundamental para promover a continuidade dos cuidados, garantir a equidade no acesso às intervenções de Enfermagem de Reabilitação e maximizar os ganhos em saúde.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, este serviço desenvolvia diversos projetos relacionados com a avaliação e gestão da dor, a segurança da pessoa submetida a cirurgia, a prevenção e redução das Infeções do Local Cirúrgico (ILC) nas artroplastias totais da anca e do joelho, bem como projetos de investigação atualmente em curso na área da artroplastia total do joelho.

A realização do estágio em Ortopedia representou, simultaneamente, um desafio e um contexto familiar. A adaptação ao serviço foi facilitada pela minha experiência profissional nesta área; contudo, a perspetiva de atuação enquanto EEER revelou-se substancialmente diferente, exigindo um nível avançado de conhecimentos técnico-científicos, raciocínio clínico e competências especializadas.

Este estágio permitiu-me aprofundar a compreensão do papel do EEER na recuperação funcional da pessoa com patologia ortopédica. As competências adquiridas constituem uma mais-valia para a minha prática clínica diária, permitindo-me prestar cuidados mais diferenciados, orientados para a maximização da funcionalidade, a promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida das pessoas que cuido.

1.3. FORMAÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

O contexto comunitário do ENP II, destinado ao desenvolvimento de competências no âmbito da intervenção à pessoa com alterações do foro neurológico e ortopédico, decorreu numa ECCI de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região Norte do país, perfazendo um total de 160 horas.

Em contexto comunitário, destacavam-se os cuidados de proximidade, que visavam promover a articulação entre a pessoa, os cuidadores e a equipa de saúde, assentes em processos de educação, negociação e colaboração entre os diferentes

intervenientes. Esta abordagem permitia coordenar os recursos disponíveis e potenciar a utilização das capacidades existentes, favorecendo a continuidade e a qualidade dos cuidados.

A UCC desenvolvia a sua atividade com base num processo de contratualização interna, através da elaboração e revisão periódica do plano de ação, das metas e dos indicadores de desempenho. Estes constituíam uma preocupação constante dos profissionais, que assumiam o compromisso de alcançar resultados e otimizar os processos assistenciais, tendo em consideração os recursos disponíveis (Ribeiro, 2021). Este processo era objeto de monitorização sistemática, permitindo redefinir prioridades e estabelecer objetivos específicos em função da evolução das necessidades de saúde da população.

A ECCI encontrava-se organizada em duas equipas, que asseguravam cuidados domiciliários a cerca de 35 utentes em simultâneo, durante o período necessário para a concretização dos objetivos definidos na admissão ou até à saída da equipa, por alta, recusa, óbito ou outro motivo. As principais situações que motivam a referenciação para reabilitação eram, maioritariamente, do foro ortopédico, seguindo-se as patologias cardiorrespiratórias e neurológicas. A população acompanhada caracterizava-se por uma idade avançada, frequentemente associada à presença de múltiplas co-morbilidades e, em muitos casos, a complicações respiratórias decorrentes de internamentos recentes, o que reforçava a necessidade de intervenção especializada.

A intervenção do EEER desenvolveu-se em contexto ambulatório e através da visita domiciliária (VD), podendo esta integrar outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico, o assistente social ou outros profissionais, de acordo com as necessidades identificadas. A frequência das visitas domiciliárias era determinada em função das necessidades da pessoa e da família.

O modelo organizacional adotado assentava na figura do enfermeiro gestor de caso, sendo atribuído a cada pessoa admitida um enfermeiro de referência responsável por planear o seu percurso assistencial, articular a intervenção da equipa e mobilizar os recursos necessários para responder às necessidades identificadas. Neste âmbito, o gestor de caso em Enfermagem de Reabilitação assumia um papel central na coordenação dos cuidados, garantindo a sua continuidade através da avaliação, do planeamento e da articulação entre a equipa multidisciplinar, a pessoa e a família, promovendo respostas integradas e centradas nas necessidades da pessoa (Henriques, 2025).

Relativamente aos recursos materiais, a UCC dispunha de ajudas técnicas e equipamentos de apoio à reabilitação em quantidade e qualidade adequadas às necessidades da população acompanhada. Sempre que necessário, estes recursos podiam ser cedidos temporariamente à pessoa, quer para apoiar a intervenção do EEER, quer para facilitar a adaptação e a gestão do ambiente domiciliário.

Para além da intervenção desenvolvida na ECCI, os EEER participavam em diversos projetos institucionais, entre os quais o Projeto de Reabilitação Respiratória, o Percurso Integrado do Doente do Foro Ortopédico (PIDFO) e o Projeto do Cuidador Informal.

O PIDFO correspondia a um modelo integrado de cuidados que promovia a continuidade assistencial desde o momento da referenciação para cirurgia de ATA ou ATJ até à recuperação do maior nível possível de autonomia. Este percurso tinha como objetivos uniformizar práticas clínicas e organizacionais na preparação pré-operatória, na recuperação pós-operatória e na reabilitação funcional, promovendo uma cirurgia segura, a recuperação precoce e a articulação entre os EEER dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde na comunidade.

A evidência científica demonstra que a reabilitação precoce está associada a melhores resultados funcionais, menor tempo de internamento e redução das complicações relacionadas com a imobilidade. Contudo, muitos utentes enfrentam dificuldades no regresso ao domicílio, decorrentes de condicionantes físicas, familiares, sociais ou ambientais. Neste contexto, o PIDFO surgia como uma resposta integrada às necessidades desta população, indo ao encontro das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), expressas na iniciativa *Rehabilitation 2030: A Call for Action* (OMS, 2017).

O estágio em contexto comunitário constituiu uma realidade distinta daquela a que estava habituada, pelo que a adaptação inicial representou um desafio. Contudo, esta experiência permitiu-me compreender a importância da prestação de cuidados no domicílio e da proximidade com a realidade da pessoa e da sua família, proporcionando uma avaliação mais abrangente das suas necessidades, recursos e contexto de vida.

A intervenção na comunidade evidenciou igualmente a relevância do envolvimento ativo do cuidador informal em todo o processo de reabilitação, promovendo a sua capacitação e favorecendo a continuidade dos cuidados. Este contexto permitiu-me ainda desenvolver intervenções direcionadas para a promoção da participação social, da reintegração familiar e comunitária e da maximização da autonomia da pessoa.

Os diferentes contextos de estágio revelaram-se determinantes para o desenvolvimento das competências como EEER, uma vez que proporcionaram oportunidades de

aprendizagem em situações reais de prática clínica, favorecendo a integração dos conhecimentos teóricos na intervenção junto da pessoa, da família e da comunidade.

Cada contexto clínico proporcionou experiências diversificadas e significativas, potenciando o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, sempre orientadas para as necessidades da pessoa e para a especificidade de cada contexto assistencial. A integração entre conhecimento científico e prática clínica constituiu, assim, uma constante ao longo de todo o percurso formativo.

O trabalho em equipa multidisciplinar exigiu a adaptação da comunicação aos diferentes contextos organizacionais e profissionais, enquanto a prestação de cuidados a pessoas e famílias com características distintas implicou sensibilidade às suas dimensões culturais, emocionais e sociais. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento da empatia, da escuta ativa, da comunicação terapêutica e da capacidade de negociação.

A vivência de diferentes modelos organizacionais e de prestação de cuidados permitiu aprofundar a compreensão do papel do enfermeiro especialista, reforçando os valores da profissão, do pensamento crítico, da autonomia e a responsabilidade profissional. Assim, posso afirmar que os diferentes contextos assistenciais desempenharam igualmente um papel determinante na consolidação da minha identidade profissional como EEER.

Importa ainda salientar que a supervisão clínica e o acompanhamento pedagógico constituíram fatores facilitadores da aprendizagem ao longo do estágio. A disponibilidade dos enfermeiros orientadores, o feedback contínuo e as oportunidades de reflexão crítica potenciaram significativamente o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Para além da aquisição de competências como EEER, este percurso formativo permitiu igualmente desenvolver competências inerentes ao grau de mestre, particularmente no domínio da investigação, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e, especificamente, em Enfermagem de Reabilitação.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, o grau de mestre, correspondente ao segundo ciclo do ensino superior, visa o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências avançadas de natureza científica, técnica e profissional.

Assim, em resposta às exigências formativas do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, particularmente no que concerne ao desenvolvimento de competências em investigação e na utilização da evidência científica na tomada de decisão clínica foi desenvolvida uma *scoping review* subordinada ao tema "Intervenções do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar", cujo enquadramento conceptual, metodologia e resultados serão apresentados no capítulo seguinte.

2. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

2.1. NOTA INTRODUTÓRIA

A investigação é essencial para compreender fenómenos complexos e responder aos desafios emergentes, acompanhando as transformações sociais e científicas (Vilelas, 2020). Em Enfermagem, caracteriza-se como um processo científico e sistemático orientado para a produção de conhecimento que sustenta a prática clínica e contribui para a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados centrados na pessoa, família e comunidade (Vilelas, 2020).

Neste sentido, o presente trabalho pretende desenvolver competências de investigação e contribuir para a produção de conhecimento científico que suporte a prática do EEER baseada na evidência, promovendo a articulação entre teoria e prática e favorecendo a evolução da profissão.

A escolha da temática surge da experiência profissional da formanda num serviço de ortopedia, onde as pessoas com fratura do fémur constituem uma realidade cada vez mais frequente. A observação da prática clínica permitiu reconhecer o impacto significativo desta condição na vida das pessoas e suas famílias, bem como a relevância da intervenção do EEER ao longo do processo de hospitalização. Segundo Vilelas (2020), a definição do tema de investigação decorre frequentemente do interesse do investigador e da observação da prática profissional.

O envelhecimento progressivo da população, associado a alterações degenerativas como a osteoporose, contribui para o aumento do risco de quedas e, consequentemente, da incidência de fraturas do fémur. Esta condição implica frequentemente internamento hospitalar, intervenção cirúrgica e períodos de imobilidade, com repercussões negativas na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa (Silva *et al.*, 2018). Para além disso, associa-se ao aumento da morbilidade, mortalidade e institucionalização (Labaste *et al*., 2023).

Neste contexto, a pessoa com fratura do fémur apresenta necessidades complexas relacionadas com a mobilidade, autocuidado, a prevenção de complicações e a reintegração funcional e social. As intervenções do EEER assumem, assim, particular relevância, ao promoverem a funcionalidade, a prevenirem incapacidades e a maximizarem a autonomia da pessoa (OE, 2019a).

A evolução científica na área da saúde exige que o EEER desenvolva uma prática baseada na evidência, incorporando os resultados mais recentes da investigação na tomada de decisão clínica. Contudo, a pesquisa preliminar realizada não identificou revisões da literatura que abordassem a intervenção do EEER à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar, ao longo das diferentes fases do internamento.

Face ao exposto, optou-se pela realização de uma *scoping review*, por se tratar de uma metodologia adequada para mapear a evidência científica disponível sobre um determinado fenómeno, permitindo identificar a extensão, natureza e distribuição da investigação existente, bem como lacunas do conhecimento (Arksey & O'Malley, 2005).

Deste modo, definiu-se como objetivo geral mapear a evidência científica sobre as intervenções do EEER à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar. Como objetivos específicos pretende-se:

- identificar os domínios de intervenção do EEER;
- identificar os focos de atenção do EEER
- identificar as intervenções do EEER
- identificar os instrumentos de avaliação utilizados pelos EEER
- identificar os ganhos em saúde associados às intervenções realizadas.

A presente *scoping review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Peters *et al*, 2020), contemplando o enquadramento teórico e metodológico, a descrição do protocolo de revisão, a estratégia de pesquisa, a apresentação e discussão dos resultados, bem como as limitações, implicações para a prática e conclusões do estudo.

2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste ponto passo a apresentar o enquadramento conceptual da temática em estudo.

2.2.1. A pessoa com fratura do fémur

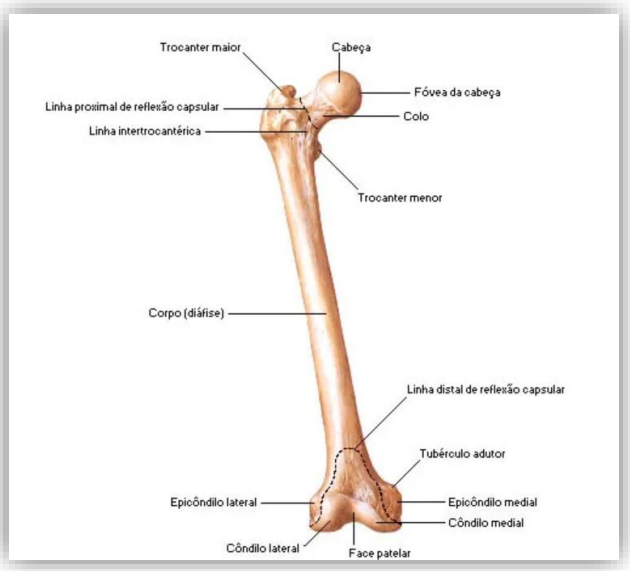
As patologias do aparelho locomotor podem ser classificadas em dois grandes grupos: as patologias músculo-esqueléticas ou reumáticas, que incluem doenças inflamatórias, degenerativas e metabólicas, como a osteoartrose e a osteoporose, e as patologias traumáticas, que resultam de lesões associadas a traumatismos, como as fraturas e as luxações.

Uma fratura corresponde à perda de continuidade da estrutura óssea, resultante da aplicação de forças que ultrapassam a resistência do osso. No contexto clínico, as fraturas podem ser espontâneas, decorrentes da presença de osteoporose ou de outras condições patológicas, ou resultar de traumatismos, sendo as quedas a sua principal causa.

Segundo a OMS (2024), verificou-se um aumento global mundial de 33,4% na incidência de novas fraturas desde 1990. Em Portugal, esta realidade acompanha a tendência mundial, sendo as fraturas da extremidade proximal do fémur um importante problema de saúde pública, com cerca de 13 000 novos casos por ano (Silva *et al*, 2018).

As fraturas do fémur constituem o tipo mais frequente de fratura na população idosa, destacando-se as fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF), que podem ser classificadas anatomicamente em fraturas do colo do fémur, trocantéricas ou subtrocantéricas. Segundo Alves, Pina e Barbosa (2007), num estudo realizado em Portugal, cerca de 90% das fraturas do fémur correspondem a fraturas do colo do fémur, em detrimento de outras localizações neste osso.

Figura 1 – Osso do fémur



Nota: extraído de Netter, F. H. *Atlas de Anatomia Humana*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000

Em Portugal, verifica-se uma tendência crescente da incidência de fraturas da extremidade proximal do fémur. Entre 2005 e 2013, a taxa de internamentos aumentou de 508,49 para 628,39 casos por 100 000 pessoas/ano, afetando maioritariamente mulheres, com uma idade média de 79 anos (Silva *et al*., 2018). Estes dados são corroborados por Laires *et al*. (2015), que evidenciam um aumento da incidência com o avançar da idade, sendo o sexo feminino o mais afetado. Adicionalmente, Pina *et al*. (2008) referem a existência de possíveis discrepâncias geográficas em Portugal, sugerindo variações regionais na incidência desta condição.

As fraturas do fémur constituem uma das principais causas de hospitalização na população idosa, representando uma parcela significativa dos internamentos em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, estimando-se que a sua incidência possa duplicar até 2040 (Silva *et al*., 2018). Paralelamente, reconhece-se que a associação entre quedas e osteoporose está presente na maioria das fraturas da extremidade proximal do fémur.

A osteoporose é uma patologia altamente prevalente na população idosa, caracterizando-se pela diminuição da densidade mineral óssea e pela deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, resultando num aumento da fragilidade óssea e, consequentemente, do risco de fratura (OMS, 2024). Quando associada às alterações próprias do envelhecimento, como o défice de equilíbrio, a diminuição da força muscular e a redução da mobilidade, potencia significativamente o risco de queda e, consequentemente, a ocorrência de fraturas (Sousa & Carvalho, 2017; Stefanacci & Wilkinson, 2025).

O envelhecimento demográfico constitui uma realidade em Portugal, onde residem cerca de 2,5 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, colocando o país entre os mais envelhecidos da União Europeia (Pordata, 2025). Embora o envelhecimento seja um processo fisiológico, acarreta alterações estruturais e funcionais que contribuem para o declínio progressivo das funções do organismo, aumentando a vulnerabilidade da pessoa idosa e a probabilidade de ocorrência de quedas e fraturas.

Os fatores de risco para a ocorrência de fratura, particularmente na pessoa idosa, podem ser classificados em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos incluem características individuais, como a idade avançada, o sexo feminino, frequentemente associado à osteoporose e à diminuição da densidade mineral óssea, a redução da força muscular, as alterações do equilíbrio e da marcha, as alterações cognitivas, a presença de comorbilidades e a polimedicação. Estes fatores contribuem para a diminuição da capacidade funcional e para o aumento da vulnerabilidade à queda (OMS, 2024; Silva *et al*., 2018; Sousa & Carvalho, 2017; Stefanacci & Wilkinson, 2025).

Por sua vez, os fatores extrínsecos relacionam-se com o ambiente e com comportamentos individuais, destacando-se o sedentarismo, a utilização inadequada de auxiliares de marcha e as condições ambientais inseguras, como iluminação insuficiente, pavimentos escorregadios ou obstáculos no domicílio. A interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos potencia significativamente o risco de queda e, consequentemente, de fratura, particularmente da extremidade proximal do fémur (OMS, 2024; Silva *et al*., 2018; Sousa & Carvalho, 2017; Stefanacci & Wilkinson, 2025).

Diversos estudos referem que a taxa de mortalidade pode atingir cerca de 30% no primeiro ano após uma fratura do fémur, enquanto aproximadamente metade das pessoas apresenta perda funcional significativa e/ou limitações da mobilidade (Bhandari & Swiontkowski, 2017; Sousa & Carvalho, 2017).

Neste contexto, as fraturas do fémur assumem particular relevância clínica, uma vez que representam um elevado impacto funcional a curto, médio e longo prazo. Na maioria dos casos, implicam perda súbita da mobilidade, necessidade de intervenção cirúrgica e um processo de reabilitação prolongado, sendo igualmente responsáveis por elevados níveis de morbilidade, mortalidade e dependência funcional. O seu impacto estende-se à pessoa, à família, à sociedade e ao SNS, traduzindo-se num importante problema de saúde pública (Silva *et al*., 2018).

2.2.2. A pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar

A ocorrência de fratura do fémur pressupõe, na maioria dos casos, a hospitalização da pessoa. O tratamento é predominantemente cirúrgico e deve ser realizado precocemente, idealmente nas primeiras 24 a 48 horas, com o objetivo de restaurar a função do membro inferior, reduzir a incidência de complicações e prevenir o declínio funcional (Silveira *et al*., 2003; Sousa & Carvalho, 2017).

A abordagem cirúrgica depende do tipo de fratura, da sua localização, estabilidade e da condição clínica da pessoa. Entre as principais opções terapêuticas destacam-se a osteossíntese, através da utilização de parafusos, placas ou hastes intramedulares, habitualmente indicada em fraturas estáveis ou intertrocantéricas, e a artroplastia da anca, parcial ou total, mais frequentemente utilizada em fraturas deslocadas do colo do fémur.

Em situações particulares, pode ser adotado o tratamento conservador, nomeadamente em pessoas sem indicação cirúrgica, com elevado risco anestésico ou em casos de fraturas estáveis e não deslocadas. Esta abordagem inclui controlo da dor, imobilização, prevenção de complicações e reabilitação progressiva, embora esteja associada a um maior risco de perda funcional (Bhandari & Swiontkowski, 2017).

A hospitalização da pessoa com fratura do fémur constitui um evento crítico, com impacto significativo nas dimensões física, funcional e psicológica. Do ponto de vista físico, destacam-se a dor aguda e a limitação funcional acentuada, frequentemente associadas à perda súbita de mobilidade e autonomia. A intervenção cirúrgica, embora essencial para a recuperação, comporta riscos inerentes, como infeção, complicações

anestésicas e agravamento do estado clínico (Bhandari & Swiontkowski, 2017; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2023).

A imobilidade prolongada e o contexto de internamento potenciam o desenvolvimento de complicações clínicas relevantes, nomeadamente tromboembolismo venoso, infeções respiratórias e urinárias, úlceras por pressão e alterações do estado cognitivo, como o *delirium*, particularmente frequente em pessoas idosas com fragilidade prévia. Estas complicações associam-se ao aumento da duração do internamento e a um pior prognóstico funcional (NICE, 2023; Sousa & Carvalho, 2017).

O declínio funcional constitui uma das principais consequências da hospitalização, independentemente do diagnóstico de admissão. Mendes *et al*. (2023), num estudo desenvolvido com pessoas idosas hospitalizadas, verificaram uma diminuição significativa dos scores do Índice de Barthel e da força de preensão palmar no momento da alta, comprometendo a autonomia nas atividades de vida diária e a qualidade de vida. Esta perda de independência funcional associa-se ao aumento do tempo de internamento, maior morbilidade, maior incidência de complicações clínicas, reinternamentos e aumento da mortalidade (Costa *et al*., 2009; O'Brien *et al*., 2023).

Adicionalmente, a dor decorrente da fratura e do período pós-operatório pode persistir e evoluir para dor crónica, condicionando a participação da pessoa no processo de reabilitação e comprometendo a recuperação funcional. Paralelamente, o medo de cair, associado à diminuição da força muscular e da amplitude articular, contribui negativamente para a recuperação da funcionalidade (Montero-Odasso *et a*l., 2022).

As fraturas proximais do fémur estão associadas a um impacto funcional significativo, constituindo frequentemente um ponto de viragem na autonomia da pessoa. A perda súbita da capacidade de marcha conduz frequentemente à dependência parcial ou total para a realização das atividades de vida diária, podendo culminar na institucionalização (Costa *et al*., 2009; Laires *et al*., 2015).

A perda da capacidade de marcha implica maior dependência nos autocuidados e, consequentemente, uma maior necessidade de apoio por parte de terceiros. O conceito de carga da doença, descrito por Laires *et al*. (2015), reflete o impacto da fratura na perda de anos de vida saudável, decorrente da incapacidade funcional adquirida e do aumento da morbilidade associado à diminuição da capacidade física e funcional.

Por sua vez, esta dependência gera uma maior necessidade de recursos humanos para assegurar os cuidados e os autocuidados, implicando frequentemente alterações na dinâmica familiar. Quando o suporte domiciliário é insuficiente, o recurso à RNCCI ou a ERPI constitui uma resposta frequente para garantir a continuidade dos cuidados (Goh

et al., 2026; Laires *et al*., 2015). Esta realidade traduz-se igualmente num aumento dos custos para as famílias e para o Estado.

Para além das repercussões físicas, as fraturas do fémur apresentam um impacto psicológico significativo. São frequentes sentimentos de ansiedade, medo de novas quedas e sintomas depressivos, os quais podem comprometer a motivação para a reabilitação e atrasar a recuperação funcional. Deste modo, estas fraturas exigem uma abordagem holística e centrada na pessoa, integrando as dimensões física, psicológica e social (Bhandari & Swiontkowski, 2017; NICE, 2023).

Assim, a fratura do fémur na pessoa idosa deve ser compreendida como o resultado de uma interação complexa entre fragilidade óssea, alterações funcionais e fatores ambientais, reforçando a importância da implementação de estratégias eficazes de prevenção de quedas e de promoção da funcionalidade, particularmente em contexto hospitalar (Montero-Odasso *et al*., 2022; NICE, 2023; OMS, 2023).

Neste contexto, a hospitalização por fratura do fémur representa um momento de elevada complexidade clínica, exigindo uma abordagem integrada, interdisciplinar e centrada na pessoa, orientada para o controlo da dor, prevenção de complicações, recuperação funcional e promoção da autonomia (Montero-Odasso *et al*., 2022; NICE, 2023).

Perante esta complexidade biopsicossocial, torna-se evidente a necessidade de uma intervenção especializada, contínua e baseada na evidência, na qual o EEER assume um papel determinante na prevenção do declínio funcional, na promoção da recuperação da funcionalidade e da autonomia e, na preparação da pessoa e da família para a continuidade dos cuidados após a alta.

2.2.3. O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER, de acordo com a OE (2019a), detém um elevado nível de conhecimentos e habilidades,

> *"concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas… de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas …nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.*" (p.13565).

Relacionando estas competências com a realidade da pessoa com fratura do fémur, posso afirmar que este profissional tem a possibilidade de intervir na avaliação das limitações funcionais, na gestão da dor, na prevenção de complicações e na promoção da mobilidade e reforço muscular, contribuindo para a maximização da autonomia e da independência funcional (Bhandari & Swiontkowski, 2017; NICE, 2023; Sousa & Carvalho, 2017).

Para além da componente física, o enfermeiro de reabilitação desempenha igualmente um papel determinante na identificação e abordagem de fatores psicológicos, como o medo de cair e a ansiedade, promovendo estratégias de *coping* e reforçando a confiança da pessoa no seu processo de recuperação (Montero-Odasso *et al.*, 2022; Sousa & Carvalho, 2017). Paralelamente, desenvolve intervenções educativas dirigidas à pessoa e à família, com foco na prevenção de complicações, adaptação do ambiente e continuidade dos cuidados após a alta (OMS, 2023).

Deste modo, a sua intervenção, sustentada por evidência científica e orientada para a pessoa, revela-se essencial na articulação entre cuidados hospitalares e comunitários, contribuindo para a redução de complicações, melhoria dos resultados funcionais e otimização da qualidade de vida. (Montero-Odasso *et al*., 2022; NICE, 2023; OMS, 2023).

A qualidade de vida corresponde à perceção que a pessoa tem da sua posição na vida e ao grau de satisfação com as suas condições física, psicológica, social e funcional, sendo influenciada pela sua capacidade de manter autonomia, participar em atividades significativas e integrar-se na comunidade (OE, 2015b).

A vivência de uma fratura do fémur pode ser compreendida como um processo de transição saúde-doença, na medida em que representa uma alteração súbita do estado funcional, dos papéis sociais e da perceção de autonomia da pessoa. Segundo a teoria das transições de Afaf Meleis, estes processos envolvem períodos de vulnerabilidade, exigindo adaptação às novas condições de vida e reorganização pessoal, familiar e social (Meleis *et al*., 2000).

Neste enquadramento, a pessoa com fratura do fémur experiencia uma transição marcada pela dependência física, dor, medos, alterações na imagem corporal e limitação na participação social. Estas mudanças podem comprometer a confiança, a autoestima e a capacidade de adaptação, sobretudo na pessoa idosa. O EEER desempenha, assim, um papel facilitador da transição saudável, através da consciencialização das mudanças experienciadas, da avaliação contínua das necessidades da pessoa e do suporte emocional, da promoção da autonomia e da

implementação de intervenções terapêuticas que geram respostas adequadas à recuperação funcional e à reintegração no contexto familiar e comunitário (Ribeiro, 2021).

