Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Fundamentação Científica para um Programa de Reabilitação do Pavimento Pélvico na Pessoa Idosa com incontinência urinária- Uma *Scoping Review*

Juliana Madalena Faria Campinho

Junho, 2026

Escola Superior de Saúde

Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Juliana Madalena Faria Campinho

Estágio de Natureza Profissional Com Relatório Final

Fundamentação Científica para um Programa de Reabilitação do Pavimento Pélvico na Pessoa Idosa com incontinência urinária- Uma *Scoping Review*

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho sob orientação da Professora Doutora Maria Salomé Ferreira

Junho 2026

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi uma jornada marcada por desafios, superações e momentos em que duvidei da minha própria capacidade. Entre a exigência do curso, as longas distâncias percorridas e as minhas próprias limitações, houve dias em que o caminho pareceu demasiado difícil. Ainda assim, persisti. Hoje, ao olhar para trás, vejo o quanto cresci, o quanto aprendi e o quão longe consegui chegar, sentindo um enorme orgulho nesta conquista.

Ao meu marido, pela paciência, pelo amor, pelo carinho e pelo apoio incondicional nesta jornada e pelo seu companheirismo em cada etapa deste percurso.

Aos meus pais pelo pilar essencial que foram, pela motivação e ajuda todos os dias e em todo o meu percurso de vida.

Às minhas amigas, que foram os meus pilares de força ao longo desta jornada, não posso agradecer o suficiente. O vosso amor inabalável, apoio e crença no meu sucesso têm sido uma fonte constante de motivação.

Aos meus tutores e orientadores pelo apoio e ensinamentos em cada estágio e pelos ensinamentos que me ajudaram a crescer.

Gostaria ainda de agradecer a todos os que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste Curso. O vosso apoio, seja grande ou pequeno, fez a diferença e fico profundamente agradecida.

Por tudo o que fizeram por mim: Muito Obrigado!

PENSAMENTO

“Existe uma coisa que uma longa existência me ensinou: toda a nossa ciência, comparada à realidade, é primitiva e inocente; e portanto, é o que temos de mais valioso”

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e descreve o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de mestre, adquiridas nos diferentes contextos de ensino clínico.

Objetivos: Descrever e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido e apresentar a scoping review realizada sobre os efeitos da reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e na qualidade de vida da pessoa idosa.

Metodologia: O relatório assenta numa metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva. A componente investigativa consistiu numa scoping review desenvolvida de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute e reportada segundo as orientações PRISMA-ScR.

Resultados: Foram desenvolvidas competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos de estágio. A scoping review incluiu quatro estudos, cujos resultados evidenciaram benefícios da reabilitação do pavimento pélvico na redução da incontinência urinária e na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Conclusão: O estágio contribuiu para a consolidação de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação. A evidência identificada sugere que a reabilitação do pavimento pélvico constitui uma intervenção benéfica na gestão da incontinência urinária e na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.

Palavras Chave: Enfermagem de Reabilitação; Pessoa Idosa; Incontinência Urinária; Reabilitação do Pavimento Pélvico; Qualidade de Vida; Scoping Review.

ABSTRACT

Introduction: This report was developed within the scope of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing and describes the development of the common competencies of the Specialist Nurse, the specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist, and the master's competencies acquired throughout the different clinical training placements.

Objectives: To describe and critically reflect on the learning pathway developed during the clinical placements and to present the scoping review conducted on the effects of pelvic floor rehabilitation on urinary incontinence and quality of life in older adults.

Methodology: The report is based on a descriptive, analytical, and critical-reflective methodology. The research component consisted of a scoping review conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology and reported following the PRISMA-ScR guidelines.

Results: Specialized competencies in Rehabilitation Nursing were developed throughout the different clinical placements. The scoping review included four studies, whose findings demonstrated the benefits of pelvic floor rehabilitation in reducing urinary incontinence and improving the quality of life of older adults.

Conclusion: The clinical placements contributed to the consolidation of specialized competencies in Rehabilitation Nursing. The evidence identified suggests that pelvic floor rehabilitation is a beneficial intervention for the management of urinary incontinence and the promotion of quality of life in older adults.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Older Adults; Urinary Incontinence; Pelvic Floor Rehabilitation; Quality of Life; Scoping Review

ACRÓNIMOS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

GUSS- Modified Medical Research Council (mMRC)

JBI – Joanna Briggs Institute

OSF – Open Science Framework

PFMT – Pelvic Floor Muscle Training

PRISMA-ScR – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CPM – Continuous Passive Motion

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE- Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ICS – International Continence Society

IU – Incontinência Urinária

MIIQ – Modified Incontinence Impact Questionnaire

MOS SF-36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey

PCC – População, Conceito e Contexto

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TMAP – Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UC – Unidade de Convalescença

ULSPVVC – Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS 2
PENSAMENTO 3
RESUMO 5
ABSTRACT 6
ACRÓNIMOS vii
SIGLAS vii
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS 5
INTRODUÇÃO 6
PARTE 1- COMPONENTE DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL ... 9
1. PERCURSO FORMATIVO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO 9
1.1. Prática clínica em contexto cardiorrespiratório 10
1.2. Prática clínica em contexto neurológico e neurotraumatológico 12
1.3. Prática clínica em contexto orto traumatológico e reumatológico 15
1.4. Prática clínica em contexto comunitário 19
2. DA PRÁTICA CLÍNICA AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 21
2.1. Referenciais teóricos 22
2.2. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista 25
2.2.1. Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal 26
2.2.2. Domínio da melhoria Continua da Qualidade 28
2.2.3. Domínio da Gestão de Cuidados 31
2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais 33
2.3. Desenvolvimento de competências específicas do EEER 34
2.2.1. Cuidar de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados 35
2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção do exercício da cidadania 40
2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa 45
PARTE 2- COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 50
RESUMO 51
ABSTRACT 52
1. INTRODUÇÃO 53
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 56

3. METODOLOGIA 60
4.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 67
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 76
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO 80
7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO EM ENFERMAGEM E FORMAÇÃO 82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 87
APÊNDICES 101
APENDICE I- PANFLETO REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA ... 102
APENDICE II- PROCEDIMENTO REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA 105
APENDICE III- GUIA ENTREVISTA RÁDIO LOCAL 118
APENDICE IV- PANFLETO REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA- CONTEXTO COMUNITÁRIO 122
APENDICE V- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA- COMUNIDADE 125
APENDICE VI- GUIA DE AVALIAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO 139
APENDICE VII- ESTRATÉGIAS DE PESQUISA 142

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figuras

Figura 1- Fluxograma de identificação, seleção, inclusão dos estudos……..62

Figura 2 – Síntese das categorias emergentes relativas às intervenções de reabilitação do pavimento pélvico e respetivos efeitos na pessoa idosa com incontinência urinária……..72

Tabelas

Tabela 1- Modelo PCC e termos de pesquisa…….59

Tabela 2- Identificação dos estudos selecionados……..66

Tabela 3- Categorias emergentes da análise dos estudos incluídos……71

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este documento tem como finalidade refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo da prática clínica em Enfermagem de Reabilitação, materializando a organização e sistematização do percurso formativo realizado no âmbito do estágio, em consonância com os objetivos específicos definidos para o curso de mestrado. Adicionalmente, integra a componente investigativa desenvolvida, correspondente à realização de uma *scoping review* sobre os efeitos da reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e qualidade de vida da pessoa idosa.

O envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios em saúde pública, estando associado a alterações fisiológicas e funcionais que podem comprometer a autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa. Entre estas alterações destacam-se as disfunções do pavimento pélvico, particularmente a incontinência urinária, condição de elevada prevalência e impacto significativo nas dimensões física, psicológica e social da vida quotidiana. A literatura demonstra que a incontinência urinária se associa à diminuição da participação social, isolamento, redução da autoestima e aumento do risco de dependência funcional, comprometendo significativamente a qualidade de vida desta população (World Health Organization [WHO], 2015; Dumoulin et al., 2018).

A reabilitação do pavimento pélvico surge como uma abordagem conservadora de primeira linha, amplamente recomendada pelas orientações internacionais, baseada no treino muscular específico, educação para a saúde e capacitação da pessoa para a autogestão da sua condição. A evidência científica demonstra que o treino dos músculos do pavimento pélvico pode melhorar o controlo urinário, reduzir a sintomatologia e contribuir para ganhos significativos na funcionalidade e qualidade de vida, particularmente quando adaptado às características da pessoa idosa (Dumoulin et al., 2018; Abrams et al., 2017). Neste contexto, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume especial relevância na implementação de programas individualizados, centrados na pessoa e orientados para a promoção da autonomia.

Neste enquadramento, importa salientar que o desenvolvimento do presente relatório se ancora no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019), que define como missão central do EEER a promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital, em diferentes contextos de saúde. Esta orientação normativa reforça a pertinência da articulação entre a componente clínica e a componente investigativa, particularmente em áreas relevantes para a prática da Enfermagem de Reabilitação, como a incontinência urinária e a reabilitação pélvica.

Posto isto, o principal objetivo deste relatório consiste em apresentar uma análise crítica do percurso desenvolvido durante o estágio, evidenciando de que forma a articulação entre prática clínica e referenciais teóricos contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

Como objetivos específicos, definiram-se:

• Caracterizar os diferentes contextos clínicos onde decorreu o estágio, evidenciando desafios, oportunidades e especificidades de cada ambiente;
• Avaliar criticamente as experiências vivenciadas, considerando o seu impacto no desenvolvimento pessoal e profissional, sustentado pela evidência científica e enquadramento nas competências comuns e específicas do EEER;
• Evidenciar a integração dos conhecimentos e competências de investigação, demonstrando a articulação entre prática clínica e produção de conhecimento científico relevante para o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação.

O relatório encontra-se organizado em duas partes interdependentes. A primeira corresponde à componente de estágio, integrando a descrição dos contextos clínicos, referenciais teóricos e análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. A segunda corresponde à componente de investigação, incluindo enquadramento teórico, metodologia, apresentação dos resultados e respetiva discussão.

A elaboração deste documento respeitou as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos, bem como as normas para citações e referências bibliográficas segundo a *American Psychological Association* (7.ª edição).

PARTE 1- COMPONENTE DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1. PERCURSO FORMATIVO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO

A Enfermagem de Reabilitação assume um papel central nos contextos clínicos contemporâneos, respondendo à crescente complexidade das necessidades em saúde através de uma prática especializada, sustentada no pensamento crítico, na evidência científica e na centralidade da pessoa.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, os diferentes contextos clínicos constituíram espaços privilegiados de aprendizagem e reflexão, permitindo a articulação entre o conhecimento teórico e a prática assistencial. A reflexão sobre estas experiências contribuiu para a consolidação de competências avançadas e para a construção da identidade profissional especializada, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

1.1. Prática clínica em contexto cardiorrespiratório

A prática clínica em contexto cardiorrespiratório decorreu num serviço de medicina, serviço este que se caracteriza pela prestação de cuidados a pessoas com patologias agudas e crónicas, frequentemente associadas a múltiplas comorbilidades, ao envelhecimento, à fragilidade e a diferentes níveis de dependência funcional. A complexidade clínica que caracteriza este contexto exige uma abordagem sistematizada, centrada na pessoa enquanto ser biopsicossocial, e sustentada na articulação entre vigilância clínica contínua, prevenção de complicações e promoção da funcionalidade (World Health Organization [WHO], 2017).

Neste contexto, são comuns situações de declínio funcional associado à hospitalização, imobilidade prolongada, alterações respiratórias, fadiga, défices de autocuidado e risco acrescido de complicações, como infeções, quedas, perda de massa muscular e consequente deterioração da capacidade funcional. Assim, o serviço de Medicina assume-se como um espaço privilegiado para a implementação de intervenções precoces de Enfermagem de Reabilitação, com foco na prevenção de complicações, na manutenção e recuperação da funcionalidade e na promoção da autonomia (Hoeman, 2020).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER possui competências diferenciadas ao nível da

avaliação funcional, implementação de intervenções terapêuticas especializadas e capacitação da pessoa, família e cuidador informal, visando a promoção da autonomia e da qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 392/2019). A mobilização destas competências pressupõe não só conhecimento técnico-científico avançado, mas também condições organizacionais que favoreçam a continuidade, segurança e individualização dos cuidados prestados.

Neste sentido, e à luz do Regulamento n.º 743/2019 (2019), verificou-se que a dotação de cuidados especializada preconizada nem sempre se encontra plenamente assegurada, quer pela complexidade dos cuidados, quer pelo número de horas de presença diferenciada inferior ao recomendado. Embora esta realidade possa representar potenciais implicações para a continuidade assistencial, durante o período de estágio não foram observados impactos negativos na qualidade ou segurança dos cuidados, evidenciando-se o elevado compromisso da equipa na adaptação dos recursos disponíveis e na manutenção de cuidados de reabilitação seguros, individualizados e centrados na pessoa. Ainda assim, esta constatação reforça a importância de refletir criticamente sobre a relação entre condições estruturais e qualidade assistencial, reconhecendo que a sustentabilidade da prática especializada depende não apenas da competência individual dos profissionais, mas também da adequação dos recursos organizacionais disponíveis.

Neste contexto, a organização do trabalho no serviço de Medicina assenta num modelo colaborativo, no qual a intervenção do EEER se articula com a atuação dos enfermeiros de cuidados gerais e restantes profissionais da equipa multidisciplinar. Esta organização permite conciliar a continuidade e individualização dos cuidados de reabilitação, com a vigilância clínica contínua e a resposta imediata às alterações do estado de saúde, características deste contexto assistencial. A evidência demonstra que modelos de trabalho colaborativos favorecem a segurança dos cuidados, a comunicação interprofissional e a melhoria dos resultados em saúde, particularmente em serviços onde predominam situações clínicas complexas e multimorbilidade (Ventura-Silva et al., 2021; Parreira et al., 2023).

O serviço de Medicina constituiu um contexto particularmente desafiante e simultaneamente enriquecedor para o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Reabilitação no contexto cardiorrespiratório. A elevada prevalência de pessoas com doença crónica descompensada, nomeadamente Doença Pulmonar Crónica

Obstrutiva (DPOC), asmas, cirurgias cardíacas associadas à fragilidade funcional e risco acrescido de declínio funcional exigiu uma intervenção centrada na reabilitação respiratória e motora, mobilização precoce, prevenção de complicações associadas à imobilidade e reeducação funcional. A literatura evidencia que a mobilização precoce e a reabilitação em contexto hospitalar contribuem para a redução do tempo de internamento, prevenção do declínio funcional e melhoria da autonomia da pessoa, reforçando a importância da intervenção do EEER em serviços de Medicina (World Health Organization [WHO], 2017; OE, 2019).

De acordo com Schön (1983), a reflexão sobre a ação constitui um elemento central no desenvolvimento profissional, permitindo adaptar a intervenção às exigências reais do contexto assistencial. Assim, o estágio em serviço de Medicina contribuiu não apenas para a aquisição de competências técnicas, mas sobretudo para o desenvolvimento de uma prática especializada mais crítica, reflexiva e fundamentada na evidência científica.

1.2. Prática clínica em contexto neurológico e neurotraumatológico

Esta componente clínica desenvolveu-se em dois contextos diferentes. O contexto neurológico desenvolveu-se num serviço de internamento que dispõe de uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), já o contexto neurotraumatológico decorreu num serviço de neurocirurgia.

O primeiro contexto, trata-se de um serviço de internamento com uma capacidade total de 30 camas, dentro destas, 8 estão alocadas apenas à Unidade de AVC. A unidade de AVC deste hospital recebe doentes que já foram submetidos a terapias de reperfusão, como a trombólise ou trombectomia numa outra unidade de saúde, mas que ainda necessitam de vigilância continua de funções vitais e telemonitorização, ou então doentes que não foram submetidos a estas terapias, mas necessitam de vigilância e cuidados diferenciados.

A equipa de Enfermagem é diferenciada, incluindo enfermeiros de outras especialidades, contudo a Unidade de AVC encontra-se nas 24 horas aos cuidados de um EEER garantindo assim a continuidade de cuidados especializados tendo em conta a promoção

da autonomia e máxima funcionalidade dos doentes. A sua atuação é determinante na preparação da alta hospitalar, na articulação com equipas de reabilitação externas e na referenciação para continuidade de cuidados.

O segundo contexto, trata-se de um serviço de neurocirurgia, constituído por 26 camas, das quais 6, se encontram numa sala individualizada do restante serviço e estão destinadas a doentes operados, antes ou após a entrada no serviço. Esta sala, à semelhança do contexto anterior encontra-se também as 24 horas do dia ao cuidado de EEER. Trata-se de doentes com necessidade de telemonitorização contínua e em alguns casos ventilação mecânica não invasiva.

Estes contextos clínicos, caracterizados por uma elevada complexidade e pela evolução frequentemente imprevisível das situações neurológicas, coloca desafios que ultrapassam a aplicação de protocolos padronizados, exigindo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) uma abordagem integrada, individualizada e centrada na pessoa, orientada para as diferentes dimensões comprometidas, nomeadamente motora, cognitiva, respiratória e psicossocial (Hoeman, 2020; World Health Organization [WHO], 2017).

A intervenção do EEER integra uma avaliação funcional rigorosa, a definição de objetivos terapêuticos personalizados, a implementação de intervenções especializadas e a monitorização sistemática dos resultados, bem como a preparação estruturada da pessoa e da família para a transição e continuidade dos cuidados após a alta, promovendo a autonomia, a segurança e a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Meleis, 2010). Paralelemente, e em ambos os contextos, o EEER assegura a articulação contínua com as equipas multidisciplinares-Terapia da fala, fisioterapia e nutrição- garantindo a continua coesão de um plano de cuidados coeso e integrado na pessoa.

O EEER tem um papel ativo na melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sobretudo na avaliação da disfagia dos doentes, na reabilitação cognitiva e em projetos de investigação no âmbito do doente neurológico. Esta dinâmica traduz uma cultura organizacional orientada para a integração sistemática da evidência científica na prática clínica, para a promoção da segurança da pessoa e para a avaliação crítica e contínua da qualidade dos cuidados prestados, refletindo os princípios da prática baseada na evidência e da governação clínica em saúde (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; World Health Organization [WHO], 2021).

A valorização da evidência científica como suporte à tomada de decisão clínica contribui para a redução da variabilidade das práticas, para o aumento da segurança e para a melhoria dos resultados em saúde, promovendo uma abordagem reflexiva e crítica da prática profissional (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). Paralelamente, a centralidade da segurança da pessoa e da monitorização da qualidade dos cuidados constitui um eixo estruturante das organizações de saúde, sendo reconhecida como um indicador essencial de excelência e de responsabilidade ética e profissional (WHO, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Este estágio constituiu uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências e para a aplicação de intervenções diferenciadas de Enfermagem de Reabilitação, destacando-se a mobilização precoce, a prevenção de complicações respiratórias, a realização de ensinos de encerramento de traqueostomias em doentes submetidos a ventilação invasiva na abordagem inicial do tratamento do AVC, a intervenção na disfagia — condição altamente prevalente na pessoa com AVC e com impacto significativo na morbilidade e no prognóstico funcional quando alterada —, bem como o treino da motricidade fina e a reabilitação cognitiva, ambas com repercussões diretas na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa com lesão neurológica. Permitiu-me também desenvolver competências para a abordagem do doente com bexiga neurogénica, nomeadamente na realização de treinos miccionais e reversão da incontinência urinária destes doentes.

Paralelamente, esta experiência permitiu consolidar uma visão crítica sobre os limites e potencialidades da prática especializada, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação enquanto elemento central na coordenação funcional dos cuidados, na transformação das práticas e na promoção da qualidade assistencial em contextos de elevada complexidade clínica.

As principais dificuldades identificadas foram de natureza formativa, relacionadas com um conhecimento inicial limitado sobre o AVC e os processos de avaliação neurológica, nomeadamente na avaliação dos pares cranianos. Estas limitações foram progressivamente ultrapassadas através da adoção de estratégias de compensação, assentes na aprendizagem autónoma, na prática supervisionada e na integração ativa na equipa multiprofissional, promovendo o desenvolvimento de competências clínicas, a segurança na intervenção e o reforço da identidade profissional especializada.

1.3. Prática clínica em contexto orto traumatológico e reumatológico

A presente prática clínica decorreu numa unidade de internamento hospitalar de retaguarda regional, vocacionada para o tratamento cirúrgico eletivo de patologias ortopédicas e orto traumatológicas, acolhendo maioritariamente pessoas em período pós-operatório imediato e em fases subsequentes do processo de reabilitação.

As situações clínicas mais frequentemente observadas incluíram artroplastias totais da anca e do joelho, procedimentos de osteossíntese e tratamento de complicações infeciosas do foro musculoesquelético, muitas vezes associadas a comorbilidades relevantes, como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e patologia cardiovascular, fatores que acrescem complexidade à intervenção e condicionam o processo de recuperação funcional.

Este contexto evidenciou uma complexidade técnica significativa no âmbito da reabilitação musculoesquelética, a qual contrastou com a aparente previsibilidade das trajetórias clínicas associadas à cirurgia eletiva, exigindo a elaboração de planos de intervenção individualizados que integrassem não apenas a dimensão física, mas também a perceção subjetiva da pessoa acerca da sua funcionalidade e do seu processo de recuperação.

O serviço conta com vinte e cinco camas para doentes internados e com cerca de oito EEER, contudo apenas um exerce exclusivamente estas funções, os restantes acumulam turnos em funções de Enfermeiros de cuidados gerais. No período da manhã estão assegurados os cuidados de reabilitação por dois EEER, sendo que um deles acumula funções de coordenação do serviço, e durante a tarde com um especialista. Aos fins de semana, os cuidados de reabilitação são assegurados apenas por um profissional. Apesar do número global de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na unidade, a sua distribuição e organização pelos diferentes turnos não permitem assegurar, de forma consistente, o cumprimento integral do disposto no Regulamento n.º 743/2019, nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados especializados durante doze horas diárias. Esta limitação evidencia constrangimentos ao nível da gestão de recursos humanos e tem implicações diretas na continuidade, equidade e acessibilidade aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Tal situação suscita a necessidade de repensar estratégias de reorganização dos serviços e de planeamento dos recursos humanos, de modo a alinhar a prática clínica com os referenciais normativos e com os padrões de qualidade e segurança dos cuidados preconizados, assegurando uma resposta assistencial mais eficaz, equitativa e centrada nas necessidades da pessoa (Lebre et al., 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os EEER participam na visita médica realizada após a passagem de turno dando um parecer especializado na avaliação do doente, bem como na avaliação da alta assegurando a articulação e referenciação para a continuidade de cuidados de reabilitação nomeadamente Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ou Unidades de convalescença (UC). A família e/ ou o cuidador principal foram sempre considerados parte integrante do processo, desde o momento da admissão do doente no serviço até ao momento da alta. Tal abordagem traduz a convergência entre modelos de organização do trabalho orientados para a centralidade da pessoa e a imperatividade de garantir segurança e continuidade dos cuidados, assumindo-se como um eixo estruturante da qualidade assistencial e da governação clínica, conforme defendido por Ventura-Silva et al. (2021) e Parreira et al. (2023).

Neste enquadramento, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação assumem um papel central na avaliação funcional, na conceção e implementação de intervenções terapêuticas orientadas para a maximização da autonomia e da recuperação funcional. Desde a consulta pré-operatória realizada pelos EEER para o doente e para a família, estes profissionais asseguram a avaliação inicial, a definição de objetivos de reabilitação e a preparação estruturada para a alta, mantendo o acompanhamento nas consultas de follow-up e envolvendo sistematicamente a família e/ou cuidadores ao longo de todo o percurso de cuidados.

No serviço, os doentes submetidos a cirurgias permanecem no leito durante quarenta e oito horas após a mesma. Neste período, após as vinte e quatro horas são submetidos à realização deu raio X e de uma colheita de análises para a confirmação de valor de hemoglobina e controlo do material após a cirurgia. Antes da realização de qualquer programa de reabilitação avaliávamos a força muscular, através da escala de MRC, do doente para desta forma ajustarmos os exercícios mais adequados e adaptados à condição do doente. Durante o período em que se encontram no leito realizam treinos de mobilidade articular, treinos de exercícios muscular ativo-assistido, ativo-resistido. Nestes doentes

existiu a oportunidade de colocar o aparelho artomotor, que se revela um aliado importante no processo de reabilitação.

