



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Beatriz Guedes Ribeiro, nº 8652

Junho 2025

ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

Beatriz Guedes Ribeiro, nº 8652

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
– Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientador: Prof. Rita Marques

Junho 2025

Agradecimento

É com enorme gratidão que termino este percurso após vários contratempos pelo caminho.

Quero agradecer à minha mãe que é a minha maior força e é a pessoa que mais me apoia e que sempre acreditou em mim.

Ao meu colega de curso Bruno Salgueiro pela partilha de experiências e frustrações.

Quero agradecer também a Professora Rita Marques pela compreensão e empatia que demonstrou.

Por fim, agradeço aos meus supervisores clínicos pela disponibilidade, orientação e pela partilha de conhecimentos.

Resumo

Este relatório pretende apresentar uma descrição e análise reflexiva do percurso desenvolvido ao longo dos Estágios, cujo propósito principal foi a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e Mestre.

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento demográfico exigem a atualização contínua de conhecimentos e intervenções específicas junto da população idosa. Entre os fatores associados ao envelhecimento, destacam-se as quedas, dadas as suas consequências negativas na funcionalidade e qualidade de vida. Neste contexto, o EEER desempenha um papel fundamental, dispondo de competências específicas para identificar alterações relacionadas com o envelhecimento, avaliar o risco de queda e implementar intervenções direcionadas à sua prevenção ou mitigação, promovendo a segurança e o bem-estar da pessoa idosa.

Tendo em conta esta problemática, foi definido como objetivo transversal a todos os estágios, desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvendo a temática da “Prevenção de Queda no Idoso - Intervenção do EEER”.

O referencial teórico de Enfermagem escolhido para fundamentar a ação foi a Teoria de Consequências Funcionais de Carol Miller uma vez que alerta para a importância de sabermos identificar as alterações naturais do avanço da idade e intervirmos de modo a minimizar as consequências negativas dessas.

Para a consolidação de conhecimentos aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista Comum, do EEER e de Mestre, foi realizada o presente relatório utilizando uma metodologia descritiva de modo a relatar o percurso da aquisição dessas competências. Para a construção deste relatório recorreu-se a uma metodologia descritiva e crítico reflexiva, onde se realiza uma exposição e análise das situações experienciadas, suportadas na evidência científica, que permitem a aquisição das competências de Mestre e Enfermeira Especialista.

Descritores: Queda, Idoso, prevenção e controlo, Reabilitação

Abstract

This report aims to present a descriptive and reflective analysis of the trajectory developed throughout the clinical placements, whose primary objective was the acquisition of competencies as a Rehabilitation Nursing Specialist (RNS) and Master's-level Nurse.

With the increase in life expectancy and the continuous aging of the population, there is a growing need to update knowledge and intervene in the older population, particularly regarding age-related factors that have negative consequences on individual health, notably falls. The RNS is a healthcare professional equipped with the skills to assess these changes and mitigate their adverse effects.

Given this issue, a transversal objective across all placements was established: to develop the scientific, technical, ethical, and human competencies necessary to provide specialized care to individuals with rehabilitation needs, focusing on the theme: "Fall Risk Identification and Prevention in Older Adults – The Role of the Rehabilitation Nursing Specialist."

The theoretical nursing framework chosen to support this approach was Carol Miller's Theory of Functional Consequences, as it emphasizes the importance of identifying natural age-related changes and intervening to minimize their negative impact.

To consolidate knowledge and acquire the general competencies of a Specialist Nurse, the specific competencies of a Rehabilitation Nursing Specialist, and a Master's-level Nurse this present report was developed using a descriptive methodology to narrate the process of acquiring these competencies.

The report was structured using a descriptive and critically reflective methodology, presenting and analyzing experienced situations, supported by scientific evidence, which facilitated the acquisition of competencies as both a Master's-level Nurse and Rehabilitation Nursing Specialist.

Keywords: Falls, Aged, Prevention and Control, Rehabilitation

Siglas e Abreviaturas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

CSP - Centro Social e Paroquial

DGS - Direção-Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva crónica

EER - Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESSCVP - Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

EUA - Estados Unidos da América

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

LMERT - Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MRC - Medical Research Council

MIF - Medida de Independência Funcional

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OLD - Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS - Organização Mundial de Saúde

PM6M - Prova de Marcha de 6 Minutos

PTA - Prótese total da Anca

PTJ - Prótese Total do Joelho

RFM - Reabilitação Funcional Motora

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RQ - Risco de Queda

RX - Radiografia

SC - Supervisora Clínica

STEADI - Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries

TUG - Time Up and Go

UAVC - Unidade Acidente Vascular Cerebral

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UPP - Úlcera por Pressão

VNI - Ventilação Não Invasiva

Índice

I.	
Introdução.....	10
II. Enquadramento Teórico.....	13
II.1. A Queda no Idoso.....	13
II.2. Teoria das Consequências Funcionais.....	16
III Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre..	19
III. I Diagnóstico de Situação.....	19
III.2 Internamento de pneumologia.....	20
III.3 UCC I.....	24
III.4 Internamento de Neurologia.....	28
III.5 internamento de Ortopedia.....	31
III.6 UCC II.....	33
III.7 UAVC.....	39
IV. Considerações Finais.....	42
V. Referências Bibliográficas.....	44

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Apresentação sobre lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)	48
APÊNDICE 2 – Exercícios respiratórios e de fortalecimento muscular no domicílio	55
APÊNDICE 3 – Terapêutica inalatória	57
APÊNDICE 4 – Técnicas de conservação de energia	59

APÊNDICE 5 – Panfleto “Prevenção de quedas em idosos no domicílio”...	61
APÊNDICE 6 - Apresentação “Exame Neurológico - Avaliação de Enfermagem”	63
APÊNDICE 7 – Exemplo de possível instrumento guia para a avaliação dos fatores de risco de queda, em contexto de visita domiciliária	72

I. Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional- Módulo I e II inserido no 3º semestre, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP), e tem como objetivo apresentar a descrição e análise sistematizada do processo de desenvolvimento das competências de Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como as competências de mestre.

Os estágios foram divididos em dois módulos. O primeiro módulo centrou-se na vertente cardiorrespiratória, e realizou-se em contexto de Unidade de transplantes Pulmonares/Pneumologia e numa Unidade de Cuidados na Comunidade I. O segundo módulo centrou-se na vertente ortotraumatológica e neurológica e decorreu em contexto de Internamento de Neurologia, Internamento cirúrgico de ortopedia, Unidade de Cuidados na Comunidade II, e por fim, numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC). Para ambos os módulos, foi definido, um objetivo geral comum: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O tema escolhido foi transversal aos vários contextos- “Prevenção de quedas no idoso – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, uma vez que se insere nas áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação, nomeadamente na promoção do envelhecimento ativo e estilos de vida saudáveis. É, também, uma área que suscitou interesse pessoal oriundo da minha experiência profissional de prestação de cuidados de enfermagem à população idosa.

As quedas são uma das causas mais comuns de lesões, morbilidade, mortalidade e incapacidade ao longo da vida, particularmente nos idosos, uma vez que estas aumentam exponencialmente com o aparecimento de alterações naturais da idade. A prevenção de danos associados a quedas em pessoas idosas é um objetivo de saúde pública a nível mundial uma vez que 40% das mortes por acidente são devido a quedas^{1,2,3}.

Um estudo feito por Sampaio et al (publicado em 2021), em hospitais portugueses entre 2010 e 2018 revelou que 2,1% das admissões hospitalares foram

atribuídas a eventos relacionados com quedas, totalizando 383.016 casos. A maioria das quedas ocorreu no domicílio (64,4%), seguindo-se os espaços públicos (9%). As lesões mais frequentemente identificadas foram hematomas (64,1%) e lacerações (14,9%). A principal causa referida para a ocorrência das quedas foi a perda de equilíbrio, associada a escorregamentos e/ou tropeções (35%)².

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023) publicou, em junho de 2023, uma estimativa da população residente em Portugal, indicando que, em 2022, viviam no país 10.467.366 pessoas. Os dados confirmam a tendência de envelhecimento demográfico, verificando-se um aumento da percentagem de pessoas com 65 ou mais anos, que passou de 19,2% em 2021 para 24,0% em 2022³.

Este envelhecimento progressivo da população acarreta importantes desafios para a saúde pública, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de eventos que comprometem a funcionalidade e a autonomia da pessoa idosa. Neste contexto, destaca-se o impacto das quedas, cuja relevância foi evidenciada por um estudo da Global Burden of Diseases (GBD, 2019), que identificou as quedas como a 21.^a principal causa de incapacidade. Entre pessoas com idade superior a 75 anos, ocupam já o 8.^o lugar, ultrapassando patologias como a doença renal crónica, o cancro da próstata e os acidentes rodoviários^{1,2}.

Esta temática é um grave problema de saúde pública em que o EEER tem um papel importante, sendo detentor de competências que permitem a correta avaliação da pessoa idosa, a avaliação e identificação de alteração da funcionalidade, e a maximização da capacidade da pessoa e na promoção da mobilidade.

Para fundamentação teórica das atividades realizadas foi utilizada a Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller uma vez que aborda um conceito importante na saúde do idoso ressaltando a necessidade de identificar alterações relacionadas com a idade, com consequências negativas para a vida do idoso, e que podem ser alteradas com a intervenção do enfermeiro⁴.