Paralelamente, estas mudanças refletem uma situação de dependência funcional temporária ou prolongada, necessitando de apoio para recuperar a autonomia e readquirir competências para a realização das atividades de vida diária. Neste sentido, a intervenção do EEER pode sustentar-se na teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem, que defende a necessidade desta intervenção em consequência das limitações no desempenho do autocuidado. Segundo a OE (2016), o autocuidado corresponde à capacidade da pessoa para realizar atividades necessárias à manutenção da vida, saúde e atividades de vida diária.

Neste âmbito, o EEER assume um papel fundamental na promoção da independência funcional, através do treino funcional, ensino e capacitação da pessoa e família, incentivando o envolvimento ativo no processo de reabilitação, a motivação e a corresponsabilização nos cuidados. Assim, através de intervenções de apoio-educação ajustadas às necessidades identificadas, procura-se facilitar a progressão da pessoa para níveis crescentes de autonomia e qualidade de vida (Ribeiro, 2021).

Por último, surge o modelo de adaptação de Callista Roy, ao considerar a pessoa como um sistema adaptativo que responde continuamente aos estímulos internos e externos decorrentes das alterações do estado de saúde. Segundo Roy, o objetivo dos cuidados de enfermagem consistem em promover respostas adaptativas que favoreçam a integridade física, psicológica e social da pessoa, minimizando o impacto negativo (Ribeiro, 2021).

A intervenção do EEER relaciona-se com cada um dos quatro modos adaptativos: o fisiológico, o de autoconceito, o de desempenho de papeis e o de interdependência. Esta abordagem centra-se na pessoa de forma holística, valorizando não apenas a recuperação física, mas também os processos de adaptação emocional e social, com vista à promoção da autonomia, independência funcional e qualidade de vida.

A revisão da literatura é consensual quanto à importância do início precoce da reabilitação como estratégia fundamental para otimizar a recuperação funcional da pessoa com fratura do fémur e promover a sua reintegração sociofamiliar (OMS, 2023; Sousa & Carvalho, 2017). Paralelamente, a tendência atual de redução dos tempos de hospitalização limita o período disponível para a intervenção, tornando essencial a valorização de todas as oportunidades de ensino e de atuação por parte dos profissionais de saúde.

Neste contexto, a intervenção do EEER assume particular relevância, nomeadamente na prevenção do declínio funcional e na redução de complicações associadas à imobilidade e ao procedimento cirúrgico (Sousa & Carvalho, 2017). Considerando a necessidade de abordagem cirúrgica, a intervenção do EEER pode ser organizada em dois momentos distintos: o período pré-operatório e o pós-operatório.

No período pré-operatório, a intervenção do EEER deve ser precoce, estruturada e proactiva, ultrapassando uma lógica meramente assistencial e estabelecendo as bases para uma recuperação funcional eficaz. A avaliação funcional inicial, tendo em conta a condição prévia da pessoa, é essencial para determinar o potencial de recuperação e orientar o plano de reabilitação (Bhandari & Swiontkowski, 2017; Sousa & Carvalho, 2017).

Adicionalmente, o controlo de sinais e sintomas, como a dor e o edema, através de estratégias não farmacológicas, bem como a implementação de intervenções de reabilitação motora e respiratória adaptadas, contribuem para melhores resultados funcionais e para a diminuição de complicações (Silveira *et al.*, 2003; Sousa & Carvalho, 2017). A adaptação da pessoa e da família à condição de saúde e ao percurso esperado favorece a adoção de estratégias de c*oping*, promovendo a autonomia e facilitando a reintegração sociofamiliar (OMS, 2023; Sousa & Carvalho, 2017).

No período pós-operatório, a intervenção do EEER centra-se na recuperação da mobilidade e da independência nas AVD. A avaliação contínua da funcionalidade permite ajustar o plano de cuidados e iniciar precocemente a mobilização segura, considerada determinante para a recuperação (NICE, 2023).

A reeducação funcional motora constitui um eixo central da intervenção, englobando posicionamentos, treino de equilíbrio, transferências e treino de marcha adaptada. Paralelamente, são implementados programas de exercício terapêutico dirigidos ao fortalecimento muscular, aumento da amplitude articular e melhoria do equilíbrio, com o objetivo de maximizar a independência funcional, favorecendo a realização autónoma dos autocuidados, como vestir/despir, higiene e utilização do sanitário (OMS, 2023; Ribeiro, 2021).

A capacitação da pessoa e do cuidador relativamente à condição de saúde assume um papel central na preparação para a alta, incluindo o treino no uso de auxiliares de marcha, a incorporação de estratégias adaptativas e a utilização de dispositivos de apoio para a realização das AVD (NICE, 2023; OMS, 2023).

A evidência demonstra que intervenções como o treino de transferência e de marcha com recurso a dispositivos de apoio/ajudas técnicas são das mais frequentemente

recomendadas na reabilitação da pessoa com fratura do fémur, uma vez que contribuem não só para a recuperação funcional imediata, mas também para a continuidade dos cuidados após a alta e para a redução do risco de complicações e novas quedas (Montero-Odasso *et al.*, 2022). Assim, o foco na capacitação da pessoa e do cuidador assume um papel central na preparação para a alta e na garantia da continuidade de cuidados.

A prevenção de complicações mantém-se como prioridade, incluindo o cumprimento de restrições associadas ao procedimento cirúrgico (como no caso da ATA), o respeito pelas limitações de carga na marcha e a vigilância de complicações (NICE, 2023).

O uso de tecnologias na reabilitação ortopédica tem assumido crescente relevância. A integração de dispositivos tecnológicos, sistemas de monitorização e plataformas digitais permite complementar os cuidados convencionais e favorecer um acompanhamento mais individualizado. Estudos recentes demonstram que estas ferramentas podem melhorar a mobilidade, força muscular, equilíbrio e funcionalidade, especialmente após cirurgias ortopédicas ou fraturas (Kuroda *et al*., 2020). Na reabilitação após fratura proximal do fémur, tecnologias como telereabilitação, sensores de movimento e sistemas gamificados têm mostrado potencial para aumentar a motivação e promover a continuidade da reabilitação no domicílio (Negrini *et al*., 2021). Destaca-se o papel do EEER para incorporar a tecnologia na sua intervenção, de acordo com as evidências demonstradas, com o objetivo de potenciar ganhos em saúde e otimizar os cuidados de reabilitação.

Por fim, a avaliação social e a articulação com recursos comunitários são igualmente componentes essenciais da intervenção do EEER, assegurando a continuidade dos cuidados e a existência de suporte adequado após a alta, fatores determinantes para o sucesso da reabilitação e manutenção da funcionalidade (OMS, 2023; Montero-Odasso *et al.*, 2022)

Posto isto, a reabilitação da pessoa com fratura do fémur, com destaque para a população idosa, pode ser entendida como um processo global e contínuo que visa maximizar o seu potencial funcional, promovendo a autonomia nas dimensões física, psicológica, familiar e social, tendo em conta as limitações decorrentes de alterações fisiológicas, anatómicas e do contexto envolvente (OMS, 2023).

Para a concretização destes objetivos, torna-se essencial uma intervenção abrangente que não se centre exclusivamente na pessoa, mas que inclua também os familiares e/ou cuidadores, bem como o ambiente em que esta se insere, de forma a garantir condições facilitadoras da recuperação funcional (Montero-Odasso *et al*., 2022).

Neste âmbito, a reabilitação assenta numa abordagem multimodal e multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais de saúde que atuam de forma articulada e complementar. Assim, importa analisar o contributo dos vários elementos da equipa na promoção da funcionalidade, prevenção de incapacidades e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa (NICE, 2023).

2.2.4. Contextualização da problemática em estudo

O EEER é o profissional de saúde com competências específicas para cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, visando a capacitação, a maximização da funcionalidade e a promoção da autonomia nos diferentes contextos da prática clínica, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a).

Neste enquadramento, a pessoa com fratura do fémur constitui um grupo particularmente relevante, dada a complexidade das suas necessidades, nomeadamente ao nível da funcionalidade, do défice de autocuidado, da prevenção de complicações e da reintegração social. Acresce que a elevada incidência destas fraturas e a sua tendência crescente, associadas ao envelhecimento populacional, implicam uma mobilização significativa de recursos humanos, técnicos e económicos para o seu tratamento e reabilitação.

A literatura evidencia que a fratura do fémur tem um impacto significativo nas dimensões física, psicológica e social da pessoa, comprometendo a sua autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. Neste contexto, a intervenção do EEER assume um papel determinante na recuperação funcional, na prevenção de complicações, na promoção da qualidade de vida e na reintegração da pessoa no seu contexto habitual.

Apesar da relevância do tema e do crescente número de estudos publicados, a diversidade de contextos, populações e práticas dificulta a obtenção de uma visão global e sistematizada das melhores intervenções. A análise da literatura evidencia uma lacuna na sistematização do conhecimento relativo às intervenções específicas desenvolvidas pelo EEER junto da pessoa com fratura do fémur, particularmente em contexto hospitalar. De forma mais específica, não foram identificadas *scoping review* recentes que integrem, organizem e sintetizem a evidência disponível sobre esta temática. Face a esta lacuna, considera-se pertinente o desenvolvimento de uma *scoping review*, enquanto metodologia adequada para mapear a evidência existente, identificar lacunas do conhecimento e clarificar as práticas desenvolvidas numa área ainda pouco explorada ou caracterizada por elevada heterogeneidade (Arksey & O'Malley, 2005).

Assim, formulou-se a seguinte questão de investigação:

"Qual a evidência publicada sobre as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação dirigidas à pessoa com fratura do fémur, em contexto hospitalar?»

Com o objetivo de responder à questão de investigação formulada, adotou-se um referencial metodológico rigoroso que orientou o desenvolvimento da presente *scoping review*.

2.3. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

A metodologia científica constitui um conjunto estruturado de princípios, métodos e técnicas que orientam a produção de conhecimento de forma sistemática, rigorosa e reprodutível. O seu principal objetivo é garantir que o conhecimento produzido seja válido, fiável e sustentado em evidência, permitindo compreender fenómenos, testar hipóteses e apoiar a tomada de decisão informada.

2.3.1. Tipo de estudo

Considerando o interesse em conhecer as intervenções implementadas pelo EEER à pessoa com fratura do fémur, em contexto hospitalar, optou-se por realizar uma *scoping review* para mapear a evidência sobre esta temática.

Segundo Vilelas (2020, p.126), a *scoping review* é um tipo de síntese de evidência que permite integrar diferentes desenhos de estudo de forma abrangente, sintetizar o conhecimento disponível, informar a prática clínica, os programas e as políticas de saúde, bem como identificar lacunas do conhecimento e orientar futuras prioridades de investigação.

O seu desenvolvimento segue um processo sistemático e transparente, que inclui a definição da pergunta de investigação, a identificação e seleção dos estudos relevantes, a extração, a análise e síntese dos dados e a apresentação estruturada dos resultados.

Para garantir o rigor metodológico, o presente estudo foi orientado pela metodologia proposta pelo JBI e seguiu as orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), assegurando a qualidade, a transparência e a reprodutibilidade da revisão (Peters *et al.*, 2021).

Pretende-se com este estudo contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação, promovendo a integração dos resultados da investigação e das recomendações baseadas na evidência na prática clínica (OE, 2015b).

2.3.2. Protocolo *scoping review*

O protocolo de uma *scoping review* é um documento estruturado que descreve, de forma detalhada e prévia, todos os procedimentos metodológicos. A sua principal função é orientar o processo de investigação, garantindo transparência, rigor e reprodutibilidade, ao mesmo tempo que reduz o risco de vieses durante as etapas de seleção, análise e síntese dos estudos (Peters *et al*., 2020).

De acordo com as recomendações do JBI, a elaboração e o registo do protocolo são etapas fundamentais no desenvolvimento de uma *scoping review*. O protocolo da presente revisão encontra-se registado na plataforma Open Science Framework (OSF), podendo ser consultado através do DOI: 10.17605/OSF.IO/3MT2B (https://archive.org/details/ofs-registrations-3mt2b-v1).

Um protocolo inclui elementos como a definição da pergunta de investigação, os critérios de inclusão e exclusão, as estratégias de pesquisa, as bases de dados a consultar, os métodos de seleção dos estudos, os procedimentos de extração dos dados e a forma de apresentação dos resultados. A elaboração prévia deste permite assegurar que todas as etapas sejam conduzidas de forma sistemática e consistente, além de facilitar a avaliação crítica por outros investigadores (Peters *et al.*, 2020).

A definição do título do estudo teve como objetivo fornecer uma indicação clara do tema da revisão (Vilelas, 2020) e explicitar os elementos da mnemónica PCC (*Population, Concept e Context*). Assim, definiu-se o seguinte título:

“**As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura do fémur, em contexto hospitalar, uma *scoping review*”.**

A definição do titulo orienta para os conceitos subjacentes bem como para a questão de investigação. A questão de revisão “direciona e orienta o desenvolvimento de critérios de inclusão específicos, (…) ajuda o desenvolvimento do protocolo, facilita a eficácia na pesquisa e fornece uma estrutura” para o estudo (Vilelas, 2020, p. 127).

A questão de investigação foi formulada com base na metodologia proposta pelo JBI, que utiliza os critérios de elegibilidade indicados pelo PCC (População, Conceito e Contexto), que define a população de interesse, o conceito em análise e o contexto em que este se insere (Aromatis *et al*., 2024). Definiu-se como população as pessoas adultas com fratura do fémur; como conceito, as intervenções do EEER; e como contexto, o ambiente hospitalar.

Para o presente estudo, a questão formulada foi: "**Qual a evidência publicada sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura do fémur, em contexto hospitalar?"**

O objetivo geral desta revisão consiste em mapear a evidência científica relativa às intervenções do EEER junto da pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar. Como objetivos específicos, pretende-se identificar os domínios de intervenção do EEER, os focos de atenção e as intervenções associadas à sua prática, bem como os instrumentos de avaliação utilizados e os ganhos em saúde decorrentes das intervenções implementadas.

A presente *scoping review* foi desenvolvida de acordo com as orientações metodológicas do JBI. A seleção dos estudos, a extração dos dados e a respetiva síntese serão realizadas por dois revisores independentes. Sempre que necessário, um terceiro revisor será consultado para resolver eventuais divergências.

Tabela 1 – Critérios de inclusão/exclusão

	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
POPULAÇÃO	Estudos cuja população seja de idade adulta, superior ou igual a 18 anos com fratura do fémur; não serão consideradas restrições de género, etnia ou outras características pessoais	Estudos com crianças
CONCEITO	Estudos que explorem/documentem as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	Estudos que não especifiquem o profissional responsável pela intervenção ou realizados por fisioterapeutas; estudos sem relação com a problemática em análise
CONTEXTO	Estudos realizados em instituições hospitalares	
OUTROS		Estudos em que o acesso ao texto completo seja restrito ou pago

Os critérios de inclusão numa *scoping review* referem-se ao conjunto de parâmetros previamente definidos que orientam a seleção dos estudos a integrar na revisão, assegurando que apenas a evidência relevante para a questão de investigação é considerada. Segundo Peters *et al.* (2020), estes critérios devem estar diretamente

alinhados com o objetivo e a pergunta de investigação, sendo frequentemente estruturados com base no modelo PCC. A tabela 1 apresenta os critérios de inclusão e exclusão, segundo o PCC.

Os critérios de inclusão permitem delimitar de forma clara o âmbito da revisão, garantindo consistência, transparência e rigor no processo de seleção dos estudos, além de facilitar a reprodutibilidade e a compreensão dos resultados por outros investigadores (Peters *et al.*, 2020).

2.3.3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa para este tipo de estudo deve ser abrangente, permitindo identificar estudos primários, revisões da literatura e literatura cinzenta (Vilelas, 2020). Assim, definiu-se que a presente *scoping review* incluirá estudos com desenhos metodológicos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos.

Os estudos quantitativos incluem qualquer estudo experimental (incluindo ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quase-experimentais) e estudos observacionais (estudos descritivos, estudos de coorte, estudos transversais, estudos de caso e estudos de série de casos).

Os estudos qualitativos poderão incluir investigações com análise de dados qualitativos, nomeadamente estudos fenomenológicos, de teoria fundamentada, etnográficos, de descrição qualitativa e de investigação-ação, entre outros. Serão igualmente consideradas revisões sistemáticas que cumpram os critérios de inclusão previamente definidos. Adicionalmente, será pesquisada literatura cinzenta, incluindo teses e dissertações não publicadas.

De acordo com Peters *et al.* (2020), a estratégia de pesquisa desenvolve-se em três etapas: uma pesquisa exploratória inicial para identificar palavras-chave e descritores indexados; uma pesquisa estruturada nas bases de dados selecionadas; e, por fim, a pesquisa nas listas de referências dos estudos incluídos e na literatura cinzenta.

Numa primeira etapa, realizou-se uma pesquisa preliminar na base de dados MEDLINE, via PubMed, com o objetivo de identificar as palavras-chave mais frequentemente utilizadas nos títulos e resumos dos estudos, bem como os respetivos descritores MeSH associados ao tema em análise. Posteriormente, para aumentar a sensibilidade da pesquisa, recorreram-se também a termos naturais equivalentes aos descritores MeSH identificados (Tabela 2).

Tabela 2 - Descritores e outros termos utilizados

Descritores Mesh	- Femoral fracture - Hip fracture -Femoral fracture, proximal	-Rehabilitation nursing	- Hospital
Outros termos	-Fractured neck of fémur or hip fracture or nof or neck of femur fracture - Fratura do fémur - Fratura da anca - Fratura do quadril -Fratura da extremidade proximal do fémur	-Enfermagem de reabilitação -Intervenções de enfermagem -Nursing intervention or nursing care - Enfermagem - Reabilitação	-Hospital

Na segunda etapa, os descritores MeSH, os termos naturais e as palavras-chave identificados foram combinados para construir a estratégia de pesquisa, posteriormente adaptada às especificidades de cada base de dados e repositório consultados.

Durante esta fase, verificou-se dificuldade na identificação de estudos relevantes, uma vez que o termo correspondente ao contexto “hospital” nem sempre se encontrava presente no título ou no resumo dos artigos, limitando o número de estudos recuperados. Para ultrapassar esta limitação, optou-se por realizar uma pesquisa mais abrangente, excluindo inicialmente o termo relativo ao contexto e aplicando posteriormente os critérios de inclusão e exclusão durante a fase de seleção dos estudos.

Outra limitação identificada relacionou-se com a utilização do termo “enfermagem de reabilitação", que restringia significativamente o número de resultados obtidos. Assim, para aumentar a sensibilidade da pesquisa, optou-se pela utilização dos termos "reabilitação" e "intervenções de enfermagem" ou "enfermagem", combinados através do operador booleano AND. Esta estratégia permitiu ampliar a recuperação de estudos potencialmente relevantes, sem comprometer os critérios de inclusão relativos às intervenções desenvolvidas pelo EEER.

A estratégia de pesquisa foi adaptada a cada base de dados, de acordo com as suas características específicas, conforme apresentado na Tabela 3.

Para a realização da pesquisa, acedeu-se à base de dados MEDLINE, através do motor de pesquisa PubMed, e às bases de dados CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane

Methodology Register e Cochrane Clinical Answers, através da plataforma EBSCOhost. Adicionalmente, foi consultada a base de dados SciELO.

Na terceira e última etapa, procedeu-se à análise das listas de referências bibliográficas dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar publicações potencialmente relevantes para inclusão na *scoping review*. Paralelamente, realizou-se uma pesquisa na literatura cinzenta, através do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), procurando identificar teses, dissertações e outros estudos pertinentes para a revisão.

Tabela 3- Algoritmo de pesquisa

Search	Query	Record retrivied
MedLine	(((((((femoral fracture[MeSH Terms]) OR (hip fractures[MeSH Terms])) OR (femoral fracture, proximal[MeSH Terms])) OR ("femoral fracture"[Title/Abstract])) OR ("hip fracture"[Title/Abstract]))) AND ((rehabilitation nursing[MeSH Terms]) OR ("rehabilitation nurs*"[Title/Abstract]))) AND ((hospital[MeSH Terms]) OR (hospital[Title/Abstract]))	3
Cinahl	(AB (AB ("fratura da extremidade proximal do fémur") AND AB (nursing care or nursing interventions) AND AB (rehabilitation or therapy or treatment or intervention)) OR AB (AB (AB (fractured neck of femur or hip fracture or nof or neck of femur fracture) AND AB (rehabilitation) AND AB (nursing interventions or nursing care)) OR AB (AB (femoral fracture) AND AB (rehabilitation or therapy or treatment or intervention) AND AB (nursing care or nursing interventions))	7
Crochrane	AB (AB ("fratura da extremidade proximal do fémur") AND AB (nursing care or nursing interventions) AND AB (rehabilitation or therapy or treatment or intervention)) OR AB (AB (AB (fractured neck of femur or hip fracture or nof or neck of femur fracture) AND AB (rehabilitation) AND AB (nursing interventions or nursing care)) OR AB (AB (femoral fracture) AND AB (rehabilitation or therapy or treatment or intervention) AND AB (nursing care or nursing interventions)))	6
Scielo	(ab:((ab:("fratura do fémur")) OR (ab:("fratura da anca")) OR (ab:("fratura da extremidade proximal do fémur")) OR (ab:("fratura do quadril")))) AND (ab:((ab:("enfermagem de reabilitação"))))	4
RCAAP	(assunto) Fratura do fémur ou fratura da anca ou fratura do quadril AND (assunto) enfermagem de reabilitação OR [Assunto] (enfermagem AND reabilitação)	9

Importa ainda referir que a pesquisa foi restringida a estudos publicados a partir de 1 de janeiro de 2020, com o objetivo de garantir a atualidade da evidência científica incluída na revisão. Relativamente ao idioma de publicação, este não constituiu um critério de exclusão, uma vez que foram utilizados recursos e ferramentas de tradução que permitiram a análise dos estudos identificados, independentemente da língua em que se encontravam publicados.

2.3.4. Seleção dos estudos

A pesquisa foi realizada por dois investigadores durante o mês de abril de 2026. Todos os estudos identificados foram triados e selecionados por ambos, com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, com o objetivo de responder à questão de investigação.

Após a extração dos estudos das diferentes bases de dados, os registos duplicados foram eliminados. Posteriormente, dois revisores procederam de forma independente à leitura e análise dos títulos e resumos dos estudos identificados. Caso surgissem dúvidas ou desacordos relativamente à elegibilidade dos estudos, estava previsto o recurso a um terceiro revisor para apoiar a tomada de decisão, que não se revelou necessário.

A aplicação da estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados resultou na identificação de um total de 29 estudos. Destes, oito foram excluídos por se encontrarem duplicados tendo restado 21 artigos para leitura do título e resumo.

Seguidamente, procedeu-se à análise dos títulos e resumos dos 21 estudos restantes, com o objetivo de verificar a sua conformidade com os critérios de inclusão previamente definidos. Nesta fase, dez estudos foram excluídos por não cumprirem os critérios estabelecidos: dois por não corresponderem à população em estudo, dois por não se enquadrarem no contexto definido e seis por não responderem ao conceito da presente scoping review.

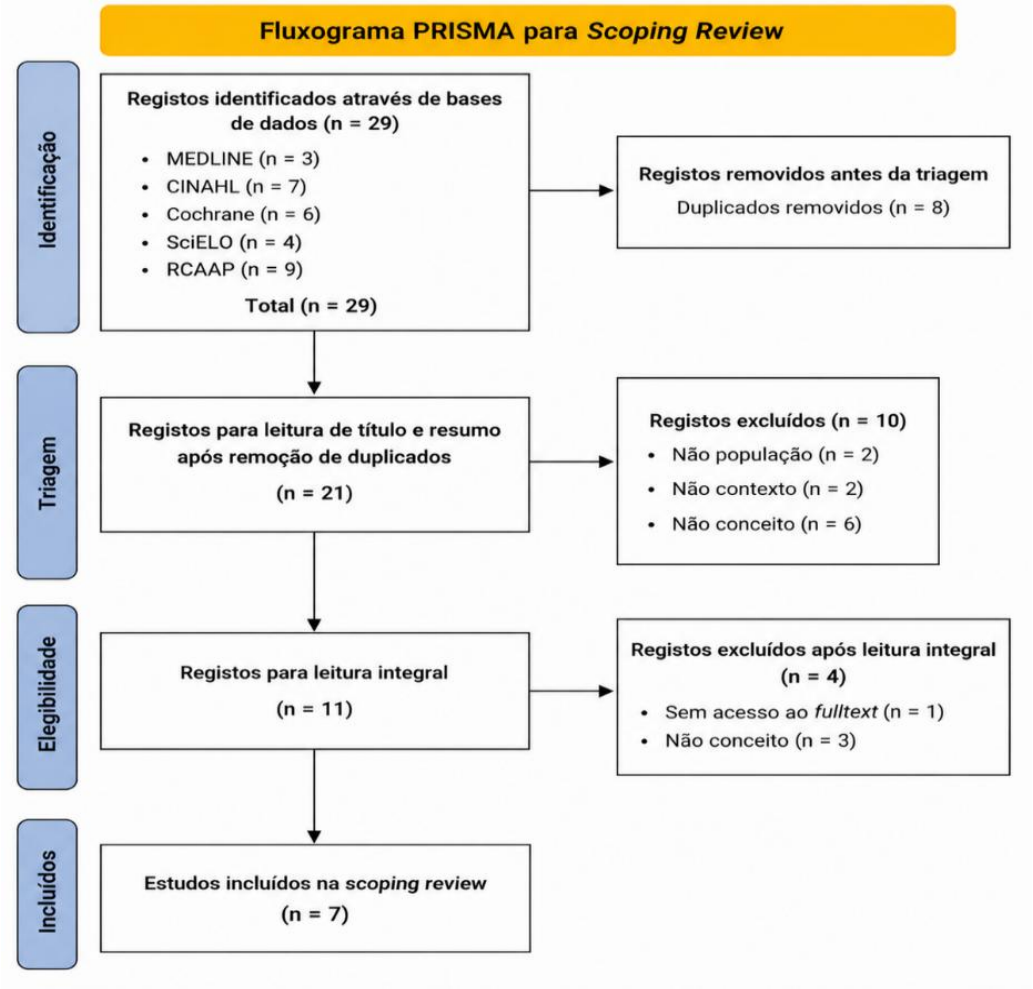
Os onze estudos elegíveis foram posteriormente recuperados em texto integral e analisados de forma detalhada, particularmente nos casos em que os resumos não forneciam informação suficiente ou subsistiam dúvidas quanto à sua elegibilidade (Peters *et al*., 2020).