O artromotor, também designado por Continuous Passive Motion (CPM), é um dispositivo utilizado no âmbito da reabilitação orto-traumatológica que promove o movimento passivo e contínuo das articulações, nomeadamente do joelho e da anca. A sua utilização é frequente no pós-operatório de cirurgias ortopédicas, como artroplastias, bem como em situações de fratura ou lesão músculo-esquelética.

O EEER assume um papel fundamental na monitorização da utilização do artromotor, assegurando a correta adaptação do equipamento à pessoa, a adequação dos parâmetros programados, nomeadamente a amplitude, velocidade e duração do movimento, e a vigilância da tolerância ao aparelho, relacionada com o controlo da dor e a prevenção de complicações. A utilização do CPM contribui para a prevenção da rigidez articular, para a melhoria da amplitude de movimento e para a otimização do processo de cicatrização tecidular, devendo a sua aplicação ser integrada num plano de reabilitação individualizado e ajustado à condição clínica da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Brosseau et al., 2004; Lenssen et al., 2008).

No decorrer do estágio estavam internados doentes submetidos a diagnósticos de fraturas trocantéricas sequenciais de quedas com trauma local posteriormente sujeitos a cirurgia. Dentro das cirurgias a mais realizada eram osteossínteses com encavilhamentos utilizando a vareta 9 Gamma 3, uma vez que é atualmente considerada uma opção cirúrgica eficaz e segura para o tratamento deste tipo de fraturas, permitindo uma fixação estável, redução do risco de falência do implante e favorecendo a mobilização precoce da pessoa submetida a cirurgia (Unger et al., 2014; Han et al., 2020).

Neste contexto, a intervenção do EEER assume particular relevância na avaliação funcional precoce, na prevenção de complicações associadas à imobilidade e na promoção da mobilização progressiva e segura, respeitando as indicações cirúrgicas e a tolerância da pessoa. A mobilização precoce após cirurgia com vareta Gamma3 tem demonstrado impacto positivo na recuperação funcional, na redução do tempo de internamento e na melhoria da qualidade de vida, reforçando a importância de uma abordagem interdisciplinar e centrada na pessoa (Wu & Gao, 2024).

Pela imobilização consequente da cirurgia no primeiro dia pós-operatório, o serviço dispõe de um sistema de pressão pneumática que tem como objetivo promover o retorno

venoso, reduzir o edema e prevenir complicações tromboembólicas. Em contexto orto traumatológico, é frequentemente utilizada em pessoas submetidas a cirurgia da anca, como complemento às medidas farmacológicas e à mobilização precoce.

O EEER desempenha um papel central na avaliação da indicação clínica para a sua utilização, na correta aplicação do dispositivo, na avaliação da tolerância da pessoa e na vigilância de efeitos adversos. A integração do sistema de pressão pneumática num programa de reabilitação contribui para a redução do edema, melhoria do conforto, facilitação da mobilização precoce e diminuição do risco de trombose venosa profunda, potenciando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Kakkos et al., 2016).

À posteriori do treino de marcha, antes de regressarem ao domicílio e após avaliação das limitações do domicílio, nomeadamente a remoção de tapetes do chão dado que são facilitadores de queda, o uso de estratégias adaptativas para o uso de sanitário como barras para se agarrarem aquando dos cuidados de higiene, o uso do alteador de sanita para os doentes submetidos a prótese total da anca (PTA) pelo risco de luxação da mesma, era realizado treino de escadas com os doentes com o auxiliar de marcha, nomeadamente a canadiana.

Neste seguimento, o EEER tem um papel determinante na capacitação da pessoa e da família/cuidador, não apenas no ensino de técnicas de mobilização ou treino de marcha com auxiliar de marcha, mas também no apoio emocional e na promoção da autoconfiança. A literatura evidencia que a doença, a hospitalização e a limitação funcional condicionam a perceção de autonomia, a autoestima e o bem-estar psicológico, sendo essencial uma abordagem que vá além da recuperação motora (Hoeman, 2020).

1.4. Prática clínica em contexto comunitário

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), da região norte, integrada numa Unidade Local de Saúde.

Esta unidade dispõe de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), composta por cinco enfermeiros, dos quais quatro são EEER, um médico, uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga, com uma capacidade de resposta de cerca de vinte utentes. Esta equipa acompanha pessoas em situação de dependência funcional, necessidade de cuidados de reabilitação, ou com necessidades de tratamento de feridas complexas, cuja condição clínica exige cuidados frequentes, prolongados e individualizados, sem necessidade de internamento hospitalar. A intervenção centra-se na reabilitação, readaptação funcional e/ou manutenção do conforto no domicílio, promovendo a autonomia e a qualidade de vida da pessoa. Inclui ainda o desenvolvimento de programas de apoio ao cuidador informal e promoção da literacia em saúde, contribuindo para a continuidade e integração dos cuidados na comunidade.

A intervenção do EEER no contexto da ECCI revelou-se particularmente relevante pela sua natureza integradora e pela capacidade de articular diferentes dimensões dos cuidados, desde a intervenção direta à capacitação da pessoa, família e cuidador informal. Contudo, a experiência permitiu compreender que o papel do EEER ultrapassa a implementação de programas de reabilitação, exigindo uma visão sistémica da pessoa e da comunidade, bem como competências de coordenação e articulação interprofissional que garantam continuidade e coerência no percurso assistencial. Esta realidade confirma a evolução da Enfermagem de Reabilitação enquanto prática especializada orientada para resultados em saúde, mas evidencia igualmente a necessidade de adaptação constante às exigências dos cuidados de saúde primários (OE, 2019; WHO, 2017).

O contexto domiciliário constituiu um espaço privilegiado para a compreensão da complexidade real do processo de reabilitação, permitindo identificar diferenças significativas entre a abordagem institucional, no meio hospitalar, e a prática no ambiente da pessoa. A coexistência de múltiplas patologias, associada a fatores ambientais, sociais e familiares, demonstrou que a eficácia das intervenções nem sempre depende apenas da adequação técnica, mas também da capacidade de negociação, adaptação e priorização das necessidades reais da pessoa. Esta constatação reforçou a importância do raciocínio

clínico e da tomada de decisão autónoma, evidenciando que a intervenção do EEER exige constante reavaliação e flexibilidade para responder a contextos imprevisíveis e frequentemente limitados em recursos (WHO, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2019).

Paralelamente, a participação em atividades de melhoria contínua da qualidade e promoção da literacia em saúde permitiu reconhecer o impacto da atuação do EEER para além do plano individual, contribuindo para mudanças organizacionais e para a valorização da enfermagem especializada no contexto comunitário. No entanto, a experiência tornou igualmente visíveis alguns constrangimentos, nomeadamente a complexidade da articulação entre diferentes estruturas dos cuidados de saúde primários, a adaptação a sistemas de registo clínico específicos e a necessidade de conciliar exigências assistenciais com tarefas organizacionais. Estes desafios evidenciaram que a prática especializada exige não apenas competências técnicas avançadas, mas também capacidade crítica, gestão do tempo e aprendizagem contínua.

Assim, a análise crítica desta experiência permitiu compreender que a intervenção do EEER em contexto comunitário se constrói numa tensão constante entre o ideal terapêutico e as condicionantes reais do contexto, exigindo equilíbrio entre conhecimento científico, julgamento clínico e sensibilidade humana. Este processo contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de uma identidade profissional mais reflexiva e consciente da complexidade da prática, reforçando a convicção de que a enfermagem de reabilitação desempenha um papel determinante na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas, através de uma prática crítica, fundamentada e centrada na pessoa (Schön, 2017; OE, 2019).

2. DA PRÁTICA CLÍNICA AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na prática da Enfermagem, as competências profissionais constituem a base para a prestação de cuidados de qualidade, a promoção da saúde e a melhoria dos resultados em saúde. Neste contexto, a prática clínica revelou-se determinante para a aquisição, consolidação e aplicação das competências que caracterizam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A atuação do EEER deve ser analisada à luz dos referenciais teóricos da disciplina e enquadrada no quadro normativo que regula a prática especializada. O Regulamento n.º 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, define as competências comuns do Enfermeiro Especialista, que sustentam uma prática avançada transversal a todas as áreas de especialização, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados.

Por sua vez, o Regulamento n.º 392/2019, da Ordem dos Enfermeiros, estabelece as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, orientadas para a promoção da funcionalidade, a maximização da autonomia e a prevenção de complicações associadas à incapacidade. Destaca-se, neste âmbito, a intervenção nas dimensões motora, respiratória, cognitiva, sensorial e comunicacional, com vista à otimização do potencial funcional da pessoa ao longo do ciclo de vida.

2.1. Referenciais teóricos

Em Enfermagem, os referenciais teóricos são fundamentais na orientação da prática clínica e na fundamentação das intervenções realizadas pelos profissionais (Ren & Salvador, 2024).

Na Enfermagem de Reabilitação, estes referenciais teóricos assumem um papel essencial na compreensão das necessidades complexas da pessoa em processo de reabilitação, bem como da influência do ambiente e do contexto na sua adaptação. Entre os vários modelos conceptuais existentes, destacam-se, neste contexto, a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis, pela sua relevância na orientação da prática clínica.

A Teoria das Transições compreende a transição mais do que uma simples mudança, sendo o processo de passagem de um estado estável para outro (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). As transições são variadas e complexas, desde mudanças no ciclo de vida, a eventos específicos e podem ser influenciadas por fatores pessoais, sociais e culturais com padrão ou propriedades únicas (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Smith & Parker, 2015). Na pessoa com incontinência urinária (IU), a complexidade da patologia tem impacto no quotidiano e na autogestão dos processos de transição.

A teoria criada por Meleis oferece uma estrutura moldável na compreensão das diversas transições, inclusive aquelas que ocorrem durante o processo de envelhecimento (Coelho et al., 2024). A perspetiva da pessoa é crucial como estratégia e *coping* e *empowerment,* isto torna o processo de transição individual e personalizado. A valorização da consciencialização, do envolvimento e da mudança ao longo das transições permite aos enfermeiros desenvolver intervenções que favorecem a adaptação e a promoção da autonomia da pessoa (Meleis, 2010). Neste sentido, a prática de cuidados inclui a educação da pessoa sobre a sua condição de saúde e o processo de reabilitação, bem como o incentivo à participação ativa no autocuidado e na tomada de decisão, reforçando uma abordagem centrada na pessoa (Coelho et al., 2024; Ordem dos enfermeiros, 2019).

Na perspetiva da pessoa com IU, a Enfermagem de Reabilitação assume um papel central orientando a sua intervenção para a maximização da sua autonomia e funcionalidade, com uma abordagem especializada e individualizada (Meleis, 2010; Ordem dos enfermeiros, 2019). A teoria defende também o envolvimento ativo da pessoa e a capacitação do cuidador no processo de adaptação à condição de saúde e a adoção de comportamentos facilitadores (Meleis, 2010). O EEER incentiva a pessoa a participar do desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado, considerando as suas preferências, necessidades e metas (Ordem dos enfermeiros, 2019).

Numa perspetiva complementar, destaca-se a Teoria do Défice do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, que se assume como um referencial fundamental na Enfermagem. Esta teoria permite compreender e intervir junto de pessoas que apresentam limitações na capacidade de cuidar de si próprias, decorrentes de condições de saúde, incapacidade ou dependência, orientando a prática para a identificação das necessidades de autocuidado e para o desenvolvimento de intervenções que promovam a autonomia e a independência (Orem, 2001). Na teoria de Orem, os enfermeiros intervêm no sentido

de colmatar os défices de autocuidado identificados, promovendo a independência e a saúde da pessoa. Esta intervenção concretiza-se através da educação para o autocuidado, do treino nas atividades de vida diária (AVD's) e da facilitação do acesso a dispositivos de apoio adequados às necessidades da pessoa (Queirós et al., 2014). O objetivo último consiste na capacitação da pessoa para cuidar de si própria de forma eficaz, potenciando a sua autonomia, independência e qualidade de vida, em consonância com os pressupostos da teoria do défice de autocuidado (Orem, 2001; Queirós et al., 2014).

Pessoas que necessitam de reabilitação apresentam, frequentemente, limitações de natureza física, cognitiva ou emocional que comprometem a sua capacidade de realizar autocuidados de forma autónoma (Orem, 2001; Queirós et al., 2014; Smith & Parker, 2015). Neste contexto, os enfermeiros desenvolvem planos de intervenção individualizados, orientados não apenas para a melhoria do estado de saúde, mas também para a superação das limitações identificadas e para a promoção da funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019; Smith & Parker, 2015). Estes planos visam colmatar os défices de autocuidado, promovendo a autonomia e a independência da pessoa na realização das AVD´s, numa perspetiva orientada para a melhoria da qualidade de vida (Ordem dos enfermeiros, 2019; Smith & Parker, 2015).

À luz da Teoria de Orem, a Incontinência Urinária na pessoa idosa é interpretada como um défice de autocuidado na dimensão da eliminação. A intervenção do EE assume um carácter essencialmente de apoio-educação, visando fortalecer o trabalho de autocuidado da pessoa, que no idoso pode estar diminuída por falta de força muscular, falta de conhecimento ou limitações cognitivas, e que através do ensino e treino de estratégias compensatórias e terapêuticas podem ser compensadas.

Em termos críticos, a abordagem à pessoa com incontinência urinária evidencia uma lacuna persistente entre a robustez da evidência científica e a sua efetiva integração na prática clínica. Apesar de a literatura demonstrar de forma consistente a eficácia das intervenções conservadoras, nomeadamente o treino dos músculos do pavimento pélvico como estratégia de primeira linha, a sua implementação sistemática permanece irregular e frequentemente dependente da sensibilidade individual dos profissionais (Dumoulin et al., 2018). Esta realidade reflete limitações estruturais, organizacionais e formativas, que condicionam a operacionalização de cuidados especializados e centrados na pessoa.

Neste contexto, o EEER assume um papel determinante enquanto agente de mudança, ao integrar conhecimento científico, modelos teóricos e prática clínica na abordagem à IU. A articulação entre referenciais como a teoria do défice de autocuidado e a teoria das transições, em conjunto com intervenções de reabilitação pélvica permitem uma abordagem mais estruturada, orientada para a capacitação da pessoa, promovendo não apenas o controlo dos sintomas, mas também a autonomia, a dignidade e a participação social (Orem, 2001; Queirós et al., 2014).

Contudo, a plena concretização deste potencial exige mais do que competência técnica individual, implicando um compromisso institucional na valorização da Enfermagem de Reabilitação, na disponibilização de recursos e na promoção de formação contínua. A ausência destas condições propaga práticas centradas na resolução de problemas imediatos, em detrimento de uma abordagem preventiva e reabilitadora sustentada na evidência.

Assim, torna-se imperativo reforçar o reconhecimento do EEER como elemento central na gestão da incontinência urinária, capaz de liderar intervenções especializadas, promover a avaliação crítica da prática e impulsionar a integração da evidência científica nos cuidados. Só através desta valorização será possível transformar a abordagem à incontinência urinária, passando de uma intervenção frequentemente reativa para uma prática proativa, centrada na pessoa e orientada para ganhos em saúde, em consonância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

2.2. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista integram um conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes essenciais para o desenvolvimento de uma prática profissional ética, responsável e eficaz, transversal a todas as áreas de especialização (Regulamento nº140/2019, 2019). Estas competências sustentam uma atuação baseada na melhor evidência científica disponível, promovem a qualidade e a segurança dos cuidados, asseguram a gestão e coordenação eficaz dos cuidados de saúde e refletem um

compromisso contínuo com o desenvolvimento profissional e a excelência da prática clínica.

De seguida, procede-se à análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista desenvolvidas e evidenciadas ao longo dos ensinos clínicos realizados.

2.2.1. Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A competência ética e deontológica constitui um eixo estruturante e transversal à prática do EEER, assumindo, na ótica do estudante, particular valor em contextos de elevada complexidade clínica e vulnerabilidade da pessoa. A sua atuação implica a tomada de decisão fundamentada em princípios éticos, legais e deontológicos, assegurando o respeito pela dignidade humana, pela autonomia e pelos direitos da pessoa, bem como a prestação de cuidados seguros, individualizados e centrados na pessoa (Decreto-Lei n.º 104/98, 1998; Regulamento n.º 140/2019, 2019). Esta responsabilidade traduz-se na prestação de cuidados fundamentados no rigor científico, ajustados às necessidades individuais da pessoa e orientados pelo respeito pelos seus direitos, valores e preferências.

A evidência científica reforça o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de complicações e eventos adversos evitáveis, nomeadamente através da promoção da mobilidade precoce, da prevenção de quedas, de úlceras por pressão e de complicações respiratórias, bem como na promoção da segurança e qualidade dos cuidados (World Health Organization, 2019).

O reconhecimento das limitações técnicas, particularmente no âmbito da abordagem à pessoa com compromisso neurológico, foi assumido como um imperativo ético e profissional. A complexidade associada à avaliação neurológica, à intervenção na reeducação funcional e à gestão de alterações motoras, sensoriais e cognitivas exigiu uma postura prudente e reflexiva. Este reconhecimento funcionou como um estímulo ao desenvolvimento profissional, promovendo o estudo autónomo, a consulta de evidência científica atualizada e a discussão crítica com os enfermeiros orientadores, garantindo a

prestação de cuidados seguros e adequados. Simultaneamente, permitiu assegurar que a execução de intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação fosse realizada de forma progressiva e supervisionada, respeitando os princípios da segurança e da qualidade dos cuidados.

O reconhecimento dos próprios limites e a procura ativa de desenvolvimento de competências, conforme previsto no artigo 78.º do Decreto-Lei n.º 104/98 (1998), constituem uma expressão de responsabilidade ética e profissional, contribuindo para uma prática consciente, segura e centrada na pessoa.

No decurso dos diferentes contextos de ensino clínico, foi assegurada, de forma sistemática, a confidencialidade e a segurança da informação, garantindo o respeito pelo direito da pessoa à privacidade e à proteção dos dados pessoais. A intervenção desenvolvida foi ainda orientada pelo respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas culturais dos indivíduos e grupos, evidenciando uma prática eticamente sustentada e culturalmente competente.

No processo de tomada de decisão, particularmente na preparação da alta, foi assumido o papel de consultor na área da especialidade, através da avaliação do potencial de recuperação da autonomia e da funcionalidade da pessoa, com vista à adequada referenciação para outros níveis de cuidados, nomeadamente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este processo implicou a integração de informação clínica relevante e a sua análise crítica, contribuindo para decisões fundamentadas e partilhadas no seio da equipa multidisciplinar.

Numa perspetiva crítica, a prática desenvolvida evidenciou que o respeito pelos princípios éticos e deontológicos não se limita ao cumprimento normativo, mas exige uma postura ativa de advocacia em saúde, na qual o enfermeiro assume a defesa dos direitos, interesses e necessidades da pessoa, especialmente em situações de maior vulnerabilidade. Esta dimensão torna-se particularmente relevante na transição saúde–doença e na articulação entre diferentes níveis de cuidados, onde o risco de fragmentação da assistência pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, a intervenção foi continuamente sustentada na melhor evidência científica disponível e nos princípios do Código Deontológico do Enfermeiro, em consonância com

as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2015b, 2019), promovendo uma prática reflexiva, ética e centrada na pessoa.

Adicionalmente, na elaboração dos documentos produzidos e do presente relatório, foram rigorosamente salvaguardados os direitos de autor, através da adequada citação das fontes consultadas e da correta apresentação das respetivas referências bibliográficas.

Deste modo, a prática desenvolvida reflete não apenas a aquisição de competências técnicas e científicas, mas também a consolidação de uma identidade profissional ética, crítica e socialmente responsável, orientada para a defesa da dignidade, autonomia e direitos da pessoa, enquanto sujeito ativo no processo de cuidados.

2.2.2. Domínio da melhoria Continua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados constitui uma dimensão fundamental da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, traduzindo-se num compromisso permanente com a segurança, a eficácia, a eficiência e a humanização dos cuidados prestados. Esta competência implica a adoção de uma prática reflexiva e baseada na evidência científica, orientada para a otimização dos resultados em saúde e para a promoção da excelência dos cuidados.

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 (2019), compete ao EEER contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente através da dinamização de iniciativas de governação clínica, da implementação de práticas baseadas na melhor evidência disponível e da promoção de ambientes terapêuticos seguros, favorecendo a segurança da pessoa.

A experiência adquirida nos diversos contextos do ensino clínico permitiu constatar que, apesar do reconhecimento generalizado da importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, persistem desafios de natureza estrutural, organizacional e funcional que podem limitar a sua implementação de forma sistemática e consistente. A integração do

conhecimento científico na prática clínica exige competências ao nível da liderança, da gestão do tempo e dos recursos, bem como da comunicação e articulação com diferentes profissionais e níveis hierárquicos.

Neste sentido, a capacidade do EEER para identificar oportunidades de melhoria, ultrapassar constrangimentos e promover a adoção de práticas baseadas na evidência contribui para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, qualidade e aprendizagem contínua, constituindo uma expressão inequívoca da sua responsabilidade profissional enquanto especialista. Esta atuação assume particular relevância na promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, bem como na otimização dos resultados em saúde.

Posto isto, ao longo do percurso formativo, este compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados concretizou-se através da participação em momentos formativos, da partilha e disseminação de boas práticas e da integração do conhecimento científico atualizado na prestação de cuidados, nos diferentes contextos clínicos

No âmbito do ensino clínico em contexto cardiorrespiratório, foi possível desenvolver intervenções orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, destacando-se a elaboração de um panfleto educativo com exercícios de Reabilitação Respiratória, entregue aos utentes no momento da alta hospitalar. Esta iniciativa surgiu da identificação da necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e de promover a capacitação da pessoa para a gestão autónoma da sua condição respiratória. Assim, a elaboração deste recurso permitiu disponibilizar informação clara, acessível e baseada na evidência científica, promovendo a autonomia, a autoconfiança e a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação, reforçando o papel do EEER como agente facilitador da transição segura entre os diferentes níveis de cuidados.

Com o objetivo de promover uma avaliação sistemática da pessoa com alterações do padrão respiratório, foi elaborado um guia de avaliação do padrão respiratório (Apendice 6), destinado a apoiar a recolha e organização dos dados clínicos relevantes. Este instrumento integrou parâmetros relacionados com a observação da mecânica ventilatória, frequência respiratória, padrão respiratório, expansibilidade torácica, utilização de músculos acessórios, presença de dispneia e outros indicadores relevantes para a avaliação em Enfermagem de Reabilitação. A sua elaboração contribuiu para o

desenvolvimento de competências ao nível da avaliação especializada, tomada de decisão clínica e implementação de intervenções baseadas nas necessidades identificadas.

Paralelamente, evidenciou a importância da educação terapêutica enquanto estratégia fundamental na promoção da continuidade dos cuidados e na capacitação da pessoa e família, assumindo-se como uma intervenção estruturante da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação.

Adicionalmente, destaca-se a elaboração de um procedimento relativo à Reeducação Funcional Respiratória, desenvolvido com o objetivo de uniformizar as práticas de Enfermagem de Reabilitação e promover a consistência, segurança e qualidade dos cuidados prestados (Apêndices 1 e 2). Esta iniciativa resultou de um processo de reflexão crítica sobre a prática clínica e da identificação da necessidade de sistematizar as intervenções, contribuindo para a padronização dos cuidados e para a promoção de uma prática baseada na evidência científica. A elaboração deste procedimento constituiu uma oportunidade de integração e mobilização do conhecimento teórico na prática clínica, reforçando a importância do EE enquanto elemento dinamizador da melhoria contínua da qualidade e promotor de boas práticas clínicas.

No contexto do doente neurológico, a utilização de escalas validadas, GUSS, Tinetti, Glasgow por exemplo, demonstram a garantia da qualidade dos cuidados prestados e do sucesso nos planos de reabilitação ajustados à condição clínica das pessoas. Paralelamente, no serviço onde foi realizado o estágio existiu a oportunidade de realizar uma entrevista (Apêndice 3) para a rádio local onde foi abordado o tema do AVC com linguagem adequada aos ouvintes de forma a transmitir todos os cuidados e pontos essências na ocorrência do mesmo.

Na UCC, a produção de um panfleto sobre a reabilitação cardiorrespiratória e a realização de um projeto de melhoria continua da qualidade (Apêndice 4 e 5) relacionado com o número de visitas domiciliarias constituíram intervenções relevantes na promoção da qualidade dos cuidados. A concretização de material educativo baseado na melhor evidencia científica, capacita a pessoa para a autogestão da sua saúde tornando-se determinante na melhoria dos resultados em saúde e prevenção de complicações (Bodenheimer et al., 2002; Effing et al., 2012). O projeto de melhoria continua proporcionou a análise sistemática da prática clínica, a identificação de áreas de melhoria

e a implementação de estratégias orientadas para a eficiência, acessibilidade e continuidade dos cuidados de forma a atingir os objetivos propostos (Institute of Medicine, 2001).