Para a elaboração deste relatório, foi realizada uma revisão da literatura, com base em pesquisa bibliográfica em diversas bases de dados, nomeadamente CINAHL, Medline e Google Académico. Foram ainda consultadas revistas científicas, guidelines,

obras de autores de referência na área da Enfermagem de Reabilitação, entre outras fontes relevantes.

Relativamente à organização estrutural do Relatório, este divide-se em 4 capítulos. No capítulo seguinte será exposto o enquadramento teórico de forma a contextualizar e fundamentar a temática, bem como a Teoria de Enfermagem que ajuda a sustentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. O terceiro capítulo será dedicado à caracterização dos contextos de Estágio, descrevendo as principais características de cada um e o diagnóstico de situação, bem como as atividades que foram desenvolvidas e que contribuíram para a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as Competências de Mestre. Por fim, no último capítulo serão apresentadas as considerações finais, que refletem de forma sucinta todo percurso efetuado, os objetivos atingidos, as dificuldades e limitações sentidas, e os principais contributos para a prática de cuidados como futura EEER.

O presente Relatório respeita as regras da norma de Vancouver, como preconizado no “Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos” da ESSCVP-Lisboa.

II. Enquadramento teórico

Neste capítulo, serão apresentados de forma sucinta os principais conceitos explorados ao longo deste percurso, os quais sustentam as atividades desenvolvidas. Será ainda abordado o referencial teórico que fundamentou e serviu de base à intervenção de enfermagem especializada: a Teoria das Consequências Funcionais.

II.I. Prevenção de queda no Idoso

A queda pode ser definida como uma descida súbita e involuntária do corpo de um nível superior para um nível inferior, geralmente resultante de desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso corporal e manter a posição vertical¹.

Para uma atuação eficaz na prevenção de quedas, é fundamental compreender os fatores que aumentam o risco da sua ocorrência. Entre os principais fatores de risco encontram-se os fatores biológicos, como a idade avançada, o sexo, as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, a presença de doenças crônicas, a perda de força muscular e o aumento da fragilidade. Acrescem ainda os fatores comportamentais, como a toma de múltiplos medicamentos (polimedicação), o consumo de álcool e o sedentarismo. Também os fatores ambientais, geralmente modificáveis, contribuem significativamente para o risco de queda. Entre estes destacam-se as barreiras arquitetónicas e os perigos existentes no domicílio, tais como pavimentos escorregadios, escadas, iluminação insuficiente e a presença de tapetes soltos. Por fim, os fatores de natureza socioeconómica desempenham igualmente um papel relevante, incluindo o baixo nível de literacia, condições habitacionais inadequadas, isolamento social, acesso limitado aos cuidados de saúde e ausência de apoio por parte da comunidade⁴.

Segundo a organização Mundial de Saúde (OMS), se não forem implementadas medidas de prevenção de quedas imediatamente, o número de acidentes causados por quedas irá aumentar 100% no ano de 2030⁵.

Dos resultados da pesquisa que levou à realização deste trabalho, nomeadamente uma revisão da literatura publicada em 2024, conseguimos perceber que existe uma elevada heterogeneidade de estudos e conceitos abordados relacionados com a prevenção e identificação do risco de queda⁶.

Ainda assim, existem dois tópicos abordados repetidamente sobre a prevenção de quedas que são estes: a necessidade de promover o exercício físico para fortalecimento muscular e melhoria do equilíbrio corporal com o objetivo de prevenir quedas ou minimizar as consequências de uma eventual queda; e a necessidade de criar algoritmos eficazes e facilmente aplicáveis que incluam checklists de avaliação de risco de queda no domicílio, uma vez que, é o sítio onde ocorrem a maioria das quedas dos idosos⁶.

Em relação à avaliação do risco de queda vemos ainda alguma necessidade de investigação nessa área, uma vez que, em Portugal, o que está preconizado pela Direção-Geral de Saúde (DGS) é a utilização da escala de Morse, um método de avaliação que se considera pouco sensível e que não inclui fatores de risco de queda mutáveis¹.

Segundo a DGS, verifica-se uma aposta crescente na educação para a saúde, tanto em contexto hospitalar como comunitário. No entanto, a literatura indica que este tipo de intervenção apresenta uma eficácia limitada, especialmente quando aplicada de forma isolada e individual^{1,7,8}.

A nível internacional, observa-se um investimento mais robusto nesta área. Um exemplo relevante é o dos Estados Unidos da América (EUA), onde foi criada e implementada a iniciativa STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries), desenvolvida pelo Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC). Esta iniciativa disponibiliza aos profissionais de saúde um conjunto de ferramentas e recursos destinados à identificação do risco de queda, bem como à avaliação e implementação de intervenções multifatoriais⁹.

Ainda que sejam existam outros algoritmos mais específicos para a avaliação da marcha, postura, equilíbrio, força muscular, a aplicabilidade do STEADI, em termos de recursos materiais e pessoais necessários, demonstra ser facilmente aplicável necessitando de recursos mínimos e é um dos exemplos da eficácia que a implementação de algoritmos de atuação multifatorial têm na identificação e prevenção do risco de queda no idoso^{9,10}.

Embora este algoritmo tenha sido originalmente aplicado nos Estados Unidos da América, a pesquisa bibliográfica revelou que alguns países europeus têm procurado

adaptá-lo à sua realidade específica. Esta necessidade de adaptação prende-se, em grande parte, com as diferenças nas funções e hierarquias profissionais atribuídas ao enfermeiro nos EUA, em comparação com países como Portugal.

Relativamente à avaliação do risco de queda (RQ), a literatura é consensual quanto à importância da avaliação da marcha, considerando-a um fator essencial para a identificação de riscos associados a quedas.

Para realizar a avaliação da marcha, estão disponíveis várias ferramentas e escalas, mas segundo a pesquisa bibliográfica, o teste time up and go (TUG) apresenta uma elevada sensibilidade na avaliação do risco de queda e na predição de ocorrência de queda no espaço de um ano. É um teste simples que depende apenas da participação da pessoa e da avaliação do tempo de realização da prova, avaliado pelo profissional de saúde e demonstra ter uma eficácia superior, como intervenção individual, em comparação com outros testes, uma vez que inclui ações complexas como o levantar-se de uma posição sentado, a marcha em linha reta e a mudança de direção da marcha¹¹.

Relativamente à prevenção do risco de queda, a literatura inclui abordagens altamente heterogêneas, algumas sem qualidade científica e com necessidade de investigação aprofundada sobre a validade da mesma. Ainda assim, existem duas intervenções relatadas repetidamente nos estudos consultados que é a eliminação ou minimização dos perigos no lar e a promoção do exercício físico^{6,12}.

Na promoção do exercício físico temos de ter em consideração que esta intervenção só trará resultados se for implementada a longo prazo com uma duração superior a 32 semanas para ser considerada uma intervenção eficaz na redução do risco de queda. Se o exercício físico não for realizado de forma contínua e apenas num espaço temporal, por exemplo, durante um internamento hospitalar, esta ação como intervenção singular não terá efeito na prevenção de quedas¹³.

Face à heterogeneidade dos estudos e às lacunas existentes na informação relativa à avaliação do risco e à prevenção de quedas na pessoa idosa, foi elaborada, em 2023, uma nova guideline de âmbito mundial denominada *World Falls Guidelines: a global initiative*. Este documento foi desenvolvido por um grupo de peritos provenientes de diferentes regiões do globo, com o objetivo de consolidar o conhecimento atual sobre esta temática. Para uma abordagem mais rigorosa e

estruturada, os peritos foram organizados por subtemas, tendo como missão avaliar criticamente a qualidade da literatura disponível em cada área e extrair conclusões fundamentadas sobre os respetivos domínios. 12 Este documento emite um conjunto de recomendações fidedignas em conformidade com a literatura, para a correta e eficaz avaliação e prevenção de queda no idoso. As intervenções consideradas de forte evidência e alta qualidade são: a abordagem do tema sempre que em contacto com a população idosa, questionando sobre a existência de quedas ou a perceção de risco da pessoa a possíveis quedas no futuro; considerar a população nas residências para idosos como tendo sempre um alto risco de queda; incluir sempre a avaliação da marcha na identificação do RQ; criar programas de prevenção de queda na comunidade que incluam exercícios funcionais como o levantar e sentar, stepping, com sessões 3 vezes ou mais por semana com progressão na intensidade num período de 12 semanas e continuadas após para um ter o efeito positivo desejado; em contexto de internamento devemos realizar ensinamentos sobre prevenção de quedas a todas as pessoas idosas; e substituir a utilização das escalas preditivas de queda com escalas que sejam sensíveis a fatores modificáveis e que avaliem também a perceção da pessoa sobre o RQ e o medo de cair¹².

Esta guideline conta também com a caracterização de duas populações que, segundo a literatura, tem um maior risco de queda e que devemos ter especial atenção que são as pessoas portadoras de doença de Parkinson e pessoas submetidas a prótese total da anca¹².

II.2. Teoria das Consequências Funcionais

A teoria escolhida para fundamentar a minha intervenção junto da população alvo deste trabalho foi a Teoria das Consequências Funcionais para a promoção de saúde do idoso de Carol Miller.

A premissa central desta teoria assenta numa abordagem holística da pessoa idosa, indo além da mera função fisiológica⁴.