A leitura integral dos artigos permitiu uma avaliação mais aprofundada da sua relevância científica e da pertinência dos resultados face à questão de investigação e aos critérios de inclusão definidos. Este processo sistemático e rigoroso conduziu à exclusão de quatro estudos: um por não disponibilizar o texto integral, correspondendo apenas ao resumo de uma apresentação oral realizada num evento científico, e os três restantes por não se enquadrarem no objeto da presente *scoping review*. Assim, foram incluídos sete estudos na revisão.

O processo de seleção dos estudos foi sintetizado através de um fluxograma elaborado de acordo com as orientações do JBI e com as diretrizes do PRISMA-ScR. Este fluxograma descreve, de forma sistemática e transparente, todas as etapas do processo de seleção dos estudos, desde a identificação inicial dos registos até à inclusão final

dos artigos que integram a presente revisão, conforme ilustrado na Figura 1 (Peters *et al*., 2020).

Figura 2. Diagrama de fluxo PRISMA



Nota: Elaboração própria.

2.3.5. Extração dos dados

A extração, categorização e síntese dos resultados dos estudos incluídos foram realizadas através de tabelas, conforme recomendado pelo JBI (Peters *et al*., 2020). Para registar as informações mais relevantes de cada estudo, recorreu-se ao *Template study details, characteristics and results extraction instrument,* disponibilizado pelo JBI. Contudo, considerando que os dados extraídos deveriam responder à questão de investigação, após a análise deste instrumento foi desenvolvido um formulário próprio em Microsoft Word, adaptado às necessidades da presente revisão.

Este formulário foi posteriormente ajustado para incluir informação considerada relevante durante a leitura e análise dos estudos. A sua utilização permitiu organizar os

dados de forma sistemática e estruturada, facilitando a análise crítica e comparativa dos resultados e contribuindo para a consecução dos objetivos delineados.

Para assegurar a clareza, a consistência e a uniformidade do processo de extração dos dados, os primeiros três estudos foram analisados em simultâneo pelos dois revisores. Posteriormente procedeu-se à extração dos dados dos restantes estudos de forma independente.

2.4. RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados da presente *scoping review*, procedendo-se posteriormente à sua discussão crítica, com base na evidência científica disponível e nos objetivos definidos para o estudo.

2.4.1. Apresentação dos resultados

Nesta fase da investigação, foram elaboradas duas tabelas, seguindo as recomendações do JBI (Aromataris *et al*., 2024), com a finalidade de sistematizar as informações essenciais dos estudos incluídos na revisão. Na primeira parte, privilegiou-se a caracterização dos estudos, contemplando os autores, o tipo de estudo, os objetivos, o contexto e a metodologia (Tabela 4a). Na segunda parte, sintetizaram-se as intervenções implementadas, os principais resultados e as conclusões mais relevantes (Tabela 4b) para responder à questão de revisão.

A análise dos estudos incluídos resultou na identificação de sete estudos, verificando-se uma considerável diversidade metodológica. Foram identificados dois estudos quantitativos experimentais comparativos, duas revisões da literatura (uma revisão integrativa e uma *scoping review*), dois estudos de caso e um estudo de usabilidade.

O contexto geográfico dos estudos distribui-se entre Portugal/Europa (A3, A4, A5 e A6) e a Ásia (A1, A2, A3 e A7). Quanto ao contexto de realização, predominam os serviços de internamento de ortopedia, incluindo ainda uma unidade de cuidados intensivos (A7) e uma unidade de cuidados de convalescença (A4). Relativamente à fase do percurso assistencial, a maioria dos estudos centra-se no período pós-operatório, com exceção do estudo A7, que aborda o período pré-operatório.

No que respeita aos participantes, observou-se igualmente heterogeneidade, variando entre estudos de caso com um único participante (A4 e A5) e estudos com amostras de 16, 96 e 120 participantes. No caso das revisões da literatura, o estudo A3 integra maioritariamente outras revisões, incluindo uma revisão sistemática com meta-análise,

bem como um estudo qualitativo. Por sua vez, o estudo A7 inclui um estudo de caso, dois estudos observacionais retrospetivos de natureza descritiva e um estudo primário.

A análise dos objetivos dos estudos evidencia um enfoque em diferentes dimensões relacionadas com a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia ortopédica. Entre estas destacam-se o medo, a adesão ao regime de reabilitação e a autoeficácia (A1), os fatores de risco associados a esta população (A2), as intervenções do EEER no período pré-operatório (A7), as intervenções dirigidas à prevenção do declínio funcional (A3), os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER (A4 e A5) e, por fim, a segurança, a usabilidade e a adesão à utilização de dispositivos médicos (A6).

Tabela 4 – Apresentação de resultados

CÓDIGO ESTUDO	TITULO	AUTORES/ ANO/ORIGEM	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	POPULAÇÃO/TAMANHO DA AMOSTRA	CONTEXTO FÍSICO E TEMPORAL	METODOLOGIA/ INSTRUMENTOS UTILIZADOS
A1	Intervenção baseada em evidências sobre medo no pós-operatório, adesão e autoeficácia em pacientes idosos com fratura do quadril	Fu, Ying; Zhu, Li-Juan; Li, Da-Cheng; Yan, Jing-Lei; Zhang, Hai-Ting; Xuan, Yu-Hong; Meng, Chun-Ling e Sun, Yan-Hong (2022) China	Estudo quantitativo comparativo	Avaliar os efeitos da intervenção baseada em evidências sobre o medo no pós-operatório, a adesão e a autoeficácia em idosos com fraturas do quadril.	Incluiu 120 idosos com fratura do quadril submetidos a tratamento cirúrgico, divididos em dois grupos, sem diferença estatisticamente significativa nas características	Contexto hospitalar de Ortopedia entre junho de 2018 e junho de 2020 Houve formação e treino prévio da equipa de enfermagem na abordagem ao segundo grupo	Os dois grupos de doentes receberam os mesmos cuidados básicos de reabilitação, sendo acrescentada intervenção de enfermagem baseada em evidências ao grupo de intervenção. Foram comparados os resultados antes e após a intervenção nos seguintes parâmetros: fobia ao movimento e dor; adesão ao regime terapêutico, perceção da autoeficácia, função da articulação da anca e na avaliação da satisfação com a enfermagem na alta. Instrumentos de avaliação utilizados: Escala de Tampa para Cinesiofobia [Tampa Scale of Kinesiophobia]; escala da autoeficácia para reabilitação e escala de Harris.
A2	Investigação de fatores de risco relacionados na reabilitação de pacientes idosos com fratura e formulação de medidas de exercício	Dong, X (2020) China	Estudo experimental comparativo	Avaliar os efeitos de uma intervenção multidisciplinar (MDP) na prevenção de tromboembolismo venoso (TVE) e na recuperação da função do quadril em idosos após fratura	População: 96 idosos com fratura do quadril submetidos a cirurgia. Amostra: dividida em dois grupos — um grupo de controlo (cuidados padrão) e um grupo experimental (intervenção MDP)	Cenário: unidades hospitalares de ortopedia e reabilitação, intervenção desenvolvida durante o período pós-operatório imediato e até 6 meses após.	O estudo seguiu um protocolo clínico padronizado com avaliações regulares: Monitorização sinais vitais nas primeiras 6 h pós-operatório; avaliação da dor (Escala Numérica); Exercícios de mobilização e fortalecimento do quadril (10–20 min, 3xdia); vigilância de parâmetros de coagulação e incidência de tromboembolismo venoso (TVE)

Tabela 4 (cont.) – Apresentação de resultados

CÓDIGO ESTUDO	TITULO	AUTORES/ ANO/ORIGEM	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	POPULAÇÃO/TAMANHO DA AMOSTRA	CONTEXTO FÍSICO E TEMPORAL	METODOLOGIA/ INSTRUMENTOS UTILIZADOS
A3	A Pessoa com FEPF - A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na prevenção do seu declínio funcional	Antunes, Sá e Nabais (2022) Portugal	Revisão integrativa da literatura.	Identificar as intervenções do EEER que previnem o declínio funcional da pessoa com FEPF.	Estudos realizados entre 2010 e 2020	Contexto hospitalar nos diferentes estudos abordando a intervenção à pessoa e aos cuidadores	Foram identificadas 5 revisões da literatura, uma das quais com meta-analise de estudos randomizados e um estudo qualitativo
A4	A pessoa submetida a prótese parcial da anca: relato de caso	Teixeira, H, Palma, M; Vieira, J Vitor; Bule, MJ (2023) Portugal	Estudo descritivo do tipo estudo de caso	Identificar os ganhos de um programa de reabilitação dirigido à pessoa submetida a prótese parcial da anca no internamento em Unidade de Convalescença	uma mulher de 93 anos submetida a prótese parcial da anca esquerda após fratura subcapital do fémur decorrente de queda	O programa decorreu numa Unidade de Convalescença, durante três semanas, com uma média de 3 sessões por semana	Guidelines da CAse REport (CARE) A intervenção realizou-se em nove sessões, tendo lugar três momentos avaliativos [Escala de Força MRC, Escala de Ashworth Modificada, Mini Mental State Examination, Índice de Barthel, Escala de Morse, Escala Qualitativa da Dor e goniometria]
A5	Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a prótese parcial da anca: estudo de caso	Lobo, A e Vitor, J (2025), Portugal	Estudo de caso descritivo	Identificar os benefícios de um programa de Reabilitação Motora Funcional e Treino de AVD, à pessoa submetida a Prótese Parcial da Anca	Uma mulher, 70 anos, com fratura subcapital do fémur direito, submetida a Prótese Parcial da Anca cimentada,	Em contexto hospitalar de um serviço de Ortopedia. Foram realizadas 7 sessões, não consecutivas, apartir do dia 1 de pós-operatorio	Estudo de caso recorrendo aos referenciais de Yin e Stake. Realizadas sete sessões de reabilitação, não consecutivas, com três momentos de avaliação avaliação inicial, intermédia e final; [Escala MRC, E Ashworth Modificada; Goniometria; Barthel; E Morse; Escala Qualitativa da Dor].

Tabela 4 (cont.) – Apresentação de resultados

CÓDIGO ESTUDO	TITULO	AUTORES/ ANO/ORIGEM	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	POPULAÇÃO/TAMANHO DA AMOSTRA	CONTEXTO FÍSICO E TEMPORAL	METODOLOGIA/ INSTRUMENTOS UTILIZADOS
A6	Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: Estudo de usabilidade	Domingues, Daniela Lages (2023), Portugal	Estudo descritivo e observacional com uma abordagem mista, Estudo de usabilidade de natureza pré clínica para apurar a segurança do dispositivo e os parâmetros de eficácia e eficiência	Avaliar a usabilidade, ergonomia, segurança, funcionalidade e aceitação pelos profissionais de saúde do ABLEFIT para a reabilitação da pessoa pós FFP.	A amostra foi não probabilística/ de conveniência. Com 2 grupos independentes com um total de 16 participantes. Um grupo constituído por EEER e outro por pessoas com FPEF	Inicialmente procedeu-se à apresentação do protótipo, posteriormente o estudo decorreu em 2 grupos focais, um com EEER e outro de utilizadores finais.	Estudos de usabilidade clinica segundo a aplicação da técnica de grupo focal e aplicação de um questionário de usabilidade. Instrumentos de recolha de dados: questionários; discussão orientada por guião; gravação áudio/transcrição integral
A7	Intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur	Costa, AC (2023), Portugal	*Scoping review*/ inclusa numa tese de mestrado	Mapear as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com fratura proximal do fémur.	A amostra é heterogénea, temos um estudo comparativo com 681 com pessoas, estudos com um elemento, 38 elementos noutro e 13 no outro.	Diferentes contextos geográficos como China e Portugal; Todos em unidades hospitalares desde UCI e internamento de ortopedia em contexto de pré-operatório.	Metodologia do JBI e orientada pelas recomendações PRISMA-ScR. A *scoping review* inclui 4 estudos, um observacional retrospetivo, um estudo piloto descritivo retrospetivo, um estudo de caso e um estudo de investigação primário Destaque para o uso de instrumentos de avaliação como escala de Barthel, MIF, escala força muscular MRC, escala de Braden

Tabela 4 (cont.) – Apresentação de resultados

ESTUDO	TIPO DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
A1	Intervenção de enfermagem baseada em evidências associada aos cuidados habituais de reabilitação. Incluiu educação em saúde intensiva; prevenção de complicações pós-operatórias; incentivo precoce à mobilização; treino funcional supervisionado; apoio psicológico; comunicação adaptada às limitações sensoriais e cognitivas dos idosos; reforço positivo; e promoção da autogestão. Foram ainda utilizadas estratégias motivacionais e de distração para reduzir emoções negativas e medo associado à reabilitação.	O grupo de intervenção apresentou redução significativa da fobia ao movimento e do medo da dor após a intervenção ($P < 0,05$). Demonstrou também melhor adesão ao tratamento de reabilitação após 2 semanas ($P < 0,05$), Maior autoeficácia nas dimensões "superação de dificuldades" e "exercício de reabilitação" ($P < 0,05$), Melhor recuperação funcional do quadril aos 3 e 6 meses após a cirurgia, avaliada pela escala de Harris ($P < 0,05$), e maior satisfação com os cuidados de enfermagem ($P < 0,05$).	A enfermagem baseada na evidência concretiza melhorias estatisticamente significativas no grupo de intervenção em todos os desfechos principais. Destaca: formação e treino da equipa de enfermagem; reforço positivo e apoio ao longo do processo; intervenção multimodal e multidisciplinar Limitação: investimento inicial vs disponibilidade de recursos humanos e financeiros
A2	Grupo de controlo: recebeu cuidados de enfermagem convencionais (vigilância de SV, prevenção de infeção e mobilizações) Grupo experimental: submetido a um modelo de cooperação multidisciplinar (MDP) com: avaliação precoce de risco de TVE; exercícios de reabilitação estruturados e progressivos; monitorização intensiva pós-operatória; Educação e acompanhamento contínuo para recuperação funcional	O grupo experimental apresentou uma melhoria significativa ($P < 0,05$); na função do quadril, na redução da incidência de TVE, melhoria da dor e recuperação mais rápida da mobilidade	A intervenção sob o modelo multidisciplinar tem impacto positivo tanto na prevenção de complicações tromboembólicas quanto na reabilitação funcional. Estudo com validade interna robusta e relevância clínica para aplicação em contextos hospitalares geriátricos.
A3	Intervenções identificadas nos estudos incluíram: -Reabilitação Funcional Motora (RFM) progressiva, desde exercícios passivos e ativos-assistidos e resistidos, equilíbrio, transferência e marcha em descarga -Prevenção de complicações da imobilidade e cirúrgicas: fragilidade e perda de massa muscular, úlceras por pressão (UPP), TVE, reabilitação funcional respiratória, - Foco na dimensão psicossocial (apoio, gestão da adesão e dos fatores facilitadores da recuperação funcional) - Planeamento da alta precoce com avaliação das necessidades da pessoa e dos cuidadores e acompanhamento pós alta (presencial e por telefone) - Ensino sobre cuidados pós-operatórios aos cuidadores - Abordagem multidisciplinar e adaptada à população geriátrica	Evidência de ganhos em saúde com a intervenção do EEER, na funcionalidade, autonomia, independência nas AVD, adesão ao regime reabilitação (doente e cuidador) Diminuição da ansiedade relacionada com a condição de saúde e a alta Promoção da continuidade de cuidados Diminuição dos reinternamentos e das complicações	Os estudos analisados demonstraram que as intervenções do EEER são eficazes na prevenção do declínio funcional e na promoção de ganhos em saúde em pessoas com FEPF Destaque para o inicio precoce da reabilitação, nomeadamente na aquisição da capacidade de marcha e da preparação para a alta Destaque para os cuidadores e para o seu envolvimento precoce na alta

Tabela 4 (cont.) – Apresentação de resultados

ESTUDO	TIPO DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
A4	O programa de intervenção foi individualizado e centrado na reeducação funcional motora e treino de AVD. Incluiu exercícios isométricos e isotónicos; passivos, ativos-assistidos e resistidos; técnica da ponte e rolamento, treino de força muscular; treino de levantar/sentar, treino de marcha com andarilho; treino de equilíbrio e transferências; gestão da dor; prevenção de complicações (quedas, prevenção de luxação da anca) e intervenções dirigidas à orientação cognitiva e prevenção da confusão aguda.	Verificou-se ganhos funcionais relevantes: -melhoria das amplitudes articulares MI (média de +5,6º MIE/ +4,5º MID; melhoria da força muscular MIE (progressão de 1/5 para 2/5 na flexão/extensão da coxa e perna e de 2/5 para 3/5 no pé); aumento da resistência muscular MS; -melhoria da marcha com andarilho (progressão da distância de 15 para 60 m); melhoria nas transferências cama-cadeira; - melhoria parcial da dependência nas AVD (Índice de Barthel: 45 para 55 pontos) - redução do risco de queda (Escala de Morse: 80 para 65 pontos)	Evidencia da intervenção do EEER na recuperação funcional, ganhos em saúde e qualidade de vida em dimensões como a mobilidade, força muscular, marcha, funcionalidade e segurança. Destaca importância de programas personalizados [condição clínica/cognitiva], uso de escalas de avaliação; intervenção precoce Limitações: influência negativa do défice cognitivo e da dor na recuperação
A5	As principais intervenções incluem: Reabilitação Funcional Motora com exercícios isométricos [glúteos, quadricípites, abdominais]; e isotónicos ativos, ativos assistidos e resistidos, mobilização articular; treino de equilíbrio/ortostatismo; levante precoce treino de marcha com andarilho; treino de subir/descer escadas.; Treino de AVD [Higiene, vestuário; transferências; uso do sanitário; estratégias adaptativas e ensino sobre produtos de apoio/ adaptação do domicílio] Educação terapêutica e prevenção de complicações (quedas, lux anca) Gestão da dor e promoção da segurança.	Verificou-se: -Melhoria da força muscular no MS (de 4/5 para 5/5) MI operado, (Coxofemoral: 1/5 → 2(+) /5; Joelho: 1/5 → 3/5; Tibiotársica: 2/5 → 3(+) /5.) -Aumento da amplitude articular (flexão da anca:0º → 30º; joelho:0º→60º; dorsiflexão: 4º → 7º.) -Melhoria funcional nas AVD e diminuição da dependência (Barthel:25→ 55/100): melhoria na participação (higiene, vestuário; transferências) e marcha com andarilho eficaz -Redução da dor -Prevenção de complicações (sem episódios de queda/luxação da prótese) e promoção da mobilidade precoce.	Programa centrado na pessoa, com inicio precoce, Limitações: falta de alguns materiais; não existia possibilidade de intervenção diária

Tabela 4 (cont.) – Apresentação de resultados

ESTUDO	TIPO DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
A6	A intervenção consistiu na apresentação e avaliação do protótipo ABLEFIT; exploração da sua potencial utilização na reabilitação motora pós-FPEF através de exercícios ativos e ativos assistidos; mobilização dos membros, utilização no leito; possibilidade de continuidade de reabilitação no domicílio..	Resultados quantitativos: Grupo A: avaliações muito positivas com média de usabilidade: 216,63 pontos; utilidade: média 60; facilidade de uso: média 52,5; facilidade aprendizagem média 33,13; satisfação/intenção de uso: média 71. Grupo B: avaliações moderadamente positivas com média total: 173,38 pontos. utilidade: média 44,88; facilidade de uso: média 42,38; facilidade aprendizagem média 25,63; satisfação/intenção de uso: média 60,5. Limitações: Metade dos utilizadores considerou a aprendizagem e utilização do dispositivo complexas.	O ABLEFIT demonstra elevado potencial terapêutico; boa aceitação pelos EEER e utilidade percebida pelos utilizadores; possibilidade de integração em programas de reabilitação pós-FPEF. Necessidade de aperfeiçoamento técnico; maior simplicidade, adaptação às limitações dos idosos, reforço da segurança e ergonomia. Destaca a importância do papel do EEER na integração das novas tecnologias na reabilitação
A7	Intervenção em 5 áreas no pré-operatório: -Ventilação Reeducação funcional respiratória com ensino da tosse; técnicas adaptadas à patologia respiratória prévia -Posicionamento (alternância de decúbitos; correção postural com alinhamento do membro afetado; prevenção de UPP) -Movimento muscular (Exercícios musculoarticulares; fortalecimento muscular; exercícios sentados; treino da amplitude articular.) -Andar com auxiliar de marcha (levante enquanto aguarda cirurgia com treino de ortostatismo e marcha com descarga do membro afetado.) -Educação (ensinos sobre exercícios; técnicas de posicionamento; esclarecimento de dúvidas; entrega de folhetos informativos.)	Melhoria significativa na autonomia, funcionalidade e qualidade de vida (reflexo na aplicação de instrumentos de avaliação como o índice Barthel, MIF, escala MRC força muscular e controle da dor) e redução de complicações como UPP	A reabilitação no pré-operatório tende a melhorar a funcionalidade; preservar força muscular; prevenir complicações respiratórias e cutâneas; reduzir dor; promover independência nos autocuidados; facilitar recuperação pós-operatória. Limitações: dificuldade em isolar efeitos exclusivamente pré-operatórios; heterogeneidade dos métodos e instrumentos de avaliação; necessidade de controlar eficazmente a dor

2.4.2. Discussão dos resultados

Neste tópico procede-se à discussão dos resultados obtidos na análise dos estudos incluídos. A presente *scoping review* incluiu estudos primários e secundários, permitindo uma compreensão mais abrangente da evidência disponível acerca das intervenções desenvolvidas pelo EEER à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar.

Como forma de estruturar esta discussão analisamos os dados obtidos em três áreas interdependentes, de acordo com os objetivos delineados para o estudo: focos de atenção para intervenção do EEER, intervenções realizadas em cada área e ganhos em saúde evidenciados.

A maioria dos estudos analisados apresenta como população-alvo pessoas idosas, corroborando a evidência descrita na literatura relativamente à maior incidência deste tipo de fratura nesta faixa etária, particularmente das fraturas da extremidade proximal do fémur (Silva *et al*., 2018). Assim, as características inerentes ao processo de envelhecimento conferem a esta população necessidades de cuidados diferenciadas e individualizadas, exigindo intervenções especializadas e centradas na pessoa (NICE, 2023).

Os estudos A1, A2, A3 e A4 referem a necessidade de adequação da intervenção às capacidades funcionais, cognitivas e sociais desta população, destacando a influência destas na motivação, adesão e continuidade do programa de reabilitação.

A ocorrência de défice cognitivo, desorientação ou *delirium* na pessoa com fratura do fémur e/ou em contexto de hospitalização, referido por Bhandari & Swiontkowski (2017) vai de encontro às limitações identificadas no processo de recuperação em A3, A4 e A6.

Relativamente ao tratamento, a abordagem cirúrgica surge como a opção terapêutica predominante, sendo frequentemente referida a realização de artroplastia total ou parcial da anca como intervenção clínica de eleição (Sousa & Carvalho, 2017; NICE, 2023).

A abordagem multidisciplinar à pessoa com fratura do fémur é destacada como fundamental desde o momento da admissão hospitalar. De acordo com o NICE (2023), a intervenção integrada contribui para a promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa, bem como para a prevenção de complicações associadas ao internamento e ao período pós-operatório. Este aspeto é evidenciado nos estudos A1, A2 e A3, nos quais se verifica a importância da articulação entre os diferentes profissionais de saúde, no processo de recuperação funcional e na prevenção de complicações.

Considerando as diferentes fases do internamento hospitalar, apenas um dos estudos analisados (A7) aborda de forma específica o período pré-operatório, valorizando a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias e cutâneas, na preservação da força muscular e na facilitação da recuperação pós-operatória. A importância da intervenção precoce, iniciada desde o momento da admissão hospitalar, é salientada por Bhandari e Swiontkowski (2017), que refere a necessidade de avaliar precocemente a pessoa, identificar o seu potencial de recuperação funcional e delinear um programa de reabilitação individualizado.

A prevenção de complicações, o controlo sintomático e a capacitação da pessoa e da família para o processo de recuperação são igualmente destacados como aspetos fundamentais da intervenção do EEER. Estas estratégias promovem não só a autonomia funcional da pessoa, mas também favorecem a reintegração social e familiar após a alta hospitalar (Sousa & Carvalho, 2017; OMS, 2023).

Depois esta análise geral dos estudos, a discussão foi estruturada em duas grandes áreas temáticas que permitem agrupar as intervenções realizadas pelos EEER: a Independência Funcional e o Empoderamento.

A **independência funcional** refere-se à capacidade da pessoa para realizar atividades de vida de forma autónoma, com o máximo potencial funcional possível, mesmo na presença de limitações decorrentes de doença ou incapacidade (OE, 2019a). As intervenções que concretizam este conceito centram-se na reabilitação funcional motora que integra intervenções do EEER orientadas para a recuperação da mobilidade, prevenção de limitações funcionais e maximização da independência da pessoa nas atividades de vida diária.

A reeducação funcional motora surge de forma consistente nos diferentes estudos analisados (A3, A4, A5 e A7), corroborando a evidência descrita por Sousa e Carvalho (2017) e NICE (2023), que defendem o início precoce da mobilização como estratégia determinante para prevenir o declínio funcional e otimizar a recuperação da pessoa com fratura do fémur.

A promoção da mobilidade, através do movimento muscular e das mobilizações, é referida em todos os estudos como uma intervenção central do EEER, contribuindo de forma decisiva para a recuperação da independência funcional. A realização de exercícios isométricos (A4 e A5) e isotónicos com progressão/adaptação de passivos a ativos /resistidos (A3, A4, A5 e A7) beneficiam a força muscular e a amplitude articular. NICE, 2023, sustentam o ajuste progressivo do programa de reabilitação às necessidades e à evolução da pessoa.

O foco destes exercícios nos membros inferiores e na musculatura abdominal (A5, A6 e A7) reforça a importância destes grupos musculares para a capacidade de marcha, o equilíbrio e a estabilidade postural, sendo determinantes no processo de reabilitação da pessoa com fratura do fémur (NICE, 2023). Importa salientar que esta intervenção pode iniciar-se ainda no período pré-operatório (A7), sendo adaptada à capacidade funcional da pessoa e à sua tolerância à dor.