Em todos os contextos, a monitorização continua dos doentes utilizando instrumentos validados internacionalmente- como Indice de Barthel (Barbosa et al., 2023, DGS, 2011), Escala de Morse (DGS, 2019), Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Oliveira et al., 2021), *Modified Medical Research Council* (mMRC) (DGS, 2019) e Escala de Zarit (Alves et al., 2022)- permitiram aferir a eficácia das intervenções e identificar as necessidades como reforço da melhoria continua (DGS, 2023) seguindo as recomendações da OE (2016).

Todas as ações refletem não apenas um compromisso pessoal com a excelência profissional, mas também uma atitude proativa na dinamização de processos de melhoria continua, em concordância com os objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho nº9390/2021, 2021).

2.2.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Este domínio das competências comuns, baseia-se na gestão dos cuidados da enfermagem de forma a otimizar a resposta da equipa e a sua articulação e adaptação na liderança e gestão de recursos tendo em conta os contextos e situações (OE, 2019).

No âmbito das competências comuns, a atuação do Enfermeiro Especialista afirma-se pela sua capacidade de articulação e influência nas decisões da equipa multidisciplinar. Ao longo do Estágio de Natureza Profissional II, esta vertente foi consolidada através de uma gestão estratégica de recursos, assegurando que a resposta assistencial se moldava às necessidades reais de cada utente (OE, 2019).

Mais do que a simples prestação de cuidados, o foco recaiu na antecipação de necessidades e na referenciação oportuna para outros profissionais, garantindo a continuidade e a segurança do processo de transição.

A consolidação desta competência foi particularmente evidente durante a experiência clínica num serviço de Ortopedia na região Norte. Neste contexto, a participação em conferências familiares, articuladas com o Serviço Social, permitiu assumir um papel ativo na definição de estratégias para um regresso ao domicílio seguro e sustentável.

A intervenção focou-se na validação do potencial de recuperação da autonomia de cada pessoa, servindo de base para a discussão em equipa multidisciplinar. Este processo de análise crítica culminou na tomada de decisão sobre a referenciação para diferentes respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Dependendo das necessidades específicas de reabilitação e do suporte familiar identificado, houve necessidade de sinalização de doentes para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), bem como para Unidades de Convalescença ou de Média Duração e Reabilitação, assegurando que o percurso de cuidados não sofria interrupções após a alta hospitalar.

Um exemplo prático do desenvolvimento deste domínio foi a capacidade de priorização de cuidados. Ao longo dos ensinos clínicos, a organização das intervenções e o delineamento dos planos de cuidados foram estruturados em função do grau de dependência, da complexidade clínica e das necessidades imediatas de cada pessoa. Esta gestão dinâmica, fundamentada na avaliação inicial e na evolução clínica, exigiu um ajuste constante de prioridades face a intercorrências ou necessidades emergentes. Sob a supervisão do enfermeiro orientador, este processo não só refinou a tomada de decisão, como consolidou competências essenciais de organização e gestão do tempo. Este percurso permitiu-me compreender que a gestão de cuidados transcende a mera execução de tarefas; trata-se de um processo intelectual complexo que engloba o planeamento, a alocação estratégica de recursos e a definição de prioridades, sempre com o foco na segurança e na qualidade assistencial.

Complementarmente, o projeto de melhoria contínua desenvolvido no contexto comunitário (Apêndice V) ilustra a interseção entre a melhoria da qualidade e o domínio da gestão. A implementação de um projeto com esta natureza exige o exercício de competências de planeamento, organização e monitorização sistemática das intervenções. Ao alinhar a gestão de recursos com as necessidades identificadas na comunidade, foi possível materializar uma prática de gestão de cuidados que é simultaneamente estratégica e orientada para a obtenção de ganhos em saúde. Esta experiência permitiu

reconhecer o EEER como o elemento aglutinador que garante que a complexidade da reabilitação não se perde na fragmentação dos cuidados.

2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais durante o percurso clínico permitiu consolidar uma postura reflexiva e uma maior autoconsciência sobre o papel do Enfermeiro Especialista. Este processo de autoconhecimento foi fundamental tanto para o desenvolvimento de uma comunicação assertiva e terapêutica — onde a sensibilidade e a clareza são vitais — como na articulação com a equipa multidisciplinar, defendendo opções clínicas fundamentadas e centradas no utente onde a sustentação da práxis clínica em evidência científica foi uma prioridade constante (OE, 2019).

Neste domínio, a atuação do Enfermeiro Especialista afirma-se na capacidade de atuar como facilitador de processos de aprendizagem, assumindo um papel dinâmico na formação em contexto de trabalho (OE, 2019). No decorrer do ensino clínico no serviço de Neurocirurgia, existiu a oportunidade de assistir a uma formação no serviço com duração de duas horas relacionada com o levante precoce dos doentes com traumatismo crânio encefálico. É uma vertente da Enfermagem de Reabilitação que demonstra melhorias significativas nos processos de reabilitação após estudos realizados por aquele serviço. A pertinência de integrar atividades formativas reside na sua capacidade de otimizar o processo de cuidados, qualificando a tomada de decisão clínica. Ao sustentar a prática em evidência científica atualizada, o Enfermeiro Especialista não só garante a segurança das intervenções, como promove a uniformização de critérios dentro da equipa multidisciplinar.

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional I e II, desenvolvi um processo de reflexão sistemática sobre a minha intervenção, que permitiu identificar pontos fortes e áreas de melhoria, nomeadamente ao nível da comunicação terapêutica, do processo de tomada de decisão e da estruturação do pensamento crítico no âmbito da enfermagem de reabilitação. Este processo reflexivo revelou-se fundamental para a consolidação de competências clínicas e para o desenvolvimento de uma prática mais consciente,

fundamentada e centrada na pessoa. O feedback dos enfermeiros orientadores e da gestora pedagógica assumiu um papel determinante neste percurso, contribuindo para a integração progressiva de conhecimentos, habilidades e atitudes na prática clínica. Este acompanhamento possibilitou não só o aperfeiçoamento das competências técnicas e relacionais, como também a construção de uma identidade profissional sólida na área da enfermagem de reabilitação.

Neste contexto, foi possível desenvolver competências ao nível do autoconhecimento, reconhecendo-o como um elemento central no estabelecimento de relações terapêuticas eficazes e na colaboração em equipa multiprofissional. A capacidade de refletir sobre a própria prática, de reconhecer limitações e de ajustar comportamentos revelou-se essencial para o desenvolvimento da assertividade e para a prestação de cuidados de qualidade, em consonância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

2.3. Desenvolvimento de competências específicas do EEER

As competências específicas do EEER correspondem ao conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes orientadas para a resposta às necessidades particulares da pessoa em processo de reabilitação, com vista à promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização da autonomia. Estas competências incluem a realização de uma avaliação funcional sistematizada e abrangente, a implementação de intervenções especializadas dirigidas à reabilitação motora, sensorial, respiratória e cognitiva, bem como a utilização de estratégias compensatórias e adaptativas que permitam à pessoa alcançar o seu máximo potencial funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A intervenção do EEER centra-se na promoção da recuperação funcional, na capacitação da pessoa e na melhoria da sua qualidade de vida, através de uma prática baseada na evidência científica e orientada para resultados em saúde. A evidência demonstra que a intervenção precoce e especializada em reabilitação contribui significativamente para a melhoria da funcionalidade, redução de incapacidades e promoção da autonomia,

favorecendo a reintegração da pessoa no seu contexto familiar e social (World Health Organization, 2017; Jesus et al., 2019).

Os diferentes contextos de ensino clínico proporcionaram oportunidades relevantes para o desenvolvimento destas competências, através da observação, planeamento e implementação de intervenções especializadas, bem como da reflexão crítica sobre a prática clínica e da tomada de decisão fundamentada na evidência científica. Este processo permitiu consolidar conhecimentos e desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas essenciais à prática especializada em Enfermagem de Reabilitação. Neste sentido, apresentam-se, de seguida, as competências específicas do EEER desenvolvidas e evidenciadas ao longo do percurso formativo.

2.2.1. Cuidar de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

A competência do EEER é transversal a todos os contextos de prestação de cuidados e constitui um elemento essencial da sua prática profissional. De acordo com a OE (Regulamento n.º 392/2019), o EEER avalia e identifica necessidades de intervenção especializada em pessoas de todas as idades que apresentam dificuldade ou incapacidade para realizar atividades básicas de forma autónoma, devido a condições de saúde, deficiências, limitações na atividade ou restrições na participação, sejam estas temporárias ou permanentes. Nesse sentido, o profissional planeia, desenvolve e avalia intervenções e programas especializados com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida, a reintegração e a participação social das pessoas.

Esta competência pressupõe uma avaliação criteriosa, um planeamento ajustado às necessidades de cada pessoa, bem como a implementação e a monitorização permanente das intervenções dos cuidados de reabilitação, garantindo cuidados centrados na pessoa. A sua consolidação é também condicionada pela variedade e pela complexidade dos contextos clínicos onde se desenvolve, o que exige do EEER a capacidade de integrar conhecimento técnico-científico, exercer julgamento crítico e demonstrar flexibilidade na adaptação das intervenções, de modo a responder a situações clínicas diversas, dinâmicas e em contínua transformação.

No serviço de medicina, as intervenções realizadas centram-se em doentes com patologias neuromusculares, com doenças respiratórias crónicas ou recorrentes. A avaliação da funcionalidade e o diagnóstico das alterações que determinam limitação da atividade e funcionalidade foi operacionalizado através da avaliação sistemática da pessoa, recorrendo a instrumentos e ferramentas internacionalmente reconhecidos e validados, como a escala Modified Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispneia, complementados pela análise clínica do padrão respiratório, auscultação torácica e avaliação da função deglutória. Esta avaliação permitiu identificar precocemente alterações com potencial impacto na independência nas AVD´s e na participação social da pessoa (Banzett et al., 2015; Holland et al., 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

As intervenções desenvolvidas enquadraram-se nos domínios da reabilitação funcional respiratória, motora e da deglutição, sendo particularmente relevantes no contexto de pessoas hospitalizadas em serviços de Medicina, frequentemente caracterizadas por elevada vulnerabilidade clínica, multimorbilidade e risco acrescido de declínio funcional associado à hospitalização. Neste âmbito, foram implementadas intervenções como técnicas de drenagem postural modificada, percussão torácica e exercícios de reeducação funcional respiratória. Paralelamente, foram desenvolvidas estratégias de capacitação da pessoa e dos cuidadores para a adoção de medidas promotoras da função respiratória e para a utilização adequada de dispositivos terapêuticos, como a ventilação mecânica não invasiva e outros dispositivos de apoio à ventilação.

Estas intervenções foram sustentadas pelas orientações da Ordem dos Enfermeiros (2018) e pela evidência científica relativa à reabilitação respiratória em adultos (Bhammar et al., 2022; McCarthy et al., 2015; Spruit et al., 2013) e traduzem a operacionalização do planeamento e implementação de cuidados complexos, ajustados às necessidades específicas da pessoa e da família, promovendo a continuidade dos cuidados, a prevenção de complicações respiratórias e a melhoria da qualidade de vida.

Esta experiência permitiu aprofundar a compreensão do papel do EEER no contexto do serviço de Medicina, particularmente na prevenção do declínio funcional associado à hospitalização e na promoção da autonomia da pessoa. Simultaneamente, reforçou a importância da prática baseada na evidência e da tomada de decisão clínica avançada na implementação de intervenções de reabilitação adaptadas à complexidade das pessoas em situação de doença aguda ou crónica.

No contexto da neurologia, a competência de avaliar a funcionalidade e diagnosticar precocemente alterações que determinam limitações da atividade foi operacionalizada através do usa de escalas como a Escala de Barthel, a Escala de deglutição de O´Neil e a Escala Tinetti e o mMRC. Complementadas ainda com a avaliação da telemonitorização do doente e interpretação dos exames complementares de diagnóstico realizados. Esta abordagem multimodal está em consonância com as recomendações da OE (2016), bem como a literatura nacional e internacional (Hodgson et al., 2025; Mendes & Nunes, 2018; Pol et al., 2025).

As diferentes técnicas implementadas enquadraram-se em diversas áreas de intervenção da Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na reabilitação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, reabilitação cognitiva, reabilitação sensorial e reeducação da deglutição. No âmbito da reabilitação funcional respiratória, foram executadas técnicas manuais, como exercícios de expansibilidade torácica, dissociação dos tempos respiratórios, vibrocompressão com o objetivo de melhorar a ventilação pulmonar, otimizar a mobilização de secreções e promover a eficiência respiratória.

A estimulação neurocognitiva e a deglutição não foram negligenciadas, tendo sido realizadas intervenções, nomeadamente exercícios de vocalização e mímica facial, estimulação térmo-tátil (gelado com líquido espessado de diferentes sabores), por forma a intervir o mais precocemente nos défices identificados. Estas intervenções responderam de forma integrada ao indicador da promoção e dinamização de planos que favorecem os processos de transição/adaptação saúde- doença, mas também ao indicador que garante a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados., dado que a personalização contínua do plano de reabilitação, ajustada à evolução clínica, associada à monitorização rigorosa da resposta terapêutica, garantiu a segurança e a eficácia das intervenções implementadas (Giménez-Esparza et al., 2025; Oliveira, 2024; Pol et al., 2025; Rocha et al., 2020; Rodrigues & Varanda, 2019).

No domínio motor, a mobilização precoce e o treino funcional como por exemplo treino de transferência e de equilíbrio, treino de marcha com auxiliar adaptado às necessidades do doente, foram estratégias implementadas tendo em vista a capacitação da pessoa para a realização das AVD´s.

Outro contexto igualmente formativo, exigente e transformador, foi o serviço de Neurocirurgia, uma vez que exigiu uma reflexão constante sobre indicações, momento oportuno e risco/benefício das intervenções do EEER, numa integração do conhecimento técnico com a sensibilidade ética e clínica, o que contribuiu decisivamente para o desenvolvimento de uma prática mais consciente e fundamentada. A elevada complexidade das situações clínicas, frequentemente associadas à instabilidade hemodinâmica, risco acrescido de deterioração do estado de saúde e necessidade de intervenções de reabilitação precoces, tornou este contexto particularmente exigente. Esta realidade colocou desafios significativos tanto ao nível técnico como emocional, exigindo uma elevada capacidade de adaptação, julgamento clínico e tomada de decisão em situações de elevada complexidade.

Este serviço caracteriza-se pela complexidade de quadros clínicos, médicos e/ou cirúrgicos, frequentemente associados a falência orgânica, com doentes dependentes de suporte tecnológico avançado e intervenção precoce ao nível da função respiratória, motora e neurocognitiva. Durante este estágio, foi possível integrar e mobilizar um conjunto diversificado de intervenções de reabilitação respiratória, motora e cognitiva, orientadas para a preservação e recuperação da funcionalidade, com especial enfoque na otimização da função respiratória e na promoção da mobilização precoce. A articulação com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial para garantir uma abordagem integrada, coerente e centrada na pessoa.

Em Ortopedia, as intervenções do EEER centram-se sobretudo no alívio da dor, na mobilidade, na marcha e equilíbrio, tornando-se estes aspetos relevantes na recuperação, prevenção de complicações e promoção da autonomia do doente. Para a avaliação utilizam-se instrumentos validados como o teste de Tinetti, para além da avaliação da amplitude articular com goniometria (OE, 2016). As estratégias incluíram treino de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora, como treino de levante, posicionamentos anti-luxação e utilização de dispositivos de mobilização passiva, sustentado pelo guia orientador de boas práticas da OE (2013).

A capacitação de doentes e dos cuidadores inclui o treino de autocuidado, prevenção de dificuldades e prescrição de produtos de apoio em conformidade com o guia orientador de boas práticas da OE (2013). De modo geral, as intervenções acima referidas materializam o planeamento e implementação de cuidados especializados

nomeadamente, a conceção de planos de intervenção com vista a promoção de capacidades adaptativas tendo em conta o autocontrolo e autocuidados nos processos de transição saúde/doença e a implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, e eliminação e da sexualidade.

Em UCC, as intervenções realizadas focaram-se sobretudo na manutenção e recuperação da funcionalidade e qualidade de vidas das pessoas nas diferentes etapas do ciclo vital, muitas destas pessoas com múltiplas comorbilidades (DPOC, AVC, status pós AVC), incluindo doentes em regime de cuidados paliativos dando resposta assim à promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados nos processos de transição saúde/ doença ou incapacidade. Os cuidados em regime domiciliário requerem adaptação constante às condições do domicílio da pessoa e à sua rede de suporte para que seja assegurada a sua continuidade. Para identificar as alterações funcionais, cognitivas e sociais foram utilizadas escalas validadas como Barthel, Zarit, GUSS, Morse, Braden ou Neecham (OE, 2016; Harwood et al., 2023; Montagnini et al., 2020), que permitiram individualizar e fundamentar os planos de reabilitação a cada pessoa e cuidador, permitindo a autonomia, segurança e eficácias dos mesmos (OE, 2001; Ribeiro et al., 2025; van der Gaag et al., 2022).

Os planos de cuidados elaborados englobaram a reabilitação funcional respiratória, como a dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino diafragmática), reabilitação motora, como treino de marcha, treino de equilíbrio estático e dinâmico), de deglutição e paliativa, conforme orientações da OE (2013, 2018, 2023) e autores atuais (Nabais & Sá, 2019; Oliveira, 2022; Silva, 2022; WHO, 2023; Woldman et al., 2024).

A prática em UCC incluiu também programas na comunidade nomeadamente o acompanhamento de crianças com necessidades especiais no âmbito da saúde escolar e do plano de saúde individual no que diz respeito à capacitação da criança e dos profissionais de educação na gestão do regime terapêutico e na atuação perante alguma adversidade.

A experiência nos diferentes contextos comprovou que o EEER assume um papel preponderante na promoção da funcionalidade e da qualidade de vida através de intervenções diferenciadas, com base na evidencia científica e ajustada às necessidades

das pessoas e famílias. Ainda assim, a sua atuação é condicionada por questões organizacionais, recursos disponíveis e articulação interprofissional. Portanto, a intervenção do EEER demonstra ser um elemento essencial na capacitação da pessoa e cuidadores, contribuindo para a consolidação de práticas de reabilitação centradas na pessoa, tal como recomendado nos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (2015).

2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção do exercício da cidadania

Uma sociedade verdadeiramente inclusiva exige mais do que a simples afirmação formal de direitos, implicando a implementação de políticas e medidas concretas que assegurem apoio financeiro, social, de saúde e de reabilitação de qualidade, ajustados às necessidades específicas de cada pessoa e às diferentes fases do ciclo de vida (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2021; Resolução do Conselho de Ministros n.º 119/2021). Neste enquadramento, a promoção da inclusão assenta na valorização da autonomia e do direito à autodeterminação das pessoas com deficiência, reconhecendo estes princípios como elementos fundamentais para a participação plena na sociedade e para o fortalecimento da coesão social.

Esta perspetiva encontra igualmente sustentação nos princípios consagrados na Constituição da República Portuguesa, que estabelece, nos artigos 12.º e 13.º, os princípios da universalidade e da igualdade, garantindo que todos os cidadãos são titulares dos mesmos direitos e deveres. Assim, a promoção da autonomia e da autodeterminação das pessoas com deficiência não deve ser entendida apenas como um imperativo ético, mas também como uma condição essencial para o exercício da cidadania ativa e para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e inclusiva (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Quer no exercício autónomo da sua prática, quer no âmbito do trabalho em equipa interdisciplinar, o EEER assume um papel estratégico na identificação e redução das barreiras que condicionam a participação plena das pessoas na sociedade. Neste sentido, a sua intervenção integra dimensões clínicas, sociais e éticas, refletindo uma

responsabilidade alargada na promoção da funcionalidade, autonomia e inclusão social, conforme preconizado no Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

A capacitação da pessoa e do cuidador revelou-se igualmente um eixo transversal em todos os contextos de estágio realizados, constituindo não apenas uma estratégia fundamental para a promoção da autonomia e da autogestão da saúde, mas também um imperativo ético e profissional orientado para a inclusão social e para o exercício pleno da cidadania.

No serviço de Medicina, as intervenções desenvolvidas evidenciaram o compromisso com a personalização dos cuidados e com a promoção da funcionalidade, autonomia e dignidade da pessoa. A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação centrou-se na prevenção do declínio funcional associado à hospitalização, na promoção do autocuidado e na capacitação da pessoa e dos cuidadores para a gestão da condição de saúde após a alta. Estas intervenções revelaram-se particularmente relevantes em pessoas com elevada vulnerabilidade clínica, frequentemente associada a múltiplas comorbilidades e períodos prolongados de imobilidade.

Neste contexto, a implementação de programas de mobilização precoce, treino de atividades de vida diária e educação para a autogestão da saúde contribuiu para a manutenção da funcionalidade e para a redução do risco de complicações associadas à hospitalização, como o descondicionamento físico e a perda de autonomia. Paralelamente, a capacitação da pessoa e da família permitiu favorecer a continuidade dos cuidados no domicílio e promover a participação ativa no processo de recuperação.

No contexto da Neurologia, a intervenção do EEER foi orientada para a capacitação da pessoa na realização das AVD´s. Contudo, as intervenções desenvolvidas não se centraram exclusivamente na recuperação funcional, tendo também como objetivo promover a reinserção social, familiar e laboral da pessoa. A participação ativa do doente, mesmo perante a presença de défices neurológicos significativos, foi incentivada através da implementação de estratégias ajustadas às suas capacidades remanescentes e ao seu projeto de vida, favorecendo o desenvolvimento de competências de autogestão e a redução da dependência.

O treino da motricidade fina constituiu um exemplo ilustrativo desta abordagem. A utilização de diferentes instrumentos terapêuticos, como peças de lego, bolas, jogos digitais interativos em telemóvel e tablet, permitiu promover a recuperação da funcionalidade, assegurando simultaneamente a personalização e contextualização do plano de reabilitação. Esta abordagem evidencia que a capacitação da pessoa apenas se torna efetiva quando assenta em intervenções fundamentadas na evidência científica, centradas na pessoa e orientadas para a promoção da funcionalidade, autonomia e participação social (Alhaddad et al., 2024; Chien et al., 2024; Marín-Medina et al., 2023).

Mesmo num contexto de elevada complexidade como o serviço de Neurocirurgia, foi possível implementar estratégias de reabilitação precoce e envolver a família no processo de cuidados, contribuindo para a preservação de funções básicas, a minimização dos efeitos da imobilidade prolongada e a prevenção de défices secundários. A reabilitação iniciada precocemente assume particular relevância nas pessoas com patologia neurológica, uma vez que a estimulação funcional e sensorial favorece processos de neuroplasticidade e potencia a recuperação funcional, preparando a pessoa para fases subsequentes do plano de reabilitação.

As intervenções implementadas incluíram exercícios de mobilização precoce, estimulação cognitiva através da orientação para a realidade e da promoção da comunicação sobre acontecimentos do quotidiano, bem como estimulação sensorial, nomeadamente através do contacto com o exterior e da exposição à luz natural. Foram igualmente realizadas intervenções dirigidas à reeducação da função orofacial e de deglutção, incluindo exercícios de mímica facial e treino de deglutição, bem como a introdução progressiva de alimentos adaptados às necessidades da pessoa, como líquidos espessados ou alimentos com textura modificada, de acordo com a avaliação da função deglutória.

Neste contexto, o envolvimento ativo da família constituiu um elemento central do processo terapêutico, em consonância com as recomendações da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (2024), que destacam o impacto positivo da participação da família na satisfação, adesão ao plano terapêutico e recuperação funcional da pessoa com doença neurológica. A integração da família no plano de reabilitação contribui para o bem-estar emocional da pessoa e dos seus familiares, promove a continuidade dos cuidados e fortalece a relação de confiança com a equipa

multidisciplinar (Cussen et al., 2025; Kang et al., 2025; Mathew et al., 2024; Renner et al., 2023).

Neste enquadramento, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel determinante na avaliação funcional, planeamento e implementação de intervenções precoces e individualizadas, orientadas para a maximização da funcionalidade, autonomia e participação da pessoa, de acordo com as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 392/2019. Esta prática evidencia a relevância da enfermagem de reabilitação na promoção da recuperação neurológica, na prevenção de complicações associadas à imobilidade e na capacitação da pessoa e da família para a continuidade do processo de reabilitação.