Segundo a autora, existe uma combinação de fatores associados à idade que pode gerar consequências funcionais, quer positivas, quer negativas. Estas consequências resultam da interação entre as ações desenvolvidas, os fatores de risco presentes e as alterações inerentes ao processo de envelhecimento. As consequências

funcionais são consideradas negativas quando comprometem a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa, e positivas quando promovem a autonomia e reduzem os níveis de dependência. Assim, a intervenção em enfermagem especializada centra-se nas consequências funcionais negativas, com o objetivo de alcançar resultados que se traduzam em consequências funcionais positivas⁴.

A teórica destaca ainda uma dimensão essencial no cuidado à pessoa idosa — a mobilidade e a segurança — relacionando-a diretamente com o risco de queda. Esta dimensão é considerada prioritária no domínio da função fisiológica, uma vez que está intimamente ligada à preservação da independência da pessoa idosa⁴.

As alterações na mobilidade estão intimamente relacionadas com o avanço da idade e com as modificações fisiológicas que lhe são inerentes, contribuindo para um aumento do risco de quedas e fraturas na pessoa idosa. Uma das intervenções preconizadas pela teórica consiste no incentivo à prática regular de atividade física, com o objetivo de melhorar a função músculo-esquelética. Esta intervenção tem como benefícios o aumento da densidade óssea, a melhoria da coordenação e da flexibilidade, bem como o reforço da massa muscular, contribuindo assim para a promoção da autonomia e a redução do risco de lesão⁴.

O processo de enfermagem orientado para a promoção da mobilidade e da segurança na pessoa idosa assenta em três etapas fundamentais, designadamente a avaliação de enfermagem, a intervenção do enfermeiro e a avaliação dos resultados⁴.

A primeira etapa, a avaliação de enfermagem, inclui a análise dos padrões normais de movimento da pessoa, a identificação de riscos como a imobilidade e a osteoporose, a avaliação de comportamentos de saúde e da segurança do ambiente. Nesta fase, é essencial considerar as alterações fisiológicas associadas à idade, tais como a diminuição da massa muscular, alterações degenerativas das articulações, resposta neurológica ineficaz e osteoporose. Estes fatores contribuem para consequências funcionais negativas, como a redução da força muscular, a diminuição da capacidade de realizar as atividades de vida diária, o aumento do risco de queda e fraturas, bem como o medo de cair. A avaliação deve ainda identificar fatores de risco como a redução de atividades com carga, défice de cálcio e vitamina D, tabagismo, presença de patologias, efeitos adversos da medicação, fatores ambientais, barreiras arquitetónicas, alterações da marcha e diminuição da sensibilidade⁴.

A segunda etapa corresponde à intervenção do enfermeiro, que deve incluir a educação sobre a prática de exercício físico, a instrução para a prevenção da osteoporose, a implementação de estratégias para reduzir o risco de queda e de lesões associadas, bem como a abordagem do medo de cair, frequentemente presente na pessoa idosa e que pode limitar ainda mais a mobilidade⁴.

Por fim, procede-se à avaliação dos resultados, que deverá refletir uma mobilidade mais segura, a redução do risco de queda, a prevenção da osteoporose, a diminuição do risco de fraturas e, em última instância, a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa⁴.

Esta teoria foi escolhida para fundamentar este relatório, e a minha intervenção como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, uma vez que vai de encontro às competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, no capacitar a pessoa com limitação de atividade a exercer a sua cidadania, e na maximização da funcionalidade da pessoa^{4, 14}.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

No presente capítulo será apresentado o diagnóstico da situação, seguido da descrição e análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido, bem como do processo de desenvolvimento de competências. Cada contexto de Estágio, estará espelhado num subcapítulo, e em cada um deles a sua descrição, os objetivos específicos definidos, as atividades realizadas, e por último, a sua relação com as competências comuns e específicas do EEER e de Mestre.

III. I Diagnóstico de Situação

A integração nos diferentes contextos de estágio exigiu uma abordagem rápida e eficaz, centrada na avaliação das necessidades específicas de cada campo de prática. Para tal, tornou-se essencial conhecer a estrutura organizacional dos serviços, consultar normas e procedimentos institucionais e realizar entrevistas informais com os supervisores clínicos. Estas ações permitiram identificar as oportunidades de aprendizagem disponíveis, bem como aferir a viabilidade de desenvolver o tema inicialmente proposto no pré-projecto. Contudo, durante esta análise inicial, verificou-se que não haveria possibilidade de contacto com a população específica prevista no projeto original, sendo esta, a pessoa portadora de doença de Parkinson, com alterações motoras. Foi precisamente a partir dessa avaliação das necessidades dos contextos de estágio e da caracterização da população-alvo dos cuidados que emergiu o tema que sustentou a prática e o presente relatório.

Neste novo enquadramento, definiu-se como objetivo principal: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A prática clínica ao longo deste percurso permitiu a aquisição de competências conforme o estabelecido pelo Regulamento da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente:

- Competências comuns do Enfermeiro Especialista, nas áreas da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais¹⁵;
- Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente ao cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo

do ciclo de vida e em diferentes contextos de prática, promovendo a capacitação da pessoa com deficiência ou limitação da atividade, contribuindo para a sua reintegração como cidadão e maximizando a sua funcionalidade¹⁴.

Paralelamente, foram desenvolvidas competências de Mestre através da realização de uma scoping review, em coautoria com duas colegas, intitulada “Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Prevenção de Obstipação na Pessoa Adulta Hospitalizada”. Este trabalho teve início na Unidade Curricular de Investigação, onde foi elaborado um protocolo de revisão baseado na metodologia do Joanna Briggs Institute. O objetivo consistiu em mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções do EEER nos cuidados prestados à pessoa hospitalizada com obstipação.

O estágio ocorreu em dois módulos. O primeiro módulo decorreu de 04 de Dezembro de 2023 a 22 de Fevereiro de 2024, centrou-se na vertente cardio-respiratória e realizou-se em contexto de Internamento de Pneumologia, e Unidade de Cuidados na Comunidade. O segundo módulo decorreu de 04 de Março de 2024 a 19 de Julho de 2024, compreendeu a vertente ortotraumatológica e neurológica e decorreu em contexto de Internamento de Neurologia, Internamento de Ortopedia, Unidade de Cuidados na Comunidade, e em Unidade de AVC. Todas as avaliações, atividades e registos da minha prática nos referidos contextos foram realizados no sistema informático Sclinico.

III.2 Internamento de pneumologia

O primeiro estágio decorreu de 04 de Dezembro de 2023 a 26 de Janeiro de 2024, perfazendo um total de 175h, num serviço que se encontrava em processo de mudança para se tornar uma unidade de transplantes pulmonares. Como consequência, das 14 camas disponíveis, apenas um quarto com quatro utentes se encontrava dedicado à área da pneumologia.

Para além do internamento, o serviço dispunha também de uma sala destinada à realização de broncofibroscopias e de um hospital de dia, que funcionava para a administração de terapêutica em regime de ambulatório, recobro pós-exame e realização de estudos de sono. A equipa de enfermagem integrava quatro EEER, maioritariamente alocados à sala de exames e com predominância de atuação no turno da manhã.

Em seguida apresento os objetivos específicos que defini para este contexto, bem como as atividades realizadas.

Objetivo 1- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, cardíacas e respiratórias em contexto hospitalar:

Durante o período de estágio, a principal causa de internamento com que tive contacto foi a exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), condição que frequentemente exige a administração de oxigenoterapia ou a utilização de Ventilação Não Invasiva (VNI). Os utentes internados neste serviço eram habitualmente referenciados a partir do Serviço de Urgência ou da consulta externa de pneumologia. A alta hospitalar era, na maioria dos casos, efetuada para o domicílio, embora, pontualmente, alguns doentes fossem encaminhados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Em termos de atividades, consegui aplicar e aprofundar os conhecimentos teóricos, já adquiridos, na prestação de cuidados a pessoas com DPOC.

Para a avaliação de alterações da funcionalidade, apliquei escalas preconizadas pela DGS para avaliar estes utentes, que é o caso da HADS: escala de ansiedade e depressão; Questionário de dispneia; Escala London Chest Activity of Daily living; e EuroQol.

Além da especificidade desta patologia, apliquei também a escala de avaliação de forma muscular Escala Medical Research Council (MRC), avaliação da funcionalidade através da Medida de Independência Funcional (MIF), escala de avaliação de risco de quedas - Morse, risco de Úlcera por Pressão - Braden, avaliação das atividades de via diárias (AVD's) através da escala de Barthel.

Realizei e implementei planos de reabilitação funcional respiratória (RFR), reabilitação funcional motora (RFM), treino de atividades de vida diárias (AVD's) e autocuidados, realizei ensinamentos ao utente e família sobre a patologia, complicações da mesma, como prevenir exacerbações, na promoção da atividade física, técnicas de conservação de energia e terapêutica inalatória.

Este primeiro estágio foi fundamental para a minha aprendizagem principalmente na área de reabilitação respiratória uma vez que, tive uma supervisora clínica (SC) que me transmitiu, de forma eficaz, a importância da aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso. Diariamente consultei RX tórax, o que me permitiu desenvolver competências na avaliação da qualidade das imagens e na identificação das principais alterações radiológicas. Paralelamente, aprofundei a minha capacidade de interpretação dos valores da gasometria arterial, consolidando conhecimentos essenciais para a prática clínica na área respiratória.

A realização e implementação dos planos de RFR e RFM foram sempre discutidos previamente e executados com segurança tendo sempre o contributo da SC.