Como instrumentos de avaliação da força muscular emerge como referência a escala de força muscular Medical Research Council (MRC) em A4, A5 e A7. A escala da força muscular MRC, permite ao EEER identificar limitações motoras, monitorizar a evolução funcional da pessoa e adequar os programas de reeducação funcional motora e treino de mobilidade (OE, 2016a). A escala de Harris ou Harris Hip Score é uma escala clínica, amplamente utilizada para avaliar a dor, a função, a ausência de deformidade e a mobilidade do quadril especialmente após a realização de uma ATA (Silva *et al.*, 2024). Surge igualmente a utilização da goniometria como forma de monitorizar a evolução das amplitudes articulares (A4 e A5).

Após uma fratura do fémur, a recuperação da capacidade de marcha constitui um objetivo prioritário do processo de reabilitação, sendo determinante para a autonomia funcional e para a redução da dependência da pessoa idosa (Bhandari & Swiontkowski, 2017; Sousa & Carvalho, 2017). Esta capacidade implica necessariamente o ortostatismo, isto é, a capacidade de manter a posição ereta contra gravidade, condição indispensável para a marcha. Neste contexto, o treino de equilíbrio bem como o treino de marcha evidencia-se em A3, A4 e A5. Assumindo particular relevância neste contexto o treino em descarga com auxiliar de marcha, que permite promover a segurança, a confiança e a progressão para a marcha independente (OMS, 2023).

Apenas em A5 existe referência específica ao treino de subir e descer escadas. Após fratura do fémur, em contexto hospitalar, o recurso a esta atividade contribui para a melhoria da força muscular, equilíbrio e segurança na marcha bem como promove a independência funcional, reduzindo o risco de dependência e institucionalização (NICE, 2023; OE, 2019a). Esta capacidade constitui um importante indicador de independência funcional, influenciando diretamente a autonomia e a reintegração da pessoa no domicílio e na comunidade.

O treino de transferência, entendido como o levante do leito e a capacidade de sentar e levantar surge também como intervenção do EEER em A3, A4 e A5. Esta evidência é consistente com a orientação para a funcionalidade e para a independência no autocuidado.

O autocuidado corresponde às atividades realizadas pela própria pessoa com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar (OE, 2016). As atividades que concretizam o autocuidado denominam-se AVD e podem incluir a higiene pessoal, o uso de sanitário, a transferência e o andar entre outras.

A avaliação da independência no autocuidado foi efetuada através do Índice de Barthel, um instrumento amplamente utilizado em Enfermagem de Reabilitação para avaliar a capacidade da pessoa na realização das atividades de vida diária (AVD). Para além de permitir monitorizar a evolução funcional ao longo do processo de reabilitação, constitui um importante indicador da independência funcional (OE, 2016a). Nos estudos A4, A5 e A7, foi utilizado para avaliar a capacidade de autocuidado.

No estudo A7, foi utilizada também a Medida de Independência Funcional (MIF), uma escala que avalia o grau de funcionalidade e independência do doente em atividades como mobilidade, higiene, vestir-se, transferências e locomoção. Em doentes com fratura do fémur, a MIF permite identificar o impacto da lesão na funcionalidade, nomeadamente as limitações na marcha, equilíbrio e realização das AVD, assim como monitorizar a evolução do doente ao longo do processo de reabilitação (OE, 2016a).

As AVD emergem como foco de atenção e treino pelo EEER em A3, A4, A5 e A7. Em A1 a intervenção no autocuidado surge ainda de forma indireta através da melhoria funcional e na capacitação da pessoa através da melhoria da autogestão e “superação de dificuldades”.

No âmbito da promoção da independência funcional, a prevenção das complicações decorrentes da imobilidade e do procedimento cirúrgico assume um papel fundamental no processo de recuperação, uma vez que estas complicações se associam ao prolongamento do internamento, ao aumento da dependência funcional e a um pior prognóstico clínico e funcional (NICE, 2023; Sousa & Carvalho, 2017). De acordo com a OE (2019a), esta constitui uma área central da intervenção do EEER estando identificada em todos os estudos analisados, tanto no período pré-operatório como no pós-operatório. A implementação precoce de estratégias de prevenção de complicações contribui para a redução do declínio funcional, favorecendo a recuperação da autonomia e independência nas AVD. Além da mobilidade, destacam-se intervenções relacionadas com o controlo da dor e na monitorização hemodinâmica (A1, A2, A4, A5, A6, A7), na prevenção de complicações do foro respiratório (A3 e A7), na integridade cutânea (A1, A3 e A7), na ocorrência de complicações tromboembólicas (A1, A2 e A3) e de quedas e luxação da prótese da anca (A1, A2 e A3).

Destaco o estudo A2 que demonstrou que a implementação de um modelo multidisciplinar com exercícios estruturados e vigilância intensiva permitiu reduzir significativamente a incidência de tromboembolismo venoso e melhorar a recuperação funcional. Estes resultados reforçam as recomendações internacionais que salientam a necessidade de abordagens integradas e precoces na pessoa idosa com fratura do fémur (NICE, 2023).

A gestão eficaz da dor além de contribuir para o bem-estar do doente é um dos principais fatores que condiciona a recuperação funcional do doente com fratura do fémur, interferindo diretamente na mobilidade e na capacidade de realizar atividades de vida diária (Bhandari & Swiontkowski, 2017). Nos estudos analisados, a dor e a reabilitação apresentam uma relação dicotómica em doentes com fratura do fémur. A dor pode limitar a mobilização, a marcha e a participação do doente nos exercícios de reabilitação, atrasando a recuperação funcional e aumentando a dependência como ressalva o estudo A4. Por outro lado, a reabilitação contribui para o controlo da dor, referido em A5 e A7, através da mobilização precoce, exercícios terapêuticos e treino funcional, promovendo maior mobilidade, autonomia e recuperação da funcionalidade.

A queda constitui uma das principais causas de fratura do fémur na pessoa idosa, estando frequentemente associada a alterações do equilíbrio, diminuição da força muscular, défices de mobilidade e medo de cair. Após a fratura, o risco de nova queda mantém-se elevado devido à dor, à limitação funcional e à perda de autonomia (Sousa & Carvalho, 2017; Stefanacci & Wilkinson, 2025).

Neste contexto, o EEER desempenha um papel fundamental na prevenção do risco de queda e na recuperação funcional do doente. Nos estudos A4 e A5, verifica-se uma intervenção centrada na identificação e redução dos fatores de risco para a queda, nomeadamente através da promoção do equilíbrio, treino de marcha e otimização do ambiente físico, tornando-o mais seguro e adaptado às necessidades da pessoa.

No estudo A1, destaca-se o medo de cair associado à fobia do movimento, evidenciando a influência dos fatores psicológicos na recuperação funcional. Neste sentido, a intervenção do EEER não se limita aos aspetos físicos, valorizando também os fatores psicossociais e cognitivos relacionados com a queda. Assim, o incremento da autoeficácia, da motivação e da capacidade de autogestão torna-se essencial para aumentar a confiança do doente, promover a participação ativa na reabilitação e reduzir o receio do movimento e de novas quedas (Montero-Odasso *et al*., 2022; OMS, 2023).

Neste contexto, emerge a segunda área de atenção do EEER na análise da evidência, o **empoderamento**. O empoderamento refere-se ao processo de capacitação da

pessoa para adquirir conhecimentos, competências e confiança que favoreçam a participação ativa no processo terapêutico, a gestão da condição de saúde e a promoção da independência funcional, contribuindo para a autonomia, o autocuidado e a qualidade de vida (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Este conceito articula-se com as competências específicas do EEER, particularmente na promoção da reinserção social, da tomada de decisão informada e da autogestão da saúde, bem como no desenvolvimento das capacidades funcionais e do autocuidado (OE, 2019a). Assim, através da educação para a saúde, treino funcional e suporte contínuo, o EEER contribui para o fortalecimento da autonomia e para a melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Uma abordagem centrada no doente e nas suas necessidades tanto físicas como psicossociais emerge em A1, com a introdução de educação para a saúde intensiva, comunicação adaptada, apoio psicológico, estratégias motivacionais e reforços positivos em paralelo com a reabilitação funcional básica. Esta abordagem favoreceu significativamente a adesão ao regime de reabilitação, a perceção de autoeficácia e a autogestão. A recuperação funcional do grupo de intervenção evidenciou melhorias em relação ao grupo de controle, bem como revelou satisfação com os cuidados de enfermagem prestados.

Esta evidência surge também em A3, destacando a dimensão psicossocial da intervenção do EEER, na gestão da adesão ao regime reabilitativo e dos fatores facilitadores da recuperação funcional. A noção de apoio na consciencialização da condição de saúde também está patente como outra forma de reduzir a ansiedade.

Em A4 ressalvam-se a importância de programas de reabilitação personalizados para a população alvo, incluindo intervenções cognitivas para a prevenção da confusão aguda, considerada limitador do processo de reabilitação.

Os ganhos associados à integração da dimensão psicossocial na intervenção do EEER reforçam a importância de uma abordagem individualizada na população geriátrica. Aspetos como ansiedade, medo de novas quedas, insegurança e sintomas depressivos podem comprometer a motivação, reduzir a adesão ao programa de reabilitação e atrasar a recuperação funcional (Bhandari & Swiontkowski, 2017; NICE, 2023).

Neste contexto, destaca-se uma intervenção holística e centrada na pessoa, que contemple não apenas as necessidades físicas, mas também as dimensões psicológicas e sociais, promovendo adaptação à condição de saúde, autoconfiança, participação ativa no processo de reabilitação e maximização da funcionalidade (OMS, 2023).

A educação para a saúde está presente em todos os estudos (exceto A6) como estratégia para facilitar a recuperação funcional, a adesão ao programa de reabilitação e a prevenção de complicações relacionadas com a imobilidade, a cirurgia e condição clinica. Esta contribui para melhorar os conhecimentos do doente/cuidador e desenvolver competências que incrementam a participação ativa da pessoa no processo terapêutico, favorecendo o autocuidado, a autogestão e a continuidade dos cuidados (Sousa, Martins & Novo, 2020).

A adesão ao plano de reabilitação evidencia-se em A1, A3, A6 e A7, constituindo um elemento essencial para garantir a continuidade dos cuidados e a prevenir complicações. Este foco de atenção implica uma abordagem centrada na pessoa e atenção a aspetos cognitivos, emocionais e sociais (OMS, 2023; Sousa & Carvalho, 2017).

O envolvimento precoce do cuidador e o planeamento antecipado da alta foram associados à promoção da continuidade de cuidados, redução de reinternamentos e melhoria da adaptação funcional (A3 e A5). Estes resultados estão de acordo com as recomendações da OMS (2023), que defendem uma abordagem centrada na pessoa e na família, promotora da autonomia e da reintegração no contexto habitual de vida.

A continuidade de cuidados assume particular relevância na Enfermagem de Reabilitação, uma vez que pressupõe intervenções coordenadas de forma a assegurar respostas adequadas às necessidades da pessoa/família após a alta hospitalar (OE, 2019a). Com estas intervenções pretende-se a manutenção do programa de reabilitação, a adesão ao plano terapêutico, prevenção de complicações e manutenção dos ganhos obtidos no processo de reabilitação. A capacitação da pessoa ou do cuidador permite a manutenção dos cuidados e a recuperação funcional (A2 e A7). Por outro lado, o acompanhamento no pós-alta, quer presencial quer por via telefónica como referido em A3 também promove a continuidade de cuidados e dá segurança à pessoa e cuidador.

Os resultados analisados evidenciaram a emergência de novas abordagens tecnológicas aplicadas à reabilitação. O estudo A6 destacou o potencial terapêutico do dispositivo ABLEFIT como ferramenta complementar na reabilitação pós-fratura do fémur, particularmente na realização de exercícios ativos e ativos-assistidos. Estes resultados estão em concordância com a literatura, que evidencia a crescente relevância das tecnologias na reabilitação ortopédica, contribuindo para a recuperação funcional, autonomia e adesão terapêutica (Kuroda *et al.*, 2020; Negrini *et al.*, 2021).

A análise dos estudos permitiu igualmente verificar a crescente valorização da abordagem multidisciplinar na reabilitação da pessoa com fratura do fémur. A articulação entre diferentes profissionais de saúde revelou-se determinante para otimizar os resultados funcionais e ao nível da perceção da autoeficácia (A 1 e A2), na prevenção de complicações tromboembólicas (A2) e no declínio funcional da população geriátrica (A3), caracterizada por maior fragilidade e complexidade clínica. Neste contexto, o EEER surge como elemento central na coordenação e implementação de estratégias de reabilitação, assumindo competências específicas na avaliação funcional, treino motor, educação para a saúde e vigilância de complicações.

Os resultados dos estudos podem ainda ser analisados à luz dos referenciais teóricos de enfermagem, relacionando as intervenções desenvolvidas pelo EEER com os conceitos centrais destas teorias e com os processos de trabalho em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que evidenciam cuidados centrados na promoção da autonomia, adaptação e transição da pessoa após fratura do fémur.

Segundo a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, a intervenção de enfermagem ocorre quando a pessoa apresenta limitações no autocuidado, cabendo ao EEER promover a recuperação da independência funcional e capacitar a pessoa para a realização das atividades de vida diária. Esta perspetiva encontra-se evidente nos estudos A3, A4, A5 e A7, através do treino de marcha, transferências, exercícios terapêuticos e treino de autocuidado, promovendo a autonomia e reduzindo a dependência funcional. Também a educação para a saúde e o envolvimento do cuidador, presentes na maioria dos estudos, refletem o sistema de apoio-educação descrito por Orem, no qual o enfermeiro atua na orientação, ensino e capacitação da pessoa e família para a continuidade dos cuidados e autogestão da condição de saúde (Ribeiro, 2021).

A teoria das transições de Afaf Meleis permite compreender o impacto da fratura do fémur enquanto evento gerador de transição, associado a hospitalização, cirurgia, perda temporária de autonomia e necessidade de adaptação a uma nova condição de saúde. A transição saúde-doença implica alterações nos papéis, rotinas e padrões funcionais da pessoa, podendo gerar vulnerabilidade física e emocional. Estudos como A1, A3 e A4 destacam intervenções do EEER direcionadas para a facilitação deste processo de transição, nomeadamente através do apoio psicológico, gestão do medo de cair, promoção da adesão ao regime de reabilitação, comunicação terapêutica e preparação para a alta. Estas intervenções procuram favorecer uma transição saudável, promovendo segurança, confiança e adaptação progressiva à condição funcional, reduzindo ansiedade, insegurança e risco de dependência (Ribeiro, 2021).

Por sua vez, o Modelo de Adaptação de Callista Roy explica como o EEER promove respostas adaptativas aos desafios físicos, psicológicos e sociais decorrentes de uma fratura do fémur, favorecendo a funcionalidade e a autonomia. Segundo este modelo, a pessoa é entendida como um sistema adaptativo que responde continuamente aos desafios impostos pela doença e pelo ambiente. Neste sentido, as intervenções identificadas nos estudos A1, A2, A5 e A7, como a prevenção de complicações, controlo da dor, treino funcional, promoção da autoeficácia e capacitação para o autocuidado, visam favorecer respostas adaptativas eficazes nos diferentes modos adaptativos — fisiológico, autoconceito, desempenho de papel e interdependência. Assim, a utilização de tecnologias como o dispositivo ABLEFIT no estudo A6, pode ser entendida como estratégia facilitadora da adaptação funcional e da recuperação da autonomia, ao promover maior envolvimento da pessoa no processo de reabilitação e continuidade dos cuidados (Ribeiro, 2021).

O EEER, segundo a OE (2019a), procura maximizar a funcionalidade, promover a autonomia, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida da pessoa. Neste contexto, e de acordo com os estudos analisados, a intervenção do EEER revelou ganhos em saúde diretamente relacionados com a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida.

Estes ganhos podem ser compreendidos através de vários conceitos que concorrem para esse objetivo final, nomeadamente a independência funcional, a autonomia, a adaptação psicossocial, a gestão da dor e de fobias, a autoeficácia, a segurança e a satisfação com os cuidados de saúde. Os conceitos identificados nos estudos encontram-se, de forma geral, alinhados com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2015b).

Os ganhos em independência funcional estiveram presentes em todos os estudos analisados, verificando-se melhorias em focos de atenção como a força muscular, a amplitude articular, o autocuidado e a capacidade de marcha e transferência. A melhoria da força muscular e das amplitudes articulares verifica-se através da evolução positiva em instrumentos de avaliação, como a escala MRC de força muscular, a Escala de Harris e a goniometria.

Também a melhoria da independência no autocuidado emerge como um ganho em saúde relevante, demonstrado pela evolução positiva no Índice de Barthel (A4, A5 e A7) e na Medida de Independência Funcional (A7).

A prevenção de complicações revelou-se fundamental para manter a estabilidade clínica e evitar agravamentos que comprometam a funcionalidade e a qualidade de vida. A

intervenção do EEER pareceu contribuir para a redução do risco de aparecimento de úlceras por pressão (A3 e A7), quedas (A4 e A5), tromboembolismo venoso (A2, A3, A4 e A7) e complicações associadas ao tipo de cirurgia (A4 e A5) ou ao uso de novas tecnologias (A6), promovendo ganhos em conforto, segurança e qualidade de vida.

A gestão eficaz da dor e das fobias associadas ao processo de reabilitação aumentou a confiança da pessoa e a sua participação no processo de recuperação, facilitando a adaptação à nova condição de saúde. A integração destas dimensões nos programas de reabilitação pelo EEER (A1, A4, A5 e A6) contribuiu para a promoção da funcionalidade e do bem-estar.

A adaptação psicossocial é igualmente valorizada nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, reconhecendo a importância do apoio emocional, da integração familiar e social e da adaptação da pessoa à sua condição de saúde ou incapacidade. Esta dimensão esteve evidente nos estudos A1 e A3, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Paralelamente, a melhoria da perceção de autoeficácia surgiu nos estudos A1 e A3 como um elemento-chave na capacitação da pessoa, aumentando a confiança nas suas capacidades e promovendo uma participação mais ativa no processo de recuperação e adaptação funcional.

A autonomia relaciona-se com o direito e a capacidade da pessoa tomar decisões sobre a sua própria vida e cuidados de saúde, conforme preconizado pelo Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015). Este princípio é promovido através de uma abordagem centrada na pessoa (A1 e A5), ajustada às suas capacidades e orientada para a valorização da sua dignidade.

A educação para a saúde, presente em todos os estudos, exceto no A6, contribuiu para a promoção da autonomia, favorecendo tomadas de decisão informadas e mudanças de comportamento. A melhoria da adesão ao regime de reabilitação (A1, A3 e A7) constitui igualmente um indicador de ganhos em saúde associados à intervenção do EEER.

Como instrumentos de avaliação utilizados nos diferentes focos de atenção e parâmetros, destacam-se a Escala MRC da força muscular (A4, A5 e A7), a Escala de Harris (A1), a goniometria (A4 e A5), o Índice de Barthel (A4, A5 e A7), a Medida de Independência Funcional (MIF) (A7), a Escala de Ashworth (A4 e A5), a Escala de Morse (A4), a Escala de Braden (A7), a Escala Numérica da Dor (A2), a Escala Qualitativa da Dor (A4, A5 e A7), a Escala de Tampa para Cinesiofobia e a Escala de Autoeficácia para a Reabilitação (A1). A utilização destes instrumentos de avaliação,

maioritariamente validados para a população portuguesa, permite uma avaliação objetiva e baseada na evidência, apoiando a identificação de necessidades, o planeamento de intervenções e a monitorização dos resultados em reabilitação. O seu uso contribui para a qualidade dos cuidados e para a tomada de decisão clínica fundamentada (OE, 2016a).

Para finalizar a discussão dos resultados, apresenta-se uma síntese das principais evidências identificadas, organizada de acordo com os objetivos delineados para esta revisão. (Tabela 5).

Tabela 5- Focos de atenção e intervenções do EEER

	FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	**Movimento muscular**	Avaliar movimento muscular (goniómetro) Incentivar/Executar exercícios musculares e articulares
	Força muscular	Avaliar força muscular (escala de força MRC, escala de Harris) Incentivar/Executar exercícios musculares e articulares (adaptados, precoces e progressivos com destaque para membros inferiores e abdominais)
	Andar/andar com auxiliar de marcha	Treino de marcha (com auxiliar de marcha) adaptado
	Transferência	Treino de transferência
	Equilíbrio	Treino de equilíbrio
	Autocuidado	Avaliar o autocuidado (escala Barthel, MIF) Assistir nos autocuidados Ensinar, instruir e treinar o autocuidado: estratégias adaptativas na higiene, vestir/despir, posicionar-se, levantar-se e andar Capacitar a pessoa/cuidador para os autocuidados
	Dor	Avaliar a dor (escala numérica e qualitativa da dor) Assistir a controlar a dor com estratégias não farmacológicas Posicionar
	Risco de UPP **Risco de queda** **Risco de perfusão tecidular comprometida** **Risco de ventilação comprometida**	Avaliar o risco (escala de Braden e escala de Morse) Executar exercícios musculares e articulares Posicionar Treino de equilíbrio/Treino de transferência/ Treino de marcha (com auxiliar de marcha) adaptado Reeducação funcional respiratória Otimização do ambiente físico/domiciliar

Tabela 5 (cont.)- Focos de atenção e intervenções do EEER

	FOCOS DE ATENÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
EMPODERAMENTO	**Conhecimento**	Avaliar potencial para adquirir conhecimentos Ensinar sobre exercícios musculares e articulares Educar para a saúde Treino cognitivo e motivacional Treino de orientação
	Capacidade	Avaliar potencial para adquirir capacidades Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas no autocuidado Capacitar a pessoa/cuidador para os autocuidados Treino cognitivo e motivacional Treino de orientação
	Medo	Avaliar medo (Escala de Tampa para Cinesiofobia) Treino cognitivo e motivacional
	Autoeficácia	Avaliar a perceção de autoeficácia (escala da autoeficácia para reabilitação) Capacitar a pessoa/cuidador para os autocuidados Treino cognitivo e motivacional
	Gestão do regime terapêutico	Assistir na gestão do regime terapêutico Educar para a saúde Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares
	Adesão ao regime terapêutico	Incentivar adesão ao regime terapêutico
	Papel de prestador de cuidados	Assistir no desempenho de papel de prestador de cuidados Capacitar a pessoa/cuidador para os autocuidados

Em síntese, os ganhos em saúde evidenciados nos estudos analisados relacionam-se sobretudo com a melhoria da funcionalidade, nomeadamente da força muscular, da amplitude articular, da capacidade de marcha e de transferência, bem como da independência na realização dos autocuidados.

O bem-estar e a qualidade de vida, indissociáveis da funcionalidade, abrangem igualmente a dimensão psicossocial da adaptação à nova condição de saúde, refletida na participação ativa e no empoderamento da pessoa e do cuidador ao longo do processo de transição e recuperação, contribuindo para a sua reintegração sociofamiliar.

2.5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Em resposta aos objetivos definidos para esta *scoping review*, foi possível mapear a evidência científica disponível relativamente às intervenções do EEER à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar, identificando os principais focos de atenção, intervenções desenvolvidas e ganhos em saúde associados.

Os resultados evidenciam que a intervenção do EEER assume um papel central ao longo do processo de internamento, particularmente na promoção da independência funcional, prevenção de complicações, capacitação da pessoa e do cuidador e facilitação da recuperação funcional. Entre os principais focos de atenção identificados destacam-se a mobilidade, o autocuidado, a prevenção do declínio funcional, a gestão da dor, a prevenção de complicações associadas à imobilidade e ao procedimento cirúrgico, bem como os aspetos psicossociais relacionados com o medo de cair, a ansiedade e a adesão ao processo de reabilitação.

As intervenções descritas centram-se sobretudo na reeducação funcional motora, através da realização de exercícios terapêuticos progressivos, treino de equilíbrio, transferências, ortostatismo e marcha, bem como no treino das atividades de vida diária e na educação para a saúde dirigida à pessoa e à família. Paralelamente, os estudos reforçam a importância da intervenção precoce, individualizada e centrada na pessoa, adaptada às especificidades da população geriátrica e integrada numa abordagem multidisciplinar e multimodal. Destaca-se ainda a emergência de novas tecnologias que podem ser integradas na reabilitação.

Relativamente aos ganhos em saúde, a evidência analisada demonstra benefícios significativos ao nível da recuperação funcional, melhoria da força muscular e da mobilidade, aumento da independência nas atividades de vida diária, redução da dor e

prevenção de complicações, nomeadamente tromboembolismo venoso, UPP, complicações respiratórias e risco de queda. Verificaram-se igualmente ganhos ao nível da adesão ao processo de reabilitação, autoeficácia, confiança e qualidade de vida da pessoa.

A monitorização destes ganhos foi realizada através da utilização sistemática de instrumentos de avaliação, como o Índice de Barthel, a escala de força muscular do Medical Research Council (MRC), a goniometria e a escala qualitativa da dor, entre outros.

Os resultados desta revisão reforçam, assim, a relevância do EEER enquanto elemento diferenciador na equipa multidisciplinar, contribuindo para a maximização da funcionalidade, promoção da autonomia e facilitação de uma transição saudável ao longo do processo de recuperação da pessoa com fratura do fémur.

Contudo, apesar dos resultados positivos identificados, subsistem limitações importantes na evidência disponível, nomeadamente a heterogeneidade metodológica dos estudos, o reduzido número de investigações recentes e a escassa diferenciação das intervenções autónomas do EEER. Acresce ainda a limitada abordagem da continuidade de cuidados e da articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, particularmente no momento da alta hospitalar.

Em face destes resultados, considera-se fundamental o desenvolvimento de estudos futuros com maior robustez metodológica, que permitam consolidar a evidência científica sobre a intervenção do EEER neste contexto específico, contribuindo para o fortalecimento da prática clínica baseada na evidência e para a valorização da enfermagem de reabilitação enquanto área especializada de intervenção.

2.6. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Apesar dos resultados positivos identificados nos estudos analisados, a presente *scoping review* apresenta algumas limitações que importa considerar. Verificou-se uma considerável heterogeneidade metodológica entre os estudos incluídos, com predominância de estudos de caso e investigações com amostras reduzidas, o que condiciona a extrapolação e generalização dos resultados obtidos. Acresce que alguns estudos não descrevem de forma explícita as intervenções específicas do EEER, dificultando a distinção entre intervenções autónomas da enfermagem de reabilitação e intervenções integradas em abordagens multidisciplinares.

Adicionalmente, constatou-se uma escassez de estudos recentes nesta área de investigação. Os estudos disponíveis tendem a incidir sobre dimensões particulares da

reabilitação, áreas muito específicas de intervenção ou diferentes fases do processo de recuperação, não se encontrando particularmente direcionados para a intervenção do EEER à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar. Tal evidencia a necessidade de aprofundamento da produção científica neste domínio, de forma a consolidar o conhecimento existente e sustentar a prática clínica especializada.