No contexto da Ortopedia, as intervenções de reabilitação centraram-se na capacitação da pessoa e dos seus cuidadores para a utilização adequada de produtos de apoio, bem como no treino de autocuidados e da marcha em diferentes superfícies. Estas intervenções tiveram como objetivo promover a maximização da autonomia funcional e garantir que as limitações decorrentes da condição clínica não se transformem em barreiras adicionais à participação familiar e social.

A prescrição individualizada de produtos de apoio, aliada à monitorização contínua da sua utilização, evidencia a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da capacidade funcional máxima da pessoa. Este processo permite reduzir o impacto das limitações físicas e funcionais, minimizando barreiras à mobilidade, à realização das atividades de vida diária e à participação ativa na sociedade, em consonância com os princípios da prática da enfermagem de reabilitação e com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 392/2019.

No contexto da ECCI, a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, bem como dos seus cuidadores, constitui um eixo central da intervenção do EEER. Esta intervenção ultrapassa o simples treino funcional, integrando processos de educação estruturada e personalizada, ajustados ao contexto domiciliário e às especificidades socioculturais da pessoa e da família. Tal abordagem possibilita o desenvolvimento de competências de autogestão da saúde, a redução da dependência e a promoção da autonomia.

Os Guias Orientadores de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros reforçam que a capacitação da pessoa e do cuidador apenas se torna efetiva quando é contextualizada, individualizada e sustentada na melhor evidência científica disponível (OE, 2013; OE, 2023). Ao promover estas dimensões, o EEER contribui para a reinserção comunitária e para o exercício efetivo da cidadania, assegurando que a participação social da pessoa ocorre em condições de maior segurança, funcionalidade e dignidade.

Neste contexto, a atribuição do Estatuto do Cuidador Informal, associada à capacitação efetiva do cuidador, constitui um exemplo relevante de promoção da continuidade dos cuidados, de desenvolvimento da literacia em saúde e de defesa dos direitos de cidadania da pessoa em situação de dependência. Contudo, a persistência de lacunas ao nível das políticas sociais integradas e o ainda insuficiente reconhecimento do papel do Cuidador Informal podem comprometer a sustentabilidade destas práticas. Assim, o EEER assume também um papel de advocacia em saúde, defendendo a equidade no acesso aos cuidados e o exercício pleno da cidadania por parte das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Deste modo, a intervenção do EEER contribui para potenciar a integração da pessoa na comunidade e para salvaguardar a sua dignidade enquanto cidadão, em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e com os guias orientadores de boas práticas definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001; OE, 2013; OE, 2023).

Por fim, as experiências desenvolvidas evidenciam o compromisso com a personalização das intervenções e com a promoção da reintegração social e da dignidade da pessoa. Os exemplos apresentados articulam-se diretamente com os indicadores definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, particularmente nos domínios da Promoção da Inclusão Social, do Bem-Estar e Autocuidado e da Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os quais orientam a prática profissional para intervenções centradas na pessoa, na maximização da funcionalidade e na promoção da participação ativa na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Nos vários contextos clínicos, a intervenção do EEER centrou-se na maximização das capacidades funcionais e na promoção da autonomia da pessoa, configurando um eixo estruturante da prática especializada. A conceção e implementação de programas de treino individualizados, ao nível motor e respiratório, fundamentados na melhor evidência científica disponível, e ajustados à complexidade, vulnerabilidade e imprevisibilidade de cada situação clínica, permitiram otimizar o desempenho funcional e promover o desenvolvimento pessoal. O ensino e treino de técnicas e/ou tecnologias apropriadas foram orientados para a promoção da autogestão, prevenção de complicações e capacitação da pessoa em função dos seus objetivos de saúde.

A monitorização contínua da implementação do plano de reabilitação e a avaliação sistemática dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa, permitiram a reformulação das estratégias terapêuticas, contribuindo para a obtenção de resultados sustentáveis e para a promoção de uma cultura de prevenção do risco clínico e de segurança dos cuidados. Paralelamente, a participação em Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem evidenciou o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, sustentados na melhor evidência científica disponível (OE, 2015a).

Nos variados contextos da prática clinica, a capacitação das famílias e cuidadores para a realização de técnicas de limpeza das vias aéreas, para o incentivo da realização dos exercícios de cinesioterapia respiratória no domicílio, constituíram um exemplo relevante do ensino de técnicas e tecnologias orientadas para a maximização do desempenho respiratório e motor. Estas intervenções contribuíram para a prevenção de complicações, promovendo simultaneamente a autonomia do cuidador e a segurança do doente.

Em simultâneo, o uso de escalas validadas para a avaliação continua dos doentes permitem a monitorização dos resultados obtidos com o plano de reabilitação bem como a uniformização dos critérios de avaliação (OE, 2015a). Houve também a oportunidade de acompanhar a consulta pré-operatória em grupo, quer para a artroplastias total do joelho como da artroplastias da anca. Esta abordagem integrou a contextualização e apresentação do guia de acolhimento do serviço de Ortopedia, a clarificação do motivo e

do procedimento cirúrgico, bem como a explicitação das diferentes fases do processo de reabilitação ao longo do internamento. Incluiu ainda o ensino e instrução de exercícios músculo-articulares a realizar no período pós-operatório, o treino da técnica de marcha com auxiliar e a educação para a prevenção de movimentos luxantes, bem como a utilização adequada de produtos de apoio.

Esta modalidade de intervenção encontra-se alinhada com a evidência científica, que identifica a educação pré-operatória como um momento privilegiado para a aquisição e consolidação de conhecimentos relacionados com o processo cirúrgico, bem como para o desenvolvimento de competências necessárias à adaptação funcional e à realização segura dos autocuidados. Adicionalmente, o ensino de estratégias preventivas, nomeadamente no que se refere à evicção de movimentos de risco, contribui para a redução de complicações e para a promoção da recuperação funcional (Pina & Baixinho, 2020).

Durante a realização destas consultas, para além da pessoa submetida à cirurgia, estiveram igualmente presentes os familiares cuidadores, que assumiram um papel ativo no processo de preparação pré-operatória. A implementação de um modelo estruturado de capacitação, dirigido tanto à pessoa como ao cuidador, revelou-se fundamental para promover um regresso ao domicílio mais seguro e sustentado. O envolvimento do familiar cuidador na consulta pré-operatória permitiu não só o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o procedimento cirúrgico, como também a transmissão de conhecimentos e o treino de estratégias essenciais para o período pós-operatório. Este processo contribuiu para o aumento da literacia em saúde, para a melhoria da adesão ao programa de reabilitação e para a continuidade dos cuidados no domicílio, potenciando melhores resultados funcionais (Pina & Baixinho, 2020).

De acordo com a evidência científica, a educação pré-operatória assume um papel relevante na melhoria dos resultados clínicos, nomeadamente na redução do tempo de internamento hospitalar. Estudos demonstram que, em pessoas submetidas a artroplastias total do joelho ou da anca, a implementação de programas de educação pré-operatória pode reduzir significativamente o tempo de internamento, em média cerca de um dia. Destaca-se ainda que, intervenções de carácter personalizado, proporcionam à pessoa a oportunidade de esclarecer dúvidas diretamente com o profissional de saúde, constituem

um fator determinante para essa redução, evidenciando impacto estatisticamente significativo nos resultados obtidos (Yoon et al., 2010).

No contexto da pessoa com alterações do foro ortotraumatológico e reumatológico, destaca-se, como exemplo ilustrativo, a intervenção de enfermagem de reabilitação desenvolvida junto de uma pessoa idosa no período pós-operatório de fratura trocantérica esquerda, submetida a osteossíntese com encavilhamento com vareta Gamma 3. Neste contexto, o programa de reabilitação deve assumir uma abordagem multimodal e multidisciplinar, orientada para a melhoria da qualidade de vida, promoção da autonomia e maximização da independência funcional.

Para além da intervenção precoce, a avaliação inicial deve integrar a análise da funcionalidade, a identificação do potencial de recuperação da autonomia, bem como a avaliação do contexto sociofamiliar e dos recursos disponíveis na comunidade, constituindo elementos fundamentais para o planeamento de cuidados individualizados (Lobo & Vítor, 2025). De acordo com a literatura, o programa de reabilitação deverá incluir intervenções como mobilização articular, fortalecimento muscular, prevenção de movimentos luxantes, treino de verticalização e marcha, bem como treino das atividades de vida diária, promovendo a recuperação funcional e a reintegração da pessoa no seu contexto habitual (Teixeira et al., 2021, p. 53).

A integração de uma abordagem holística no programa de reabilitação, aliada à utilização de instrumentos de avaliação válidos, sensíveis e adequados à mensuração da funcionalidade, permite garantir a individualização e adequação das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Esta prática orientada para a pessoa potência ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida (Lobo & Vítor, 2025).

Previamente à conceção do programa de reabilitação, destacou-se a importância da avaliação funcional inicial da pessoa, nomeadamente em contexto de imobilidade no leito, incluindo a avaliação da força muscular através da Escala Medical Research Council (Medical Research Council, 1976). Em função do contexto clínico, o programa de reabilitação foi orientado para a prevenção de complicações associadas à imobilidade e para a promoção da mobilização progressiva, conforme recomendado na literatura (Kortebein et al., 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante as primeiras 48 horas, em cumprimento do protocolo de repouso no leito, foram implementados exercícios de mobilidade articular e exercícios musculares ativo-assistidos e ativo-resistidos, com recurso a materiais como faixa elástica e rolo, contribuindo para a manutenção da força muscular e prevenção do descondicionamento físico (Kortebein et al., 2008). Paralelamente, foram desenvolvidas intervenções de reabilitação respiratória, incluindo o ensino da dissociação dos tempos respiratórios e da respiração abdomino-diafragmática, com vista à prevenção de complicações respiratórias (Spruit et al., 2013). Foi igualmente promovida a capacitação da pessoa para a continuidade do programa de reabilitação fora do período de intervenção do EEER, através da prescrição de exercícios, incluindo número de séries e repetições, reforçando a importância da autogestão na manutenção dos ganhos funcionais (Bodenheimer et al., 2002). A intervenção incluiu ainda o primeiro levante, permitindo a avaliação do equilíbrio em posição sentada e ortostática, tanto estático como dinâmico, etapa fundamental no processo de recuperação funcional (Hodgson et al., 2014).

Posteriormente, com base na avaliação funcional, foi selecionado o auxiliar de marcha mais adequado, tendo o andarilho sido considerado o mais seguro. Antes do início do treino, procedeu-se ao ajuste do dispositivo, à verificação das condições de segurança e ao ensino da técnica correta de marcha, promovendo a mobilidade segura e a prevenção de quedas (Sherrington et al., 2019).

Como exemplo da aquisição desta competência, destaca-se a intervenção desenvolvida junto de uma pessoa com AVC isquémico da artéria cerebral média direita. Após uma avaliação estruturada e rigorosa, foram identificados diagnósticos como défice de mobilidade no hemicorpo esquerdo, equilíbrio comprometido, limitação na marcha com auxiliar, disfagia para líquidos e défice sensorial com alteração da perceção postural, comprometendo globalmente as atividades de vida diária. A avaliação foi sustentada por instrumentos como a Escala Medical Research Council, a Escala de Tinetti e a Escala de Guss.

Considerando o potencial de reabilitação da pessoa, nomeadamente ao nível cognitivo, motivacional e funcional, foi implementado um programa individualizado, centrado na melhoria da funcionalidade. Este incluiu exercícios músculo-articulares, treino de equilíbrio e propriocepção com recurso ao espelho, treino de marcha com andarilho,

reeducação da deglutição (incluindo técnicas posturais) e estratégias de feedback visual para correção postural.

A elaboração deste programa constituiu um desafio no percurso formativo, exigindo a integração de conhecimentos teóricos, avaliação clínica e tomada de decisão. Inicialmente, evidenciaram-se dificuldades na sua estruturação, contudo, através da prática, supervisão e reflexão contínua, foi possível desenvolver o raciocínio clínico e a segurança na tomada de decisão. Atualmente, evidencia-se maior capacidade para conceber programas de reabilitação individualizados, orientados para ganhos funcionais, mantendo uma postura crítica e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

PARTE 2- COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

RESUMO

Enquadramento: A incontinência urinária constitui um problema de saúde frequente na pessoa idosa, com impacto significativo na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. As intervenções de reabilitação pélvica, nomeadamente o treino dos músculos do pavimento pélvico, assumem-se como estratégias conservadoras relevantes na prevenção e gestão desta condição, embora a evidência direcionada especificamente para a população idosa permaneça limitada.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível relativamente ao efeito das intervenções de reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e qualidade de vida da pessoa idosa.

Metodologia: Foi realizada uma *scoping review* segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), sustentada pelas orientações PRISMA-ScR. A questão de investigação foi estruturada com base no modelo PCC (População, Conceito e Contexto). A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE via PubMed, CINAHL Complete, Scopus, Cochrane Library e Google Académico. Foram incluídos estudos publicados nos últimos dez anos, abrangendo diferentes desenhos metodológicos. Após processo de seleção e aplicação dos critérios definidos, foram incluídos quatro estudos para análise qualitativa.

Conclusão: Os resultados evidenciaram benefícios associados às intervenções de reabilitação pélvica, particularmente ao nível da redução da sintomatologia urinária, melhoria do controlo vesical e impacto positivo na qualidade de vida. O treino dos músculos do pavimento pélvico constituiu a intervenção mais frequentemente identificada, frequentemente associado a estratégias educativas e comportamentais. Apesar dos resultados favoráveis, verificou-se heterogeneidade metodológica e reduzido número de estudos especificamente direcionados para a população idosa, reforçando a necessidade de desenvolvimento de investigação futura nesta área.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Pessoa idosa; Reabilitação do pavimento pélvico; Exercícios de Kegel; Qualidade de vida; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence is a frequent health condition among older adults, with a significant impact on functionality, autonomy, and quality of life. Pelvic floor rehabilitation interventions, particularly pelvic floor muscle training, are considered relevant conservative strategies for the prevention and management of this condition. However, evidence specifically focused on the older population remains limited.

Objective: To map the available scientific evidence regarding the effects of pelvic floor rehabilitation interventions on urinary incontinence and quality of life in older adults.

Methodology: A *scoping review* was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and guided by PRISMA-ScR recommendations. The research question was structured using the PCC framework (Population, Concept and Context). The search was performed in MEDLINE via PubMed, CINAHL Complete, Scopus, Cochrane Library, and Google Scholar databases. Studies published within the last ten years and with different methodological designs were included. Following the selection process and application of eligibility criteria, four studies were included for qualitative analysis.

Conclusion: The findings highlighted positive effects associated with pelvic floor rehabilitation interventions, particularly regarding the reduction of urinary symptoms, improvement of bladder control, and positive impact on quality of life. Pelvic floor muscle training was the most frequently identified intervention and was often associated with educational and behavioral strategies. Despite the positive findings, methodological heterogeneity and the limited number of studies specifically focused on older adults reinforce the need for further research in this area.

Keywords: Urinary incontinence; Older adults; Pelvic floor rehabilitation; Kegel exercises; Quality of life; Rehabilitation Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Durante os ensinos clínicos, a interação direta com pessoas com incontinência urinária permitiu aprofundar a compreensão da complexidade desta condição, bem como do seu impacto na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Esta experiência revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento do presente estudo, ao possibilitar a observação, em contexto real de prática clínica, da importância das intervenções de reabilitação pélvica na gestão da incontinência urinária e na promoção da funcionalidade da pessoa idosa.

> A implementação de intervenções como o treino dos músculos do pavimento pélvico, exercícios de fortalecimento muscular, estratégias de consciencialização corporal e educação terapêutica permitiu articular os conhecimentos teóricos com a prática clínica, promovendo uma reflexão crítica acerca da eficácia destas abordagens no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. A evidência científica demonstra que o treino dos músculos do pavimento pélvico constitui uma intervenção de primeira linha no tratamento da incontinência urinária, contribuindo para o aumento da força e resistência muscular, melhoria do controlo esfincteriano e redução dos episódios de perda urinária (Dumoulin et al, 2018).

Paralelamente, a observação em contexto clínico evidenciou que a incontinência urinária continua a apresentar impacto significativo na vida das pessoas, comprometendo frequentemente a sua participação social, autoestima e desempenho nas atividades quotidianas. Esta realidade reforça a pertinência do presente estudo, evidenciando a importância da integração de intervenções de reabilitação pélvica na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, enquanto profissional detentor de competências específicas na promoção da funcionalidade, autonomia e participação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Adicionalmente, embora exista evidência científica relativamente à utilização da reabilitação pélvica no tratamento e gestão da incontinência urinária, a literatura disponível apresenta ainda heterogeneidade relativamente às intervenções implementadas e aos resultados avaliados, particularmente na população idosa. Persistem lacunas no conhecimento acerca dos efeitos destas intervenções na incontinência urinária e qualidade de vida, reforçando a necessidade de aprofundar a investigação nesta área.

Destacou-se igualmente a importância da capacitação da pessoa e dos cuidadores para a adoção de estratégias promotoras da funcionalidade e da gestão adequada da condição, nomeadamente através da prática regular de exercícios do pavimento pélvico, da adequação dos hábitos miccionais e da adoção de estilos de vida saudáveis.

Deste modo, a experiência adquirida em contexto clínico contribuiu para sustentar a relevância desta investigação, permitindo uma compreensão mais aprofundada da aplicabilidade das intervenções de reabilitação pélvica e do seu potencial impacto na redução da sintomatologia urinária, promoção da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento populacional constitui um dos fenómenos mais marcantes da contemporaneidade, acarretando uma transição epidemiológica caracterizada pelo aumento das doenças crónicas, multimorbilidade e síndromes geriátricas (WHO, 2015). De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), Portugal consolidou a sua posição como um dos países mais envelhecidos do mundo, apresentando aproximadamente 24,3% da população residente com idade igual ou superior a 65 anos. O índice de envelhecimento aumentou para 192,4 idosos por cada 100 jovens, refletindo uma alteração significativa da estrutura demográfica nacional.

A definição de pessoa idosa é multidimensional, não se restringindo exclusivamente à idade cronológica, mas integrando alterações fisiológicas, funcionais e sociais inerentes ao processo de envelhecimento. Todavia, para efeitos de uniformização e comparabilidade em saúde pública e investigação, a Organização Mundial da Saúde (2015) considera os 65 anos como referência para o início da velhice nos países desenvolvidos.

Em Portugal, esta definição encontra-se alinhada com as orientações europeias e com a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, que reconhece a pessoa idosa como um grupo heterogéneo. Importa distinguir o envelhecimento fisiológico (senescência) do envelhecimento patológico (senilidade). Enquanto a senescência corresponde ao declínio gradual e esperado das funções orgânicas, a senilidade manifesta-se através de alterações patológicas que aceleram a perda funcional e a dependência.

No contexto da Enfermagem de Reabilitação, a pessoa idosa é encarada sob a perspetiva da Capacidade Funcional, conceito que integra a capacidade intrínseca do indivíduo com o ambiente em que este se insere. Nesta perspetiva, o envelhecimento ativo corresponde ao processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, promovendo a melhoria da qualidade de vida ao longo do envelhecimento (WHO, 2015).

A incontinência urinária constitui um problema de saúde de elevada prevalência e impacto significativo na vida das pessoas. De acordo com a International Continence Society (ICS), a incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina, sendo considerada um sinal clínico associado a alterações do trato urinário inferior e a múltiplos fatores fisiológicos, neurológicos e funcionais.

Na pessoa idosa, a incontinência urinária apresenta-se predominantemente sob três formas: incontinência urinária de esforço, caracterizada pela perda involuntária associada ao aumento da pressão intra-abdominal; incontinência urinária de urgência, associada a um desejo súbito e imperioso de urinar; e incontinência urinária mista, resultante da combinação das duas anteriores.

Em Portugal, estima-se que aproximadamente 600.000 pessoas sejam afetadas por esta condição, sendo a sua prevalência particularmente elevada nos grupos etários mais avançados. Em mulheres com mais de 75 anos, a incidência poderá atingir valores entre os 30% e os 40% (DGS, 2019d). Pela sua elevada frequência e repercussões, a incontinência urinária é frequentemente considerada uma verdadeira "epidemia silenciosa".

Embora a idade não constitua uma causa direta da incontinência urinária, o envelhecimento biológico promove alterações que aumentam significativamente a suscetibilidade ao seu desenvolvimento (Dumoulin et al., 2018). Entre estas destacam-se:

- Sarcopenia e pavimento pélvico: ocorre diminuição global da massa muscular, afetando igualmente os músculos do pavimento pélvico e comprometendo os mecanismos de suporte uretral;
- Alterações vesicais: verifica-se diminuição da elasticidade e capacidade funcional da bexiga, associada a alterações do músculo detrusor;
- Nictúria e alterações do ritmo circadiano: alterações hormonais relacionadas com a idade aumentam a produção urinária noturna e potenciam o risco de quedas.

Quando estas alterações fisiológicas coexistem com patologias frequentes no envelhecimento, como diabetes mellitus, obesidade ou terapêutica diurética, o risco de desenvolvimento e agravamento da incontinência urinária aumenta substancialmente.

As repercussões da incontinência urinária ultrapassam a dimensão estritamente clínica, afetando significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa idosa. O medo de episódios de perda urinária em contexto social, a preocupação com o odor e a

necessidade de utilização de dispositivos absorventes podem conduzir ao isolamento social, diminuição da autoestima e limitação das atividades quotidianas.

A literatura evidencia associação entre incontinência urinária e sintomas depressivos, ansiedade e diminuição da participação social, comprometendo a autonomia e a perceção de bem-estar.

Na perspetiva da Enfermagem de Reabilitação, a qualidade de vida constitui um importante indicador de resultado. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação não se centra exclusivamente na redução dos episódios de perda urinária, mas também na minimização do impacto funcional da incontinência urinária nas Atividades de Vida Diária (AVD), promovendo autonomia, dignidade, conforto e participação social da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A reabilitação do pavimento pélvico constitui uma das principais abordagens conservadoras utilizadas na intervenção na incontinência urinária, sendo amplamente recomendada como estratégia terapêutica de primeira linha. Entre as intervenções mais frequentemente utilizadas destacam-se o treino dos músculos do pavimento pélvico, técnicas de biofeedback, educação terapêutica e estratégias de consciencialização corporal.

O treino dos músculos do pavimento pélvico visa melhorar a força, resistência, coordenação e controlo muscular, promovendo o suporte uretral e contribuindo para o aumento do controlo esfincteriano (Dumoulin et al., 2018).

A evidência científica disponível sugere benefícios associados à implementação destas intervenções, nomeadamente redução dos episódios de perda urinária, melhoria da funcionalidade e impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas. Contudo, a literatura disponível apresenta heterogeneidade relativamente aos programas implementados, duração das intervenções e resultados avaliados, justificando a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os efeitos da reabilitação do pavimento pélvico nesta população.

3. METODOLOGIA

Tendo em conta os sucessivos avanços da investigação baseada na evidência científica, torna-se fundamental que a Enfermagem demonstre e consolide os seus padrões de qualidade e capacidade investigativa (Colquhoun et al., 2020). Um trabalho de investigação deve ser conduzido de forma rigorosa, clara e reprodutível, de modo a assegurar a confiabilidade e a reprodutibilidade dos resultados (Apóstolo, 2017).

Por conseguinte, apresenta-se a metodologia de investigação desenvolvida no âmbito da componente investigativa do presente relatório de estágio, tendo por base a seguinte questão de investigação: *"Que evidência existe sobre a reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e na qualidade de vida da pessoa idosa?"*

Uma pesquisa exploratória realizada na MEDLINE via PubMed e na plataforma Open Science Framework (OSF) revelou a escassez de revisões e sínteses de evidência centradas nas intervenções de reabilitação pélvica na pessoa idosa com incontinência urinária e no seu impacto na qualidade de vida. Esta lacuna na literatura, associada à elevada prevalência da incontinência urinária e às suas repercussões funcionais, psicológicas e sociais, sustentou a pertinência da escolha do presente tema de investigação.

Acresce que esta temática se encontra alinhada com os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, bem como com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2001; OE, 2019). Paralelamente, a crescente valorização das intervenções conservadoras e da capacitação da pessoa na gestão da incontinência urinária reforça a relevância clínica e científica desta área, justificando o desenvolvimento da presente investigação.