O serviço dispunha de um vasto e diversificado conjunto de materiais de reabilitação, o que possibilitou a aplicação de uma ampla variedade de exercícios e estratégias, facilitando o envolvimento dos utentes e promovendo a sua adesão aos planos terapêuticos.

Pelo facto do serviço se encontrar em transição eu apenas tive oportunidade de prestar cuidados a dois utentes ao longo do estágio. Destaco, em particular, o acompanhamento do Sr. R ao longo de duas semanas, o qual constituiu uma experiência extremamente enriquecedora. Esta continuidade de cuidados permitiu-me implementar um plano de intervenção completo e centrado nas suas necessidades, observando resultados positivos decorrentes da minha atuação dirigida e sistematizada.

Este utente teve uma exacerbação da DPOC por infeção por Gripe A com necessidade de realizar VNI e inicialmente, apresentava-se em estado de sonolência, entubado nasogastricamente, dependente total nas AVD's segundo a MIF.

Iniciei um plano de reabilitação que inclui exercícios de RFR num utente não colaborante e passivo a cumprir VNI, executando exercícios de reeducação costal, reeducação diafragmática e manobras de vibração e compressão e também, a execução de drenagem postural através dos posicionamentos. Realizei também exercícios de RFM com mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores.

Após alguns dias de VNI contínua, e com o contributo da minha intervenção, o utente evidenciou melhorias significativas, comprovadas tanto pelos valores da gasometria arterial como pela evolução do seu estado de consciência, apresentando-se mais desperto e colaborante. Essa evolução permitiu a suspensão da VNI contínua, mantendo-se apenas no período noturno, o reinício da alimentação por via oral e a retoma progressiva do levante.

Face à melhoria do seu estado clínico, fui ajustando o plano de reabilitação de forma contínua, introduzindo gradualmente exercícios mais complexos, que exigiam maior colaboração e participação ativa por parte do utente, o que contribuiu para a sua recuperação funcional.

Fiquei bastante realizada com a minha intervenção, uma vez que, através desta, o utente voltou ao seu estado anterior ao internamento em que era independente nas AVD's, consegui reduzir o cansaço segundo a escala modificada de BORG, aumentado

a sua tolerância à atividade e terminei o meu estágio de forma muito positiva a nível de ganhos em saúde para o utente, mas também para mim a nível pessoal e profissional.

O outro utente com quem contactei foi igualmente importante para a minha aprendizagem, mas, neste caso, na questão da realização de ensinamentos sobre a DPOC. Este senhor, independente nas AVD's e aparentemente cumpridor da terapêutica em casa, já com necessidade de oxigenoterapia de longa duração (OLD), tinha recebido a informação da empresa que fornecia o oxigénio para o domicílio de forma incorreta, pelo que, o mesmo percebeu que era desaconselhado utilizar o oxigénio em atividades como os cuidados de higiene que provocavam cansaço extremo ao utente e, para sair de casa. Esta desinformação fez com que o utente tivesse uma exacerbação da DPOC por não estar a cumprir a oxigenoterapia de forma adequada. Ao longo do internamento deste senhor foram reforçados ensinamentos sobre OLD, técnicas de conservação de energia, exercícios de RFR e RFM para o domicílio, execução correta de terapêutica inalatória e, por fim, foi realizado com ele uma prova de marcha de 6 minutos (PM6M) de forma a avaliar se o débito de O₂ se mantinha suficiente para este realizar as suas AVD's.

O objetivo principal deste utente era conseguir recuperar a tempo de ter alta antes do Natal, o que acabou por acontecer uma vez que, ele tinha a PM6M marcada para dia 26 de Dezembro no ginásio de fisioterapia e eu, por ter competências para o realizar de forma autónoma no internamento, consegui fazê-lo antes do dia 24 de Dezembro garantindo assim que o utente cumpria o seu objetivo.

A intervenção do EEER na pessoa com DPOC é um aliado importante na recuperação da funcionalidade e na prevenção de alterações, como é o caso da RFR com: a melhoria e controlo da ventilação; o alívio da dispneia; a redução da possibilidade de atelectasias e acumulação de secreções; e promoção de tosse eficaz.

A associação da RFR e RFM é fundamental na reabilitação do doente respiratório sendo que capacita a pessoa a utilizar estratégias adaptativas para diminuir a dispneia, gerir o dispêndio de energia, e ao ensinar como evitar esforços desnecessários¹⁶.

Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de reabilitação

No desenvolvimento deste estágio foi-me proposto realizar uma formação sobre lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), uma vez que faz parte das competências teórico-práticas do EEER, e por esta formação ser um objetivo específico do serviço. (Apêndice 1)

Além da formação teórica foram realizadas também 2 sessões de ginástica laboral. Paralelamente, procedeu-se à atualização de três panfletos informativos, com a revisão e atualização dos respetivos conteúdos teóricos, uma vez que as versões anteriores datavam de 2013. O primeiro panfleto contemplava um planos e reabilitação incluindo exercícios respiratórios e de fortalecimento muscular a serem realizados no domicílio (Apêndice 2), o segundo era dedicado à correta administração de terapêutica inalatória (Apêndice 3), e o terceiro versava técnicas de conservação de energia para pessoas com doença respiratória (Apêndice 4).

À data da realização deste estágio eu ainda estaria a tentar aplicar o meu pré-projecto relacionado com a *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa portadora de doença de Parkinson, com alterações motoras*, que não foi possível aplicar. Ainda assim, relativamente à identificação do risco e prevenção de quedas no idoso, apliquei, segundo a norma institucional, a escala de Morse para avaliação de risco e como prevenção apliquei medidas básicas de segurança no hospital que eram: garantir que as camas e cadeirões estão travados e garantir que o chão está seco e livre de objetos.

III.3 UCC I

O segundo estágio do módulo II decorreu entre o dia 29 de Janeiro e 22 de Fevereiro de 2024 onde realizei um total 154h, e ocorreu numa UCC que dá resposta a 6 freguesias distintas, com um total de habitantes superior aos 175 mil.

Segundo os censos de 2021, 22% da população desta zona correspondia a pessoas com mais de 65 anos¹⁷.

A equipa desta unidade é composta por cinco enfermeiras, das quais três são Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A unidade desenvolve vários projetos direcionados para diferentes áreas de intervenção: o projeto “Capacitar quem Ajuda”, dirigido à capacitação dos cuidadores formais; o programa de formação para cuidadores informais “Ao Encontro de Quem Cuida”; e o projeto específico do EEER desta unidade, denominado “Reabilitar+”, cujo objetivo é otimizar a capacidade funcional dos utentes, prevenir complicações, promover estratégias de coping eficazes, melhorar a qualidade de vida e aumentar a satisfação da pessoa cuidada.

Após a referenciação para esta unidade, o utente realiza uma primeira avaliação efetuada pelo EEER, com o objetivo de identificar alterações de funcionalidade e

necessidades específicas de reabilitação, de forma a delinear planos de intervenção individualizados. Esta avaliação inclui a aplicação de várias escalas de avaliação funcional e de risco, nomeadamente: Medical Research Council (MRC), Medida de Independência Funcional (MIF), Morse Fall Scale, Índice de Barthel, Escala de Braden, bem como, quando aplicável, a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Como objetivos específicos para este contexto defini:

Objetivo 1- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, cardíacas e respiratórias na comunidade:

Durante o estágio, não se verificou uma patologia predominante na população atendida, o que possibilitou o contacto com uma ampla diversidade de diagnósticos clínicos, tais como Acidente Vascular Cerebral (AVC), neoplasias, síndromes de imobilidade associadas a internamentos prolongados e a progressão de doenças neurodegenerativas, entre outras. Esta heterogeneidade proporcionou um enriquecimento significativo da prática clínica, permitindo-me adaptar intervenções às necessidades específicas de cada pessoa.

No âmbito da RFM, elaborei e implementei planos individualizados, promovi a atividade física e a independência funcional, e realizei ensinamentos dirigidos ao utente e à família/cuidador, com foco na continuidade de cuidados e na capacitação para o autocuidado. Paralelamente, identifiquei barreiras arquitetónicas no domicílio e propus medidas de adaptação que visassem facilitar a mobilidade e a segurança.

A UCC onde decorreu o estágio apresentava constrangimentos ao nível de recursos humanos, especialmente na área da Enfermagem de Reabilitação. Dado o número elevado de pessoas acompanhadas, os EEER estavam frequentemente envolvidos em visitas domiciliárias com objetivos mais generalistas, como a realização de pensos e a administração de terapêutica intramuscular, o que limitava a disponibilidade para avaliações e intervenções específicas na área da reabilitação. Esta realidade evidenciou a importância da valorização do papel especializado do EEER na comunidade

Ainda assim, todo o conhecimento adquirido no curso deu-me ferramentas para identificar questões que outrora poderiam passar despercebidas que é o caso da necessidade de identificar barreiras arquitetónicas, identificar necessidade de ter produtos de apoio para facilitar a realização das AVD's e permitir a acessibilidade e participação social.

Durante este estágio, tive oportunidade de acompanhar três casos clínicos, correspondentes a utentes com diferentes patologias: status pós-fratura da anca com colocação de prótese total da anca (PTA); síndrome de imobilidade após internamento prolongado por neoplasia do cólon e impactação fecal; e status pós-fratura maleolar com indicação para tratamento conservador.