Não obstante as limitações identificadas, os resultados desta scoping review permitem concluir que a intervenção do EEER junto da pessoa com fratura do fémur, em contexto hospitalar, exerce um impacto positivo na recuperação funcional, na prevenção de complicações, na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida.

Enquanto contributo para a prática clínica, a evidência analisada reforça a relevância de intervenções precoces, individualizadas e centradas na pessoa, com especial enfoque nas especificidades da população geriátrica. Paralelamente, destaca-se a importância da implementação de abordagens multidisciplinares e multimodais, potenciadoras de melhores ganhos em saúde. Para além da reabilitação motora, o empoderamento da pessoa e do cuidador assume um papel fundamental, promovendo a participação ativa no processo de cuidados e contribuindo para a manutenção dos resultados alcançados.

Neste sentido, considera-se fundamental o investimento contínuo na investigação nesta área, através do desenvolvimento de estudos com maior robustez metodológica, que permitam consolidar a evidência científica disponível e sustentar a prática clínica baseada na evidência em enfermagem de reabilitação.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEER

Nesta secção, serão abordadas de forma critico-reflexiva as atividades mais significativas realizadas durante o ENP de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas em Enfermagem de Reabilitação.

A aquisição de competências é considerada um processo dinâmico que resulta da articulação entre conhecimentos, capacidades técnicas e atitudes comportamentais, estando estas duas últimas estreitamente relacionadas com as nossas experiências, os nossos valores, sentimentos e emoções (Martins, 2021). Este processo envolve capacidades como o raciocínio clínico, a resolução de problemas, a dimensão relacional do cuidar e o autoconhecimento, permitindo a adaptação a diferentes situações e a transferência de saberes para a prática.

Este processo ocorre de forma contínua ao longo da vida profissional, implicando uma evolução progressiva sustentada na experiência e na reflexão sobre a prática (Bellaguarda *et al*., 2025).

Portanto, posso afirmar que a aquisição de competências de enfermeiro especialista iniciam-se durante a licenciatura em enfermagem, sendo trabalhadas nas vivências pessoais e profissionais e culminam com este processo formativo, na sua diferenciação e especialização em enfermagem de reabilitação. Quem eu hoje sou, as minhas capacidades e competências contam a minha história, conhecimentos e a reflexão que eu fiz sobre a minha prática, nos meus contextos de trabalho e formação.

Assim sendo, a realização do ENP surge como potenciador de desenvolvimento pessoal e profissional uma vez que a sua vivência promove uma transformação fundamentada na articulação dos conhecimentos teóricos aprendidos e das competências técnicas e atitudes, bem como da capacidade de os integrar na prática clínica.

A definição do perfil de competências do enfermeiro, associada à criação da Ordem dos Enfermeiros, constituiu um elemento estruturante da identidade profissional, orientando a prática e garantindo a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe não apenas competências específicas de cada área, mas também um conjunto de competências comuns, transversais aos diferentes contextos de prestação de cuidados.

As competências comuns do enfermeiro especialista organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional. Estes domínios

refletem-se não só na prestação direta de cuidados, mas também nas áreas da gestão, formação e investigação (Zangão *et al*., 2024).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste ponto, procede-se à análise crítico-reflexiva da aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, baseada no Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019) e que se traduzem em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O enquadramento legal da profissão encontra-se definido em diversos documentos, nomeadamente no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no Regime Legal da Carreira de Enfermagem e no Regime da Carreira Especial de Enfermagem. Paralelamente, o exercício profissional é regulado pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece os princípios orientadores da profissão e consagra a autonomia e a responsabilidade profissional do enfermeiro, tendo por base o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal refere-se ao conjunto de princípios, normas e deveres que orientam a prática de enfermagem, assegurando a competência, a segurança e o respeito pela dignidade da pessoa, bem como a conformidade com os referenciais legais e deontológicos que regem a profissão.

Ao longo do ENP, procurei assumir uma postura responsável, ética e de compromisso na prestação de cuidados à pessoa e à família, promovendo intervenções seguras e de qualidade, ajustadas às necessidades identificadas, às crenças, aos valores, às limitações e às preferências de cada pessoa. Em todas as intervenções, o respeito pela dignidade, individualidade e autodeterminação da pessoa constituiu uma prioridade, sendo sempre solicitado o seu consentimento informado e respeitada a sua vontade.

A intervenção centrada na pessoa humaniza os cuidados, respeita as suas decisões e promove uma relação terapêutica baseada na empatia, na confiança e na proximidade (Vieira, 2002). A relação estabelecida facilitou a implementação das intervenções e potenciou a adesão ao regime terapêutico. O processo de reabilitação desenvolveu-se em parceria com a pessoa, permitindo negociar objetivos realistas, intervenções, estratégias para ultrapassar resistências e assegurar a continuidade dos cuidados (Branco *et al*., 2025).

O cuidar da pessoa implica uma permanente reflexão bioética, orientada pelos princípios da autonomia, justiça, beneficência, não maleficência e proteção da vulnerabilidade, consagrados na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2006). O respeito pela dignidade da pessoa e a consciência dos limites da intervenção profissional reforçaram a integração da dimensão ética do cuidar em toda a minha prática clínica.

A gestão de situações complexas, como a reabilitação em contexto de fim de vida, suscitou uma reflexão contínua sobre a adequação, a pertinência e a temporalidade das intervenções. No primeiro campo de estágio, perante uma pessoa com um AVC extenso e um prognóstico reservado, a decisão de integrar medidas paliativas foi tomada em equipa, centrando-se na promoção do conforto e da dignidade da pessoa. Neste contexto, a intervenção do EEER orientou-se não apenas para a promoção do bem-estar da pessoa, mas também para o apoio à família e para a gestão das suas expectativas. A comunicação clara, o suporte emocional e o respeito pelos valores e preferências da pessoa e da família revelaram-se fundamentais para uma abordagem centrada na pessoa e alinhada com os princípios dos cuidados paliativos e da prática ética em enfermagem.

No contexto da ECCI, a promoção da autodeterminação da pessoa evidenciou-se durante o acompanhamento de uma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), no âmbito da preparação para a elaboração do Testamento Vital. O esclarecimento sobre a evolução previsível da doença, os diferentes cenários clínicos, as opções terapêuticas e as necessidades futuras de cuidados revelaram-se essenciais para capacitar a pessoa para uma tomada de decisão informada. Neste processo, o enfermeiro assumiu um papel facilitador, promovendo a compreensão, o respeito pela autonomia e o exercício do consentimento informado, assegurando que as decisões refletissem os valores, os desejos e as preferências da pessoa.

A confidencialidade, a privacidade e o direito à informação constituem pilares fundamentais da prática de enfermagem (OE, 2015), assumindo particular relevância na enfermagem de reabilitação, onde o acompanhamento é frequentemente prolongado e assenta numa relação de grande proximidade com a pessoa e a família.

O acesso à informação foi sempre assegurado de forma clara, adequada e compreensível, promovendo o envolvimento da pessoa no processo de cuidados e favorecendo uma tomada de decisão informada. Simultaneamente, a privacidade foi permanentemente salvaguardada, quer nas intervenções que implicavam exposição

corporal ou apoio nas atividades de vida diária, quer nas realizadas no contexto domiciliário, respeitando a intimidade física, emocional e social da pessoa.

O EEER assume um papel diferenciador no seio da equipa multidisciplinar, decorrente do seu conhecimento especializado e da proximidade que estabelece com a pessoa e a família. Para além da prestação de cuidados especializados, promove a reflexão ética e deontológica no contexto da equipa, contribuindo para a tomada de decisão partilhada, para a humanização dos cuidados e para o fortalecimento da dimensão ética da prática de enfermagem.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A enfermagem, enquanto disciplina científica, não pode afirmar-se nem desenvolver-se na sociedade contemporânea sem um corpo de conhecimentos próprio que permita clarificar a natureza dos cuidados e evidenciar os seus atributos de qualidade (Vieira, 2002). Neste enquadramento, a melhoria contínua da qualidade constitui um eixo estruturante da prática profissional, exigindo que o enfermeiro especialista assuma um papel dinamizador no desenvolvimento e implementação de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clinica. Este papel traduz-se na participação ativa em programas de melhoria contínua, na promoção de práticas baseadas na evidência e na garantia de ambientes terapêuticos seguros (OE, 2019).

A melhoria continua da qualidade em enfermagem de reabilitação está formalmente enunciada pelo colégio da especialidade, através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Estes visam descrever os conceitos envolvidos na prática e os seus enunciados descritivos, pretendendo que estes surjam como instrumento fundamental no incremento da melhoria continua dos cuidados e como referencial para a prática especializada de enfermagem de reabilitação (OE, 2015b).

Os enunciados descritivos que os compõem são: a Satisfação dos clientes, a Promoção da saúde; a Prevenção de complicações; o Bem-estar e Autocuidado dos clientes; a Readaptação funcional; a Promoção da inclusão social e organização dos Cuidados de Enfermagem. Estes conceitos estão diretamente relacionados com a produção de indicadores em saúde capazes de traduzir ganhos em saúde decorrentes da intervenção clínica do EEER.

Neste sentido, foi desenvolvido um Core de Indicadores estruturado nas dimensões de estrutura, processo e resultado por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade, sustentados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e compatíveis com os sistemas de informação em uso (OE, 2015a).

Os indicadores, enquanto instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa, assumem um papel central na monitorização da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de saúde. N a enfermagem de reabilitação, a sua relevância é particularmente evidente, uma vez que permitem tornar visíveis os ganhos em saúde, promover a comparabilidade de resultados e sustentar processos de melhoria contínua. Desta forma, contribuem para a prestação de cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa (Petronilho, 2009).

Apesar de o uso efetivo de indicadores em saúde estar disseminado será no contexto comunitário onde estes são mais evidentes, estando a atividade clinica diretamente relacionada com as metas definidas.

No contexto hospitalar onde exerço funções como enfermeira, os indicadores de qualidade de enfermagem são operacionalizados por um grupo de trabalho do qual faço parte. Este grupo tem como objetivo promover a integração de indicadores mais ajustados às especificidades de cada contexto clínico, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Contudo, na prática, verifica-se que predominam os indicadores de caráter obrigatório, nomeadamente a taxa de incidência de quedas e de UPP, indicadores fortemente associados à segurança do doente (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019). Embora relevantes, estes revelam-se insuficientes para avaliar de forma abrangente os ganhos em saúde, particularmente na área da enfermagem de reabilitação.

Neste sentido, o presente percurso formativo constituiu uma oportunidade de desenvolvimento de competências no sentido da diversificação e aprofundamento dos indicadores utilizados, com especial enfoque em indicadores sensíveis à enfermagem de reabilitação, centrados na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa

O EEER desenvolve estratégias centradas na pessoa, promovendo motivação e cuidados personalizados, com base em planos de reabilitação alinhados com os padrões de qualidade (Martins *et al.*, 2025; OE, 2019).

A dimensão da satisfação dos doentes concretizou-se ao longo do estágio no feedback muito positivo manifestado pela pessoa/ família e na sua manifesta adesão e motivação para o plano de reabilitação. Estava também visível nos resultados avaliados após as intervenções, deduzidos pelas alterações de *status* nos autocuidados, na aquisição de conhecimentos e capacidades e consequente melhoria na gestão da doença e promoção da saúde. Para tal, foi fundamental a adequação dos planos de cuidados às expectativas e possibilidades da pessoa/família, através de processos de negociação e definição conjunta de objetivos exequíveis e priorizáveis.

O respeito pelos valores, crenças e práticas religiosas constitui igualmente uma dimensão transversal da intervenção, sendo integrado no processo de cuidados enquanto potencial fator facilitador ou condicionador da reabilitação. Neste âmbito, destacou-se a valorização da motivação para a realização de exercícios de reforço muscular e treino de marcha, associados ao objetivo de retoma de participação em atividades religiosas.

No processo neurológico, vascular e degenerativo, fui desafiada a utilizar a indicadores de valor, que validassem a qualidade de vida/bem-estar da pessoa em contexto de internamento. Após revisão da evidência científica, foi aplicada a escala WHO-5 Well-Being Index, instrumento da Organização Mundial de Saúde, validado internacionalmente e de fácil aplicação em contexto clínico (OMS, 2024a). Esta escala revelou-se adequada à prática hospitalar, permitindo sustentar a tomada de decisão clínica e garantir a adequação dos planos de reabilitação às necessidades e perceções da pessoa.

A promoção da saúde e prevenção de complicações foi uma dimensão trabalhada em vários domínios de intervenção. A gestão do regime terapêutico é um dos principais focos de atenção de enfermagem, quer na gestão medicamentosa, no regime de exercícios ou no regime dietético. A abordagem holística da pessoa em reabilitação implica o desenvolvimento de intervenções educativas e formativas que promovam a adesão terapêutica e previnam complicações

A reconciliação terapêutica, principalmente em contexto comunitário destacou-se como prioritária, visando a otimização do regime medicamentoso da pessoa e a prevenção de erros terapêuticos. Este processo concretizou-se com a elaboração de um guia terapêutico atualizado e de fácil leitura para a pessoa/família.

A prevenção de quedas, segundo o Plano Nacional para a Segurança do Doente(PNSD) integra a avaliação multifatorial do risco, a educação do doente, a implementação de medidas preventivas e a monitorização continua (Despacho normativo nº 9390/2021, 2021). Neste contexto, foi realizada avaliação sistemática do risco através da escala de Morse, com implementação de intervenções individualizadas, incluindo reforço muscular, treino de equilíbrio, adaptação ambiental e utilização de dispositivos de apoio.

A continuidade de cuidados foi assegurada nos diferentes contextos pela existência de um sistema de informação estruturado com base na CIPE, integrado no SClínico. permitindo a padronização da linguagem, a monitorização de indicadores e a avaliação de ganhos em saúde. Os registos clínicos baseiam-se em instrumentos validados, como

a escala MRC e a escala de Morse, permitindo monitorizar a evolução clínica e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2015b; OE, 2012).

Ao longo dos diferentes contextos, observou-se grande variabilidade na dotação de EEER, apesar do seu papel determinante na qualidade dos cuidados e de implicações na satisfação pessoal e profissional destes. A literatura evidencia que uma dotação adequada é determinante para a eficácia das intervenções e para a satisfação dos profissionais e utentes (OE, 2019b).

A melhoria contínua da qualidade constitui um processo sistemático e dinâmico, estruturado nas etapas de avaliação, planeamento, implementação e reavaliação dos cuidados. Neste âmbito, as metodologias como o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) assumem particular relevância na redução de complicações, na redução de custos, no aumento da satisfação da pessoa e na eficiência dos cuidados prestados (OE, 2015b).

Ao longo deste percurso formativo, a reflexão crítica sobre a prática constituiu um elemento estruturante do desenvolvimento de competências. A articulação entre conhecimento teórico, evidência científica e supervisão clínica permitiu a melhoria progressiva da qualidade dos cuidados prestados. A avaliação sistemática dos resultados, tanto ao nível dos ganhos em saúde como da satisfação da pessoa, contribuiu para a adequação e reestruturação dos planos de intervenção. Este processo contínuo de melhoria é aplicável às diferentes intervenções de enfermagem de reabilitação, como a mobilização, a marcha e o autocuidado, promovendo ganhos cumulativos em saúde

Ao nível de contexto de estágio foi desenvolvida igualmente colaboração com projetos de melhoria continua de qualidade em curso, nomeadamente o *Stop Infeção2.0*, no serviço de Ortopedia com o objetivo de reduzir as ILC, nas ATA e ATJ. As ILC constituem um grande desafio para a segurança do doente e fazem parte das infeções nosocomiais mais comuns neste contexto (DGS, 2022). As intervenções incluíram vigilância clínica, identificação precoce de sinais de infeção e educação para a alta, com enfoque na prevenção de complicações.

Os projetos de melhoria contínua são uma mais valia para os doentes uma vez que melhoram a segurança e a qualidade dos cuidados e, consequentemente a satisfação da pessoa. Ao nível institucional, leva ao aumento da eficiência e à redução de complicações reduzindo os custos a longo prazo.

O alinhamento com diretrizes nacionais como o PNSD demonstra integração das normas clinicas na prática diária e uma cultura de segurança concorrendo para a acreditação da qualidade e visibilidade da instituição. Os profissionais envolvidos

evidenciam melhores práticas com base em evidência científica, espirito de equipa e colaboração multidisciplinar o que leva ao incremento do desenvolvimento pessoal e profissional gerando assim satisfação pessoal (Pol *et al.*, 2025).

A visibilidade da enfermagem e da enfermagem de reabilitação é igualmente potenciada através da valorização da prática profissional e da comunicação pública do seu impacto (Freire, Cunha, & Lourenção, 2026). Neste âmbito, foi desenvolvido um poster comemorativo do Dia do Enfermeiro de Reabilitação, em colaboração com o Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação da ULS, divulgado em plataformas digitais e nos sistemas internos da instituição (Apêndice I – Poster do Dia do EEER).

Ao nível estratégico, a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde assentam em programas estruturados de melhoria contínua, sendo o EEER um elemento determinante na sua operacionalização, promovendo ganhos em saúde e a satisfação dos utentes.

Em síntese, ao longo dos diferentes contextos de prática clínica, o EEER afirma-se como elemento central na garantia da qualidade dos cuidados, promovendo ambientes seguros, ganhos em saúde e continuidade de cuidados. Assume-se, assim, como agente de mudança, contribuindo de forma determinante para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria organizacional dos cuidados de saúde.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o descritivo refere a capacidade de otimizar as respostas da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Paralelamente, este adequa os recursos às necessidades de cuidados, adotando o estilo de liderança mais apropriado à garantia da qualidade assistencial (OE, 2019).

Este domínio reveste-se de competências de elevada complexidade, sendo que muitas delas são adquiridas progressivamente, através da experiência clínica e do exercício profissional sustentado. A minha experiência profissional prévia como enfermeira de cuidados gerais e responsável de turno, em múltiplos contextos, permitiu-me desenvolver uma compreensão aprofundada das dinâmicas de gestão de cuidados, nomeadamente no trabalho em equipa multidisciplinar, na comunicação eficaz, na delegação de tarefas e na gestão de recursos humanos e materiais face às necessidades assistenciais.

O enfermeiro especialista tem como foco a promoção da funcionalidade e autonomia da pessoa e envolve o planeamento, organização, coordenação e avaliação dos cuidados

(Ribeiro, 2021). A atenção a estes princípios e a articulação com a equipa multidisciplinar, permite otimizar a qualidade dos cuidados mobilizando os recursos disponíveis e recorrendo a competências de liderança, comunicação e adaptação aos contextos e situações.

O conhecimento aprofundado da organização e do funcionamento do serviço, da equipa multidisciplinar e das respetivas responsabilidades, revela-se fundamental para otimizar a utilização dos recursos disponíveis. Este pressuposto orientou a minha integração nas dinâmicas da equipa em todos os contextos, enquanto momento estruturante do desenvolvimento do papel de EEER em formação.

A centralidade do cuidar requer o desenvolvimento de competências comunicacionais, de liderança, de trabalho em equipa e de definição de prioridades, fundamentais para a gestão eficaz do processo reabilitativo da pessoa, estando estas associadas a melhores resultados clínicos e organizacionais (Reeves *et al*, 2017). Estas competências foram progressivamente aprimoradas ao longo do percurso formativo, contribuindo para a segurança, a qualidade dos cuidados e para práticas centradas na pessoa

A gestão das estratégias de reabilitação exige competências de negociação para promover a adesão da pessoa/cuidador e otimizar a utilização dos recursos disponíveis. A motivação e o envolvimento da pessoa e do cuidador no programa de reabilitação dependiam fortemente da minha habilidade comunicacional. Enquanto *soft skills* como inteligência emocional, flexibilidade cognitiva e criatividade revelaram-se essenciais na gestão de situações complexas e na adaptação das intervenções (Matos & Simões, 2020).

A Lei de Bases da Saúde estabelece que a gestão dos recursos deve ser orientada por critérios de efetividade, eficiência e qualidade, constituindo um dos pilares da política de saúde (Lei n.º 95/2019). Como oportunidade de desenvolvimento, em contexto comunitário, colaborei na programação das visitas domiciliárias, na gestão de recursos materiais e na definição de novos indicadores de qualidade para este ano. Para tal, foram fundamentais a utilização de um modelo de gestão partilhada de responsabilidades e um sentido de liderança positiva.

Ao nível do contexto hospitalar, interagi com a equipa multidisciplinar fundamentando as minhas decisões, de forma a dar resposta às necessidades de apoio identificadas relativamente a pessoa/família em situações de fragilidade relacionadas com a continuidade de cuidados após a alta. Neste âmbito, procedi à referenciação da condição da pessoa para a assistente social e para a Equipa de Gestão de Altas (EGA), nomeando as possibilidades de referenciação para a tipologia adequada na RNCCI. A

participação em conferências familiares constituiu igualmente uma experiência relevante, integrando a avaliação da funcionalidade e autonomia da pessoa, bem como fatores contextuais como a existência de cuidador formal ou informal e as condições habitacionais.

Quanto ao método de trabalho, no contexto hospitalar predominavam metodologias de prestação de cuidados centradas na pessoa. Contudo, nos serviços de ortopedia e medicina, o elevado rácio EEER/doente exigia a necessidade de estabelecer prioridades (OE, 2019b). Neste contexto, a qualidade dos cuidados e a segurança do doente podem ser comprometidas devido à escassez de recursos, pelo que se revelou essencial a gestão adequada do tempo, a definição de prioridades e a promoção da continuidade do programa reabilitativo com a própria pessoa/família e com a equipa de enfermagem.

Em contexto comunitário, o método de trabalho assumia o formato de gestão de caso. O EEER, enquanto gestor de caso apresenta-se como responsável por coordenar, planear, implementar e avaliar de forma contínua os cuidados de saúde, garantindo que estes sejam integrados, centrados na pessoa e eficientes, promovendo a qualidade e a continuidade do cuidado (Martins & Fernandes, 2010). Desta forma, o enfermeiro assume um papel central na articulação entre a pessoa e o sistema de saúde, reduzindo a fragmentação e a descontinuidade dos cuidados (Carmona, Quaresma & Lucas,2021).

Em todos os contextos ficou evidente que o EEER assume um papel de liderança dentro da equipa de saúde, comportando-se como elemento estruturante na organização dos cuidados de enfermagem e na articulação multidisciplinar, assumindo a gestão da equipa de enfermagem em múltiplas ocasiões.

Uma liderança eficaz em enfermagem ultrapassa o carácter, respeito e justiça, e inclui competências de gestão, comunicação e promoção da aprendizagem contínua, de forma a melhorar a prestação de cuidados (Sousa *et al.*, 2025). No decurso do meu percurso formativo, procurei contribuir para um ambiente de trabalho positivo, pautado pelo compromisso organizacional e centrado na pessoa, através de uma comunicação eficaz e do trabalho em equipa, adotando o estilo de liderança mais apropriado à garantia da qualidade assistencial (OE, 2019).

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais preconiza-se o desenvolvimento de competências especializadas ao nível do autoconhecimento, da assertividade e na prática baseada na evidência cientifica (OE, 2019).

O desenvolvimento do autoconhecimento e a prática da assertividade foram pontos centrais da minha aprendizagem, permitindo-me responder construtivamente aos desafios da prática clínica e contribuir para um ambiente de trabalho colaborativo para um cuidado de excelência. O reconhecimento do impacto da minha intervenção nos processos de saúde-doença, na dinâmica da equipa multidisciplinar, na motivação do doente/família e na concretização dos seus objetivos de saúde revelaram-se determinantes na consciencialização do meu papel enquanto futura EEER.

O reconhecimento dos limites da minha intervenção, bem como das necessidades de desenvolvimento dos meus conhecimentos e competências, constituiu um processo contínuo de aprendizagem. Este traduziu-se na reformulação das intervenções inicialmente planeadas e na procura ativa de novos conhecimentos e capacidades. Um exemplo desta postura verificou-se no contexto do estágio em neurologia, onde manifestei ao enfermeiro orientador a necessidade de aprofundar a utilização do equipamento *Cough Assist* para apoio à limpeza das vias aéreas. Paralelamente, realizei pesquisa bibliográfica autónoma, com o objetivo de consolidar os conhecimentos teóricos e sustentar a aquisição desta competência técnica.

Ao longo de todo o meu percurso formativo, a prática clínica foi orientada pela melhor evidência cientifica, sustentando-se nas normas emanadas pela OE e pela DGS, bem como fruto de pesquisa bibliográfica continua e sistemática. Esta abordagem permitiu fundamentar a tomada de decisão clínica, garantindo intervenções mais seguras, eficazes e centradas na pessoa.

A prática clínica supervisionada e a discussão de conceitos e intervenções com os enfermeiros orientadores constituíram elementos facilitadores da aprendizagem, potenciando o desenvolvimento de competências técnicas específicas em enfermagem de reabilitação, do raciocínio clínico, da reflexão ética e da capacidade crítico-reflexiva.

A reflexão sobre a prática é um requisito essencial para o desenvolvimento de competências autónomas, críticas e avançadas, devendo ser contínua para promover melhoria da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (Peixoto & Peixoto, 2016). A consolidação de competências de mestre em reabilitação foi reforçada pela formação contínua e pela realização de uma *scoping review* apresentada no segundo capitulo deste documento.

Destaco ainda, em contexto comunitário, a participação num momento de aprendizagem integrado no plano formativo do serviço, subordinada ao tema *Esclerose lateral aminotrófica e comunicação aumentativa*. Esta formação contribuiu significativamente para o reforço dos meus conhecimentos teóricos e práticos, promovendo uma

intervenção mais segura, fundamentada e alinhada com as necessidades específicas desta população.

Paralelamente, procurei identificar áreas menos exploradas ao longo do meu percurso profissional e investir no seu desenvolvimento, enquanto estratégia de crescimento pessoal e profissional. Neste âmbito, participei em diversas ações de formação, nomeadamente na área da gamificação em saúde e da pré-habilitação da pessoa submetido a cirurgia colorretal, entre outras, como forma de aprofundar conhecimentos e capacidades.

No âmbito do Mestrado, a frequência dos seminários integrados no plano curricular constituiu-se como uma oportunidade privilegiada de aprendizagem e de partilha de experiência em áreas diferenciadas da enfermagem de reabilitação, como a reeducação funcional respiratória pediátrica, reabilitação pélvica, massagem terapêutica e a reabilitação em oncologia. A pertinência dos temas e a qualidade da exposição permitiram ampliar os meus conhecimentos e fortalecer competências úteis para a prática profissional especializada.