Face ao exposto e à questão de investigação formulada, optou-se pela realização de uma *scoping review*, com o objetivo de mapear os efeitos da reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e na qualidade de vida da pessoa idosa. Espera-se que os resultados desta *scoping review* contribuam para a melhoria dos cuidados de reabilitação relacionados com a gestão da incontinência urinária, bem como para a promoção da qualidade de vida das pessoas.

Para esse efeito, foi adotada a metodologia proposta pelo JBI, sustentada pelas orientações PRISMA-ScR (Page et al., 2021; Tricco et al., 2018; Woo et al., 2023). De acordo com a literatura, esta metodologia é particularmente adequada em áreas pouco exploradas e caracterizadas por elevada heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis (Apóstolo, 2017; Peters et al., 2020; Woo et al., 2023).

Com o objetivo de promover a transparência e a rastreabilidade de todo o processo, o protocolo desta scoping review foi registado na plataforma Open Science Framework (OSF), encontrando-se disponível através do DOI: https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XAJ4N. (Woo et al., 2023).

Com base nas orientações do JBI, adotou-se o modelo PCC (População, Conceito e Contexto), apresentado na Tabela 1 (Page et al., 2021). Considerando que a Enfermagem de Reabilitação não se encontra formalmente reconhecida em todos os países, optou-se pela utilização do termo mais abrangente "Reabilitação". A adoção desta designação permitiu ampliar a abrangência da pesquisa, evitando restringir a identificação da evidência científica a uma nomenclatura cuja existência e prática variam entre diferentes contextos geográficos e institucionais, assegurando maior representatividade e rigor metodológico (Apóstolo, 2017).

Tabela 1- *Modelo PCC e termos de pesquisa*

	POPULAÇÃO Pessoa idosa com incontinência urinária	CONCEITO Reabilitação Pélvica	CONTEXTO Qualidade de vida e funcionalidade
MesH Terms	Aged OR Older Adults OR Elderly	Pelvic Floor Rehabilitation OR Pelvic Floor Muscle Training	Urinary Incontinence OR Quality of Life
OUTROS TERMOS DE PESQUISA	older person* OR older people	pelvic rehabilitation OR pelvic floor therapy	urinary incontinence OR quality of life OR daily living

MeSH- Medical Subject Headings

Foram considerados para inclusão artigos publicados português e inglês, com limite temporal correspondente aos últimos dez anos, bem como estudos de diferentes desenhos metodológicos, incluindo estudos primários e de síntese de evidência, considerando tratar-se de uma temática ainda pouco explorada e existindo a intenção de mapear a evidência científica disponível. A inclusão abrangente de diferentes tipos de estudos encontra-se em conformidade com as orientações do JBI e do PRISMA-ScR, sendo particularmente adequada quando o objetivo consiste em mapear toda a evidência existente, mesmo quando esta apresenta heterogeneidade metodológica (Apóstolo, 2017; Tricco et al., 2018).

Foram excluídos estudos que não abordavam a reabilitação do pavimento pélvico no contexto da incontinência urinária na pessoa idosa, bem como estudos cuja população-alvo não correspondesse aos critérios definidos, artigos duplicados, publicações sem acesso ao texto integral e estudos que não respondessem à questão de investigação formulada.

Para efeitos de pesquisa, foram consultadas as bases de dados MEDLINE via PubMed, CINAHL Complete, Scopus e Cochrane Library. Adicionalmente, foi realizada pesquisa através do Google Académico, com o objetivo de identificar estudos potencialmente relevantes não recuperados nas bases de dados previamente selecionadas.

Os termos e as estratégias de pesquisa foram ajustados às especificidades de cada base de dados e/ou plataforma, sendo que as fórmulas de pesquisa utilizadas e os resultados obtidos encontram-se compilados no Apêndice 7, respeitando os critérios de reprodutibilidade definidos pelas orientações PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). A construção da estratégia de pesquisa foi sustentada na consulta dos vocabulários controlados Medical Subject Headings (MeSH) e CINAHL Subject Headings, permitindo identificar descritores relevantes para a temática em estudo. Estes foram posteriormente complementados por palavras-chave livres e operadores booleanos, de modo a adequar a pesquisa às especificidades das diferentes bases de dados consultadas.

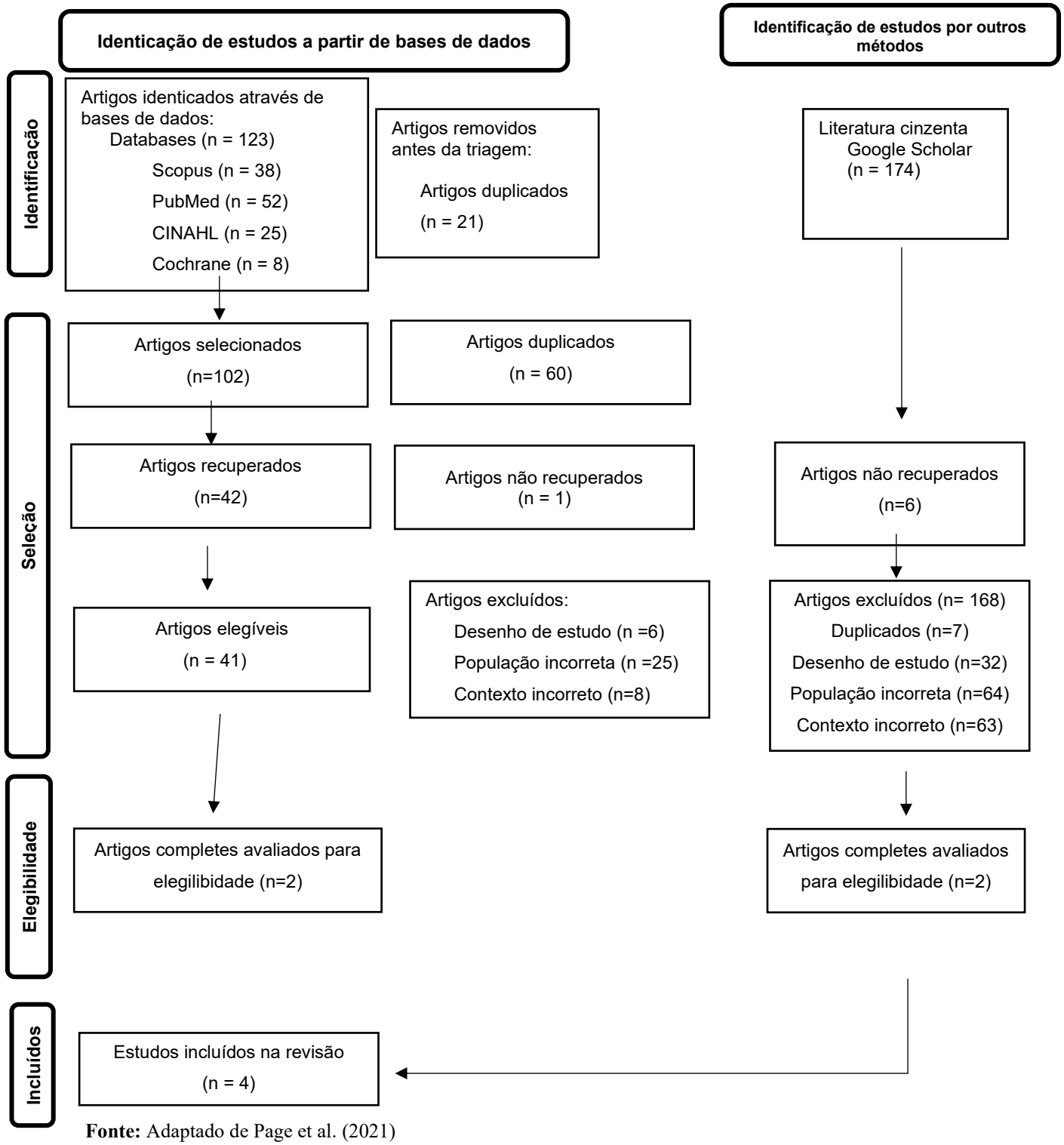
A pesquisa foi realizada a 27 de fevereiro de 2026, tendo resultado na identificação inicial de 297 registos, dos quais 123 foram identificados através das bases de dados e 174 identificados através do Google Académico. Os estudos identificados foram compilados e importados para a plataforma Rayyan®, utilizada para organização, gestão e triagem

dos estudos. Após a remoção de 21 artigos duplicados, procedeu-se ao processo de seleção dos estudos potencialmente elegíveis para inclusão na *scoping review*.

A extração de dados foi realizada por um único revisor, com verificação da amostra por um segundo revisor, assegurando a consistência e qualidade do processo. Estava prevista a consulta de um terceiro revisor em caso de divergência entre os revisores; contudo, tal não se revelou necessário, uma vez que não foram identificadas incongruências durante o processo de verificação.

Todo o processo metodológico da *scoping review*, nomeadamente as fases de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos, seguiu as orientações PRISMA-ScR, encontrando-se representado no fluxograma apresentado na Figura 1 (Page et al., 2021).

Figura 1- *Fluxograma de identificação, seleção, inclusão dos estudos*



Fonte: Adaptado de Page et al. (2021)

Os dados extraídos foram analisados com rigor científico e apresentados em forma de tabelas.

A presente investigação centrou-se exclusivamente na recolha e análise de estudos científicos provenientes de bases de dados reconhecidas e fontes consideradas credíveis, tendo sido respeitados todos os princípios éticos aplicáveis, com especial atenção à integridade científica, transparência e respeito pelos direitos de autor. Todas as fontes utilizadas encontram-se devidamente citadas ao longo do texto e incluídas na lista de referências bibliográficas, assegurando a adequada atribuição de autoria.

Todo o processo de pesquisa, seleção e análise dos estudos foi conduzido de forma rigorosa e transparente, procurando garantir a qualidade metodológica e a fiabilidade dos resultados obtidos.

4.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e conclusão do processo de seleção, foram incluídos quatro estudos para análise nesta scoping review. Os resultados foram organizados de forma sistemática, recorrendo a tabelas de síntese que permitem a caracterização dos estudos e a identificação das principais evidências encontradas, em conformidade com as recomendações metodológicas para este tipo de revisão (Apóstolo, 2017; Peters et al., 2020; Woo et al., 2023).

A Tabela 2 sintetiza as características metodológicas dos estudos incluídos, nomeadamente o desenho do estudo, os objetivos, a população, o contexto, as intervenções implementadas e os principais resultados. Esta sistematização permitiu mapear a evidência disponível relativamente ao efeito das intervenções de reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e na qualidade de vida da pessoa idosa.

Tabela 2- Identificação dos estudos selecionados

EXTRAÇÃO DE DADOS												
Código de estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração de Intervenção	Resultados	Principais descobertas
E1	Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence: Comparison Within and Between Nonhomebound and Homebound Older Adults	Sandra Engberg, Susan M. Sereika	2016, EUA	Análise secundária de ensaio clínico randomizado	Comparar a eficácia do treino dos músculos do pavimento pélvico na redução da incontinência urinária e melhoria da qualidade de vida em idosos domiciliários e não domiciliários.	278 homens e mulheres com idade ≥60 anos, com incontinência urinária de urgência, de esforço ou mista, residentes na comunidade; 93 domiciliários e 185 não domiciliários.	Cuidados domiciliários e comunidade. Todos os dados foram recolhidos no domicílio dos participantes.	Análise secundária dos dados iniciais de uma intervenção de 6 semanas integrada num ensaio clínico randomizado. A gravidade da incontinência foi avaliada através de diário miccional de uma semana e a qualidade de vida através do MOS SF-36 e do Modified Incontinence Impact Questionnaire (MIIQ).	Treino dos músculos do pavimento pélvico orientado por biofeedback eletromiográfico, associado, quando indicado, a estratégias de supressão da urgência e/ou técnicas para incontinência urinária de esforço.	6 semanas, com 6 visitas domiciliárias semanais	Observou-se uma redução significativa dos episódios de incontinência urinária em ambos os grupos. A redução mediana foi de 64,5% nos idosos domiciliários e de 70,4% nos não domiciliários, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,25). Verificou-se ainda melhoria significativa da qualidade de vida específica relacionada com a incontinência urinária em ambos os grupos.	O treino dos músculos do pavimento pélvico orientado por biofeedback revelou-se igualmente eficaz na redução da incontinência urinária e na melhoria da qualidade de vida específica em idosos domiciliários e não domiciliários, demonstrando que esta intervenção pode ser implementada com sucesso em diferentes contextos de cuidados.

Tabela 2- continuação

Tabela 2- continuação

EXTRAÇÃO DE DADOS												
Código de estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração de Intervenção	Resultados	Principais descobertas
E2	Behavioral therapy in elderly women with urinary incontinence: Content validation of a protocol	Samantha da Silva Cruz; Suzele Cristina Coelho Fabrício; Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues; Vanderlei José Haas; Luciana Kusumota	2025, Brasil (Revista Gaúcha de Enfermagem)	Estudo metodológico de desenvolvimento e validação de conteúdo de protocolo	Desenvolver e validar o conteúdo de um protocolo de terapia comportamental destinado à melhoria da incontinência urinária em mulheres idosas.	Participaram 5 especialistas na validação do protocolo: 3 fisioterapeutas, 1 enfermeira e 1 médico, todos com experiência em incontinência urinária.	Desenvolvimento de um protocolo aplicável nos cuidados de saúde primários para mulheres idosas (≥60 anos) com incontinência urinária. O protocolo destina-se a ser implementado por enfermeiros treinados.	Estudo realizado em duas fases: (1) elaboração do protocolo com base na revisão da literatura, NANDA-I e NIC; (2) validação do conteúdo através de grupo focal virtual com especialistas. A análise dos dados foi efetuada por análise temática de conteúdo.	O protocolo inclui: educação sobre incontinência urinária, avaliação comportamental por diário miccional, teste do absorvente (*pad test*), avaliação da proprioceção, avaliação da força dos músculos do pavimento pélvico e exercícios perineais.	12 semanas, incluindo consultas presenciais, exercícios supervisionados dos músculos do pavimento pélvico e contactos telefónicos regulares.	Dos seis componentes avaliados, quatro obtiveram concordância total entre os especialistas. O protocolo foi reformulado de acordo com as recomendações dos juízes e considerado adequado quanto à relevância, clareza, objetividade e aplicabilidade clínica.	O protocolo apresentou validade de conteúdo, sendo considerado uma ferramenta útil e aplicável pelos enfermeiros para a avaliação e tratamento conservador da incontinência urinária em mulheres idosas, promovendo autocuidado, melhoria da qualidade de vida e sistematização da prática clínica.

Tabela 2- continuação

EXTRAÇÃO DE DADOS												
Código de estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração de Intervenção	Resultados	Principais descobertas
E3	Effect of Kegel Exercise-Focused Intervention on Urinary Incontinence in Elderly Women	Hilal Gamze Hakbilen; Serpil Ince	2025, Turquia	Ensaio clínico randomizado, simples-cego	Avaliar o efeito de uma intervenção centrada nos exercícios dos músculos do pavimento pélvico (exercícios de Kegel) na gravidade da incontinência urinária, nas suas características associadas e no impacto na vida diária de mulheres idosas com incontinência urinária.	60 mulheres idosas (≥65 anos) com incontinência urinária, distribuídas aleatoriamente entre grupo de intervenção (n=30) e grupo controlo (n=30), integradas numa unidade de cuidados domiciliários.	Unidade Metropolitana de Cuidados Domiciliários de Antalya, Turquia.	As participantes foram aleatorizadas para grupo de intervenção ou grupo controlo. A avaliação foi realizada no início do estudo e após 6 e 12 semanas, utilizando o International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF).	Exercícios dos músculos do pavimento pélvico (exercícios de Kegel), treino individual domiciliário, associado a educação sobre hábitos miccionais, ingestão hídrica, dieta e estratégias comportamentais para gestão da incontinência urinária.	12 semanas	Verificou-se redução significativa da frequência e gravidade da incontinência urinária, diminuição da quantidade de urina perdida e redução do impacto da incontinência urinária na vida diária das participantes do grupo de intervenção, comparativamente ao grupo controlo, às 6 e 12 semanas.	A intervenção baseada nos exercícios de Kegel, associada a acompanhamento domiciliário regular, demonstrou ser eficaz na melhoria da incontinência urinária e da qualidade de vida em mulheres idosas, reforçando o papel dos enfermeiros na implementação destas estratégias de reabilitação.

Tabela 2- continuação

EXTRAÇÃO DE DADOS												
Código de estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração de Intervenção	Resultados	Principais descobertas
E4	What is the impact of a multi-component exercise intervention on the cure rate of urinary incontinence among older women living in the community?	Rachele Ricci; Pinar Avsar; Zena Moore; Tom O'Connor; Linda Nugent; Declan Patton	2024, Irlanda	Revisão sistemática com meta-análise	Determinar o impacto de uma intervenção de exercício multicomponente na taxa de cura da incontinência urinária em mulheres idosas residentes na comunidade	Foram incluídos 5 estudos primários, totalizando 1119 mulheres idosas com incontinência urinária residentes na comunidade; 759 receberam a intervenção	Mulheres com ≥60 anos, residentes na comunidade, provenientes de estudos realizados no Japão e Bangladesh.	Revisão sistemática conduzida segundo as orientações PRISMA 2020. Foram pesquisadas cinco bases de dados (MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete, PubMed e Web of Science), literatura cinzenta e listas de referências. Foi realizada síntese narrativa dos resultados e meta-análise dos desfechos secundários.	Intervenção multicomponente combinando treino dos músculos do pavimento pélvico (PFMT/Kegel), exercícios de força e exercícios de equilíbrio. Os programas incluíram sessões de aproximadamente 60 minutos, duas vezes por semana, durante 12 semanas a 6 meses.	Variou entre 3 e 6 meses, com períodos de follow-up entre 6 meses e 1 ano.	As participantes submetidas à intervenção apresentaram uma taxa média de cura da incontinência urinária de 44%, significativamente superior aos grupos controlo. Observou-se redução significativa da frequência dos episódios de incontinência urinária ($p < 0,00001$) e melhoria da velocidade máxima da marcha ($p < 0,0003$). Os maiores benefícios foram verificados nas mulheres com incontinência urinária de esforço.	A combinação de exercícios de Kegel com treino de força e equilíbrio mostrou-se eficaz na melhoria e cura da incontinência urinária em mulheres idosas residentes na comunidade, sobretudo na incontinência urinária de esforço, constituindo uma estratégia conservadora promissora para esta população.

Os estudos incluídos apresentaram heterogeneidade metodológica, abrangendo uma análise secundária de ensaio clínico randomizado, um estudo metodológico de validação de protocolo, um ensaio clínico randomizado e uma revisão sistemática com meta-análise.

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar diferentes abordagens de intervenção na incontinência urinária da pessoa idosa. Engberg e Sereika (2016) e Hakobyan e Ince (2025) centraram as suas intervenções no treino dos músculos do pavimento pélvico, recorrendo, respetivamente, ao biofeedback e aos exercícios de Kegel integrados em programas domiciliários. Cruz et al. (2025) desenvolveram e validaram um protocolo comportamental que integrou componentes educativas, avaliação da função dos músculos do pavimento pélvico e exercícios perineais. Por sua vez, Ricci et al. (2024) analisaram intervenções multicomponentes que combinaram o treino dos músculos do pavimento pélvico com exercícios de força e equilíbrio.

Relativamente aos resultados, os estudos de Engberg e Sereika (2016), Hakobyan e Ince (2025) e Ricci et al. (2024) evidenciaram melhorias ao nível da sintomatologia urinária, traduzidas na redução da frequência e gravidade da incontinência urinária, bem como ganhos na qualidade de vida das participantes. Adicionalmente, Cruz et al. (2025) concluíram que o protocolo desenvolvido apresentava relevância clínica, clareza e aplicabilidade na avaliação e intervenção junto de mulheres idosas com incontinência urinária. Globalmente, os resultados sugerem que as intervenções centradas na reabilitação do pavimento pélvico constituem uma estratégia promissora na promoção da continência urinária e da qualidade de vida da pessoa idosa.

A presente scoping review permitiu identificar e mapear a evidência científica disponível relativamente ao efeito das intervenções de reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e qualidade de vida da pessoa idosa. Os estudos incluídos apresentaram heterogeneidade metodológica, integrando ensaios clínicos randomizados, um estudo metodológico e uma revisão sistemática, refletindo a diversidade de abordagens existentes nesta área. Apesar dessa heterogeneidade, verificou-se consistência nos resultados reportados, evidenciando benefícios associados às intervenções de reabilitação pélvica, particularmente ao nível da redução da sintomatologia urinária e melhoria da qualidade de vida.

A Tabela 3 apresenta a síntese das categorias emergentes identificadas, possibilitando uma compreensão mais integrada da evidência disponível.

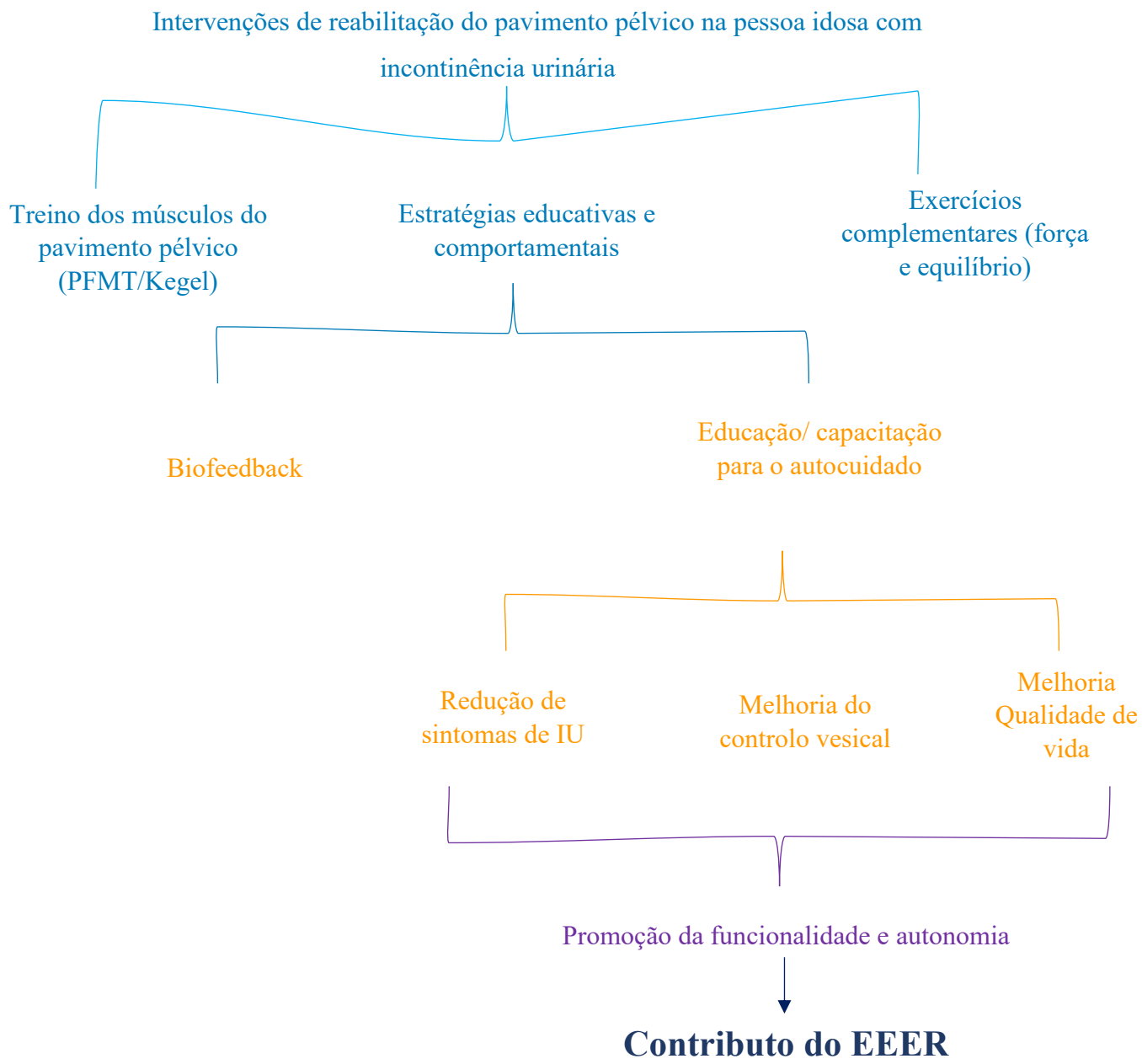
Tabela 3- Categorias emergentes da análise dos estudos incluídos

RESULTADOS	ESTUDOS			
	E1	E2	E3	E4
Redução de sintomas urinários	✓	✓	✓	✓
Melhoria da qualidade de vida	✓		✓	✓
Treino dos músculos do pavimento pélvico	✓	✓	✓	✓
Estratégias educativas/comportamentais	✓	✓	✓	
Intervenções multicomponentes	✓	✓	✓	✓
Desenvolvimento/validação de protocolo		✓		
Necessidade de uniformização de práticas		✓		✓
Contributo do EEER	✓	✓	✓	✓

A Tabela acima permite uma visão global dos principais resultados encontrados. As categorias identificadas evidenciam a predominância de intervenções centradas no treino dos músculos do pavimento pélvico, bem como os seus efeitos na redução da sintomatologia urinária e na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. A análise e discussão destes resultados são apresentadas no capítulo seguinte.