No caso da utente com PTA, esta encontrava-se já numa fase final do seu percurso de reabilitação, estando adaptada ao uso do auxiliar de marcha e com a força muscular praticamente recuperada em relação ao período pré-internamento. O foco das intervenções realizadas centrou-se na tentativa de promover a autonomia da utente na realização de uma atividade funcional fundamental: subir e descer as escadas do prédio com o apoio de uma pessoa e do corrimão. Contudo, esta atividade revelou-se particularmente desafiante devido à existência de várias barreiras arquitetónicas que dificultavam a sua execução em segurança, nomeadamente a irregularidade e a variação de altura dos degraus, bem como a sua largura reduzida, o que limitava o espaço disponível para apoiar o pé de forma segura na descida.

Infelizmente, tratava-se de uma utente de 98 anos a residir num apartamento arrendado, o que inviabilizava qualquer adaptação estrutural, como a regularização dos degraus ou a instalação de cadeiras elevatórias. Embora este objetivo específico não tenha sido plenamente atingido, foram exploradas, treinadas e testadas todas as alternativas viáveis, sempre com o apoio da Supervisora Clínica e num esforço contínuo para maximizar a funcionalidade e a segurança da utente dentro das possibilidades existentes.

Outro utente que tive a oportunidade de acompanhar, o Sr. A, que já teria atingido os objetivos de reabilitação definidos inicialmente pela SC, ao iniciar a minha intervenção consegui perceber junto da esposa que havia oportunidade de continuar o processo e ajudar não só o utente como esta cuidadora de 96 anos.

Definimos o objetivo de ir ao alpendre e, para isso, foi necessário o instruir e treinar a marcha com auxílio do andador, treinar o equilíbrio para que conseguisse realizar o percurso com a esposa quando não estivesse presente um profissional de saúde. Eventualmente, após algumas semanas, o utente conseguiu atingir este objetivo e, apesar dos contratempos, nomeadamente uma úlcera por pressão (UPP) no calcanhar esquerdo descoberta durante os cuidados de reabilitação, o utente conseguiu lanchar no alpendre pela primeira vez em 7 anos.

Durante este período com o Sr. A houve necessidade de adaptar os exercícios e perceber o limite à participação uma vez que, o utente apresentou um período de labilidade emocional marcada por ter sido descoberta esta UPP. Esta situação exigiu uma reorientação da intervenção, com foco no apoio emocional, na escuta ativa e no reforço positivo, de modo a promover a motivação e a adesão ao plano de reabilitação.

Por fim, foi realizada uma primeira visita domiciliária a uma utente referenciada para reabilitação em que consegui perceber como se realiza uma avaliação completa de enfermagem de reabilitação utilizando escalas adequadas, como já referidas anteriormente, e identificando as oportunidades para maximizar a funcionalidade da pessoa e identificar possíveis barreiras arquitetónicas e alterações possíveis no domicílio.

Registei a minha avaliação de enfermagem de reabilitação na plataforma do RNCCI e foi criado um plano de reabilitação adaptado às necessidades desta utente, no entanto, o meu estágio terminou antes de o poder aplicar

Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de reabilitação

Foi neste estágio que tive a oportunidade de redirecionar o foco da minha intervenção, reconhecendo a necessidade emergente de prestar cuidados dirigidos e adaptados às especificidades da população idosa. Esta mudança de abordagem permitiu-me integrar uma perspetiva mais abrangente e centrada na prevenção, nomeadamente no que respeita ao risco de quedas, uma problemática particularmente prevalente e impactante neste grupo etário.

Durante uma partilha de conhecimento, foi-me informada da publicação da Guideline para a prevenção de quedas já referida anteriormente, a qual passou a orientar a minha prática. Este referencial, baseado em evidência científica atualizada e credível, constituiu uma ferramenta essencial para a identificação sistemática de fatores de risco e para o planeamento de intervenções preventivas, permitindo alinhar a minha atuação com as melhores práticas recomendadas.

Embora o tempo restante do estágio tenha sido limitado, consegui iniciar o desenvolvimento de ações nesta área, nomeadamente através da criação de um panfleto informativo direcionado à pessoa idosa e ao seu cuidador. Este material educativo visava aumentar a literacia em saúde sobre a temática das quedas, abordando a identificação de perigos no domicílio e estratégias práticas para os minimizar, contribuindo para a promoção da segurança e da autonomia no contexto domiciliário (Apêndice 5).

III.4 Internamento de Neurologia

O primeiro estágio do Módulo II decorreu num hospital localizado no centro de Lisboa, entre 04 de Março a 12 de Abril de 2024, perfazendo um total de 87 horas.

A equipa de enfermagem deste serviço integrava oito Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que desempenhavam funções em regime de turnos rotativos.

O serviço dispunha de um total de 23 camas, das quais quatro estavam especificamente destinadas a utentes em fase aguda de Acidente Vascular Cerebral (AVC), admitidos através da ativação da Via Verde de AVC. As patologias mais prevalentes no serviço incluíam, para além do AVC, miastenia gravis, convulsões/epilepsia e doença de Parkinson.

No que respeita à origem dos utentes, estes eram admitidos maioritariamente a partir do Serviço de Urgência, da consulta de neurologia ou transferidos de outros hospitais no âmbito da Via Verde de AVC. Nestes últimos casos, o internamento era frequentemente de curta duração, uma vez que, após a realização da trombectomia, e os internamentos nestes casos são bastante curtos por regressarem ao hospital de residência após o procedimento.

Como objetivos específicos para este contexto defini:

Objetivo 1- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas em contexto hospitalar

Durante o estágio, tive a oportunidade de aplicar e aprofundar os conhecimentos teóricos previamente adquiridos na prestação de cuidados a pessoas com patologias neurológicas, com especial enfoque no AVC e na Miastenia Gravis. As principais patologias observadas no serviço incluíram o AVC, a Miastenia Gravis, as convulsões/epilepsia e a Doença de Parkinson, o que permitiu um contacto diversificado e enriquecedor com diferentes quadros clínicos neurológicos.

Através das diversas atividades desenvolvidas, consolidei competências na abordagem terapêutica e de reabilitação destas condições, com particular destaque para a promoção da funcionalidade, prevenção de complicações associadas à imobilidade e apoio à adaptação da pessoa à nova condição de saúde.

Em termos de avaliação de alterações da funcionalidade apliquei as escalas MRC, Ashworth, Barthel, Downton, NIHSS e também procedi à avaliação do exame neurológico e apliquei a escala de GUSS.

Implementei planos de reabilitação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diárias e autocuidados, e nos autocuidados, bem como realizei ações de ensino dirigidas à pessoa e à sua família/cuidador, com vista à promoção da autonomia e continuidade dos cuidados no domicílio.

Durante o estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados a diferentes utentes; no entanto, esse acompanhamento foi realizado num período relativamente curto, devido à especificidade e dinâmica do serviço, já anteriormente referidas.

Ainda assim, consegui avaliar as necessidades dos utentes e planear a minha intervenção após a avaliação, principalmente através da avaliação dos sinais vitais, da realização do exame neurológico, da aplicação da escala de NIHSS e da escala de força muscular MRC. Pela organização do serviço e pelo facto de apenas ter realizado turnos da manhã, um dos momentos privilegiados para a avaliação, treino de AVD's e realização de RFR e RFM era os cuidados de higiene.

Muitas vezes, pelas alterações respiratórias e motoras associadas ao AVC e miastenia gravis, consegui criar planos de reabilitação completos envolvendo ambas as vertentes. Por se tratar de uma fase aguda e um internamento curto antes de serem transferidos para o hospital de residência, acabei por não ter oportunidade de acompanhar nenhum utente por um período suficiente para conseguir ganhos em saúde. Intervim, principalmente, na realização de mobilizações passivas ou ativo-assistidas nesta fase inicial, na realização de exercícios dirigidos à parésia facial, e o incentivo da comunicação verbal no caso de alterações da linguagem.

Os planos de reabilitação motora implementados pelos EEER, que incluem a mobilização precoce nos doentes com AVC, estão diretamente associados a uma melhoria da capacidade funcional desses doentes, da capacidade de realização de AVD's, e da mobilidade¹⁸.

Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de reabilitação

Durante o estágio, foi-me proposto o desenvolvimento e a realização de uma formação sobre a avaliação neurológica, tendo em conta que o serviço integrava uma equipa jovem, composta maioritariamente por enfermeiros recém-licenciados, que beneficiariam deste tipo de capacitação. Com o objetivo de garantir a relevância e aplicabilidade da formação, recolhi previamente informação junto dos EEER do serviço e observei diretamente a forma como estes realizavam o exame neurológico na prática clínica.

Com base nesse levantamento e em fontes científicas atualizadas, elaborei um conteúdo formativo estruturado, que abordou os principais componentes do exame neurológico. A formação foi apresentada no último dia de estágio, num momento de partilha de conhecimento com a equipa, tendo sido bem acolhida e considerada útil para a prática clínica diária (Apêndice 6).

Objetivo 3 - desenvolver competências de EEER para a avaliação do risco e prevenção de queda no idoso

A intervenção do EEER na prevenção de quedas num internamento de neurologia, em que a patologia predominante é o AVC, é fundamental não só na intervenção nas alterações motoras, como a força muscular, mas, também, no aumento da tolerância ao esforço devido à fadiga que as pessoas num status pós AVC sentem e que está diretamente ligado a um aumento do risco de queda.

Segundo um estudo efetuado em 2022, 37,2% das pessoas após o AVC sentem-se afetados pela fadiga e que está diretamente associado a um aumento de 10% do risco de queda. Este estudo revelou ainda que outras patologias neurológicas como a miastenia gravis e Parkinson, também tem essa associação direta entre a fadiga e o aumento do risco de queda. Como estratégia de prevenção, mais uma vez, foi referido como essencial a prática de exercício físico e o treino cognitivo¹⁹.