Em síntese, no âmbito das competências especializadas comuns, considero que, ao longo dos estágios, desenvolvi uma prática profissional orientada por princípios éticos, legais e deontológicos, assegurando o respeito pelos direitos da pessoa, da família e dos profissionais. Simultaneamente, procurei contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados, promovendo ambientes terapêuticos seguros e uma prática baseada na evidência científica. Este percurso formativo constituiu um processo de crescimento pessoal e profissional determinante para a consolidação das competências necessárias ao exercício autónomo como enfermeira especialista.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A definição do perfil de competências do enfermeiro, decorrente da criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998, constitui um elemento essencial para a construção da identidade profissional destes profissionais (Figueiredo *et al,* 2023). Com a criação da Ordem dos Enfermeiros, foram igualmente instituídos os Colégios das Especialidades, responsáveis pela definição de competências específicas e dos padrões de qualidade para cada área de especialização. Este enquadramento orienta a prática profissional, assegurando a adoção de boas práticas baseadas na evidência e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem especializados (Ventura-Silva *et al*., 2021).

Os cuidados de saúde assumem atualmente, um elevado grau de complexidade técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma necessidade crescente para os profissionais de saúde (OE, 2019). Como tal, para além do desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, é imprescindível a aquisição de competências específicas como EEER.

O EEER concebe, aplica e avalia planos de enfermagem de reabilitação adaptados às necessidades das pessoas, utilizando conhecimentos avançados para promover a saúde, prevenir complicações e maximizar o seu potencial de recuperação. A sua intervenção aborda pessoas com alterações da função neurológica, respiratória, cardiovascular e musculoesquelética, bem como outras situações geradoras de deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022) cerca de 10% da população residente em Portugal, com 5 ou mais anos tem pelo menos uma incapacidade, verificando-se uma maior prevalência no sexo feminino e um aumento progressivo a partir dos 70 anos. Paralelamente, o envelhecimento populacional constitui um fenómeno global crescente associado ao aumento da esperança média de vida e à transição epidemiológica, marcada pela maior prevalência de doenças crónicas e condições incapacitantes. Este cenário associado a alterações no estilo de vida das populações traduzem um impacto significativo na qualidade de vida, na autonomia das pessoas e na economia global. Por outro lado, a evolução tecnológica no diagnóstico e tratamento de patologias, nomeadamente oncológicas, tem contribuído para o aumento da sobrevivência e para a cronicidade de diversas doenças (Sawada, Fava & Carvalho, 2023).

O atual contexto sociodemográfico reforça a necessidade e importância da intervenção especializada em enfermagem de reabilitação que promovam a independência funcional e a qualidade de vida, através de cuidados centrados na pessoa, ao longo do ciclo de vida e nos diferentes contextos, desde as unidades de grande complexidade até ao domicílio (Ventura-Silva *et al*., 2021).

A Enfermagem como ciência fundamenta-se em princípios teóricos essenciais que orientam a prática clínica. As teorias de enfermagem constituem um suporte conceptual ao processo de enfermagem que permite compreender, explicar e antecipar fenómenos associados aos cuidados de saúde em geral e, aos processos de reabilitação em particular.

Segundo Ribeiro (2021), em Portugal, os EEER direcionam a sua intervenção para a facilitação dos processos de transição, a resposta às necessidades de autocuidado e a

capacitação das pessoas, com o objetivo de promover a saúde, o equilíbrio e a qualidade de vida. Neste contexto, evidencia-se a relevância dos modelos teóricos das transições e do autocuidado na prática especializada em Enfermagem de Reabilitação.

A teoria das transições, proposta por Afaf Meleis permite compreender os processos de adaptação vividos pelas pessoas em situações de doença, incapacidade ou mudança de condição de saúde. Segundo esta perspetiva, a transição constitui o conceito central em enfermagem sendo esperado que a pessoa desenvolva padrões de resposta adaptativos que lhes permitam integrar as novas realidades físicas, emocionais e sociais (Meleis *et al*., 2000). Neste sentido, Ribeiro (2021, p. 50) refere que o EEER tem como função "entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem a pessoa a recuperar a estabilidade e o bem-estar".

Durante o meu percurso formativo, esta teoria constituiu um importante referencial para a prática clínica, permitindo-me assumir um papel ativo na facilitação de transições saudáveis através da educação para a saúde, do apoio emocional e da capacitação para o autocuidado. Assim, as intervenções de enfermagem visam apoiar a pessoa na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, contribuindo para a maximização da autonomia e da funcionalidade. Acrescento ainda, que o sucesso do processo de reabilitação depende, em grande parte, da capacidade da pessoa em integrar estas mudanças no seu quotidiano e reconstruir o seu projeto de vida (Meleis *et al*., 2000).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem centra-se na capacidade da pessoa para realizar atividades de autocuidado e para assumir a responsabilidade pelo próprio cuidado, saúde e bem-estar. Segundo esta perspetiva, a intervenção do EEER torna-se necessária quando a pessoa não consegue satisfazer, de forma autónoma, os seus requisitos de autocuidado, devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais (Melin & Gouveia, 2025). A intervenção especializada pode variar desde o suprir do défice do autocuidado, capacitando o cuidador até implicar o treino autónomo de capacidades e/ou estratégias adaptativas e capacitar a pessoa na satisfação dos diferentes domínios do autocuidado (Ribeiro, 2021).

Neste âmbito, o EEER desempenha um papel fundamental na identificação dos défices de autocuidado, na avaliação do potencial de reconstrução da autonomia e na implementação de intervenções que promovam a sua recuperação funcional. As intervenções implementadas incluem o ensino, o treino de atividades de vida diária, a adaptação do ambiente e o apoio ao cuidador. Assim, a aplicação deste referencial teórico à prática de enfermagem de reabilitação contribui de forma indelével na

capacitação efetiva da pessoa para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida (Sousa, Martins & Novo, 2020).

No meu percurso formativo, estes dois modelos teóricos constituíram referenciais estruturantes da minha prática. Os seus conceitos fundamentais e a sua ligação intrínseca à enfermagem de reabilitação orientaram a minha atuação, direcionando a atenção para os focos diagnósticos implícitos, na definição de objetivos e intervenções para os concretizar.

As competências específicas do EEER organizam-se em três grandes domínios: cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e nos diferentes contextos da prática clínica; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção social e exercício pleno da cidadania; e maximizar a funcionalidade, promovendo o desenvolvimento das capacidades da pessoa (OE, 2019a).

3.2.1. Cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida

O cuidar em reabilitação implica o encontro de duas pessoas, a que cuida e a que é cuidada. O respeito pela singularidade de cada intervenção exige uma atenção permanente à pessoa, ao ambiente que a rodeia e ao processo de saúde-doença vivenciado para adequar os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

A conceção de planos de cuidados individualizados baseia-se nas etapas do processo de enfermagem, encontrando-se sedimentados nos referenciais teóricos da profissão, bem como nos seus instrumentos reguladores.

Ao longo do percurso formativo, a competência em análise foi desenvolvida de forma progressiva e sustentada, através da exposição a diferentes contextos clínicos, pessoas e patologias, bem como a diversas limitações de atividade, incapacidades, objetivos de reabilitação e conceções de qualidade de vida.

A intervenção inicial centrou-se na avaliação da pessoa e da sua capacidade funcional para a realização das AVD, bem como na identificação de fatores facilitadores e inibidores da sua execução. A recolha de informação clínica pertinente, complementada pela entrevista e pelo exame físico, recorrendo à aplicação de escalas e instrumentos de avaliação, revelou-se essencial para a formulação de diagnósticos de enfermagem fundamentados, evidenciando o desenvolvimento de competências referido na unidade de competência **J1.1.** e **J1.2.**

Nos diferentes contextos de estágio, o estabelecimento de uma relação terapêutica constituiu um elemento estruturante da intervenção de enfermagem, promovendo um

ambiente seguro e facilitador da comunicação, assente na confiança e na aceitação (Coelho *et al.*, 2020). Paralelamente, a utilização de instrumentos de avaliação validados permitiu a uniformizar a linguagem, assegurar a continuidade dos cuidados e monitorizar objetivamente os resultados em saúde (OE, 2016a).

Em contexto neurológico, a avaliação da pessoa com alterações de foro vascular, traumatológico ou degenerativo revelou-se particularmente complexa, sobretudo numa fase inicial, devido à sua multidimensionalidade. As dificuldades na organização da informação e a ausência de um referencial estruturado conduziram à necessidade de aprofundar conhecimentos relativos à avaliação neurológica e à seleção de instrumentos adequados à sintomatologia apresentada, em conformidade com o preconizado no Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2016a).

A sistematização da avaliação por domínios — nomeadamente exame do estado mental (orientação, atenção, memória, linguagem e funções práxicas), avaliação dos pares cranianos, força muscular e motricidade, sensibilidade, marcha e equilíbrio — permitiu estruturar a seleção de escalas e instrumentos de avaliação adequados. Este processo culminou na elaboração de um *Guião para a avaliação neurológica* (Apêndice II), no qual foram integrados os principais instrumentos de avaliação, permitindo o registo longitudinal e a monitorização da evolução clínica. Esta prática evidencia o papel do EEER na utilização de instrumentos que avaliam as dimensões cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva (**J1.1**.).

A sequência da avaliação foi ajustada de forma individualizada às capacidades e limitações da pessoa, sendo particularmente relevante em contexto neurológico, dada a complexidade dos quadros clínicos. A adaptação da linguagem, do tipo de comunicação verbal e não verbal, da postura profissional e do ambiente envolvente, bem como a utilização de estratégias de comunicação aumentativa, revelou-se determinante na otimização da interação com pessoas com défices cognitivos ou na comunicação.

No contexto clínico, recorreu-se a instrumentos de avaliação válidos e adequados à função como a Escala de Coma de Glasgow, a escala MRC para avaliação da força muscular, o Índice de Barthel, a Escala de Tinetti, a escala de GUSS e a Escala de Ashworth. Em contexto ortopédico, destacaram-se a goniometria e a avaliação do edema. Na comunidade, sobressai a utilização da escala de Zarit para avaliação da sobrecarga do cuidador. De forma transversal, escalas como Borg, Braden e Morse

permitem identificar os respetivos riscos e orientar planos de reabilitação seguros e individualizados.

A avaliação de parâmetros como dor e edema revelou-se essencial, sobretudo em contexto ortopédico, sendo o seu controlo determinante para a adesão ao processo de reabilitação. Neste âmbito, destaco a implementação de intervenções não farmacológicas, como a massagem, a crioterapia, os alongamentos e a adaptação nas AVD, como complementos fundamentais no processo de recuperação e de bem-estar.

Paralelamente, o EEER assume um papel determinante enquanto gestor de cuidados, promovendo a articulação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Esta articulação concretiza-se com a equipa médica, através da partilha das necessidades identificadas e da adequação do plano terapêutico; com a equipa de enfermagem, assegurando a implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação e dos cuidados de conforto; e com a equipa de serviço social, facilitando o acesso e a gestão dos recursos de saúde, sociais, humanos, estruturais e comunitários necessários à continuidade dos cuidados.

Pela sua proximidade e conhecimentos, o EEER encontra-se particularmente habilitado para analisar, com a pessoa, as suas necessidades e recursos disponíveis, apoiando-a na tomada de decisões conscientes e informadas (**J1.2**.). Nesta dimensão, principalmente no serviço de Medicina, em contexto neurológico, tive a oportunidade de promover a consciencialização sobre o estado de saúde e as opções de continuidade de cuidados disponíveis, quer durante a prestação direta de cuidados, quer através da articulação com outros profissionais, como a assistente social, ou da participação em conferências familiares. Posteriormente, sempre que essa era a decisão da pessoa e da família, participei no processo de referenciação para a RNCCI, através da plataforma GestCare, onde é efetuada a caracterização multidimensional da pessoa, de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a adequada transmissão da informação (Instituto da Segurança Social [ISS], 2026). Neste domínio, desenvolvi igualmente competências na avaliação crítica da pessoa, no apoio à tomada de decisão e na realização do processo de referenciação através da plataforma da Rede.

A avaliação sistemática da pessoa permitiu identificar focos de atenção e formular diagnósticos de enfermagem com base na CIPE, sustentando a implementação de programas de reabilitação individualizados. Para além das dimensões física e cognitiva, considerou-se o impacto na autonomia, autocuidado e reintegração sociofamiliar (**J1.1**.), sendo o Índice de Barthel e a Medida de Independência Funcional considerados instrumentos relevantes e com tradução nos sistemas de informação em uso nas

Instituições (Sclinico e GestCare). Esta particularidade permite a continuidade de cuidados associada ao registo e monitorização de ganhos em saúde.

Os principais focos identificados incluíram paresia, défices no autocuidado, alterações do equilíbrio, espasticidade, alterações da comunicação e risco de queda, corroborando a evidência de Petronilho *et al.* (2010), que identificam como focos prioritários, após evento neurológico, a perda de força, equilíbrio, destreza manual e coordenação motora. Paralelamente, fatores psicossociais e contextuais, como o ambiente domiciliário e o papel do cuidador, assumiam relevância na continuidade de cuidados.

O EEER desempenha um papel central na adaptação à condição de saúde, promovendo o desempenho funcional e qualidade de vida, conforme referido por Ribeiro (2021). Assim, a avaliação constitui um meio orientador da intervenção, permitindo identificar alterações funcionais e planear programas de reabilitação ajustados às necessidades da pessoa, de acordo com a OE, 2019a. Estes constituíram os pressupostos para a elaboração e implementação de planos de reabilitação individualizados, dirigidos à pessoa com alterações do foro neurológico e/ou ortopédico.

A intervenção desenvolvida centrou-se no treino funcional e no ensino de estratégias adaptativas para as AVD, bem como na promoção da mobilidade, força, coordenação e equilíbrio, com o objetivo de reeducar a função, maximizar a autonomia e facilitar a participação da pessoa nas atividades do dia a dia (**J1.3.)**.

Ao longo do percurso formativo fui, de forma progressivamente autónoma, implementando programas de treino motor, neurológico e cardiorrespiratório. As intervenções planeadas foram ajustadas à fase de recuperação/tratamento e com progressiva complexidade, carga ou resistência.

Os planos de reabilitação implementados integraram princípios de reabilitação motora, nomeadamente a adequação da complexidade à capacidade funcional da pessoa, o treino de coordenação e da perceção do corporal, o respeito pela sequencia do padrão de desenvolvimento neuromotor humano e a realização do exercício orientado para a tarefa. O envolvimento da pessoa nas atividades foi promovido através do reforço positivo, a escuta ativa e o respeito pelos sentimentos expressos como dor ou fadiga e a valorização de cada conquista, por mais pequena que fosse.

Na reabilitação neurológica, trabalhou-se paralelamente a autoperceção relacionada com fenómenos de *neglet* total ou parcial, a proprioceção e a sensibilidade através de estratégias de estimulação sensorial, da realização de exercícios de facilitação cruzada e da organização adequada do ambiente físico.

A integração de modelos teóricos na reabilitação neurológica, como o de *Margaret Johnstone*, revelou-se fundamental para uma abordagem estruturada e centrada na pessoa com AVC. Este modelo contribui para a reorganização do controlo motor ao focar-se na inibição de padrões anormais e no treino de movimentos funcionais, promovendo autonomia e qualidade de vida (Menoita *et al*., 2012; Ribeiro, 2021). Estes princípios encontram-se alinhados com o conceito de neuroplasticidade, amplamente sustentado pela evidência científica (Yan *et al*., 2025).

A neuroplasticidade corresponde à capacidade do cérebro para se reorganizar e recuperar funções após uma lesão, sendo mais eficaz na fase aguda e potenciável através da evocação e da imagética motora (Menoita *et al*., 2012)

Na fase inicial, ainda no leito, foi iniciada reabilitação precoce com exercícios passivos ou assistidos e atividades simples, como a ponte e o rolamento (**J1.3**.). A literatura demonstra que a mobilização precoce e o exercício terapêutico favorecem a recuperação funcional e a plasticidade neural (Cardoso, Fernandes & Tomás, 2024).

À medida que a pessoa evoluía clinicamente, foram introduzidos exercícios mais complexos, como o treino de equilíbrio e de marcha (**J1.4**.). Estes baseiam-se em princípios de aprendizagem motora, onde repetição, intensidade e feedback são essenciais (Yan *et al*., 2025).

O programa de reabilitação abordou ainda a prevenção de complicações, como a espasticidade, através do posicionamento adequado, e a integração do lado afetado no esquema corporal. Paralelamente, abordagens atuais salientam o uso de estratégias funcionais e de tecnologias como potenciadoras da recuperação e da participação, em consonância com o modelo biopsicossocial da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001).

A recuperação na fase aguda de uma patologia neurológica envolve duas vertentes complementares: a recuperação biológica, relacionada com a redução do edema cerebral e com os mecanismos de neuroplasticidade, e a vertente adaptativa, focada na aprendizagem de estratégias para melhorar a funcionalidade e promover a autonomia (Menoita *et al.,* 2012).

À luz destes princípios, em contexto hospitalar, valorizei o início precoce da reabilitação, a utilização de técnicas como a terapia do espelho e o envolvimento ativo do membro afetado nas atividades funcionais e instrumentais. Recorri ainda ao espelho quadriculado como estratégia para correção postural, integrando simultaneamente o treino e a estimulação cognitiva, com vista à promoção da motivação e do envolvimento da pessoa no processo de reabilitação.

Em contexto domiciliário, a manutenção do foco de atenção da pessoa e a adesão ao programa planeado exigiram criatividade e capacidade de adaptação. Como exemplo, a motricidade fina de um doente pouco motivado foi trabalhada na triagem de leguminosas de diferentes tamanhos associando o exercício a uma atividade do agrado da pessoa. Esta estratégia permitiu integrar, para além do treino motor, o treino cognitivo, a promoção da autoestima e o reforço de sentimento de utilidade e de reintegração sociofamiliar.

A autonomia da pessoa está diretamente relacionada com o seu nível de funcionalidade, particularmente na capacidade de realizar atividades de vida diária de forma independente (OE, 2019a). Neste sentido, foram desenvolvidas as competências de intervenção enquanto enfermeira especialista em diferentes domínios do autocuidado, nomeadamente no tomar banho, alimentar-se, vestir/despir, andar, tendo como objetivo a independência funcional da pessoa. Assim, foram planeados e implementados cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com os défices evidenciados (**J1.2**.), com intencionalidade terapêutica, desde um sistema totalmente compensatório até ao sistema de apoio e educação, em consonância com o referencial de Dorothea Orem (Ribeiro, 2021).

Neste processo, destaca-se a promoção de estratégias adaptativas no autocuidado paralelo à prescrição e ao incentivo ao uso de produtos de apoio. O respeito pelo ritmo individual na realização das AVD, a adequação do ambiente físico e o envolvimento do cuidador/família figuram-se elementos essenciais para a promoção da independência funcional. Esta abordagem é sustentada por Petronilho *et al.* (2010), que evidenciam a importância da intervenção do enfermeiro na capacitação da pessoa em situação de dependência no autocuidado, promovendo a reconstrução da autonomia e a adaptação à nova condição de saúde.

Neste sentido e, de acordo com as competências específicas do EEER, a seleção e a prescrição de produtos de apoio constituíram uma competência desenvolvida ao longo deste percurso formativo (**J1.2.** e **J2.1.).** Neste sentido, a avaliação do doente e da sua realidade revelou-se essencial para adequar o dispositivo a selecionar, contribuindo para a adesão e eficácia na sua utilização. Neste contexto, as necessidades de dispositivos de apoio ou ajudas técnicas foram avaliadas, ensinadas e treinadas, garantindo o seu uso atempado e adequado. Destaco a seleção de auxiliares de marcha em contexto ortopédico, considerando critérios como a condição clinica, o nível de descarga a manter, as capacidades físicas e funcionais da pessoa. Simultaneamente, a atenção a aspetos como o domicilio/ambiente de utilização ou atividades previstas da pessoa também importam nesta seleção.

O controlo postural adaptável exige o envolvimento do sistema sensorial e motor de forma coordenada e é indispensável para a realização de todas as AVD (Ribeiro, 2021). Neste sentido, o equilíbrio foi trabalhado como meio para alcançar outros objetivos como a independência funcional através da possibilidade de manutenção do ortostatismo e da marcha. O treino de equilíbrio foi desenvolvido de acordo com a realidade e as necessidades da pessoa, nas suas componentes estática e dinâmica, recorrendo a exercícios de facilitação cruzada, treino de obstáculos, transferência alternada de carga e treino de marcha adaptado.

O ortostatismo traduz-se em benefícios ao nível do estado de consciência e de alerta, da melhoria do controlo do sistema nervoso autónomo, da resposta cardiovascular e respiratória, da prevenção de contraturas, espasticidade e UPP e da satisfação pessoal. (Ribeiro, 2021). O recurso ao plano inclinado para permitir a posição ortostática de um doente com tetraparésia flácida, em contexto de neurocirurgia, constituiu uma experiencia inovadora e particularmente gratificante, tanto para a pessoa como para a cuidadora e para a equipa de enfermagem. Os benefícios físicos e psicológicos dessa intervenção serão tanto mais relevantes quanto maior for a sua frequência.

Sendo a prevenção de complicações um dos focos da nossa atuação enquanto EEER, a prevenção de quedas emerge como um foco de atenção multidisciplinar em todos os contextos. Como futura EEER passei a valorizar a identificação de comportamentos e condições que aumentam o risco de queda, bem como a implementação de intervenções destinadas à sua prevenção.

Destaco, em particular, o caso de uma pessoa submetida a fratura do fémur após queda, cuja intervenção incidiu na consciencialização para os fatores de risco pessoais e ambientais, na implementação de estratégias para a sua atenuação, na seleção adequada do auxiliar de marcha e na definição da necessidade de supervisão na realização das atividades de vida diária (**J1.2**.). Em simultâneo, foram implementadas estratégias de reeducação funcional motora e treino de equilíbrio, fundamentais para a recuperação da mobilidade e redução do risco de novas quedas.

Esta abordagem reforça a importância da avaliação do risco de queda, da implementação de medidas preventivas multidimensionais e de promoção da segurança da pessoa nos diferentes contextos de cuidados. A DGS destaca a necessidade de intervenções integradas e multifatoriais na prevenção de quedas, promovendo a autonomia e a segurança da pessoa ao longo do ciclo de vida (DGS, 2019).

A identificação de alterações e riscos relacionados com a funcionalidade foi realizada de forma sistemática, tendo sido implementadas medidas preventivas de acordo com

as necessidades identificadas (**J1.1**.). Como exemplo, no contexto ortopédico, destacou-se o risco de rigidez articular após a realização de uma ATJ, tendo sido efetuado ensino, instrução e treino de exercícios e posicionamentos associado à disponibilização de material informativo existente sobre os mesmos, mobilidade e prevenção de complicações.

A elaboração de um plano de cuidados constitui um elemento fundamental na prática de enfermagem, uma vez que organiza e orienta a prestação de cuidados de forma sistemática, individualizada e segura. Ao exigir a identificação de necessidades, definição de intervenções e avaliação de resultados, promove o pensamento crítico e a tomada de decisão fundamentada, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para melhores resultados em saúde (Benner, 2001). Neste âmbito, elaborei planos de cuidados, quer mentalmente quer em registo informático, que posteriormente eram validados com o enfermeiro tutor para garantir a sua pertinência e a segurança. A sua implementação era sistematicamente avaliada e reformulada de acordo com a evolução do doente.

Como resultado desta monitorização, elaborei um registo sistematizado de um programa de reabilitação aplicado a uma pessoa com AVC, contemplando três momentos distintos (**J1.4**.). Este documento integra os resultados obtidos nas escalas e teste aplicados, bem como as intervenções implementadas em cada momento (Apêndice III – Programa de reabilitação a uma pessoa com AVC).

A evidência de ganhos em saúde, traduzida pela evolução dos scores nas escalas aplicadas, demonstrou a relevância e eficácia das intervenções desenvolvidas no âmbito da enfermagem de reabilitação (**J1.4**.). Destaco, ainda, a utilização da escala WHO-5 – Índice de Bem-Estar, como resposta ao desafio proposto pela tutora, permitindo a avaliação da qualidade de vida através de indicadores centrados no valor.

O conhecimento das contraindicações absolutas e relativas, bem como dos limites da intervenção constitui um aspeto essencial no percurso formativo, permitindo garantir a segurança do doente e prevenir complicações associadas à reabilitação. Para desenvolver uma prática clinica segura e fundamentada, ajustei sistematicamente as intervenções às características individuais de cada pessoa, nomeadamente à força muscular, às amplitudes articulares e à capacidade funcional, fatores que influenciam diretamente os resultados terapêuticos. Adicionalmente, a especificidade da patologia e as restrições médicas e cirúrgicas condicionam o planeamento dos cuidados, exigindo uma adaptação contínua das estratégias de reabilitação (Ribeiro, 2021). Como exemplo,

destacam-se as precauções após ATA, nomeadamente a limitação da adução do membro inferior e da flexão da anca.

Percebi ao longo do ENP que a avaliação prévia da condição física e cognitiva assume um papel determinante, ao permitir identificar o potencial de recuperação e definir objetivos realistas e seguros. Neste contexto, a intervenção foi individualizada (**J3.1**. e **J3.2**.), recorrendo à monitorização de parâmetros hemodinâmicos, como a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio, de sinais e sintomas, incluindo fadiga, dor, dispneia e dificuldade na fala, enquanto indicadores da intensidade do esforço (OE, 2018).

A implementação de estratégias como treino intervalado, técnicas de conservação de energia, pausas programadas e posturas de descanso, associada à adaptação do volume de exercício (repetições e séries), permitiu adequar a intervenção à capacidade funcional da pessoa, promovendo a segurança, eficácia e autonomia (Spruit *et al.*, 2013).

Outro aspeto que foi transversal a todos os contextos foi a avaliação do potencial de aprendizagem e da capacidade de aquisição de competências da pessoa e do cuidador, enquanto componente essencial para a sua consciencialização sobre o processo de doença, das estratégias adaptativas e das medidas de segurança no âmbito da reabilitação. Esta avaliação permitiu igualmente identificar a possibilidade de capacitação para a execução autónoma do programa de reabilitação, promovendo a repetição dos exercícios, a consolidação de aprendizagens e a melhoria da funcionalidade.

Neste cenário, a pessoa é reconhecida como o principal agente do seu processo de transição saúde-doença e de recuperação, sendo fundamental investir na sua capacitação e na do cuidador. Esta perspetiva está alinhada com o conceito de *empowerment*, que valoriza a autonomia, a autoeficácia, o autocontrolo e a tomada de decisão informada, promovendo uma participação ativa no processo de cuidados e melhores resultados em saúde (Petronilho, 2012; Ribeiro, 2021, Sousa, Martins & Novo, 2020). O seu contributo reflete-se na eficácia, eficiência e adesão ao programa de reabilitação.