A partir da análise dos estudos incluídos foi possível identificar categorias temáticas relacionadas com os tipos de intervenção implementados, os resultados obtidos e as implicações para a prática de Enfermagem de Reabilitação. A Figura 2 apresenta uma representação esquemática da síntese da evidência identificada.

Figura 2 – Síntese das categorias emergentes relativas às intervenções de reabilitação do pavimento pélvico e respetivos efeitos na pessoa idosa com incontinência urinária



A síntese temática apresentada na Figura 2 evidencia que o treino dos músculos do pavimento pélvico constituiu a intervenção mais frequentemente identificada nos estudos incluídos, frequentemente associado a estratégias educativas, comportamentais e a outras abordagens complementares.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O treino dos músculos do pavimento pélvico constituiu a intervenção mais frequentemente identificada nos estudos analisados, surgindo como componente central das estratégias implementadas. Estes resultados encontram-se em consonância com a revisão sistemática desenvolvida por Dumoulin, Cacciari e Hay-Smith (2018), que reconhece o treino do pavimento pélvico como uma intervenção de primeira linha no tratamento conservador da incontinência urinária, pela sua capacidade de melhorar a força muscular, resistência e controlo esfincteriano. Os autores referem ainda que a implementação estruturada destes programas se associa à redução da frequência das perdas urinárias e melhoria dos resultados clínicos relacionados com a continência.

Os estudos incluídos demonstraram benefícios ao nível da redução da frequência e gravidade das perdas urinárias, bem como melhoria do controlo vesical. Particularmente, o estudo desenvolvido por Hakbilen e Ince (2025) evidenciou redução significativa da frequência, gravidade e quantidade das perdas urinárias após a implementação de um programa baseado em exercícios de Kegel, verificando-se igualmente melhoria significativa da qualidade de vida e diminuição do impacto da incontinência urinária nas atividades quotidianas. Estes resultados reforçam a importância da prática estruturada e continuada dos exercícios do pavimento pélvico na população idosa.

Resultados semelhantes foram identificados por Engberg e Sereika (2016), que observaram melhoria dos sintomas urinários através da associação entre treino dos músculos do pavimento pélvico, biofeedback e estratégias de supressão urinária. A integração de diferentes componentes terapêuticas sugere que abordagens multifatoriais poderão potenciar ganhos funcionais, favorecer a adesão às intervenções e responder de forma mais abrangente às necessidades da pessoa idosa.

Adicionalmente, a revisão sistemática desenvolvida por Ricci et al. (2024) reforçou estes resultados ao demonstrar benefícios associados a intervenções multicomponentes que integravam treino dos músculos do pavimento pélvico, exercícios de força muscular e treino de equilíbrio. Esta combinação apresentou impacto positivo na redução da sintomatologia urinária e aumento da taxa de cura da incontinência urinária, sugerindo que estratégias mais abrangentes poderão responder de forma mais eficaz à natureza multifatorial da condição na pessoa idosa.

Importa destacar que um dos estudos incluídos apresentou natureza metodológica distinta. O estudo de Cruz et al. (2025) centrou-se no desenvolvimento e validação de um

protocolo físico-comportamental destinado a mulheres idosas com incontinência urinária. Apesar de não avaliar resultados clínicos diretos, este estudo contribui para a sistematização das intervenções de reabilitação pélvica e reforça a importância da estruturação de protocolos que integrem componentes educativas, comportamentais e exercícios específicos do pavimento pélvico. A inclusão deste estudo permitiu ampliar a compreensão das estratégias disponíveis nesta área e reforçar a necessidade de uniformização das práticas clínicas.

Os resultados da presente *scoping review* permitiram identificar lacunas importantes na evidência disponível relativamente às intervenções de reabilitação do pavimento pélvico na pessoa idosa com incontinência urinária. Destaca-se o reduzido número de estudos especificamente direcionados para esta população, bem como a escassez de investigação centrada no contexto da Enfermagem de Reabilitação e no papel específico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na implementação destas intervenções.

Adicionalmente, verificaram-se diferenças entre os estudos incluídos, nomeadamente ao nível dos desenhos metodológicos, características das amostras, duração das intervenções e estratégias terapêuticas implementadas. Observou-se igualmente ausência de uniformização relativamente à frequência, intensidade e componentes associadas aos programas de treino do pavimento pélvico, dificultando a comparação direta dos resultados e limitando a generalização da evidência identificada.

O número reduzido de estudos incluídos nesta *scoping review* (n=4) poderá refletir o ainda limitado investimento científico nesta área específica. Embora a avaliação formal da qualidade metodológica não constitua objetivo deste tipo de revisão, identificaram-se fragilidades relacionadas com a diversidade metodológica e com a escassez de estudos especificamente direcionados à população idosa, aspetos que poderão limitar a aplicabilidade clínica dos resultados.

Paralelamente, importa investir em estudos desenvolvidos em contextos reais de prática clínica, particularmente em contexto comunitário, explorando fatores facilitadores, barreiras à implementação e resultados associados à funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa. O desenvolvimento de evidência robusta nesta área poderá contribuir para consolidar práticas clínicas sustentadas na evidência e reforçar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na resposta às necessidades desta população.

Face às lacunas identificadas, torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos experimentais com amostras mais abrangentes, protocolos de intervenção uniformizados e acompanhamento longitudinal, permitindo avaliar não apenas a eficácia imediata das intervenções, mas também a sustentabilidade dos ganhos obtidos a médio e longo prazo.

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, estes resultados assumem particular relevância, considerando que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação possui competências específicas na promoção da funcionalidade, autonomia e capacitação da pessoa. A implementação precoce de intervenções centradas na reabilitação pélvica poderá constituir uma estratégia relevante para a promoção de ganhos em saúde, funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A presente scoping review teve como objetivo mapear a evidência científica disponível relativamente ao efeito das intervenções de reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e qualidade de vida da pessoa idosa. A análise dos estudos incluídos permitiu responder à questão de investigação formulada, evidenciando benefícios associados às intervenções de reabilitação pélvica, particularmente ao nível da redução da sintomatologia urinária, melhoria do controlo vesical e impacto positivo na qualidade de vida.

Os resultados identificados demonstraram que o treino dos músculos do pavimento pélvico constituiu a intervenção mais frequentemente utilizada, surgindo frequentemente associado a estratégias educativas, componentes comportamentais e intervenções multicomponentes. Os estudos analisados evidenciaram resultados favoráveis relativamente à diminuição da frequência e gravidade das perdas urinárias, melhoria funcional e redução do impacto da incontinência urinária nas atividades de vida diária.

Importa salientar que os resultados devem ser interpretados considerando algumas limitações da presente investigação. A evidência identificada apresentou heterogeneidade metodológica, verificando-se diferenças relativamente aos desenhos dos estudos, duração das intervenções, características das amostras e estratégias implementadas. Adicionalmente, o reduzido número de estudos especificamente direcionados para a população idosa limita a generalização dos resultados e evidencia a existência de lacunas científicas nesta área.

Em síntese, os resultados obtidos sugerem que a reabilitação do pavimento pélvico constitui uma estratégia promissora na gestão da incontinência urinária da pessoa idosa, contribuindo para a melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida. A presente investigação contribui para aprofundar o conhecimento nesta área e reforça a necessidade de desenvolvimento de estudos futuros mais robustos, capazes de sustentar a implementação de práticas clínicas baseadas na evidência científica.

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO EM ENFERMAGEM E FORMAÇÃO

Os resultados da presente scoping review evidenciam implicações relevantes para a prática clínica, particularmente no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Os benefícios observados ao nível da redução da sintomatologia urinária, melhoria do controlo vesical e impacto positivo na qualidade de vida reforçam a importância da implementação de intervenções centradas na reabilitação do pavimento pélvico na pessoa idosa com incontinência urinária.

No contexto da prática clínica, os resultados reforçam a relevância da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação enquanto profissional detentor de competências específicas na promoção da funcionalidade, autonomia e capacitação da pessoa. A integração de programas estruturados de treino dos músculos do pavimento pélvico, associados a estratégias educativas e comportamentais, poderá constituir uma intervenção relevante na prevenção e gestão da incontinência urinária na pessoa idosa.

Relativamente à investigação futura, torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos experimentais, nomeadamente ensaios clínicos randomizados, com amostras mais alargadas e maior uniformização dos protocolos de intervenção. Sugere-se igualmente a realização de estudos especificamente direcionados para a população idosa e a avaliação dos efeitos das intervenções de reabilitação pélvica a médio e longo prazo na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

Ao nível da gestão em Enfermagem, os resultados obtidos reforçam a necessidade de promover a integração sistemática de programas de prevenção e reabilitação da incontinência urinária nos diferentes contextos assistenciais. A implementação de protocolos estruturados poderá contribuir para uniformizar práticas, otimizar recursos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à formação, torna-se relevante reforçar conteúdos relacionados com a avaliação e intervenção na incontinência urinária e reabilitação pélvica, tanto ao nível da formação pré-graduada como da formação contínua dos profissionais. O desenvolvimento de competências específicas nesta área poderá contribuir para uma intervenção mais precoce, eficaz e centrada nas necessidades da pessoa.

CONCLUSÃO

O percurso desenvolvido ao longo da formação em Enfermagem de Reabilitação, refletido no presente relatório, constituiu uma oportunidade singular de crescimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição e consolidação de competências essenciais ao exercício futuro enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Este percurso ultrapassou a dimensão exclusivamente técnico-científica, promovendo igualmente o desenvolvimento de uma postura crítica, reflexiva e autónoma, sustentada na integração entre conhecimento científico, experiência clínica e prática baseada na evidência.

A prática clínica revelou-se um espaço privilegiado para mobilizar conhecimentos, desenvolver competências especializadas e compreender a complexidade das necessidades da pessoa em situação de vulnerabilidade funcional. A diversidade de contextos e experiências vivenciadas possibilitou reconhecer o papel diferenciador do EEER na promoção da funcionalidade, autonomia, prevenção de complicações e capacitação da pessoa e família. Simultaneamente, permitiu reforçar a importância de intervenções individualizadas, centradas na pessoa e orientadas para a maximização da qualidade de vida.

Paralelamente, a componente investigativa assumiu um papel estruturante na consolidação do pensamento crítico e na fundamentação da prática clínica. A realização da presente scoping review permitiu mapear a evidência científica disponível relativamente aos efeitos das intervenções de reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e qualidade de vida da pessoa idosa. Os resultados encontrados evidenciaram benefícios associados a estas intervenções, particularmente ao nível da redução da sintomatologia urinária, melhoria do controlo vesical e impacto positivo na qualidade de vida.

Contudo, os resultados permitiram igualmente identificar limitações importantes, nomeadamente a reduzida produção científica especificamente direcionada para a população idosa e a heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis. Esta realidade evidencia a necessidade de aprofundar a investigação nesta área, promovendo a produção de conhecimento robusto e aplicável à prática clínica, capaz de sustentar intervenções cada vez mais eficazes e centradas nas necessidades específicas da pessoa idosa.

No contexto da Enfermagem de Reabilitação, os resultados reforçam a relevância da atuação do EEER na implementação precoce de estratégias preventivas, educativas e terapêuticas dirigidas à incontinência urinária. A reabilitação pélvica assume-se como uma área com potencial significativo para a obtenção de ganhos em saúde, promoção da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida.

Em síntese, este percurso reforçou a convicção de que o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação depende da integração contínua entre ciência, prática clínica e investigação. O EEER afirma-se como profissional diferenciador e agente de mudança, capaz de liderar intervenções especializadas, promover práticas baseadas na evidência e contribuir para respostas de saúde cada vez mais humanizadas, éticas e centradas na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., … Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics, 21(2),* 167–178.

Alhaddad, G., Dione, M., Danna, J., Alario, F.-X., Honnorat, J.-L., Velay, J.-C., Gilhodes, A., & Longcamp, M. (2024). Writing in two different scripts promotes fine motor control. *Cortex, 179*, 247–260. https://doi.org/10.1016/j.cortex.2024.07.016

Alves, S., Cacim, R., Ribeiro, O., Teixeira, L., Molloy, D. W., & Paul, C. (2022). Screening for caregiver burden in the community: Validation of the European Portuguese screening version of the Zarit Burden Interview (ZBI-4). *Clinical Gerontologist, 45*(3), 525–537. https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1728807

Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Arienti, C., Armijo-Olivo, S., Minozzi, S., Tjosvold, L., Lazzarini, S. G., Patrini, M., & Negrini, S. (2021). Methodological issues in rehabilitation research: A scoping review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 102(8),* 1614.e14–1622.e14. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.04.006

Banzett, R. B., et al. (2015). The neural basis of dyspnea. *Nature Reviews Neuroscience*, *16(11*), 651–663.

Barbosa, P. M., Firmino Machado, J., Ferreira, L. N., Cruz, V. T., & Szrek, H. (2023). From healthcare system to individuals through stroke rehabilitation pathways: Outcomes, information, and satisfaction along 12 months prospective cohort in Portugal. *Topics in Stroke Rehabilitation, 30(7),* 727–737. https://doi.org/10.1080/10749357.2023.2165266

Bhammar, D. M., et al. (2022). Respiratory muscle training in adults with chronic respiratory disease. *Chest*.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA, 288*(19), 2469–2475. https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469

Brosseau, L., Milne, S., Wells, G., Tugwell, P., Robinson, V., Casimiro, L., & Shea, B. (2004). Efficacy of continuous passive motion following total knee arthroplasty: A metaanalysis. *The Journal of Rheumatology, 31*(11), 2251–2264.

Campinho, J. M. F. (2026). *Efeitos das intervenções de reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária e qualidade de vida da pessoa idosa: Scoping review* [OSF registration]. Open Science Framework. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XAJ4N

Coelho, A., Lobão, C., Parola, V., Almeida, M. de L., Queirós, P., Gonçalves, R., Sousa, J. P., & Neves, H. (2024). Meleis's transition theory in gerontogeriatric nursing and the future need for specialized care. *Journal of Ageing and Longevity, 4(2),* 119–127. https://doi.org/10.3390/jal4020008

Colquhoun, H. L., Jesus, T. S., O'Brien, K. K., Tricco, A. C., Chui, A., Zarin, W., Lillie, E., Hitzig, S. L., Seaton, S., Engel, L., Rotenberg, S., & Straus, S. E. (2020). Scoping review on rehabilitation scoping reviews. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 101(8),* 1462–1469. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.03.015

Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS. (2024, março 27). Plano de ação para a humanização dos cuidados de saúde (Versão 27-03-2024). Direção Executiva do SNS. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-deAcao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf

Constituição da República Portuguesa. (1976). Assembleia da República. https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx

Cussen, J., Mukpradab, S., Tobiano, G., Haines, K. J., O'Connor, L., & Marshall, A. P. (2025). Exploring critically ill patients' functional recovery through family partnerships: A descriptive qualitative study. *Australian Critical Care, 38(1),* 101084. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.06.007

Chien, S.-Y., Wu, C.-Y., Wong, A. M.-K., Chen, C.-K., & Beckman, S. L. (2024). Exploring the impact of an interactive electronic pegboard on manual dexterity and cognitive skills of patients with stroke: Preliminary analysis. *JMIR Formative Research, 8*, e55481. https://doi.org/10.2196/55481

Cruz, S. S., Fabrício, S. C. C., Rodrigues, R. A. P., Haas, V. J., & Kusumota, L. (2025). Behavioral therapy in elderly women with urinary incontinence: Content validation of a protocol. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 46*, e20240084.

Decreto-Lei n.º 104/98. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. *Diário da República, 1.ª série-A, n.º 93* (21 de abril de 1998), 1739–1757. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República, Série II, n.º 187* (24 de setembro de 2021), 96–103. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Acidente vascular cerebral – Prescrição de medicina física e de reabilitação* - Norma n.º 054/2011. https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares* – Norma n.º 008/2019. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Programa nacional para a segurança dos doentes 2015–2020*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2019c). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2019d). *Avaliação e Diagnóstico da Incontinência Urinária no Adulto*. Norma nº 001/2019.

Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD005654. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4

Effing, T. W., Bourbeau, J., Vercoulen, J., et al. (2012). Self-management programmes for COPD: Moving forward. *Chronic Respiratory Disease, 9(1*), 27–35.

Engberg, S., & Sereika, S. M. (2016). Effectiveness of pelvic floor muscle training for urinary incontinence: Comparison within and between nonhomebound and homebound older adults. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 43*(3), 291–300.

Giménez-Esparza, C., Relucio, M. Á., Nanwani-Nanwani, K. L., & Añón, J. M. (2025). Impact of patient safety on outcomes: From prevention to the treatment of post-intensive care syndrome. *Medicina Intensiva (English* Edition), 49(4), 224–236. https://doi.org/10.1016/j.medine.2024.04.008

Hakbilen, H. G., & Ince, S. (2025). Effect of Kegel exercise-focused intervention on urinary incontinence in elderly women. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 52*(2), 137–146. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000001162

Han, S. B., Park, J. H., Han, K. J., & Lee, D. H. (2020). Gamma3 nail with U-Blade lag screw is effective with better surgical outcomes in trochanteric hip fractures. *Scientific Reports, 10*, 6021. https://doi.org/10.1038/s41598-020-62980-2

Harwood, R. H., Goldberg, S. E., Brand, A., van Der Wardt, V., Booth, V., Di Lorito, C., Hoare, Z., Hancox, J., Bajwa, R., Burgon, C., Howe, L., Cowley, A., Bramley, T., Long, A., Lock, J., Tucker, R., Adams, E. J., O'Brien, R., Kearney, F., … Masud, T. (2023). Promoting activity, independence, and stability in early dementia and mild cognitive impairment 102 (PrAISED): Randomised controlled trial. *BMJ, 382*, e074787. https://doi.org/10.1136/bmj2023-074787

Hoeman, S. P. (2020). *Rehabilitation nursing: Process, application, and outcomes* (6th ed.). Elsevier.

Hodgson, C. L., Broadley, T., Paton, M., Higgins, A. M., Anderson, S., Brennan, S., Granger, C. L., Hammond, N. E., Magana Cruz, S., Lang, J. K., Leditschke, I. A., Orford, N. R., Parry, S. M., Price, B., Taylor, P., Udy, A. A., Green, S. E., & others. (2025). Australian clinical practice guideline for physical rehabilitation and mobilisation in adult intensive care units. *Australian Critical Care, 38(4),* 101235. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101235

Hodgson, C. L., Stiller, K., Needham, D. M., et al. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(6), 658.

Holland, A. E., et al. (2014). An official European Respiratory Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. *European Respiratory Journal*, 44(6), 1428–1446.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Estimativas de População Residente*.

Instituto Nacional para a Reabilitação. (2021). *Estratégia nacional para a inclusão das pessoas com deficiência 2021–2025*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

Jesus, T. S., Koh, G., Landry, M., Ong, P. H., Lopes, A. M., Green, P. L., & Hoenig, H. (2019). Finding the "right-size" physical therapy workforce: International perspective across 4 countries. *Physical Therapy, 99*(12), 1597–1609. https://doi.org/10.1093/ptj/pzz104

Kakkos, S. K., Caprini, J. A., Geroulakos, G., Nicolaides, A. N., Stansby, G., & Reddy, D. J. (2016). Combined intermittent pneumatic leg compression and pharmacological prophylaxis for prevention of venous thromboembolism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD005258. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005258.pub3

Kang, J., Chang, S. J., Jeon, M. K., Suh, G. Y., & Chung, C. R. (2025). Patient, family and provider priorities in ICU rehabilitation: An experience-based co-design

study. *Nursing in Critical Care, 30(5),* e70151. https://doi.org/10.1111/nicc.70151

Kortebein, P., Ferrando, A., Lombeida, J., Wolfe, R., & Evans, W. J. (2008). Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA*, *297(16*), 1772–1774.

Lebre, A., Martins, M. M., & Parreira, P. (2022). Organização dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação: Desafios na gestão de recursos humanos. *Revista de Enfermagem Referência, V(1),* e21045.

Lenssen, T. A. F., et al. (2008). Effectiveness of prolonged use of continuous passive motion (CPM), as an adjunct to physiotherapy, after total knee arthroplasty. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *9,* 60. https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-60

Lobo, A., & Vítor, S. (2025). Reabilitação funcional na pessoa idosa com fratura da anca: abordagem integrada em enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem de Reabilitação*, *8(1*), 45–52.

Mathew, S. K., Aruna, S., Vasudevan, R. C., Visweswaran, V., Arjunan, P., Panachingal, B., & Jyothi, M. (2024). Integrating family involvement in neuro-intensive care: A pathway to enhanced family satisfaction in traumatic brain injury (TBI) management. *Cureus, 16(11*), e74748. https://doi.org/10.7759/cureus.74748

Marín-Medina, D.S., Arenas-Vargas, P. A., Arias-Botero, J. C., Gómez-Vásquez, M., JaramilloLópez, M. F., & Jorge Mario Gaspar-Toro. (2023). New approaches to recovery after stroke. *Neurological Sciences, 45(1).* https://doi.org/10.1007/s10072-023-07012-3

McCarthy, B., et al. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. London: HMSO.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

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.

Mendes, R. M. G., & Nunes, M. L. (2018). A importância da Enfermagem de Reabilitação nas unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação,* 1(2), 8–13. https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/47

Melnyk, BM., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Prática baseada em evidências em enfermagem e saúde: um guia para as melhores práticas* (3.ª ed). Wolters Kluwer Health.

Montagnini, M., Javier, N. M., & Mitchinson, A. (2020). The role of rehabilitation in patients receiving hospice and palliative care. *Rehabilitation Oncology, 38*(1), 9–21. https://doi.org/10.1097/01.REO.0000000000000196

Nabais, A., & Sá, M. C. (2019). A pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica: Como promovem os enfermeiros de reabilitação o autocuidado. *Millenium*, 2(9), 93–101. https://doi.org/10.29352/mill0209.07.00231

Oliveira, I. J. (2022). *A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139866/2/532941.pdf

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

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: World Health Organization.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritos.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. (Cadernos OE, série I, nº 7). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Enfermagem de reabilitação: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação – Indicadores de competência comuns e específicos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.* Ordem dos Enfermeiros. https://ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Enfermagem de reabilitação: instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória.)Cadernos OE, série I, nº 10) . Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* (Regulamento n.º 392/2019). *Diário da República, 2.ª série*(85), 13565–13568.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas – Prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação* (1.ª ed. digital). Departamento da Qualidade na Saúde, Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Parreira, P. M. S. D., Santos-Costa, P., Martins, M. M., & Ribeiro, O. M. P. L. (2023). Continuidade dos cuidados e segurança da pessoa: contributos para a prática de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI*(1), e22021.

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evidence Synthesis, 18(10), 2119–2126. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167

Pina, M., & Baixinho, C. L. (2020). Educação pré-operatória na pessoa submetida a cirurgia ortopédica: contributos para a enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8.