Durante o estágio, manifestei ao elemento de ligação do serviço com o Grupo Hospitalar de Prevenção de Quedas o meu interesse em participar ativamente em eventuais reuniões sobre esta temática, caso ocorressem durante o meu período de estágio. Manifestei ainda a minha disponibilidade para colaborar na revisão ou melhoria de normas e procedimentos institucionais relacionados com a prevenção de quedas. No entanto, devido à curta duração do estágio, não surgiu oportunidade.

Ainda assim, este período permitiu-me consolidar e desenvolver competências na área da RFM, nomeadamente na elaboração de planos individualizados de fortalecimento muscular e de promoção da tolerância ao esforço. Estas competências são fundamentais para a prevenção de quedas em pessoas idosas, uma vez que visam a melhoria da estabilidade postural, do equilíbrio dinâmico e da capacidade funcional global, reduzindo o risco de acidentes e promovendo a autonomia.

III.5 Internamento de Ortopedia

O segundo estágio do módulo II decorreu num internamento cirúrgico entre que 15 de Abril a 17 de Maio, para um total de 87 horas.

Este serviço contava com uma equipa constituída por 4 EEER que prestam cuidados de reabilitação, exclusivamente, e fazem apenas os turnos da manhã e tarde.

Os utentes são provenientes do domicílio uma vez que, neste momento, o serviço está destinado aos cuidados a utentes submetidos a cirurgias eletivas de PTJ e PTA.

Em termos de avaliação de alterações da funcionalidade dos utentes, apliquei apenas a MRC e avaliei a dor através da escala qualitativa e/ou quantitativa.

Como objetivos específicos para este contexto defini:

Objetivo 1- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetido a cirurgia ortopédica em contexto hospitalar:

Tendo em conta a organização deste serviço, os EEER seguiam um protocolo estruturado, que incluía a implementação de um plano de reabilitação pré-estabelecido para todos os utentes. Este plano previa, entre outras intervenções, a realização de ensino e treino da técnica de subir e descer escadas com recurso a auxiliares de marcha, nomeadamente canadianas, no terceiro dia de internamento — momento que, na maioria dos casos, coincidia com a data prevista para a alta hospitalar.

A intervenção do EEER nesta etapa é de extrema importância, não apenas para garantir a autonomia funcional da pessoa no regresso ao domicílio, mas sobretudo para assegurar a realização segura dessas atividades, minimizando o risco de complicações, como a luxação da articulação coxofemoral (particularmente relevante em utentes pós-cirurgia ortopédica) e a ocorrência de quedas. O ensino da técnica correta de marcha com apoio, aliado ao treino supervisionado e adaptado à condição funcional de cada pessoa, contribui para a transição segura de cuidados e para a promoção da confiança na mobilidade²⁰.

São igualmente importantes os ensinamentos no sentido de prevenir alterações e/ou limitações de amplitude dos movimentos, e adaptação à nova realidade no pós-operatório imediato, que inclui as alterações na realização da AVD's, como o correto posicionamento no uso do sanitário, como apanhar objetos do chão se necessário, como entrar e sair da cama com segurança²⁰.

A intervenção do EEER neste serviço era complementada com a intervenção da fisioterapeuta o que se tornava um processo completo e eficaz na rápida recuperação pós-operatória.

Dado que um plano de reabilitação tem efeitos positivos na recuperação funcional, se iniciado no período pré-operatório, manifestei interesse em assistir a uma consulta de enfermagem pré-operatória, o que me foi autorizado num dos dias de estágio. Durante essas consultas, consegui concentrar-me nos ensinamentos transmitidos ao utente, nomeadamente no que diz respeito à prótese total do joelho (PTJ), à prótese total da anca (PTA) e à prevenção de quedas na comunidade²⁰.

Objetivo 2 - Desenvolver competências de EEER para a avaliação do risco e prevenção de queda no idoso

Segundo Alasbali et al., as pessoas submetidas à colocação de PTJ e PTA apresentam um risco mais elevado de queda. Embora as causas desse aumento de risco não estejam totalmente esclarecidas, sabe-se que as condições habitacionais e o facto de a pessoa viver sozinha são fatores facilitadores. Os mesmos autores salientam a importância de identificar condições adversas no domicílio que possam aumentar o risco de queda, bem como de realizar uma avaliação dos fatores psicossociais, com o objetivo de minimizar os elementos que influenciam o risco de queda (RQ). Além disso, um plano de reabilitação individualizado e adaptado às necessidades do utente contribui para a redução do RQ e melhora os resultados da recuperação²¹.

Assim, procurando minimizar os RQ nestes utentes, entreguei um folheto, já existente no serviço, sobre a prevenção de quedas no domicílio, de modo a instruir e alertar estes utentes para os perigos no domicílio de forma a minimizá-los.

Além disso, todos os ensinamentos realizados no contexto da reabilitação no pós-operatório, com especial enfoque na adaptação das AVD e na correta utilização dos auxiliares de marcha, desempenham um papel fundamental na prevenção de quedas. Estas intervenções contribuem significativamente para a promoção da segurança, a redução do risco de complicações — como luxações, perdas de equilíbrio ou sobrecarga articular — e para o reforço da autonomia da pessoa em processo de recuperação. O reforço da literacia em saúde e a capacitação da pessoa e dos cuidadores assumem, assim, um papel central na continuidade dos cuidados e na reabilitação segura no domicílio.

III.6 UCC II

O terceiro estágio do módulo II ocorreu numa UCC que dá resposta a 3 freguesias, com um índice de envelhecimento elevado, com cerca de 40% da população residente com 65 anos ou mais, segundo os censos de 2021.

Este estágio decorreu entre que 20 de Maio a 8 de Julho, para um total de 192 horas.

A equipa é constituída por 4 enfermeiras em que 2 são EEER, mas apenas a minha supervisora clínica presta cuidados junto da população.

Esta unidade apresenta projetos na área de: capacitação do cuidador formal e na realização de sessões de formação sobre variados temas relacionados com a segurança da população idosa que frequenta os centros de dia desta área geográfica.

Durante este estágio consegui também participar no início de um projeto pessoal da minha supervisora clínica que iria focar-se no acompanhamento domiciliário de pessoas com DPOC na comunidade. Embora este projeto ainda não estivesse formalmente integrado nos projetos da UCC, o objetivo era obter o apoio institucional necessário para a sua inclusão nos projetos da unidade, potenciando assim a resposta de proximidade e a continuidade de cuidados a esta população com necessidades específicas.

Os utentes, após serem referenciados para esta unidade, tem uma primeira visita realizada pelo EEER para avaliação das alterações de funcionalidade e necessidades de reabilitação para criar planos de reabilitação adaptados. Essa avaliação inclui as seguintes escalas: MRC, MIF, Morse, Barthel, Braden.

Não existem patologias predominantes pelo que contactei com alguma diversidade de patologias nomeadamente, neoplasias, síndrome de imobilidade após internamento prolongado, status pós colocação de PTJ, status pós fratura maleolar com indicação para tratamento conservador, entre outras.

Como objetivos específicos para este contexto defini:

Objetivo 1- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, cardíacas e respiratórias na comunidade:

Realizei e implementei planos de RFM, treino de atividades de vida diárias (AVD's), realizei ensinamentos ao utente e família, promovi a atividade física e independência funcional, assim como, a identificação de barreiras arquitetónicas e alteração das mesmas.

A minha SC acompanhava os utentes de reabilitação e também de cuidados paliativos pelo que tive oportunidade de realizar cuidados em utentes nessa vertente, com o intuito de manter a dependência funcional e consequentemente melhorar a qualidade de vida.

São exemplos ilustrativos dos cuidados prestados a intervenção com um utente portador de lesão medular por trauma, que se encontrava com uma infeção respiratória. Neste caso, foi utilizada a técnica de simulação de tosse através de *cough-assist*, ao longo de três visitas domiciliárias. Esta intervenção visava a prevenção da acumulação de secreções e a promoção de uma ventilação mais eficaz, tendo em conta a limitação funcional associada à lesão neurológica. Apesar da decisão do utente em não dar continuidade ao tratamento por vontade própria, durante o período de acompanhamento foi possível implementar estratégias eficazes de desobstrução brônquica, com impacto positivo no seu conforto respiratório.

Outro caso relevante, no âmbito dos cuidados paliativos, envolveu uma utente com diagnóstico de diabetes mellitus em fase de transição do hospital para o domicílio, sob acompanhamento da UCC e com apoio domiciliário. A utente apresentava autonomia nas AVD, embora com lentificação psicomotora, e contava com o apoio do marido para a realização das atividades instrumentais. Contudo, ambos apresentavam limitações significativas ao nível da literacia em saúde, nomeadamente por serem analfabetos e por apresentarem défices cognitivos ligeiros, o que comprometia a gestão adequada do regime terapêutico, em particular da insulino terapia.

Face a esta situação, o principal objetivo das visitas domiciliárias foi capacitar os auxiliares do apoio domiciliário para a administração segura da insulina, inicialmente durante os fins-de-semana, e progressivamente estendendo essa responsabilidade a todos os dias da semana. Esta estratégia procurou assegurar a continuidade dos cuidados, promover a segurança terapêutica e adaptar a intervenção às reais necessidades da pessoa e da sua rede de apoio informal e formal. Foi um processo muito complexo porque a utente apresentava hipoglicemias durante todas as visitas e foi necessário o encaminhamento da utente para o serviço de urgência pelas alterações metabólicas identificadas durante as visitas.