Posto isto, percebi que o meu papel como futura EEER não se limita à execução de técnicas, estendendo-se à capacidade de implicar a pessoa e a família na reestruturação do seu ambiente para alcançar os objetivos definidos. Este processo exigiu o desenvolvimento e a mobilização de competências como a capacidade de observação, escuta ativa, a empatia e a aplicação de conhecimentos científicos. Requereu, igualmente, criatividade, flexibilidade e capacidade motivacional,

fundamentais para promover a mudança de comportamentos e favorecer a adesão ao regime terapêutico.

Retomando o contexto neurológico, destaco o acompanhamento de uma pessoa com ELA, cuja complexidade clínica, emocional e social constituiu simultaneamente um desafio significativo e uma oportunidade de desenvolvimento profissional. Esta situação exigiu uma intervenção altamente especializada, evidenciando as competências do domínio **J1**, não apenas ao nível físico e funcional, mas também na compreensão e apoio aos processos psicológicos de adaptação à nova condição, na gestão das expectativas e na reconstrução do projeto de vida (**J2.**).

O meu papel como aspirante a EEER vai muito além da reabilitação motora, neurológica e na reeducação funcional respiratória. Engloba igualmente o treino de estratégias adaptativas para lidar com as limitações no autocuidado e nas AVD, bem como o apoio ao envolvimento e à gestão das relações familiares, incluindo a preparação e capacitação de cuidadores formais e informais.

Este acompanhamento estendeu-se ainda à articulação com a equipa multidisciplinar, com o objetivo de assegurar apoio em áreas específicas como benefícios sociais, esclarecimento de questões legais, a elaboração de testamento vital e o planeamento antecipado de decisões relativas aos cuidados de saúde, bem como o envolvimento de cuidadores formais e informais nas fases finais de vida, entre outros aspetos (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Ao longo do percurso formativo, a documentação dos cuidados prestados foi realizada em linguagem classificada e nos sistemas de informação em vigor, designadamente o SClinico e GestCare. Inicialmente, a utilização da versão do SClínico dos Cuidados de Saúde Primários constituiu um desafio, devido às diferenças na sua estrutura e organização relativamente à versão hospitalar, com a qual estava mais familiarizada. A prática continuada, aliada ao acompanhamento e feedback do enfermeiro tutor, permitiu-me desenvolver progressivamente competências na utilização desta plataforma, aumentando a minha autonomia e confiança na realização de registos de enfermagem.

Os registos de enfermagem garantem a continuidade e a avaliação dos cuidados, bem como a produção de dados relevantes para a investigação e para a melhoria da gestão clínica. Favorecem, ainda, a comunicação eficaz dentro da equipa multidisciplinar e traduzem o processo de tomada de decisão em informação estruturada, contribuindo para o reconhecimento do exercício profissional e para a produção de indicadores de qualidade em saúde (Sousa & Figueiredo, 2021).

Os indicadores em saúde são fundamentais para demonstrarem o contributo do trabalho do EEER, evidenciando os ganhos em saúde alcançados e a qualidade de vida percecionada pela pessoa, em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e com o respetivo Core de Indicadores (OE, 2015a; OE, 2015b).

A atenção dirigida aos cuidadores, formais e informais, é essencial na prevenção de complicações físicas, psicoemocionais e sociais associadas à prestação de cuidados. A evidência demonstra que a sobrecarga do cuidador está associada a níveis elevados de stress, fadiga, isolamento social e risco de *burnout,* com impacto direto na sua saúde e na qualidade dos cuidados prestados (Bernardino & Rodrigues, 2025).

Assim, a avaliação do papel de prestador de cuidados nos diferentes contextos foi realizada, considerando não apenas a adequação ao desempenho de papel, mas também a existência da sobrecarga, o risco de *burnout* e o isolamento social (Bernardino & Rodrigues, 2025). A utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit permitiu uma avaliação estruturada e validada, facilitando a identificação de situações de risco. Com destaque para o contexto comunitário em que, a articulação com projetos dirigidos ao cuidador informal contribuiu para a validação dos dados recolhidos e para a implementação de intervenções ajustadas.

Este aspeto era sistematicamente avaliado em todos os utentes admitidos na ECCI, sendo posteriormente discutido numa perspetiva multidisciplinar. As intervenções incluíram medidas de educação para a saúde, nomeadamente na mobilização de recursos socioeconómicos e redes de apoio, na promoção de práticas ergonómicas seguras, na preservação da autoestima, na gestão de relações familiares e na capacitação para o desempenho do papel do cuidador. Contudo, a adesão às intervenções nem sempre foi plena, devido à sobrecarga, às crenças ou às limitações dos cuidadores, o que exigiu uma abordagem individualizada, baseada na negociação, no reforço positivo e no respeito pelo seu ritmo de aprendizagem. Estas estratégias são recomendadas para reduzir a sobrecarga e promover a qualidade de vida dos cuidadores (Menoita *et al.*, 2012).

A promoção da literacia em saúde capacita as pessoas para adotarem comportamentos saudáveis e tomarem decisões informadas, baseadas em conhecimentos fidedignos, favorecendo a prevenção da doença e a melhoria dos estilos de vida. O EEER intervém na prevenção de complicações, na recuperação funcional e na maximização da autonomia, através do ensino, da instrução, do treino e adaptação às limitações resultantes da doença. Neste âmbito, e assinalando o Dia Mundial do AVC, foi elaborada

uma proposta de *eBook* sobre o AVC, abordando fatores de risco, sinais e sintomas de alerta, atitudes a adotar, tratamento e reabilitação dos sobreviventes, bem como orientações práticas para o doente e o cuidador (Apêndice IV – *eBook* sobre o AVC).

Em síntese, reconheço que, ao longo dos diferentes contextos clínicos, e considerando a especificidade de cada situação, pessoa e ambiente, foram identificadas necessidades de intervenção ao nível da funcionalidade, bem como limitações da atividade e restrições na participação.

A promoção da qualidade de vida e dos ganhos em saúde foi potenciada através da conceção, implementação e avaliação de programas de reabilitação centrados na pessoa, orientados para a melhoria da funcionalidade, autonomia e participação. Todo o processo de cuidar foi sujeito a uma adaptação dinâmica e multidimensional, de forma a garantir a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados prestados.

3.2.2. Capacitar a pessoa para sua reinserção social e o pleno exercício da cidadania

Ao longo deste processo formativo enquanto formanda, reconheci a importância de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para uma reinserção ativa na sociedade, promovendo o exercício pleno da cidadania, de forma tão autónoma e independente quanto possível, tendo sempre em consideração a sua realidade clínica, económica, social e cultural.

As AVD são essenciais na avaliação da funcionalidade da pessoa, permitindo identificar o grau de independência, limitações e necessidades de apoio, sendo fundamentais para o planeamento de intervenções de reabilitação centradas na pessoa (OMS, 2001).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde constitui um modelo de referência na avaliação da funcionalidade, permitindo identificar o grau de independência, as limitações existentes e as necessidades de apoio, constituindo um elemento essencial para o planeamento de intervenções de reabilitação orientadas para a recuperação funcional da pessoa (OMS, 2001). Durante os diferentes ensinos clínicos, a sua utilização permitiu estruturar a avaliação da pessoa numa perspetiva biopsicossocial, facilitando a identificação dos fatores que influenciam a funcionalidade e a definição de intervenções de enfermagem de reabilitação ajustadas às necessidades individuais.

No planeamento de programas de reabilitação, a autonomia constituiu o objetivo central das intervenções. Assim, para além da reabilitação funcional, desenvolvi intervenções com intencionalidade terapêutica para o autocuidado, explorando com a pessoa as suas

expectativas, objetivos de vida, perceção de bem-estar e conceito de qualidade de vida. Esta avaliação multidimensional permitiu conceber planos de cuidados mais centrados na pessoa, no seu contexto sociocultural e na respetiva rede de suporte.

No contexto neurológico, acompanhei o processo de preparação para a alta de uma doente previamente autónoma, que apresentava hemiparesia e disartria sequelar a cirurgia de excisão tumoral. O envolvimento do cuidador informal revelou-se essencial para avaliar conhecimentos, expectativas e necessidades de intervenção, bem como para identificar fatores facilitadores (motivação, capacidade física, cognitiva e financeira) e barreiras (limitações arquitetónicas, défice de competências técnicas e funcionais e escassez de recursos de apoio) na reintegração sociofamiliar (**J2.1**. e **J2.2.4**.).

Neste contexto, e à luz da Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, a avaliação realizada permitiu identificar os défices de autocuidado existentes e orientar intervenções dirigidas à sua capacitação e à do cuidador, com vista ao desenvolvimento de competências que favorecessem uma maior autonomia. Face à necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados foram implementadas intervenções de ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas dirigidas à pessoa e ao cuidador. Estas decorreram de forma faseada e progressiva, numa estratégia de apoio-educação, recorrendo à demonstração de técnicas, ao treino supervisionado e à validação contínua da aquisição de conhecimentos e competências, promovendo a preparação para a continuidade de cuidados no domicilio **(J1.2.** e **J1. 3**. e **J1.4.**).

Paralelamente, as várias intervenções desenvolvidas podem ser contextualizadas na Teoria das Transições de Meleis, na medida em que a situação de doença e dependência implica uma transição de saúde-doença e de papéis, exigindo adaptação por parte da doente e do cuidador. Assim, cada uma das minhas intervenções procurou ser um elemento facilitador, promovendo processos de adaptação saudáveis, assegurando a continuidade de cuidados e potenciando a autonomia e reintegração sociofamiliar.

Foram discutidas e implementadas medidas de adaptação do domicílio (**J2.2.4**), designadamente a aquisição de cadeira sanitária, instalação de barras de apoio, adaptação do WC e utilização de cama articulada com grades, com o objetivo de promover a segurança, facilitar o desempenho do autocuidado e apoiar o cuidador no exercício das suas funções.

Ao nível da literacia em saúde e capacitação para a utilização de recursos sociocomunitários disponíveis, foram desenvolvidas intervenções de educação para a saúde dirigidas à pessoa e ao cuidador, abordando os recursos existentes, os benefícios

sociais, a legislação aplicável e os procedimentos necessários ao acesso aos diferentes apoios.

A documentação de todo o processo de cuidados no Clinico complementada pela nota de alta de enfermagem, permitiu assegurar a continuidade de cuidados através da articulação com o enfermeiro de família, evidenciando os ganhos obtidos ao nível do conhecimento e capacitação do cuidador.

A abordagem holística da pessoa comtemplou ainda a gestão do regime terapêutico incidindo na prevenção de complicações, nomeadamente a infeção da ferida cirúrgica, risco de queda, úlceras por pressão e espasticidade, bem como a promoção da adesão do regime de exercícios e da autonomia funcional.

Esta centralidade no cuidar, sustentada em referenciais teóricos de enfermagem está orientada para a autonomia nas AVD básicas e instrumentais, envolvendo a pessoa na tomada de decisões. Simultaneamente contribui para o reforço da autoestima, do autocontrolo e na participação ativa no processo de recuperação, promovendo transições seguras e ganhos em saúde (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Em contexto comunitário, a intervenção do EEER encontra-se estreitamente relacionada com o ambiente domiciliário, que constitui simultaneamente o cenário e um recurso terapêutico para a recuperação funcional da pessoa. Perante a impossibilidade de reformas estruturais complexas e dispendiosas, procurei desenvolver intervenções de baixo custo e elevada efetividade, como a reorganização do mobiliário para eliminação de obstáculos nos percursos habituais, a instalação de corrimões, barras de apoio e bancos de higiene em locais estratégicos, em conformidade com a legislação vigente (ISS, 2023) e enquadradas na unidade de competência **J2**. Paralelamente foram fornecidas orientações sobre a adequação do calçado, vestuário e do mobiliário, bem como sobre a vigilância do estado de conservação dos produtos de apoio, nomeadamente a substituição periódica das ponteiras de borracha das canadianas, contribuído para a prevenção de quedas e para a promoção da segurança no domicilio.

Ainda neste contexto, realço a implementação de programas de reabilitação que aproximam o doente da sua realidade ambiental. O treino de subir e descer escadas com auxiliar de marcha, as distâncias progressivamente mais longas e o treino em ambiente exterior, comtemplando planos desnivelados e diferentes pisos constituíram estratégias fundamentais para potenciar a mobilidade, a confiança, a participação e o empoderamento da pessoa.

Em contexto ortopédico é frequente que, condições agudas ou degenerativas originem limitações funcionais temporárias ou permanentes, com impacto na autonomia e

qualidade de vida. A avaliação adequada das necessidades da pessoa, bem como a seleção e adaptação de ajudas técnicas e dispositivos de apoio, são atividades inseridas na unidade de competência **J1.2**. e **J2.1**. Como estratégia para garantir segurança e eficácia na minha prática consolidei conhecimentos relativos às diferentes patologias ortopédicas, às suas repercussões funcionais e às implicações legais e sociais no acesso a estes recursos (ISS, 2023).

Neste âmbito, foi possível identificar e intervir em situações de limitações funcionais e incapacidades através da implementação de estratégias corretivas, nomeadamente a utilização de ortóteses para imobilização e estabilização de segmentos corporais (tala DePuy e ortóteses de imobilização reguláveis, por exemplo), facilitando o levante e a marcha e a recuperação funcional. Desenvolvi ainda competências na seleção e adaptação de dispositivos destinados à correção de dismetrias e de outras alterações biomecânicas.

Em síntese, compreendi que a reintegração social da pessoa depende da implementação de intervenções de reabilitação centradas na capacitação e na maximização das suas capacidades funcionais, promovendo a mobilidade, a autonomia, a participação e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida.

3.2.3. Maximizar a funcionalidade da pessoa

O EEER intervém de forma autónoma e eficaz em contextos de elevada complexidade clínica, mobilizando competências avançadas de natureza científica, técnica e relacional. A sua intervenção centra-se na gestão de situações complexas, assegurando a continuidade dos cuidados, prevenindo complicações e potenciando a desempenho motor, cardiorrespiratório e funcional da pessoa ao longo do processo de reabilitação.

Paralelamente, modula as respostas humanas associadas às diferentes transições, nomeadamente a transição saúde-doença, assumindo um papel relevante como facilitador na adaptação da pessoa às novas condições de vida, contribuindo de forma significativa para o seu bem-estar e reintegração.

O desenvolvimento desta competência resultou da adoção de uma abordagem sistemática, iniciada pela avaliação das necessidades específicas de cada pessoa ao nível da mobilidade, da função cardiorrespiratória e da capacidade funcional, permitindo conceber e implementar programas de reabilitação individualizados (**J3.**). Estes integraram intervenções de reeducação funcional, motora e respiratória, articuladas com estratégias de educação para a saúde, visando potenciar a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida.

Em contexto ortopédico, a maioria das pessoas apresentava compromisso de grandes articulações, frequentemente associada ao aumento da imobilidade e ao risco acrescido de diversas complicações associadas. Perante este contexto, a minha intervenção centrou-se na prevenção do declínio funcional e de complicações através da implementação de programas de exercícios terapêutico orientados para a manutenção ou recuperação das amplitudes articulares, da força muscular e da capacidade funcional, como o recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013) e sustentado na unidade de competência **J3**.

Concomitantemente, algumas pessoas apresentavam necessidade de reeducação funcional respiratória devido a alterações do padrão ventilatório decorrentes de patologia respiratória prévia, períodos de imobilidade ou infeções nosocomiais. Neste contexto, e integrando as competências adquiridas no ENP I, implementei programas de reabilitação respiratória, incluindo a consciencialização da respiração, a dissociação dos tempos respiratórios, a reeducação diafragmática e a aplicação de técnicas de tosse e higiene brônquica. Estas intervenções permitiram melhorar a ventilação pulmonar, favorecer a eliminação de secreções e reduzir o risco de infeções respiratórias (OE, 2018).

Nas pessoas submetidas a cirurgia ortopédica eletiva, a intervenção do EEER assume particular relevância ao longo de todo o percurso perioperatório, promovendo a preparação para a cirurgia, a readaptação funcional e a prevenção de complicações. Neste contexto, desenvolvi intervenções tanto em meio hospitalar como comunitário, centradas na educação para a saúde, na gestão de expectativas e na preparação para a recuperação, incentivando a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação (Sousa & Carvalho, 2016).

A educação relativa ao procedimento cirúrgico, nomeadamente na ATA e na ATJ, o treino prévio dos exercícios terapêuticos e a preparação para o período pós-operatório constituíram intervenções sustentadas pela evidência, associadas à redução da dor, à melhoria da funcionalidade, à diminuição do tempo de internamento e ao aumento da satisfação da pessoa (Antunes, Sá & Nabais, 2023; Zheng et al., 2022). Para além disso, a continuidade de programas de reabilitação ao longo do período perioperatório está relacionada com ganhos em saúde, maior autonomia e menor taxa de reinternamento (Borges, 2015).

Neste âmbito, consolidei competências na reabilitação perioperatória, reconhecendo o seu contributo para a otimização da funcionalidade e para a facilitação da transição associada ao processo cirúrgico. Esta experiência permitiu-me compreender que a

eficácia da intervenção do EEER no período perioperatório não depende exclusivamente da prescrição de exercícios terapêuticos, mas da capacidade de antecipar as necessidades, gerir as expectativas e promover a autoeficácia da pessoa, transformando-a num participante ativo do processo de recuperação.

A disponibilização de material informativo existente nas instituições foi igualmente valorizada, como forma de reforçar e sistematizar a informação transmitida. Paralelamente, a capacitação da pessoa para a realização autónoma dos exercícios terapêuticos entre sessões permitiu assegurar a continuidade do programa de reabilitação, potenciando a recuperação funcional e a qualidade dos cuidados.

As competências específicas do EEER não podem ser dissecadas e isoladas aquando da nossa intervenção porque a mesma atividade permite concretizar diferentes dimensões do processo de reabilitação sendo a abordagem da pessoa de forma holística um dos princípios da reabilitação.

A utilização sistemática de instrumentos de avaliação validados, fiáveis e sensíveis à mudança permitiu fundamentar a tomada de decisão clínica, monitorizar a evolução funcional, avaliar os ganhos em saúde e demonstrar o impacto das intervenções implementadas. A continuidade dos cuidados foi assegurada através do envolvimento ativo da pessoa e cuidador no processo reabilitativo, na sua capacitação e no registo rigoroso das intervenções.

A segurança e eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação assentam na integração de conhecimentos científicos, competências técnicas e capacidades relacionais, baseadas na melhor evidencia cientifica disponível. Esta abordagem, simultaneamente multimodal e multidisciplinar, permite centrar os cuidados na pessoa, considerando a sua singularidade, o contexto familiar e o ambiente em que se insere, favorecendo a maximização da funcionalidade e da qualidade de vida.

Em síntese, considero ter desenvolvido competências técnicas, científicas e humanas, sustentadas por uma sólida capacidade crítico-reflexiva, bem como competências ao nível do trabalho em equipa multidisciplinar e na adaptação a contextos clínicos complexos. Estas competências foram mobilizadas na prestação de cuidados à pessoa com alterações do foro neurológico, ortopédico e cardiorrespiratório, em diversos contextos da prática clínica.

As experiências vivenciadas contribuíram de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional, reforçando a importância da humanização dos cuidados, da prática baseada na evidência científica e do papel do enfermeiro especialista em

enfermagem de reabilitação na promoção da funcionalidade, da autonomia, da participação e da qualidade de vida das pessoas.

.

CONCLUSÃO

A realização do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação constituiu um percurso de elevado significado pessoal, académico e profissional, marcado pela consolidação de conhecimentos e competências especializadas e pela construção de uma identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos e a sua aplicação nos ENP proporcionou oportunidades diversificadas e relevantes de aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício especializado em enfermagem de reabilitação.

Ao longo de quase dois anos de formação, objetivou-se uma progressiva consolidação de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, indispensáveis à prestação de cuidados especializados, humanizados e baseados na evidência científica. Considera-se que os objetivos inicialmente definidos foram globalmente alcançados, nomeadamente no desenvolvimento de competências comuns e específicas como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, orientadas para o cuidado à pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, ao longo do ciclo vital, numa abordagem centrada na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida.

O desenvolvimento destas competências revelou-se essencial para a prestação de cuidados diferenciados, capaz de responder às necessidades crescentes da população, particularmente em contextos de maior complexidade clínica, reforçando a capacidade de avaliação, tomada de decisão clínica, implementação de programas de reabilitação e monitorização de ganhos em saúde.

A elaboração deste Relatório de Natureza Profissional constituiu igualmente uma oportunidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, permitindo analisar os contextos e experiências vivenciadas durante os ENP, identificar estratégias adaptativas perante os desafios encontrados e consolidar a construção de uma identidade profissional. Simultaneamente, reforçou a relevância da integração da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão clínica e na fundamentação das intervenções especializadas.

O desenvolvimento do trabalho de investigação, através da realização de uma *scoping review* sobre as intervenções do EEER à pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar, constituiu uma experiência simultaneamente desafiante e enriquecedora. Este processo permitiu aprofundar conhecimentos quer nesta área específica da enfermagem de reabilitação, quer ao nível da utilização da metodologia de investigação

científica, contribuindo para o desenvolvimento de competências na análise critica e síntese da evidência disponível.

Os resultados obtidos evidenciaram a importância de intervenções precoces, individualizadas e centradas na pessoa, integradas numa abordagem multidisciplinar e multimodal. Paralelamente, permitiram identificar os principais focos de atenção e intervenções desenvolvidas pelo EEER, destacando o seu contributo diferenciado na maximização da funcionalidade, na promoção da autonomia e na obtenção de ganhos em saúde da pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar.

Embora este trabalho de investigação tenha evidenciado o papel do EEER na recuperação funcional da pessoa com fratura do fémur em contexto hospitalar, reforçou igualmente a necessidade de continuar a investir na produção de evidência científica robusta que sustente e valorize o contributo destes profissionais nesta área específica, promovendo uma prática cada vez mais fundamentada e de excelência.

Apesar dos desafios inerentes a este percurso, designadamente a elevada carga horária, a conciliação entre as exigências académicas, profissionais e pessoais e a reduzida experiência inicial na área da investigação científica, estas dificuldades constituíram oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, reforçando competências de organização, gestão do tempo, resiliência e pensamento crítico.

Os conhecimentos e as competências adquiridos ao longo deste percurso revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento da prática clínica especializada, contribuindo igualmente para o aprofundamento e valorização da Enfermagem de Reabilitação enquanto disciplina científica e área diferenciada de cuidados. Paralelamente, esta experiência reforçou a minha identificação pessoal e profissional com esta especialidade, reconhecendo-a como a área que melhor se adequa aos meus valores, interesses e propósito enquanto enfermeira.

No futuro, pretendo integrar e mobilizar os conhecimentos e competências desenvolvidos no exercício da minha atividade profissional, quer enquanto enfermeira de cuidados gerais, quer como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Independentemente do contexto de atuação, procurarei prestar cuidados fundamentados na melhor evidência científica, centrados na pessoa e orientados para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida, com o propósito de contribuir positivamente para o percurso de recuperação de cada pessoa cuidada.

Em particular, ambiciono desenvolver o meu percurso profissional na área da Ortopedia, contexto onde reconheço um elevado potencial para a intervenção especializada em enfermagem de reabilitação e onde pretendo continuar a aprofundar conhecimentos e

competências, contribuindo para melhores resultados em saúde e para a maximização da independência funcional das pessoas.

Em síntese, considera-se que este percurso permitiu desenvolver as competências de mestre preconizadas para este nível de formação, traduzidas na capacidade de integrar conhecimento científico avançado, mobilizar pensamento crítico e reflexivo, fundamentar a prática na evidência científica e responder, de forma autónoma, ética e inovadora, aos desafios colocados nos mais diversificados contextos clínicos. Mais do que o desenvolvimento de competências técnicas, esta experiência consolidou uma forma de pensar e exercer enfermagem orientada para a excelência dos cuidados, para a melhoria contínua da qualidade da prática e para a produção de ganhos efetivos em saúde, reforçando o compromisso com o desenvolvimento futuro da Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, T., Sá, M., Nabais, A. (2023) A pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur – a intervenção do enfermeiro de reabilitação na prevenção do seu declínio. *Investigação Qualitativa em saúde, 18*. 4-14

Alves, S. F., Pina, M. F., & Barbosa, M. (2007). Epidemiologia das fracturas do fémur em Portugal: fracturas do colo do fémur versus fracturas de outras localizações não especificadas do fémur. *Arquivos de Medicina*, *21*(3-4), 77-81. ISSN 0871-3413

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. https://synthesismanual.jbi.globa

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Definição de estudos em direcção a um arcabouço metodológico. *International journal of social research methodology*. 8 (1), 19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Barreira, L.F. (2021) *Recomendações para o estágio e relatório da componente clinica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do titulo profissional de enfermeiro especialista.* Ordem dos Enfermeiros.