Pol, T. A. S., Vargas, C. P., Martins, M. M. F. P. S., 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), e35651. https://doi.org/10.33194/rper.2025.35651

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. Revista Referência, 4(3), 157–164.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 46 (6 de março de 2019), 7018–7020. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento nº 392/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.* Diário da República, 2.ª série, n.º 121 (25 de junho de 2019), 15719–15721. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893

Renner, C., Jeitziner, M. M., Albert, M., et al. (2023). Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. Critical Care, 27, 301. https://doi.org/10.1186/s13054-023-04569-5

Ren, Y., & Salvador, J. T. (2024). The usefulness of nursing theory in guiding nursing practice in China: A systematic review. Research and Theory for Nursing Practice, 38(1), 43–71. https://doi.org/10.1891/RTNP-2023-0043

Resolução do Conselho de Ministros n.º 119/2021. (2021). Aprova a Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021–2025. *Diário da República: 1.ª série, 169*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/119-2021-170361271

Ricci, R., Avsar, P., Moore, Z., O'Connor, T., Nugent, L., & Patton, D. (2024). *What is the impact of a multi-component exercise intervention on the cure rate of urinary incontinence among older women living in the community? Lifestyle Medicine, 5*(1), e95. https://doi.org/10.1002/lim2.95

Ribeiro, J. M., Barbosa, A. M., Coutinho, R. P., & Santos, R. (2025). *Literacia em saúde:* Uma pedra basilar para melhores cuidados. Gazeta Médica, 12(1), 32–34. https://doi.org/10.29315/gm.825

Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação,* 3(1), 5–17. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755

Rodrigues, C. A. F., & Varanda, E. M. G. (2019). Aplicação de um programa de estimulação multissensorial a doentes com alterações severas do estado de consciência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação,* 2(2), 5–11. https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4554

Silva, R. R. (2022*). Reabilitação paliativa: A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos no domicílio* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Digital do IPB. https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/dba8f02d-ba2e-4da2-9500-8188100d2424

Schön, D. A. (2017). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. London: Routledge. (Obra original publicada em 1983).

Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. E. (2019). *Exercise for preventing falls in older people living in the community*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD012424. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). Nursing theories and nursing practice (4th ed.). F. A. Davis Company.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., et al. (2013). An official ATS/ERS statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 188*(8), e13–e64. https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST

Teixeira, A., Silva, C., & Ramos, M. (2021). Intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa com fratura proximal do fémur. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 49–57.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Unger, A. C., Schwabe, P., Probst, C., Ruecker, A. H., & Zettl, R. (2014). Treatment of trochanteric fractures with the Gamma3 nail. *The Open Orthopaedics Journal, 8*, 466–473. https://doi.org/10.2174/1874325001408010466

Van der Gaag, M., Heijmans, M., Spoiala, C., & Rademakers, J. (2022). The importance of health literacy for self-management: *A scoping review of reviews. Chronic Illness,* 18(2), 234–254. https://doi.org/10.1177/17423953211035472

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M., & Parreira, P. M. S. D. (2021). Modelos de organização do trabalho de enfermagem e a sua relação com a qualidade dos cuidados. Revista de Enfermagem Referência, V(1), e20058.

Ventura-Silva, J. M. A., Ribeiro, O. M. P. L., Trindade, L. L., & Monteiro, M. A. J. (2021). Nurse staffing and patient safety: A systematic review. *Nursing Open, 8*(5), 2238–2251. https://doi.org/10.1002/nop2.870

Woldman, A., Goldblatt, H., & Elboim-Gabyzon, M. (2024). Palliative physiotherapy in community settings for people with terminal illness. *BMJ Supportive & Palliative Care,* 14(e3), e2719–e2725. https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004179

Woo, B. F. Y., Tam, W. W. S., Williams, M. Y., Ow Yong, J. Q. Y., Cheong, Z. Y., Ong, Y. C., Poon, S. N., & Goh, Y. S. (2023). Characteristics, methodological, and reporting quality of scoping reviews published in nursing journals: A systematic review. Journal of Nursing Scholarship, 55(4), 874–885. https://doi.org/10.1111/jnu.12861

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/rehabilitation-in-health-systems

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization.

World Health Organization, Regional Office for Europe. (2023). *Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services.* WHO Regional Office for Europe. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173

Wu, X., & Gao, B. (2024). Meta-analysis of the clinical efficacy of the Gamma3 nail versus Gamma3 U-Blade system in the treatment of intertrochanteric fractures. *World Journal of Orthopedics, 15*(3), 285–292. https://doi.org/10.5312/wjo.v15.i3.285

Yoon, R. S., Nellans, K. W., Geller, J. A., Kim, A. D., Jacobs, M. R., & Macaulay, W. (2010). Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *The Journal of Arthroplasty*, 25(4), 547–551.

APÊNDICES

APENDICE I- PANFLETO REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA



Deitado/a para o lado direito, com uma almofada nas costas, coloque um saco de sal, ou arroz ou açúcar na zona inferior do tórax esquerdo e encha o peito com ar. Veja o saco a subir e descer.

(Repita para o lado contrário)



Deitado/a para o lado direito com a perna esquerda esticada, e a direita fletida. Encha o peito com ar e levante o braço ao mesmo tempo, quando deita fora baixe o braço.

(Repita para o lado contrário)



Deitado/a de barriga para baixo, com a almofada debaixo dos pés. Respire para a sua região lombar.

Técnica Inalatória

1. **Posicionamento adequado:** deve estar de pé, sentado ou semi-sentado, com o tronco reto para facilitar a entrada de ar nos pulmões;
2. **Preparar o inalador:** Retirar a tampa ou abrir o inalador, conforme o modelo;
   - Preparar a dose indicada:
3. **Esvaziar os pulmões:** Realizar uma expiração lenta, idealmente até atingir a capacidade de reserva funcional (não expirar para dentro do dispositivo).
4. **Posicionar o inalador:** Colocar o bocal do inalador na boca, entre os dentes. *(Não obstruir o bocal com a língua; Fechar bem os lábios ao redor do bocal, criando um selo hermético)*
5. **Inspiração do medicamento:** Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca, para garantir que o pó seja transportado até os pulmões;
6. **Suster a respiração:** Manter a respiração presa por cerca de 10 segundos para favorecer a deposição pulmonar do medicamento.
7. **Expiração:** Expirar lentamente, preferencialmente pelo nariz, longe do inalador;
8. **Finalização:** Fechar ou recolocar a tampa no inalador imediatamente após o uso;

(Direção Geral da Saúde, 2017)

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Reeducação Funcional Respiratória

Cada respiração conta:

Saúde começa pelo ar



A respiração

…é o processo vital pelo qual os seres vivos trocam gases com o ambiente: absorvem oxigênio e eliminam dióxido de carbono. Nos humanos, isso ocorre principalmente através dos pulmões, durante a **inspiração** (entrada de ar) e **expiração** (saída de ar).

O sistema respiratório começa no nariz e na boca e continua pelas vias aéreas e dois pulmões. O pulmão direito divide-se em três partes (lobos) e o esquerdo em duas (dois lobos). Cada lobo pode ainda dividir-se em segmentos.

Se algum destes segmentos está afetado e tiver muita expetoração, esta deve ser drenada para que a respiração ocorra da melhor forma e os pulmões sejam bem oxigenados.

A Reeducação Funcional Respiratória

… é um conjunto de técnicas e exercícios que permitem melhorar a capacidade respiratória.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adequa os exercícios respiratórios à situação de cada cliente tendo por base o seu diagnóstico e capacidades de forma a promover a máxima autonomia.

A seguir estão apresentados exercícios que deve fazer no conforto da sua casa e recomendações para uma maior eficácia dos mesmos. Seja o seu agente de mudança.

- Beba líquidos em grande quantidade pois eles ajudam a mobilizar a sua expetoração (água, chá, sopa…)
- Não faça os exercícios após as refeições;
- Use roupa larga e confortável;
- Descontraía para que os seus músculos estejam relaxados;
- Em cada posição, respire cerca de 10 vezes, fazendo inspirações profundas pelo nariz e tentar alagar a cintura, depois deite o ar fora devagar e aperte a barriga;
- Vá tossindo durante os exercícios para que sua expetoração saia;
- Se tiver alterações da sua expetoração deve informar o seu médico e enfermeiro;

Que posicionamentos devo fazer?



Deitado/a de costas com almofada debaixo dos joelhos e um peso de 1kg (kilo de arroz ou sal). Respire para a barriga, veja o saco a levantar



Deitado/a de costas, com um bastão nos braços. Inspirar e levantar o bastão, deitar o ar fora enquanto baixa o bastão.



Deitado/a para o lado direito, com os braços e pernas encolhidos. Respire para a barriga, veja-a crescer.

(Repita para o lado esquerdo)

APENDICE II- PROCEDIMENTO REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

1. **OBJETIVO:**

Este procedimento visa uniformizar os critérios de atuação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na ULS Barcelos/Esposende (ULSBE) referentes à uniformização das suas práticas na implementação de um plano de reabilitação respiratória à pessoa com doença respiratória crónica.

2. **ÂMBITO:**

O presente procedimento pretende a normalização de práticas relativamente ao desenvolvimento de um plano de reabilitação respiratória em contexto hospitalar em pessoas com doença crónica do foro respiratório nomeadamente na avaliação, na implementação de técnicas na reeducação funcional respiratória, na componente educacional e no registo das intervenções efetuadas. Este procedimento insere-se no âmbito da melhoria da qualidade de cuidados promovendo a continuidade dos mesmos para os diferentes contextos.

3. **DEFINIÇÕES**:

Reabilitação respiratória: a reabilitação respiratória é uma intervenção baseada em evidência científica, dirigida a pessoas com doença respiratória crónica ou não, sintomáticas e com repercussões nas suas atividades de vida diária. Compreende um conjunto de intervenções individualizadas de âmbito complementar com outros tratamentos e, que incluem a avaliação da situação clinica da pessoa, a reeducação funcional respiratória, a prática de exercício físico, a educação para a saúde e a promoção de alterações comportamentais. Tem como principais objetivos: o alivio sintomático, maximizar a capacidade para o exercício físico, promover a autonomia e a participação social, aumentar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa.

Reeducação funcional respiratória ou cinesiterapia respiratória baseia-se num conjunto de técnicas de controlo respiratório, posicionamentos e movimentos. Tem como objetivo atuar sobre a componente mecânica da respiração e melhorar a ventilação alveolar, reduzir tensões musculares, otimizar o controlo postural e a mobilidade torácica, diminuir o esforço ventilatório, melhorar a resistência, capacidade de exercício e a funcionalidade da pessoa, mobilizar e remover secreções, capacitar a pessoa para a autogestão da doença e incrementar a literacia em saúde.

Doenças respiratórias restritivas caracterizam-se pela diminuição da capacidade de expansão pulmonar e/ou alterações da caixa torácica. Este tipo de patologia gera padrões ventilatórios ineficazes, com aumento da frequência respiratória, diminuição do volume corrente, hipoventilação e consequente insuficiência respiratória. Exemplo: doenças neuromusculares, deformidades da caixa torácica, doença pulmonar do interstício, fibrose pulmonar, silicose, sarcoidose, doenças da pleura, cirurgias de resseção e de redução do volume, infeções respiratórias agudas, pós-operatórios, etc...

Doenças respiratórias obstrutivas: caracterizam-se por obstrução da via aérea, que condiciona o aumento da resistência da via aérea por redução do diâmetro desta devido a inflamação crónica. Traduz-se em diminuição do fluxo expiratório, com capacidade vital mantida mas incapaz de gerar fluxos rápidos; apresenta dispneia e aumento do volume residual. Exemplos: DPOC, asma, fibrose quistica, bronquiectasias, ...

Ventilação processo do sistema respiratório que engloba o deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados, profundidade respiratória e força expiratória (CIPE).

Limpeza das vias aéreas: Processo do sistema respiratório que permite manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório(CIPE).

Intolerância á atividade: falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades(CIPE).

Tossir: expulsão súbita de ar dos pulmões para limpar as vias aéreas(CIPE).

Conhecimento: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento ou reconhecimento de informação (CIPE)

Capacidade: refere-se à habilidade de um indivíduo realizar uma determinada tarefa ou ação (CIPE)

4. **FUNDAMENTAÇÃO:** As patologias do sistema respiratório apresentam um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa, com repercussões físicas, funcionais, psicológicas, familiares e sociais. Estas exigem um processo de transição de saúde-doença à pessoa e aos seus cuidadores e geram um elevado custo ao sistema de saúde devido a exacerbações frequentes, descondicionamento físico, dependência e/ou deficiência, ansiedade e necessidade recorrente de cuidados de saúde primários e/ou diferenciados. A reabilitação respiratória é um conjunto de intervenções terapêuticas realizadas por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integrado num equipa e plano multidisciplinar, e destinadas a pessoas com doenças respiratórias como forma de prevenir ou tratar complicações e promover a autonomia e bem-estar da pessoa. A sua implementação baseia-se em evidências científicas que demonstram os seus benefícios relacionados com melhoria da qualidade de vida, da tolerância ao exercício, da capacidade funcional e da autonomia, redução da ansiedade e da disfunção psicossocial bem como diminuição da utilização dos serviços de saúde (Cordeiro & Menoita, 2012; DGS, 2009: OE, 2019; Spruit *et al*, 2013).

   A reabilitação respiratória apresenta como parte integrante do plano a reeducação funcional respiratória, o treino de exercício e a componente educacional sobre a gestão do regime terapêutico e consequente alteração comportamental. A sua implementação visa melhorar as trocas gasosas através da otimização da ventilação, aumento da eficiência muscular respiratória e redução da dispneia/ansiedade levando a uma melhoria da capacidade cardiorrespiratória e funcional da pessoa.

Como componentes do programa de reabilitação surgem as técnicas de reeducação funcional respiratória, o treino de exercício aeróbio, de força muscular e de resistência, a educação para a saúde e a capacitação da pessoa/cuidador na gestão da doença.

5. **DESTINATÁRIOS:**

Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação da ULSBE

6. **QUEM EXECUTA:**

Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação da ULSBE

7. **DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO:**

Os princípios da reabilitação respiratória são transversais aos contextos da prática clinica e ao longo do ciclo de vida da pessoa, desde que sejam salvaguardados alguns critérios que podem constituir contraindicações/precauções absolutas ou relativas.

Contraindicações Absolutas	▪ Alterações recentes (últimos 2 dias) no ECG sugestivas de isquemia, enfarte do miocárdio ou outra alteração cardíaca aguda ▪ Angina instável ▪ Arritmias cardíacas não controladas ▪ Estenose aórtica severa sintomática ▪ Insuficiência cardíaca não controlada ▪ Tromboembolismo pulmonar recente ▪ Miocardite ou pericardite em fase aguda ▪ Infeções agudas (com hipertermia)
Contraindicações Relativas	• Estenose da artéria coronária esquerda principal • Estenose valvular moderada • Alterações eletrolíticas (ex. hipocaliémia, hipomagnesémia) • Taquidisritmias e bradisrritmias • Cardiomiopatia hipertrófica • Doenças neuromusculares, musculoesqueléticas e reumatológicas em fase sintomática que exacerbem queixas com o exercício • Bloqueio atrioventricular de elevado grau • Aneurisma ventricular • doença metabólica não controlada (ex. diabetes, mixedema)
Precauções absolutas	• Doenças infeciosas • Enfarte do miocárdio ou angina instável no último mês • Oximetria periférica «88% (ao ar ambiente ou sob oxigenoterapia prescrita • Incapacidade física que impossibilite a implementação de cuidados seguros

Precauções relativas	• Frequência cardíaca 125bpm após 10 min de descanso • Pressão arterial sistólica »200mmHg e/ou Pressão arterial diastólica»110/100 mmHg

(OE, 2019)

Avaliação da pessoa com necessidade de cuidados de reabilitação respiratória

O EEER deve realizar uma avaliação física e funcional minuciosa da pessoa, recorrendo à informação clinica disponível, exames auxiliares de diagnóstico e exame físico e funcional, através da observação, avaliação de parâmetros vitais e aplicação de instrumentos de avaliação pertinentes e objetivos.

Recomendações: O registo desta avaliação deve ser realizado na Sclinico como meio para elaborar diagnósticos de enfermagem para esta pessoa. As escalas não parametrizadas poderão ser registadas em notas gerais. A avaliação do potencial para adquirir conhecimentos e para melhorar a capacidade também devem incluir esta avaliação inicial

Instrumentos de avaliação recomendados:

- ✓ Escala de Borg modificada
- ✓ Escala de dispneia modificada *Medical Research Council Dyspnea Questionnaire* (mMRC)
- ✓ Medida de Independência Funcional
- ✓ Tabela Nacional de Funcionalidade
- ✓ Teste da marcha dos 6 min (TM6)
- ✓ Escala London Chest Activity of daily living (LCADL)
- ✓ Teste de repetição máxima
- ✓ Dinamometria
- ✓ Espirometria de incentivo
- ✓ Escala força muscular do *Medical Research Council*
- ✓ COPD assessment test (CATpara os DPOC)
- ✓ Outros que se considerem relevantes

Plano de intervenção em reabilitação respiratória

Este deve ser elaborado de acordo com os diagnósticos de enfermagem determinados na avaliação inicial. A definição do plano através da escolha das intervenções a implementar, o numero de séries ou a frequência das sessões é determinado pelo EEER de forma individualizada para a pessoa alvo dos cuidados, de acordo com as suas necessidades, capacidades e expectativas. De seguida abordaremos cada um dos diagnósticos de enfermagem de forma particular e o plano de intervenção de enfermagem a concretizar. O primeiro passo será informar a pessoa sobre a intervenção a executar e obter o seu consentimento e colaboração sempre que possível.

Ventilação comprometida

Exercício/técnica	Objetivo
Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios	Aumentar a consciência corporal e respiratória Corrigir padrões disfuncionais Melhoria do controlo e eficácia dos músculos respiratórios Auxilio no relaxamento e no controle da ansiedade Base para outras técnicas respiratórias
Reeducação diafragmática global e/ou seletiva	Promover o uso adequado do diafragma Melhorar a ventilação pulmonar/oxigenação Corrigir padrões respiratórios disfuncionais Reduzir o trabalho respiratório/promover o relaxamento Prevenir complicações respiratórias
Reeducação costal global/seletiva	Melhorar a mobilidade torácica Aumentar a capacidade pulmonar Favorecer a ventilação seletiva Corrigir padrões respiratórios restritivos Melhorar o sincronismo respiratório Reduzir a rigidez da musculatura respiratória Prevenir complicações respiratórias
Posicionamento/correção postural	Diminuir a dispneia Otimizar a relação ventilação/perfusão Aumentar a capacidade pulmonar Corrigir posturas viciosas

Ventilação nas patologias do tipo obstrutivo: deve coordenar os exercícios de controlo ventilatório com o movimento muscular (inspiração- expansão; expiração-retração); ênfase na fase expiratória que, deve ser mais ampla e lenta; técnicas coordenadas com a expiração com pressão máxima nesta fase para melhorar o volume expirado.

Ventilação nas patologias de tipo restritivo: inicia-se sempre a intervenção por exercícios de reeducação abdominodiafragmática, os exercícios devem ter enfase na fase inspiratória como forma de corrigir os defeitos ventilatórios sendo mais utilizada a abordagem seletiva conforme a patologia/necessidade da pessoa. O recurso a dispositivos respiratórios, como a espirometria de incentivo ou os dispositivos de treino da força muscular inspiratória, também podem ser usados para estimular inspirações profundas, melhorando a ventilação.

Limpeza das Vias Aéreas ineficaz

Estas técnicas estão recomendadas para prevenir a retenção e remoção das secreções, caso existam.

Exercício/técnica	Objetivo
Drenagem postural clássica/adaptada	Utilizar a gravidade como facilitador na eliminação das secreções Melhorar a relação ventilação/perfusão Pode ser acrescentado manobras acessórias, exercícios respiratórios e técnica da tosse
Manobras acessórias (percussão, compressão e vibração)	Descolar e drenar secreções Melhoria do padrão ventilatório (Atenção: contraindicações como hipocoagulação e patologias cardíacas !)
Tosse assistida e dirigida	Mobilização e eliminação de secreções (deve ser conjugada com outras técnicas que a complementem)
Drenagem autogénica	Mobilização e eliminação de secreções Melhorar a ventilação, relação ventilação/perfusão
Ciclo ativo da respiração	Mobilização e eliminação de secreções Melhorar a ventilação, relação ventilação/perfusão
Huffing e técnica de expiração forçada	Mobilização e eliminação de secreções Melhorar a ventilação e a relação ventilação/perfusão Reduzir a possibilidade de colapso da via aérea
Hiperinsuflação manual	Mobilização e eliminação de secreções Melhorar a ventilação Prevenir atelectasias
Expiração lenta com a glote aberta em decúbito infralateral (ETGOL)	Mobilização e eliminação de secreções Reduzir a hiperinsuflação

Técnicas de limpeza da via aérea instrumentais	
Pressão positiva expiratória (PEP) – Shaker; flutter; acapella	Mobilizar as secreções através da diferença de pressões
Oscilação intra e extratorácica (*smartvest* e os *vest*)	Mobilizar as secreções; melhorar a ventilação Diminui o *air trapping*

Insuflador/exsuflador mecânico (Cough Assist)	Melhora a capacidade pulmonar e o recrutamento alveolar Melhora a eficácia da tosse
Aspiração da via aérea	Remover as secreções

Dispneia

Dispneia é a sensação subjetiva e desconfortável de falta de ar, uma dificuldade em respirar.

Técnicas/exercicios	objectivos
Posicionamento/relaxamento	Diminuir a dispneia Melhorar a ventilação Otimizar o status respiratório
Técnicas de conservação de energia	Melhorar a tolerância à atividade física Melhorar a capacidade funcional/autonomia nas AVD Reduzir a ansiedade

Intolerância à atividade

Refere-se à incapacidade de tolerar ou completar as atividades diárias devido à falta de energia, física e/ou psicológica.

Técnicas/exercícios	objetivos
Posicionamento/relaxamento/ técnicas de conservação de energia	Reduzir a dispneia/fadiga Promover a autonomia da pessoa
Treino de estratégias especificas na realização das AVD	Promove a autonomia da pessoa Capacitar a pessoa na realização das AVD
Treino aeróbio	Melhorar a capacidade física e cardiorrespiratória da pessoa Promover a autonomia
Treino de força muscular	Melhorar a força musculara da pessoa Promover a autonomia

Potencial para melhorar **o conhecimento/capacidade**: deve ser sempre avaliado para determinar a capacidade de a pessoa aprender e repetir as técnicas utilizadas de forma autónoma, reconhecendo a sua pertinência e dando continuidade ao mesmo noutros contextos. Cabem aqui intervenções do âmbito ensinar, instruir, incentivar e treinar.

A **autogestão da doença e do regime terapêutico** é um fator que contribui para a redução da morbilidade e mortalidade das doenças respiratórias, da melhoria da qualidade de vida e redução da ansiedade da pessoa. A literacia em saúde e a capacitação da pessoa são parte integrante da reabilitação respiratória.

FOCO	objetivo
Fisiopatologia/impacto da doença respiratória	Aumentar a literacia em saúde Potenciar a tomada de decisão na adoção de comportamentos saudáveis Melhorar a adesão ao regime terapêutico
Gestão do regime medicamentoso, em especial o uso de inaladores, oxigenoterapia e VNI	Melhorar a adesão ao regime terapêutico Capacitar a pessoa na gestão do regime medicamentosos definido Melhoria na qualidade de vida e redução das exacerbações da doença
Gestão do regime de exercícios de reeducação funcional respiratória e outras técnicas, plano de treino aeróbio (marcha em plano, pedaleira e escadas) e de força muscular (treino passivo, ativo e ativo-resistido)	Melhoria da capacidade funcional e autonomia da pessoa Melhoria do processo respiratório Manutenção/otimização da autonomia nas AVD Diminuição da ansiedade/dispneia Potenciar a reintegração sociocultural e familiar da pessoa

Um programa de reabilitação pode durar cerca de 8-12 semanas mas em contexto de internamentos pode ser iniciado e depois a pessoa treinada para lhe dar continuidade. Cada sessão deverá ser organizada conforme as prioridades do serviço e deverá ter uma duração mínima de 10 -20 min, ajustar a duração, frequência e intensidade do mesmo conforme a patologia e estado do doente.

8. FLUXOGRAMA (opcional)

9. AVALIAÇÃO / MONITORIZAÇÃO:

Este procedimento deve ser auditado anualmente, conforme o Anexo I, lista de verificação para auditoria.