O processo não foi continuado no restante tempo de estágio pelo seu internamento prolongado, mas foi identificada uma necessidade de cuidados, de ensinamentos aos cuidadores e uma tentativa de auxiliar e mobilizar recursos na comunidade que infelizmente não foram suficientes.

Outro utente paliativo era o Sr. J que estava em tratamentos de radioterapia dirigidos ao seu melanoma no membro inferior direito, mas que por ter realizado esvaziamento ganglionar inguinal apresentava edema dos membros inferiores o que limitava a sua atividade e aumentava o cansaço a realizar as AVD's. Apesar de ter concluído o seu programa de reabilitação motora, o edema dos membros era algo que provocava imenso sofrimento psicológico e, foi aí, que sugeri iniciar a realização massagens de drenagem linfática manual. Esta é uma atividade que implica tratamento contínuo, mas que diminuía o desconforto do utente e que acabou por ser o foco nas visitas domiciliárias.

Também identifiquei o uso de calçado inadequado o que é um fato de risco para a queda e organizar algumas opções para que o utente pudesse comprar dentro das suas preferências e tendo em conta que calçava o número 46 que limitava as opções.

Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar, instruir e apoiar uma utente cuidadora da mãe que tinha 102 anos que, apesar de ter uma idade avançada, tinha alguma mobilidade no leito, mas necessitava de ajuda moderada para realizar as AVD's. Neste caso, a filha da utente tinha capacidades físicas para cuidar das utentes, mas pelo seu diagnóstico de esquizofrenia, tinha algumas limitações no cuidado, pelo que foi muito importante percebermos as necessidades da utente e cuidadora, e ficamos despertos para algumas alterações no domicílio que podiam facilitar o processo de cuidar de alguém dependente. Ao longo das visitas, e agilizandocom a assistente social, foram oferecidas uma cama articulada e uma cadeira de rodas através de uma instituição. Estes produtos de apoio foram fundamentais para auxiliar a filha a cuidar da mãe.

A prescrição de produtos de apoio é importante principalmente na área de reabilitação, uma vez que, advém da correta avaliação do meio envolvente e necessidade de adaptar o mesmo a cada pessoa. A correta prescrição e ensino da utilização destes produtos de apoio permite uma maior participação ativa da família/cuidadores e permite facilitar o processo de prestação de cuidados pelos mesmos, diminuindo sentimentos de fadiga e depressão²².

Este estágio revelou-se particularmente enriquecedor no que diz respeito à valorização do princípio da autonomia da pessoa, nomeadamente no respeito pelas suas vontades e decisões, incluindo a opção de não receber cuidados. Em diversas situações, foram referenciados utentes para acompanhamento pela UCC com vista à implementação de um plano de reabilitação. No entanto, após a visita domiciliária

inicial, alguns manifestaram, de forma consciente e informada, a decisão de não prosseguir com as visitas ou com qualquer plano terapêutico.

As razões subjacentes a essas decisões foram diversas, incluindo desde aspetos emocionais e socioculturais, percepção de bem-estar ou ausência de motivação para a mudança, até à recusa de intervenções que, apesar de clinicamente justificadas, não iam ao encontro das expectativas ou objetivos dos próprios utentes. Esta realidade constituiu uma oportunidade de aprendizagem relevante, permitindo-me compreender a importância da escuta ativa, da negociação de cuidados e da adaptação das intervenções às preferências individuais, reforçando a centralidade da pessoa no processo de cuidado.

Um dos exemplos, uma utente, médica de profissão, após uma fratura trimaleolar, foi referenciada para a UCC e após a nossa visita, agradeceu o cuidado referindo que trabalhava numa clínica e que iria ter os cuidados nesse local. Após a visita domiciliária, a utente agradeceu o cuidado, mas informou que preferia realizar o processo de reabilitação na clínica onde trabalhava, uma vez que tinha acesso facilitado aos recursos necessários. Demonstrou conhecimento sobre a sua condição e sobre o processo de recuperação, optando por não dar seguimento ao plano proposto pela equipa da UCC.

Outro exemplo significativo envolveu um utente em fase de recuperação pós-AVC, que, apesar de clinicamente elegível para reabilitação no domicílio, expressou a vontade de ser cuidado exclusivamente pela esposa, recusando realizar os autocuidados e participar ativamente no plano de reabilitação. Esta decisão, embora contrariasse o princípio da promoção da autonomia funcional, foi respeitada enquanto expressão da sua vontade consciente. Inicialmente, a esposa foi integrada nas visitas domiciliárias para receber orientações e realizar alguns ensinamentos, no entanto, sendo também médica de profissão e detentora de conhecimentos prévios relevantes, acabou por ser considerada autónoma na gestão dos cuidados e o acompanhamento pela equipa foi concluído.

Estes casos reforçaram a importância de uma abordagem centrada na pessoa, onde a escuta ativa, o respeito pelas escolhas individuais e a negociação de cuidados são essenciais. Além disso, evidenciaram a complexidade ética da prática clínica, especialmente no equilíbrio entre o dever de promover a saúde e a funcionalidade, e o respeito incondicional pela autodeterminação da pessoa.

Objetivo 2 - desenvolver competências de EEER para a avaliação do risco e prevenção de queda no idoso

Relativamente à temática das quedas, o contexto da comunidade é o ideal para trabalhar esta temática uma vez que, como já referido, a maioria das quedas ocorre na comunidade, e os EEER pela sua autonomia na intervenção na comunidade, este torna-se o contexto ideal para iniciar a mudança do atual paradigma de avaliação do risco de queda.

Como a UCC já tinha um projeto iniciado junto da população idosa que frequentava os centros sociais e paroquiais da área de atuação, que já teria incluída uma sessão de formação sobre a prevenção de queda e identificação de perigos no domicílio, houve oportunidade de eu, como aluna, continuar a intervir neste projeto.

Informe-me das atividades que incluíam a prática de exercício físico concluindo que os idosos apenas tinham uma sessão de exercício físico por semana de duração de 20 minutos. Segundo o professor de educação física que realizava essa aula que assisti, o grupo de idosos em questão apresentava limitações da mobilidade, obesidade, patologias osteoarticulares, entre outras, o que dificultava a colaboração e os exercícios escolhidos e adaptados eram realizados sentados em cadeiras e nunca progrediam para a posição ortostática.

Em conjunto com a SC e a Assistente social do Centro Social e Paroquial (CSP), decidi criar um vídeo de exercício físico que incluísse todos os segmentos corporais e que pudesse ser feito sentados, com segurança e com a supervisão apenas da animadora sociocultural. Realizei sessões de exercício físico com os utentes e transferi o vídeo realizado por mim a exemplificar para que pudessem replicar mais do que 1 vez por semana.

Os utentes do CSP demonstraram interesse na temática principalmente na questão dos perigos no domicílio e foi-nos proposto pelo Centro em conjunto com os utentes, realizar visitas domiciliárias para avaliar esses mesmos perigos e otimizar o ambiente tornando-o mais seguro possível.

Inicialmente foram consultados os processos de 4 utentes que tinham demonstrado interesse e que optaram através do consentimento verbal livre e informado, que fosse realizada uma visita ao seu domicílio. Avaliamos a escala de Morse preconizada pela DGS e segundo a mesma, os 4 utentes apresentavam um resultado de “baixo risco de queda”.

Na visita seguinte ao CSP foi avaliada a marcha destes 4 utentes utilizando o *time up and go* e todos apresentaram alterações da cadência da marcha, alterações de desequilíbrio na mudança de direção. Os 4 utentes concluíram o teste, mas com resultados superiores a 20 segundos sendo que 1 dos utentes terminou com tempo de 36 segundos. Segundo o que foi observado e colhido da história clínica, os utentes apresentavam antecedentes pessoais associados a um aumento do RQ, estavam, polimedicados com medicação de alto risco de queda, apresentavam alterações na marcha.

Apesar de terem um “baixo risco de queda” segundo a escala de Morse, a avaliação individualizada constatou o contrário. Todos estes utentes apresentavam alto risco de queda pelos multifatores contributivos para a queda.

Foram realizadas visitas domiciliárias às casas dos utentes e foram identificados possíveis perigos no domicílio, outro fator contributivo para aumentar o risco de queda, nomeadamente a presença de tapetes escorregadios e com pontas levantadas, escadotes de acesso a armários que não estavam acessíveis, pisos irregulares, zonas da casa mal iluminadas principalmente o caminho entre a cama e a casa de banho, e ainda, o acesso às habitações como é o caso de pisos irregulares, escadas muito altas sem corrimão, entre outros.

Como de esperado, foram detetados fatores contributivos para o aumento do risco de queda que se apenas tivesse sido aplicada a escala de Morse não estaríamos alertados para eles e, como relata a literatura, não teria nenhum impacto na redução do risco.

Foi criado um esboço de um possível instrumento guia para a avaliação dos fatores de risco de queda, em contexto de visita domiciliária, tendo como base: a literatura consultada para a realização deste trabalho académico; guideline mencionada ao longo deste trabalho; a teoria de Carol Miller; que orienta a prática centrada na pessoa e nos padrões funcionais de saúde; e, ainda, as observações realizadas durante quatro visitas domiciliárias, que permitiram identificar, na prática, os principais domínios de risco relevantes neste contexto. (Apêndice 7).