Bellaguarda, M. L. R., Tholl, A. D., Nitschke, R. G., Felisbino, J., Candemil, M. C., & Silva, M. R. (2025, janeiro 15*) Competências no cotidiano do cuidado em reabilitação: aprendizagem experiencial em enfermagem*. [comunicação oral]. Anais do congresso brasileiro de enfermagem de reabilitação*.*

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Quarteto https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito

Bernardino, S. P. & Rodrigues, C. S. (2025). Cuidador (in)formal no envelhecimento em Portugal: scoping review. *RIAGE - Revista ibero-americana de gerontologia*, *6,* 445 – 454. https://doi.org/10.61415/riage.270

Bhandari, M., & Swiontkowski, M. F. (2017). Management of acute hip fracture. *The New England Journal of Medicine,* 377(21), 2053–2062. Manejo da Fratura Aguda do Quadril | New England Journal of Medicine

Borges, A. (2015). Resultados da implementação de *um programa de reabilitação em utentes submetidos a cirurgia ortopédica* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança] Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Bragança. Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho

Branco, T., Sanches, A., Ramalho, C. & Silva, F. (2025). The therapeutic relationship in rehabilitation nursing: promotion of culturally sensitive environments in the community context. Community and interculturality. *Dialogue. 5* (157) 10.56294/cid2025157

Cardoso, S.V., Fernandes, S.R., & Tomás, M.T. (2024). Therapeutic importance of exercise in neuroplasticity in adults with neurological pathology: systematic review. *International Journal of Exercise Science, 17*(1), 1105–1119. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39257645/

Carmona, A. P. R., Quaresma, M. da G., & Lucas, P. (2021). Enfermeiro gestor de caso na promoção da prevenção da violência doméstica: Revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research, 8*, 106–113. https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (23),* 63-72

Cunha, C. M. S. L. M., Vieira, I. F. G. F.F., & Macedo, A. P. M. C. (2018). A construção de competências profissionais no contexto do estágio em enfermagem. *Campo Abierto, 37*(1), 93–106 content

Costa, J. A. T., Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., Varino, C., Lucas, R., Rodrigues, A., & Araújo, D. (2009). Mortality and functional impairment after hip fracture: A prospective study in a Portuguese population. *Acta Reumatológica Portuguesa, 34(*4), 618–626 Mortalidade e comprometimento funcional após fratura do quadril - um estudo prospectivo em população portuguesa - PubMed

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República*,* 1.ª série (60), 2242–2257. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 (PNSD 2021–2026). Diário da República*, 2.ª série* (187), 96–103. https://diariodarepublica.pt

Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de intervenções” para a prevenção de infeção do local cirúrgico (Norma n.º 020/2015, de 15 de dezembro, atualizada em 17 de novembro de 2022). Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-

saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (Norma n.º 008/2019, de 9 de dezembro). Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt

Figueiredo, L., Ferreira, A.R., Vidal, B., Martins, M., & Condeço, L. (2023). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Servir*, *2*(1e), 69. https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31614

Freire, N.P., Cunha, I.C.K.O., & Lourenção, L.G. (2026). Enfermagem digital: da desinformação ao protagonismo na saúde pública. *Investigación y Educación en Enfermería, 44*(1), e12. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v44n1e12

Goh, E.L., Png, M.E., Metcalfe, D., Achten, J., Appelbe, D., Griffin, X.L., Cook, J.A., Costa, M.L., & WHiTE Investigators. (2026). The utilisation and cost of social care after hip fracture: A prospective observational cohort study. *Age and Ageing*, *55*(1), afaf358. https://doi.org/10.1093/ageing/afaf358

Henriques, H.R. (2025) Enfermeiro gestor de caso: uma resposta em contextos de cronicidade complexa. *Pensar enfermagem*. *29*(1), 1-4, https://doi.org/10.71861/pensarenf.v29i1.472.

Instituto da Segurança Social (2026) *Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI) (nº 37). ISS N37-RNCCI-OK_Mo4QbUA-SBjlP2btbYA.pdf

Instituto da Segurança Social. (2023). *Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*. ISS https://www.seg-social.pt

Instituto Nacional de Estatística (2022). *O que nos dizem os Censos sobre as dificuldades sentidas pelas pessoas com incapacidade* [Relatório]. INE. https://www.ine.pt/xurl/pub/66200373

Kuroda, Y., Young, M., Shoman, H., Punnoose, A., Norrish, A. R., & Khanduja, V. (2020). Advanced rehabilitation technology in orthopaedics — a narrative review. Interna*tional Orthopaedics*, 45, 1933–1940. https://doi.org/10.1007/s00264-020-04814-4

Labaste, F. Delort, F., Ferré, F., Bounes, F., Reina, N., Valet, P., Dray, C. & Minville, V. (2023). Delírium pós-operatório é um fator de risco para institucionalização após

fratura do quadril: um estudo observacional de coorte. *Frontiers in Medicine, 10,* 1165734. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1165734

Laires, P.A., Perelman, J., Consciência, J.G., Monteiro, J. &, Branco, J.C. (2015). Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatológica Portuguesa. 40*. 223-230 http://hdl.handle.net/10362/21964

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108

Martins, M.M. (2021). Afinal, o que nos diferencia dos outros enfermeiros e dos outros profissionais? *Revista portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *4*(1), 4-5, https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.181

Martins, M., Marinho, D., Cunha, D.J. & Rocha, I. (2025). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na sobrecarga do familiar cuidador: Scoping Review. *Revista portuguesa de Enfermagem De Reabilitação*, *8*(2), e36735. https://doi.org/10.33194/rper.2025.36735

Martins, M.M.C. & Fernandes, P.F.C. (2010). *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. [Relatório técnico/cientifico] Repositório aberto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco. http://hdl.handle.net/10400.11/1731

Matos, M.D.F.G. & Simões, J.A.G. (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

Menoita, E.C.P., Sousa, L.M.M., Pão-Alvo, I. & Marques-Vieira, C.M.A. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

Mendes, M.E.R, Santos, L., Preto, L., & Azevedo, A. (2023). Declínio funcional em idosos durante a hospitalização. *Revista portuguesa de Enfermagem De Reabilitação*, *6*(2). https://doi.org/10.33194/rper.2023.347

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K.H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, *23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Melin, C.F.F. & Gouveia, R.B. (2025) A qualidade dos cuidados: Perceção dos enfermeiros de reabilitação em serviços de internamento. *Revista de Enfermagem Referência. 6*(4) **http://hdl.handle.net/10400.26/58565**

Montero-Odasso, M., *et al*. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. *Age and Ageing*, *51*(9), https://doi.org/10.1093/ageing/afac205

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Hip fracture: management* (CG124). https://www.nice.org.uk/guidance/cg124

Negrini, S., Kiekens, C., Bernetti, A., Capecci, M., Ceravolo, M.G., Lavezzi, S., Zampolini, R. & Boldrini, P. (2021). Telemedicine from research to practice during the pandemic: "Instant paper from the field" on rehabilitation answers to the COVID-19 emergency. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 56*(3), 327–330. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06331-5

O'Brien, M.W., Mallery, K., Rockwood, K. & Theou, O. (2023). Impacto da hospitalização na capacidade dos pacientes de realizar as atividades básicas do dia a dia. *Canadian Geriatrics Journal*, *26*(4), 524–529. https://doi.org/10.5770/cgj.26.664

Organização Mundial de Saúde (2001) *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. https://www.who.int/classifications/icf/en/

Organização Mundial de Saúde (2017) *Reabilitação 2030: Um chamado à ação* https://www.who.int/

Organização Mundial de Saúde (2023). *Package of interventions for rehabilitation: Module 2 – Musculoskeletal conditions*. https://www.who.int/

Organização Mundial de Saúde (2024) Fraturas de fragilidade [Fichas informativas] Fraturas de fragilidade

Organização Mundial de Saúde (2024a). *Índice de bem-estar OMS (WHO-5)*. https://www.who.int/

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos da OE, série 1-nº 7

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem do Enfermeiros (2015a) *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.* Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória.* Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2.ª série* (26), 6 de fevereiro de 2019. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 329/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República, 2.ª série* (85), 3 de maio de 2019. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República, 2.ª série* (184). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (2006) *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. UNESCO https://unesdoc.unesco.org/

Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds*.), JBI manual for evidence synthesis.* Joanna Briggs Institute. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Petronilho, F. (2009). "Produção de indicadores de qualidade: A enfermagem que queremos evidenciar", *Revista Sinais Vitais*, *82,* 35-43. https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/63461

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Formasau.

Petronilho, F.A.S., Magalhães, M.M.A., Machado, M.M.P., & Miguel, M. N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, 88, 41–47. https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referencia, Série IV (*11). 121-132 http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Pina, M.F., Alves, S.M., Barbosa, M., & Barros, H. (2008 Hip fractures clustered in space: An epidemiological analysis in Portugal. *Osteoporosis International, 19*(12), 1797–1804. https://doi.org/10.1007/s00198-008-0623-1

Pol, T.A.S., Vargas, C.P., Martins, M.M.F.P., Figueiredo, K.C. & Schoeller, S.D. (2025) A contribuição do enfermeiro de reabilitação para a segurança do doente: Estudo de casos múltiplos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 8(1) https://revistas.rcaap.pt/rper/article/view/35651

PORDATA. (2025). *Índice de envelhecimento segundo os censos: Total e por sexo.* Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://www.pordata.pt/

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

Ribeiro, M.P., Oliveira, F.D.B., Rodrigues, M.F.R., Alves, M.A.S., Silva, C.F., Prazeres, V.M.P., Ribeiro, O.M.P.L., Jesus, M.M.G.R.B. (2021) Enfermagem de Reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2(37) 47-51 enfermagem_DEZ2021.pdf

Ribeiro, O.M.P.L. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (1.ª ed.). Lidel

Sawada, N.O., Fava, S.M.C.L. & Carvalho, B.M.P. (2023) Cronicidade no século XXI: enfrentando os desafios de uma sociedade em transformação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 76(4). https://doi.org/10.1590/0034-7167.2023760401pt

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., Pinto, R. (2018). Tendências epidemiológicas das fraturas do fêmur proximal na população idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. *31*(10). https://doi.org/10.20344/amp.10464

Silva, J.L.P., Alves, D.P.L., Figueiredo, S.D.C., Ricioli Junior, W., Queiroz, M.C. & Polesello, G.C. (2024). Validação da versão portuguesa do questionário modificado de pontuação de Harris Hip (HHSmBr). *Revista Brasileira de Ortopedia*, *59*(6), e944–e949. https://doi.org/10.1055/s-0044-1792113

Silveira A, Gonçalves A, Catalão C, Spínola C, Pimentel F, Soares L, Tapadinhas, M, Tomás MT. (2003) *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica*. http://hdl.handle.net/10400.21/683

Sistema Nacional de Saúde (2026) *Testamento Vital*. SNS. https://www.sns24.gov.pt/tema/testamento-vital/

Sousa, C. & Carvalho, R. (2016). Educação para a saúde no período pré-operatório: Intervenções de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 2*(10), 45–52. https://doi.org/10.37914/riis.v2i10.302

Sousa, L & Carvalho, M.L. (2017) Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (421-331). Lusodidacta.

Sousa, M.H.A., & Figueiredo, A.S. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998). Um estudo bibliométrico. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(8), 1–6. https://doi.org/10.12707/RV20173

Sousa, L., Albuquerque, G., Guerra, N., Severino, S., & Faleiros, F. (2025). Transformação e liderança na enfermagem de reabilitação: Impulsionando o cuidado centrado na pessoa a partir de uma perspetiva académica. *SAP Nursing Depths, 4*(418). https://doi.org/10.56294/nds2025418

Sousa, L., Martins, M., Novo, A. (2020). A Enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *3* (1), 64-69. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Spruit, M.A., Singh, S.J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A.E., Lareau, S.C., Man, W. D.-C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F.M.E., Casaburi, R., Vercoulen, J.H., Vogiatzis, I., Wouters, E.F.M. (2013). An official American thoracic

society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *188*(8), 13–64. https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST

Stefanacci, R.G., & Wilkinson, J.R. (2025). Quedas em idosos. In *Manual MSD: Versão para profissionais de saúde*. Merck & Co. https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/geriatria/quedas-em-idosos/quedas-em-idosos

Ventura-Silva, J.M.A., Martins, M.M.F.P.S., Trindade, L.L., Ribeiro, O. & Ribeiro, M.I.B. (2021) O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa óptica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 4* (2). https://doi.org/10.33194/rper.2021.73

Vieira, M.M. (2002). *Relação de ajuda em enfermagem*. Climepsi Editores.

Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3º ed). Edições Sílabo, Lda.

Yan, W., Lin, Y., Chen, Y.-F., Wang, Y., Wang, J. & Zhang, M. (2025). Enhancing neuroplasticity for post-stroke motor recovery: Mechanisms, models, and neurotechnology. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering, 33*, 1156–1168. https://doi.org/10.1109/TNSRE.2025.3551753

Zangão, M.O.B., Poeira, A.F.D, Bilro, P.C.V. & Sousa, L.M.M. (Orgs.). (2024). *Gestão em enfermagem baseada em evidências: Prática, procedimentos e intervenções.* Editora Científica Digital. https://doi.org/10.37885/978-65-5360-676-0

Zheng, H., Chen, C., Zhang, Y., et al. (2022). Effects of preoperative rehabilitation on outcomes after joint arthroplasty: A systematic review. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 17,* 1–10. https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2670

APÊNDICES

APÊNDICE I – POSTER DO DIA DO ENFERMEIRO

18 Outubro

Dia do Enfermeiro de Reabilitação

Caminhamos juntos para chegar mais longe

Hoje celebramos os enfermeiros que dedicam a sua prática à reabilitação, à recuperação e à autonomia.

ULS BARCELOS ESPOSENDE

APÊNDICE II – GUIÃO PARA A AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nome:_____idade:__ Adm__/__ diagnóstico_____	AP:_____ _____ cuidador_____

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura dos olhos		
Resposta verbal		
Resposta motora		

Cognição/data		
neglet		
humor		
outros		

Minimental score	Status Cognitivo		
24 a 30	Nenhum comprometimento		
19 a 23	Comprometimento leve		
11 a 18	Comprometimento moderado		
0 a 10	Comprometimento severo		

Linguagem					
Sem alterações					
Disartria					
D	**C**	**R**	**Tipo de Afasia**		
F	N	N	Anómica		
F	N	P	Condução		
F	P	N	Transcortica Sensorial		
F	P	P	Wernicke		
NF	N	N	Transcortical Motora		
NF	N	P	Broca		
NF	P	N	Transcortical Mista		
NF	P	P	Global		

D = Discurso; C = Compreensão; R = Repetição;

F = Fluente; NF = Não Fluente; N = Normal;

sensibilidade topologia	Tátil		térmica		dolorosa		Próprio ceptiva	
Membro Superior	D	E	D	E	D	E	D	E
Membro inferior	D	E	D	E	D	E	D	E
SINALIZAR COM + OU -								

Coordenação Sem alterações ☐ com alterações ☐

_____

Escal força muscular	articulação	movimento	D	E	D	E
0- Ausência de contração 1- Esboço de contração visível ou palpável, mas sem movimento 2- movimento sem gravidade 3- Movimento contra a gravidade, sem resistência 4- movimento contra gravidade e resistência 5- Força normal	Cabeça	Flexão				
		Extensão				
	ombro	Flexão				
		Extensão				
	cotovelo	Flexão				
		Extensão				
	punho	Flexão				
		Extensão				
	Metocarpofalangeas	Flexão				
		Extensão				
	anca	Flexão				
		Extensão				
	joelho	Flexão				
		Extensão				
	tornozelo	Dorsiflexão				
		Flexão plantar				

Espasticidade (escala de Ashworth)			
Nenhum aumento do tónus muscular	1		
Discreto aumento do tónus	2		
Maior aumento do tónus com flexão fácil	3		
Considerável aumento do tónus com dificuldade na flexão	4		
Rigidez	5		

ELIMINAÇÃO				
Intestinal	Normal		
	Incontinente de esforço		
	Incontinente		
Vesical	Normal		
	Incontinente de esforço		
	Incontinente		

Potencial para adquirir conhecimentos ☐ capacidade ☐

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS			
Pares Cranianos			
I - Olfativo	• Sem alterações □ com alterações □		
II - Ótico	• Avaliar os campos visuais nos 4 quadrantes. • tapar um olho de cada vez e seguir o dedo num movimento da esquerda para a direita (hemianopsia à direita ou à esquerda)		
III –Oculomotor IV – Troclear VI - Abducente	• Avaliar os olhos reflexo pupilar: Disocoria □ Isocoria□ Anisocoria□ • Pedir ao utente que siga o nosso dedo e desenhar um H Diplopia □nistagmo □ ptose □		
V - Trigémeo	• Avaliar a reação à dor, tato e temperatura da face, boca, língua. Sem alterações □ com alterações □ • Tocar a córnea e observar se o piscar do olho é imediato□ demorado □ ausente□		
VII - Facial	• Avaliar a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano _____ • desvio da comissura labial□ se consegue manter a saliva _____ alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado____ • Pedir para franzir o sobrolho e fechar os olhos com força e verificar se existe fenda palpebral_____		
VIII - Vestibulococlear	• Avaliar a audição direita □ esquerda □ • Equilíbrio sentado□ ortostático□ dinâmico□ • Alterações _____		
IX- glossofaríngeo X- vago XII- hipoglosso	• Alterações na voz _____ • Avaliar o reflexo de vómito □ • Avaliar paladar: sabores doces □ (1/3 posterior da língua) salgados □ • movimento da língua conservado □desvio _____ • Úvula central □ desvio___acumulação saliva__ Deglutição: sem alterações □ com alterações □		
XI – Acessório	• Lateralizar a cabeça contra a resistência: sem alterações □ com alterações _____ • Elevar os ombros□ contra resistência□_____		

Índice Tinetti		
Escala de avaliação do equilíbrio (16)		
Valoração da marcha (12)		
Total (28)		

Outras		
Escala Morse (0-25-50-)		
Escala de Braden		

Indice Barthel (0-5)		
Higiene pessoal		
banho		
alimentação		
WC		
Subir escadas		
Vestuários		
Controle esfincteres		
deambular		
Cadeira de rodas		
Transferência cadeira/cama		
total		

Escala Guss (0-20)		
Secção 1		
Secção 2		
total		

Enfermeiro/data: _____

APÊNDICE III – PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A UM DOENTE COM AVC

Programa de Reabilitação para um doente com AVC

Recolha de dados inicial:

Pessoa com 62 anos com AVC hemorrágico de etiologia hipertensiva.

Antecedentes: HTA, DRC seguido em consulta de nefrologia, ex fumador.

Consciente, orientado e colaborante. Ainda sem iniciar levante; Convulsão no dia anterior, fez TAC, sem aparentes alterações imagiológicas ou motorosensitivas de novo;

Refere trabalhar na construção civil, previamente autónomo, reside com a esposa.

Na avaliação neurológica: ligeira disartria mas discurso compreensível; HPF esquerda ligeira, hemiparesia esquerda com predomínio proximal e no MS, sem alteração das amplitudes articulares, hipostesia ligeira; Tónus muscular normal. Ligeira dismetria na prova dedo nariz. Continente de esfíncteres, usa urinol/sanitário.

1/10: Equilíbrio sentado conservado, em ortostatismo apresenta equilíbrio alterado. Teve uma queda do leito durante a noite.

	29/9	**1/10**	**6/10**
ECG	15	15	15
Barthel (0dep- 100 ind)	40	60	75
Dor (EAN)	3 (cefaleia)	1	0
E morse «25-50»	60	75	75
Força muscular MS esq	3	3	4
Força muscular MI esq	4	4	4
E Tinetti equilíbrio (16)	_	6	8
E Tinetti marcha(12)	_	5	5
Tinetti total (16)	_	11	13
E Espasticidade Ashworth	0	0	0
Who-5			52% (qualidade de vida percepcionada)

Programa reabilitação desenvolvido segundo a metodologia FITVP:

- EMA ativos assistidos »resistidos com bandas elásticas, halters e caneleira (0,5kg para 1 Kg) durante cerca de 20 min/dia acompanhado por EEER
- Exercícios musculares faciais com recurso a espelho e esquema de imagens impresso (5x cada exercício/dia)

- Treino de autocuidado para promover a autonomia, estratégias adaptativas» banho sentado, apoios na zona de circulação, roupa e calçado adequado e de fácil uso; sugestão de adaptação domiciliar (chuveiro- incentivado colocação suporte de barras ou banco)
- Treino de equilíbrio: estático e dinâmico, treino de levante, associado a reforço muscular e treino de marcha com base alargada, contorno de obstáculos, apoio unipodal, uso de auxiliar de marcha
- Controlo postural: reforço/treino em frente a espelho quadriculado
- Marcha: acompanhado por pessoa » auxiliar de marcha- tripé
- Prevenção de complicações: risco de queda (ambiente físico, vestuário e calçado adequado, auxiliares de marcha/ apoio ou supervisão de pessoas); envolvimento da parte afetada nas AVD (ex pentear, uso de talheres); treino de escadas apoiado/com auxiliar de marcha

Cuidadora (6/10)- esposa D Fernanda

- Estratégias de promoção da autonomia,
- prevenção de complicações, apoio emocional
- adaptação ambiente domiciliar,
- qualidade de vida (atividades de lazer e reintegração sociofamiliar entre outras),
- recursos e ajudas técnicas (Unidade de Convalescença, aquisição de auxiliares de marcha, legislação, …)

Teve alta para Unidade de Convalescença para continuidade do processo reabilitativo.

APÊNDICE IV – TEXTO PARA UM EBOOK SOBRE AVC

Acidente vascular cerebral (AVC)

O que é um AVC?

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença súbita que resulta de diferentes fenómenos que afetam a normal circulação cerebral e consequentemente, uma ou várias zonas do cérebro ficam lesadas ou morrem. A pessoa apresenta sinais clínicos focais ou generalizados e sintomatologia que permanece durante mais de 24h.

O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal, afetando cerca de 25 mil pessoas por ano, com uma média de três novos casos por hora (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2023)

Tipos de AVC:

AVC isquémico: quando existe obstrução total ou parcial do fluxo sanguíneo

AVC hemorrágico: quando uma artéria cerebral rompe e existe sangramento

O que causa um AVC?

Existem causas não modificáveis como a idade ou características físicas/químicas individuais, mas, a maior parte dos fatores de risco são modificáveis, tornando o AVC uma doença prevenível:

- HTA não controlada
- Tabagismo

- Maus hábitos alimentares/obesidade
- Stress psicossocial
- dislipidemia
- Sedentarismo
- Diabetes mellitus

Como saber se a pessoa está a ter um AVC?

O rápido reconhecimento dos sintomas é fundamental para iniciar o tratamento adequado e evitar complicações mais graves e permanentes do AVC.

Face – peça para sorrir e verifique se tem assimetrias na face

Abrace – peça para levantar ambos os braços e verifique se o movimento é igual

Speech (discurso)– avalie se o discurso é normal e coerente, se há dificuldade em falar ou compreender a conversa

Time (tempo)- Se alguns destes sintomas estiver presente, a rapidez na chamada por ajuda é essencial. **Ligue 112, Número Europeu de Emergência.**

O AVC tem tratamento?

O tratamento e prevenção de nova ocorrência depende do tipo de AVC (isquémico ou hemorrágico) e da parte cerebral que sofreu lesões.

No AVC isquémico pode passar pela toma de medicamentos para dissolver a obstrução da artéria e restabelecer a circulação (trombolititos ou fibrinolíticos); cateterismo para realizar trombectomia mecânica ou outro tipo de cirurgia

No AVC hemorrágico pode envolver uma cirurgia para controlar a hemorragia e a toma de medicamentos adjuvantes.

Além do tratamento dirigido à causa, o controle dos fatores de risco evidenciados e a iniciação precoce de um programa de reabilitação são fundamentais para recuperar as capacidades e minimizar as sequelas.

Que complicações pode trazer um AVC?

As complicações que decorrem de um AVC variam conforme a área cerebral afetada e podem afetar diferentes funções cognitivas, motoras, sensitivas e ou funcionais. As mais comuns referem-se a:

- ✓ Défice ou ausência total de força num membro ou num hemicorpo
- ✓ Défice na comunicação por alterações na linguagem, na articulação das palavras e/ou na compreensão do discurso
- ✓ Alterações cognitivas desde perda de memoria, labilidade emocional, depressão ou agnosia (incapacidade de reconhecimento de objetos, partes do corpo ou pessoas)
- ✓ Alterações ou incapacidade na deglutição
- ✓ Alterações no equilíbrio e/ou na marcha
- ✓ Dependência nas atividades de vida diária
- ✓ Deficiência e/ou morte

Para que serve a reabilitação após o AVC?

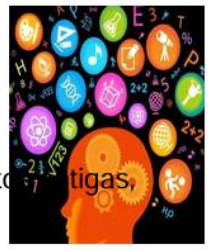
Muitas vezes, um AVC deixa sequelas e um programa de reabilitação adequado permite recuperar capacidades perdidas e/ou adotar estratégias para facilitar a funcionalidade, a autonomia e a reintegração sociofamiliar da pessoa. O programa deve ser personalizado e ajustado a expectativas ou necessidades da pessoa/família sendo o enfermeiro de reabilitação elemento fundamental na equipa multidisciplinar. Esta assume um papel de destaque na transição do hospital para o ambiente domiciliar, articulando recursos e as

ajudas técnicas/humanas necessária para a manutenção da qualidade de vida da pessoa e do cuidador.

Assim, um programa de reabilitação pode implicar:

- ✓ reaprendizagem de atividades, como por exemplo, comer, fazer a higiene pessoal, escrever
- ✓ estimulação da execução de movimentos perdidos com treino de força muscular e articular
- ✓ terapia da fala
- ✓ treino de deglutição e adaptação alimentar/nutricional
- ✓ adaptação do ambiente doméstico
- ✓ reintegração social
- ✓ tratamentos ao nível da saúde mental
- ✓ entre outros

Aspetos importantes se cuida de alguém com um AVC



Seja paciente, cada pessoa tem o seu tempo de recuperação;

Estimule cognitivamente com atividades lúdicas, jogos de memoria, fotos antigas, atividades de lazer e momentos de convívio, entre outros.

Promova a sua autonomia e segurança, ajustando o ambiente e recorrendo a estratégias adaptativas na alimentação, no banho e higiene pessoal, no vestir-se e arranjar-se, no transferir e/ou na marcha, para garantir a independência funcional e a autoestima da pessoa

Previna complicações decorrentes de sequelas do AVC, como a espasticidade (espasticidade é o aumento da resistência muscular ao movimento) através do posicionamento correto da pessoa:

Promova a sua reintegração sociofamiliar incluindo-a pessoa nas rotinas diárias e festivas.

Mantenha a adesão ao programa de reabilitação da pessoa, a redução dos factores de risco e o controle das patologias diagnosticadas

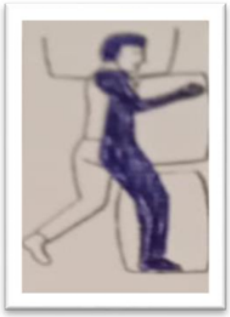
Procure a ajuda necessária para melhor cuidar e para evitar a sua sobrecarga

POSICIONAMENTOS DA PESSOA COM AVC

<u>Deitado sobre o lado afectado:</u>
Libertar o braço afectado,
Estende-lo com a mão aberta e para cima;
Trazer o ombro para a frente;
Dobrar a perna não afetada e apoia-la numa almofada;
Perna afetada fletida

Deitado sobre o lado não afetado:

Trazer o ombro do braço afetado para a frente;
Estender o braço, apoiar numa almofada e abrir a mão;
Apoiar a perna afetada fletida numa almofada.



Semi-sentado na cama:
Almofada atrás das costas;
Apoiar o cotovelo do lado afetado numa almofada;
Esticar o braço e a mão afetadas;
Fletir ligeiramente a perna afetada com uma almofada debaixo do joelho

Sentado numa cadeira de rodas/sofá:
Ficar bem sentado com costas direitas;
Apoiar o braço afetado numa almofada/tabuleiro;
Manter braço e mão afetada estendido;
Pés bem apoiados no chão/pedais

Autores
Carla Lamela, EEER Medicina piso 5
Marlene Oliveira, EEER Medicina piso 5
Sandra Cruz, Enfermeira Especialidades Cirúrgicas
Sandra Miranda, EEER Medicina piso 5

Bibliografia: Site SNS; SPAVC, associação AVC