10. REVISÃO E DIVULGAÇÃO:

A revisão deste procedimento, além da data estipulada, pode ser efetuada sempre que necessário ou sempre que existam alterações legais/normativas. Este procedimento, após a sua homologação, fica disponível no Portal da ULSBE recebendo os profissionais essa comunicação, via e-mail; assim, fica garantida a divulgação, o que não obsta a que, nos serviços se faça a discussão e se elaborem propostas de melhoria para este procedimento.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cordeiro, Maria do Carmo Oliveira &Menoita, Elsa Cristina Paz Carvela (2012) Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória, conceitos, princípios e técnicas. (Loures) Lusociência
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J. do, & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Concepções e práticas* (pp. 234-280) Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Circular Informativa n.º 40A/DSPCD: Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).* https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/circulardgs40adspcd27out2009pdf.aspx
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação respiratória: Guia orientador de boa prática* (Cadernos da OE, Série I, N.º 10).
- 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., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., … Wouters, E. F. (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), e13–e64. https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST

ANEXOS (opcional)

ANEXO I - LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA AUDITORIA (opcional)

Lista de Verificação				
Procedimento:	**Unidade/Serviço:** _____			
Equipa Auditora:	**Data:** __/__/_____			
Critérios	**Sim**	**Não**	**N/A**	**Evidência/Fonte**
Fundamentação diagnóstica da intervenção (registo de pelo menos um diagnóstico de enfermagem no processo do doente)				Sclinico
Planeamento de intervenções especificas de enfermagem de reabilitação relacionadas com os diagnósticos identificados				Sclinico
Execução de intervenções especificas de enfermagem de reabilitação relacionadas com os diagnósticos identificados				Sclinico/Observação
Registo das intervenções no Sclinico				Sclinico
Reavaliação, pelo menos, semanal dos conhecimentos/capacidades da pessoa				Sclinico
Subtotal	**0**	**0**	**0**	
Índice de Conformidade = $\frac{Total\ de\ respostas\ SIM}{Total\ de\ respostas\ aplicáveis} X100$				

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BARCELOS / ESPOSENDE	*Titulo Procedimento*

Elaborado/Data:	Aprovado/Data:

APENDICE III- GUIA ENTREVISTA RÁDIO LOCAL

"A Saúde do Conde" - O Enfermeiro de Reabilitação e o Doente com AVC

Sabia que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental na recuperação das pessoas após uma doença ou acidente?

Ola a todos! Bem-vindos a mais um programa "A saúde do conde". O meu nome é Juliana! O meu nome é Pedro e somos alunos do mestrado de enfermagem de reabilitação! Exatamente, somos enfermeiros, a evoluir na profissão e hoje vamos falar sobre um tema muito importante — o papel do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC, ou Acidente Vascular Cerebral.

Um tema que nos é tão próximo e que tem tanto impacto na vida das pessoas.

---

1. Breve definição do enfermeiro de reabilitação

Para começarmos Pedro, e para as pessoas nos entenderem, o que é afinal, um enfermeiro de reabilitação?"

O enfermeiro de reabilitação é um profissional de enfermagem com formação especializada para ajudar as pessoas a recuperar ou a manter a sua funcionalidade e autonomia após uma doença, acidente ou cirurgia.

O nosso foco é promover a independência da pessoa, ensinando-a a adaptar-se e a realizar as suas atividades diárias de forma segura e eficaz.

---

2. Funções do enfermeiro de reabilitação

E Juliana, queres falar-nos sobre a função do enfermeiro de reabilitação?

Sim Pedro! Então, o enfermeiro de reabilitação tem várias funções: faz avaliações funcionais, planeia programas de treino motor, ensina e motiva o doente, orienta cuidadores e famílias, e previne complicações decorrentes da imobilidade. Trabalhamos para que cada pessoa consiga atingir o máximo potencial de independência possível, sempre com respeito pelo seu ritmo e pelas suas capacidades.

---

3. Onde se encontram estes enfermeiros

E a dúvida das pessoas é, onde podem encontrar estes profissionais! É só no hospital?

Não, de todo.
Podemos encontrá-los em hospitais, unidades de cuidados continuados, centros de reabilitação, cuidados de saúde primários e até em visitas domiciliárias.

Ou seja, acompanhamos o doente em todas as fases do processo — desde o internamento até ao regresso a casa — garantindo que a reabilitação é um processo continuo.

---

4. Como atua o enfermeiro num doente com AVC

Falemos então do AVC que é uma das doenças que provoca um elevado grau de dependência nas pessoas quando as atinge. Como é que o enfermeiro de reabilitação atua junto de um doente que sofreu um Acidente Vascular Cerebral?

Quando um doente tem um AVC, é comum ficar com limitações motoras, na fala ou na coordenação. O enfermeiro de reabilitação começa por avaliar as capacidades afetadas, definindo um plano de reabilitação individualizado.
Ensinamos o doente a reaprender a andar, a alimentar-se, a vestir-se, e a realizar as suas atividades com segurança.

E acabamos também por trabalhar muito a motivação e a autoconfiança, que são pilares fundamentais para o sucesso da reabilitação.

---

5. Que sequelas o AVC pode deixar

E que tipo de sequelas o AVC pode deixar?

O AVC pode deixar sequelas motoras, como perda de força num dos lados do corpo (hemiparesia ou hemiplegia como nós dizemos em linguagem médica), dificuldades na fala (afasia), problemas de deglutição, alterações cognitivas e até mudanças no comportamento ou no humor.
Cada pessoa é diferente — por isso, o nosso trabalho é adaptar o plano de reabilitação à realidade e ao potencial de cada um.

---

6. De que forma o enfermeiro ajuda na recuperação

Pedro, secalhar explicamos um bocadinho a forma como o enfermeiro de reabilitação ajuda na recuperação dessas pessoas?"

Ajudamos de várias formas. Fazemos treinos de mobilidade e equilíbrio, ensinamos exercícios personalizados e adaptados às capacidades da pessoa, promovemos estratégias de compensação para as limitações, e prevenimos complicações, como úlceras de pressão e contraturas.
Trabalhamos também com a família, ensinando-a a apoiar o doente no dia-a-dia, a usar corretamente ajudas técnicas e a adaptar o ambiente doméstico.

O mais importante é que o doente perceba que, mesmo com limitações, é possível recuperar capacidades e viver com qualidade.

---

7. Encerramento

Que mensagem gostávamos de deixar aos nossos ouvintes sobre a importância da reabilitação no AVC?

Gostaria de dizer que o AVC não é o fim — é um recomeço.
Com apoio, paciência e o acompanhamento certo, é possível recuperar e voltar a ter uma vida ativa e feliz.
A reabilitação faz toda a diferença — e o enfermeiro de reabilitação está lá para caminhar ao lado da pessoa, passo a passo.

Exatamente isso. O nosso trabalho vai muito além do aspeto físico — é um apoio constante na reconstrução da confiança e da esperança.
Com a reabilitação certa e o acompanhamento adequado, é possível retomar o controlo da vida, um passo de cada vez
Ficamos por aqui. Obrigada por nos terem acompanhado em mais um programa e não se esqueçam cuidem-se

APENDICE IV- PANFLETO REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA- CONTEXTO COMUNITÁRIO

Reeducação Costal Global



Sentado com os pés ligeiramente afastados, mas bem apoiados, e tronco bem alinhado, segure o bastão com as mãos à largura dos ombros.



Inspire lentamente pelo nariz ao mesmo tempo que eleva os braços, contando até 3.



Depois expire lentamente pela boca, deitando calmamente todo o ar fora, enquanto baixa os braços. Conte até 4. Repita 10 vezes.

Tosse Dirigida Modificada

Sentado com os pés ligeiramente afastados, mas bem apoiados, incline o tronco ligeiramente para a frente e envolva o abdómen com os braços. Faça 3 a 4 respirações profundas, sustendo o ar durante 3 segundos, expulsando-o de seguida lentamente pela boca.



De seguida inspire profundamente pelo nariz, como se cheirasse uma flor e , logo após, deite todo o ar fora, com a boca aberta como se embaciasse um vidro e , simultaneamente aperte o abdómen com os braços.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

Reeducação Funcional Respiratória

Atenção à sua respiração é um ato de autocuidado!



Realizado por: Adriana Costa e Juliana Campinho, alunas de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, IPVC

A Reeducação Funcional Respiratória

é um conjunto de técnicas e exercícios que permitem melhorar a capacidade respiratória, melhorar a resistência ao esforço físico, prevenir o colapso das vias respiratórias e contribuir para a eliminação das secreções..

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adequa os exercícios respiratórios à situação da pessoa tendo por base o seu diagnóstico e capacidades de forma a promover a máxima autonomia.



A seguir estão apresentados exercícios que deve fazer no conforto da sua casa e recomendações para uma maior eficácia dos mesmos.

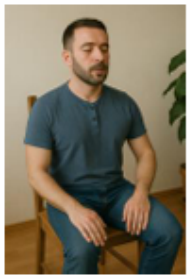
Seja o seu agente de mudança!

Conselhos úteis…

- Beba líquidos em grande quantidade pois eles ajudam a mobilizar a sua expetoração (água, chá, sopa…)
- Não faça os exercícios após as refeições;
- Use roupa larga e confortável;
- Descontraía para que os seus músculos estejam relaxados;
- Em cada posição, respire cerca de 10 vezes, fazendo inspirações profundas pelo nariz e tentar alagar a cintura/abdómen, depois deite o ar fora devagar e aperte a barriga;
- Vá tossindo durante os exercícios para que sua expetoração saia;
- Se tiver alterações da sua expetoração deve informar o seu médico e enfermeiro;

Consciencialização e Controlo da Respiração

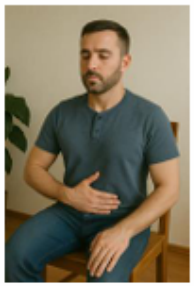
Sentado com os pés ligeiramente afastados, mas bem apoiados, o tronco bem alinhado, mas ligeiramente fletido. Inspire lentamente pelo nariz como se cheirasse uma flor contando até 3.



Depois, expire lentamente pela boca, com os lábios semicerrados, como se soprasse uma vela, contando até 4. **Repita 10 vezes.**

Respiração Diafragmática

Na mesma posição do exercício anterior, coloque uma mão, em forma de concha, sobre o estômago. Inspire lentamente pelo nariz, dirigindo o ar para o local onde tem a mão, fazendo com que esta se eleve. Conte até 3.



Depois expire pela boca, com os lábios semicerrados, deitando calmamente todo o ar fora, ao mesmo tempo que se faz uma leve pressão com a mão para dentro e para cima. Conte até 4.

APENDICE V- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA- COMUNIDADE

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde

Projeto de Melhoria Contínua – Estágio de Natureza Profissional II contexto comunitário

Discentes: Adriana Costa, nº 33219

Juliana Campinho, nº 33216

março, 2026

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2025/2026

Projeto de Melhoria Contínua

Estágio de Natureza Profissional II- contexto Comunitário

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional II

Discente: Adriana Costa, nº33219

Juliana Campinho, nº33216

Regente da Unidade Curricular: Professora Andreia Lima

Professora Salomé Ferreira

Póvoa de Varzim, março, 2026

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS iii
NOTA INTRODUTÓRIA 4
1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA 6
2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO 6
3. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS 7
3.1. Objetivo geral: 7
3.2. Objetivos específicos: 7
4. ANALISE DAS CAUSAS 7
5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES 8
6. VERIFICAR OS RESULTADOS 9
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA 10
8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO 10
CONCLUSÃO 11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 12

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma das atividades a realizar..... 9

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente projeto de melhoria contínua é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, em contexto da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional II, integrado numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com o intuito de aumentar o Indicador de Qualidade com o Código SIARS 2013.281.01 FX, correspondente ao número médio de visitas domiciliárias por mês, por qualquer elemento da equipa, nas pessoas integrados na ECCI (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017).

A qualidade dos cuidados de saúde é avaliada de forma organizada através de indicadores de estrutura, processo e resultado, permitindo analisar não apenas os resultados obtidos, mas também as condições organizacionais e prática assistencial. Nesta abordagem, os indicadores de processo adotam particular relevância em projetos de melhoria contínua, por serem passíveis de intervenção direta pela equipa e por evidenciarem o processo de implementação das intervenções no contexto real da prática clínica (Donabedian, 1988). Deste modo, no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a monitorização do número médio de visitas domiciliárias por mês por utente integrado constitui um referencial importante para gerir e otimizar a resposta assistencial, contribuindo para a organização e qualidade dos cuidados prestados.

Na composição e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista assume um papel determinante na identificação análise crítica do problema, implementação de intervenções e avaliação sistemática de resultados. Em modo mais específico, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação operacionaliza as competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, ao contribuir na conceção e dinamização do projeto e ao otimizar práticas de melhoria contínua com base em indicadores (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Concomitantemente, evidencia as competências específicas de Enfermagem de Reabilitação, orientando a intensificação do acompanhamento domiciliário para ganhos funcionais, capacitação e maximização da autonomia, através de intervenção especializada, reavaliação contínua e estruturada (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A conceção deste projeto foi estruturada com base no "Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem "(Ordem dos Enfermeiros, 2013), um referencial metodológico que recomenda a utilização do ciclo PDCA/Deming e a sua operacionalização em oito etapas: (1) identificar e descrever o problema; (2) compreender e dimensionar o problema; (3) formular objetivos iniciais; (4) analisar causas; (5) planear e executar tarefas/atividades; (6) verificar resultados; (7) propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; e (8) reconhecer e partilhar o sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O Indicador de Qualidade com o Código SIARS 2013.281.01 FX, correspondente ao número médio de visitas domiciliárias por mês, por qualquer elemento da equipa, nas pessoas integrados na ECCI, de acordo com o IDG de dezembro de 2025 encontra-se no valor 11.744964. Contudo, para atingir o mínimo esperado, em concordância com o IDG, o mínimo esperado é o valor de 12. O incumprimento traduz oportunidade de melhoria na organização e no planeamento das visitas, com impacto direto na continuidade e segurança dos cuidados.

2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Na perspetiva da compreensão e dimensão do problema, propõe-se combinar análise quantitativa (SIARS e registos internos) com análise qualitativa (discussão em equipa, observação do processo e identificação de barreiras). Como ferramenta de apoio implementámos a análise SWOT.

Análise SWOT:



3. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS

3.1. Objetivo geral:

Aumentar número médio de visitas domiciliárias por mês, por qualquer elemento da equipa, nas pessoas integrados na ECCI para atingir o mínimo esperado, em concordância com o IDG, o mínimo esperado é o valor de 12, num horizonte máximo de 1 mês após início da implementação, e aumentando o resultado para 15 nos 3 meses subsequentes.

3.2. Objetivos específicos:

- Aumentar o número de visitas domiciliárias da equipa multidisciplinar
- Uniformizar planeamento das domiciliárias da equipa multidisciplinar, com periodicidade mensal, a todos os utentes que integram a ECCI.

4. ANALISE DAS CAUSAS

A análise das causas teve como finalidade identificar os fatores que contribuem para o desempenho abaixo do expectável do SIARS 2013.281.01 FX, distinguindo causas relacionadas com planeamento e execução das visitas.

Causas identificadas:

a) Gestão de capacidade e recursos (equipa/tempo)
    - Constrangimentos de disponibilidade (ausências, folgas de compensação, formação, acumulação de atividades não assistenciais) com impacto direto no número de visitas semanais.

b) Logística e deslocações
    - Dispersão geográfica dos utentes, com tempos de deslocação elevados.
    - Limitação da capacidade do transporte para quatro profissionais da equipa.

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

- Reunir com a equipa multidisciplinar (médica, nutricionista e psicóloga) para planear as visitas mensais, de modo que cada profissional realize uma avaliação de todos os utentes em intervenção ao longo do mês, garantindo a continuidade e a qualidade do acompanhamento de saúde, bem como a articulação efetiva entre as diferentes áreas de intervenção.
- Realizar uma análise e reflexão das estratégias implementadas com recurso a uma reunião multidisciplinar (enfermeiros da ECCI, coordenadora da UCC, médica, nutricionista, psicóloga e assistente social) trimestral.

Tabela 1 - Cronograma das atividades a realizar

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Reunião com a equipa multidisciplinar para delinear estratégias e planeamento das visitas domiciliárias.												
Análise e reflexão das estratégias implementadas com recurso a uma reunião multidisciplinar trimestral.												

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

Os resultados serão avaliados após conclusão do processo, sendo posteriormente comparados com os dados obtidos antes da implementação do projeto. A descrição dos resultados obtidos irá demonstrar o cumprimento dos objetivos e indicadores traçados.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

- Organização de um documento com a listagem de utentes integrados em ECCI e a data de visita domiciliária de cada profissional da equipa multidisciplinar, numa perspetiva mensal.
- Verificar se o planeamento das visitas multidisciplinares foi concretizado.
- Elaborar um ficheiro com a listagem de utentes integrados em ECCI e registar o número de visitas semanais por cada um, para contabilizar o número mensal de visitas domiciliárias por cada utente.
- Análise de dados SIARS mensal, especificamente, o indicador com o Código SIARS 2013.281.01 FX

8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

- Partilhar com a equipa multidisciplinar os resultados obtidos.
- Apresentação dos resultados em reuniões da UCC e em reuniões conjunto com a outra ECCI da ULS e a Enfermeiro Gestora das UCC's, com enfoque na replicabilidade.

CONCLUSÃO

Este projeto de melhoria contínua da qualidade, desenvolvido no contexto da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional II a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), teve como foco o aumento do Indicador de Qualidade SIARS 2013.281.01 FX, correspondente ao número médio de visitas domiciliárias por mês, por qualquer elemento da equipa, nas pessoas integradas na ECCI. A intervenção assentou numa abordagem sistemática orientada para a análise do processo assistencial, a implementação de mudanças organizacionais e a monitorização contínua dos resultados, privilegiando medidas de processo que permitissem a organização estruturada da calendarização das visitas domiciliárias na equipa multidisciplinar.

Para a obtenção dos resultados definidos evidencia-se a gestão do planeamento das visitas domiciliárias e a padronização de procedimentos dentro da equipa multidisciplinar, com impacto direto no desempenho do indicador. Na consecução deste projeto de melhoria contínua, enaltece-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) enquanto dinamizador do processo de melhoria, articulando a organização dos cuidados com uma intervenção centrada na funcionalidade, capacitação e maximização da autonomia, em concordância com a replicação das competências comuns e específicas.

Na implementação do projeto reconhecem-se limitações inerentes a constrangimentos logísticos e de recursos, que podem influenciar a frequência das visitas. Dentro destes constrangimentos sucedem-se a não substituição dos profissionais da equipa multidisciplinar no período de férias, os feriados calendarizados adjacentes ao horário adstrito destes profissionais e a realização de greve dos assistentes operacionais, responsáveis pelo transporte. Contudo, a implementação da planificação das visitas domiciliárias da equipa multidisciplinar mensalmente e a incorporação das mudanças nos procedimentos da equipa constituem fatores essenciais para o alcance da melhoria pretendida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Bilhete de identidade dos indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários (CSP) — 2017* [PDF]. ACSS

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. [https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/374139]

Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional Sul. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem* (Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem). Conselho de Enfermagem Regional.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 — Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Diário da República, 2.ª série). Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 392/2019 — Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação* (Diário da República, 2.ª série). Diário da República

APENDICE VI- GUIA DE AVALIAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO

Nome_____ Idade: __ Cuidador:_____

Diagnóstico/AP:_____

Admissão:__/__/____....Alta:__/__/____ .Destino:_____ EEER: _____

Escala de Coma de Glasgow			
Abertura dos Olhos	Espontânea	4	4
	Ao estímulo verbal	3	3
	À dor	2	2
	Nenhuma	1	1
Resposta Verbal	Orientada	5	5
	Confusa	4	4
	Palavras inapropriadas	3	3
	Sons incompreensíveis	2	2
	Nenhuma	1	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6	6
	Localiza a dor	5	5
	Retirada à dor	4	4
	Flexão normal	3	3
	Extensão	2	2
	Nenhuma	1	1
	TOTAL		

***Status* respiratório**		
Adejo nasal		
Esforço ventilatório em repouso		
Ritmo respiratório irregular		
Alteração profundidade respiratória		
Assimetria do toráx		
Expiração com lábios franzidos		
Alterações amplitude toráx		
Tiragem_____		
Uso músculos acessórios		
Sons respiratórios adventícios		
Sibilos		
Pieira		
Estridor		
Pausas inspiratórias/ expiratórias		
Apneia que reverte com estimulo táctil		
Ventilação mecânica não invasiva		
Secreções _____		

Parâmetros vitais				
TA				
Freq. cardíaca				
Temperatura axilar				
Freq. respiratória				
Sat. O2(_____)				
Dor				

Escala da dispneia MRC modificada		
Grau 0- Sem problemas de falta dar, excepto em caso de execicio intenso		
Grau 1 -Falta de folego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado		
Grau 2 - Anda mais devagar do que as pessoas da mesma idade/necessidade de parar quando anda normalmente		
Grau 3 - Faz paragens para respirar a cada 100 mts ou apos andar alguns minutos seguidos		
Grau 4 - Demasiado cansado ou sem folego para sair de casa, vestir ou despir		

Reflexo da tosse		
Ausente		
Ineficaz		
Eficaz		

Conhecimento/capacidade			
Potencial para adquirir conhecimento _____			
Potencial para adquirir capacidade _____			

Nome:_____ idade___Adm__/__/__; cuidador:_____	Diagn/AP_____ SS ☐ RNCCI_____ Alta__/__/_			
Intervenções Terapêuticas				
Consciencialização da respiração				
Dissociação dos tempos respiratórios				
Reeducação costal global/seletiva_____				
Técnicas de correção postural				
Técnica de reeducação diafragmática _____				
Drenagem postural				
Percussão/ Vibração/ Compressão torácica				
Tosse assistida/dirigida				
Ciclo ativo da respiração (CATR)				
Treino de espirómetro				
Técnicas de conservação da energia				
Técnicas de relaxamento				
Treino de equilíbrio e marcha				
Treino de familiares _____				
Treino de utilização de ajudas técnicas_____				
Treino de AVD´s				
Técnica de exercitação musculo-articular_____				
Treino de exercício anaeróbio_____ _____				
Treino de exercício aeróbio_____ _____				
Outras_____				
Componente educacional:				
Fisiopatologia da doença				
Uso de inaladores				
VNI: (tipo de dispositivo)_____				
OLD_____				
Gestão de regime terapêutico				
Gestão de regime de exercício				
Outros_____				
Obs/intercorrências _____				

Autocontrolo padrão respiratório	**incapaz**	**potencial**	**eficaz**
Consciencialização da respiração			
Dissociação dos tempos ventilatórios			
Executar técnica de exercícios de correção postural ao espelho			
Executar técnica de reeducação costal global(_____)			
Executar técnica de reeducação costal seletiva(_____)			
Executar técnica de reeducação diafragmática(_____)			

APENDICE VII- ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

PubMed

("Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR elderly OR "older adults") AND ("Pelvic Floor"[Mesh] OR "pelvic floor muscle training" OR "pelvic floor rehabilitation" OR "pelvic floor exercises" OR "Kegel exercises" OR "pelvic muscle exercises" OR "continence training") AND ("Urinary Incontinence"[Mesh] OR "urinary incontinence") AND (prevention OR preventive OR "risk reduction" OR "early intervention" OR "symptom reduction")

CINAHL

(MH "Aged+" OR MH "Frail Elderly+" OR elderly OR "older adults") AND (MH "Pelvic Floor" OR "pelvic floor muscle training" OR "pelvic floor rehabilitation" OR "Kegel exercises" OR "continence training") AND (MH "Urinary Incontinence+" OR "urinary incontinence") AND (prevention OR preventive OR "risk reduction" OR "early intervention")

Scopus

TITLE-ABS-KEY (("older adults" OR elderly OR aged) AND ("pelvic floor muscle training" OR "pelvic floor rehabilitation" OR "Kegel exercises" OR "pelvic floor exercises" OR "continence training") AND ("urinary incontinence") AND (prevention OR preventive OR "early intervention" OR "risk reduction"))

Cochrane Library

("Aged" OR "Frail Elderly" OR elderly OR "older adults") AND ("Pelvic Floor" OR "pelvic floor muscle training" OR "pelvic floor rehabilitation" OR "Kegel exercises" OR "continence training") AND ("Urinary Incontinence" OR "urinary incontinence") AND (prevention OR preventive OR "risk reduction" OR "early intervention")

Google Scholar

("older adults" OR elderly OR geriatric) AND ("pelvic floor muscle training" OR "pelvic floor rehabilitation" OR "Kegel exercises" OR "continence training") AND "urinary incontinence" AND (prevention OR preventive OR "early intervention" OR "risk reduction") AND ("rehabilitation nursing" OR "nursing intervention" OR "nurse-led") AND (community OR hospital OR "long-term care" OR "continuing care") NOT (children OR adolescents OR pregnancy OR postpartum) NOT (surgery OR surgical OR pharmacological OR medication) NOT ("fecal incontinence")

Nota: As estratégias de pesquisa apresentadas correspondem às pesquisas realizadas nas respetivas bases de dados, tendo sido adaptadas à sintaxe específica de cada plataforma.