Este instrumento tem como objetivo servir de suporte à avaliação sistemática e estruturada, permitindo ao EEER identificar precocemente fatores de risco intrínsecos e extrínsecos associados às quedas, e, com base nessa análise, planear intervenções direcionadas e individualizadas. A sua criação constituiu um exercício importante de

articulação entre o conhecimento teórico, a evidência científica e a realidade observada no terreno.

Devido ao constrangimento temporal inerente à duração do estágio, não foi possível aplicar ou testar este instrumento de avaliação no terreno. No entanto, a sua elaboração representou um exercício relevante de integração do conhecimento teórico com a prática observada, e poderá servir de base para projetos futuros.

III.7 Unidade de AVC

O último estágio do módulo II decorreu num hospital no centro de Lisboa, entre o dia 9 de Julho e 19 de Julho, para um total 72 horas.

A equipa deste serviço contava com 8 EEER que faziam turnos rotativos.

O serviço tinha um total de 23 camas em que 4 destas estavam destinadas a utentes em fase aguda de AVC.

Os utentes são provenientes do Serviço de Urgência após ativação da via verde.

Em termos de atividades, consegui concluir o processo de aprendizagem da prestação de cuidados a pessoas com esta patologia.

Em termos de avaliação de alterações da funcionalidade apliquei as escalas MRC, Ashworth, Barthel, Downton, NIHSS e também realizei a avaliação do exame neurológico e apliquei a escala de GUSS.

Como objetivos específicos para este contexto defini:

Objetivo 1- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas em contexto hospitalar

Sendo um estágio inferior a 2 semanas tive apenas uma utente que seguiu ao longo dos turnos, mas, apesar do curto tempo consegui, em conjunto com os outros profissionais de saúde que participaram no plano de reabilitação, obter ganhos positivos para a saúde da utente.

A Sra. L teve um AVC devido ao controlo deficitário do seu antecedente pessoal de Fibrilhação Auricular. Inicialmente apresentava-se desorientada no tempo e espaço, sonolenta, parésia do hemicorpo à esquerda, neglect visual e sensitivo e anosognosia. Era alimentada por SNG por alteração do estado de consciência e dificuldade em cumprir ordens simples, pelo que era substituída no autocuidado, sendo dependente total nos autocuidados segundo a MIF.

Comecei o meu plano de reabilitação pelo treino de AVD's, mobilizações passivas do hemicorpo esquerdo, e realização de levante para cadeirão com ajuda total.

Realizei e implementei planos de reabilitação funcional respiratória (RFR), reabilitação funcional motora (RFM), treino de atividades de vida diárias (AVD's) e autocuidados, realizei ensinamentos ao utente e família.

Ao longo dos dias, com a utente a progredir favoravelmente para estar mais acordada e orientada no tempo e espaço, colaborando nos cuidados e estando mais atenta, apresentando apenas disartria, parésia do hemicorpo à esquerda, neglect visual e sensitivo e anosognosia, foi avaliada a escala de GUSS e percebemos que a utente não teria alterações da deglutição o que permitiu iniciar dieta por via oral e, além disso, iniciamos também outras atividades de treino de AVD's, iniciamos treino de marcha e definir os seus próprios objetivos de reabilitação.

A utente demonstrou imensa vontade e motivação para cumprir o plano de reabilitação o que contribuiu também para a melhoria do seu estado num curto espaço de tempo.

No último dia de estágio a utente apresentava apenas neglect pelo facto de realizar as suas AVD's sem incluir o membro superior esquerdo, mas era capaz de realizá-las autonomamente.

Os objetivos da utente incluíam a manutenção da sua rotina de preparar o pequeno-almoço para si e para o esposo, bem como a realização da maquilhagem diária, atividade que considerava essencial para a preservação da sua imagem corporal e autoestima. Estes objetivos, embora simples à primeira vista, revelaram-se fundamentais para a promoção da autonomia, da identidade pessoal e do bem-estar emocional da utente, sendo, por isso, integrados no plano de intervenção de forma prioritária.

Com as atividades executadas para permitir o máximo nível de funcionalidade e com os exercícios de fortalecimento muscular de forma a recuperar a força muscular que tinha previamente ao internamento, a utente iria ser capaz de realizar essas duas atividades sem dificuldade, ainda que, houvesse necessidade de continuar o processo no domicílio para permitir segurança na realização das mesmas devido ao neglect.

Nesse sentido, foi sugerida a referenciação da utente para a RNCCI, com o objetivo de ser acompanhada por EEER da UCC da sua área de residência, assegurando a continuidade dos cuidados e o reforço das competências funcionais adquiridas.

Embora o meu estágio tenha terminado antes da alta da utente, permanece na memória a experiência marcante vivida neste último local de estágio. A motivação e colaboração demonstradas pela utente, aliadas à intervenção implementada, resultaram

em ganhos em saúde significativos num curto espaço de tempo, reforçando o impacto positivo do cuidado centrado na pessoa e da prática especializada em enfermagem de reabilitação.

Adicionalmente, durante os períodos de descanso da utente, consegui colaborar com uma outra parte do serviço pertencente aos utentes de medicina e, neste caso, realizei sessões de RFR com um utente portador de doença de Parkinson com infeção por Sars- Cov-2 que necessitava de auxílio na limpeza das vias aéreas e na otimização da ventilação. Devido às suas alterações dos músculos acessórios à respiração, ao realizar 3 sessões com este utente consegui com que o utente diminuísse o débito de oxigénio que necessitava naquele momento e, consegui mobilizar as secreções do utente otimizando o conforto do utente.

IV. Considerações Finais

O envelhecimento da população é uma realidade transversal a nível mundial e nacional, trazendo consigo novos desafios no âmbito da saúde, funcionalidade e qualidade de vida das pessoas idosas. Um dos principais riscos associados ao envelhecimento é a ocorrência de quedas, com impacto significativo na autonomia, morbidade e, frequentemente, na institucionalização precoce. A intervenção precoce na avaliação do risco e na prevenção de quedas permite minimizar os fatores predisponentes e contribui para a redução das complicações associadas, tanto para a pessoa idosa como para a sua rede familiar e social.

Neste contexto, o EEER assume um papel fundamental, sendo o profissional capacitado para realizar uma avaliação abrangente e individualizada das alterações físicas, cognitivas, emocionais e ambientais que influenciam o risco de queda. Esta abordagem integra não só o conhecimento técnico-científico, mas também os pressupostos da Teoria de Carol Miller, que valoriza a pessoa como um ser funcional, em constante adaptação, cuja capacidade de resposta deve ser promovida de forma holística e centrada nas suas necessidades específicas.

Ainda que tenham ocorrido diversos contratemplos durante a realização dos estágios, que levaram à mudança de tema, adquiri competências na avaliação do idoso de forma holística e multifatorial, e implementei estratégias que minimizaram o impacto dos fatores de risco identificados e através do desenvolvimento de programas de treino de força muscular, equilíbrio corporal, marcha e realização das AVD.

Considero que os maiores constrangimentos da minha intervenção foi o tempo curto de estágio e a atual falta de recursos humanos nos serviços de saúde, necessários para implementar um projeto e mudar paradigmas a nível institucional e organizacional.

Este percurso fez com que eu ficasse mais desperta para a necessidade de atualizar as normas e procedimentos a nível nacional e continuar a apostar na prevenção das consequências negativas do contínuo envelhecimento da população.

Concluo que atingi os objetivos delineados para este estágio, os quais me permitiram desenvolver e consolidar competências científicas, técnicas e humanas fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da ER, individualizados e centrados na pessoa. A experiência vivida contribuiu de forma

significativa para o meu crescimento profissional, reforçando a importância de uma prática baseada na evidência, na reflexão crítica e na humanização do cuidado.

Através da elaboração deste relatório, foi possível destacar a relevância da intervenção do EEER face ao atual panorama demográfico marcado pelo envelhecimento progressivo da população. Este cenário impõe a necessidade de adaptação das práticas e normas institucionais, nomeadamente no que se refere à avaliação do risco e à prevenção de quedas na pessoa idosa. Ao refletir sobre estas questões, procurei também sensibilizar colegas e superiores hierárquicos para a urgência de promover mudanças estruturadas, sustentadas em conhecimento atualizado e orientadas para a segurança e funcionalidade da pessoa idosa. relatei igualmente a importância da atuação do EEER junto da população idosa, destacando o seu contributo ativo para a maximização da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, promovendo, assim, um envelhecimento ativo, seguro e digno.

O curso de mestrado foi extremamente desafiante a nível de conciliação da vida académica, profissional e pessoal, o que o tornou também, extremamente enriquecedor e proporcionou-me ferramentas importantes para continuar a apostar nesta temática futuramente.

V. Referências Bibliográficas

1. Direção-Geral da Saude. 2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Norma 008/2019. Lisboa: Direção-Geral de Saude.
2. Sampaio F, Nogueira P, Ascensão R, Henriques A, Costa A. The epidemiology of falls in Portugal: An analysis of hospital admission data. PLoS One. 2021 Dec 22;16(12):e0261456. doi: 10.1371/journal.pone.0261456. PMID: 34936669; PMCID: PMC8694436.
3. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Junho, 2023. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmainXpid=INE&xpgid=ine_destaques&destaquesdestboui=594879758&destaquesmodo=2
4. Miller, C. A. (2012). Nursing for wellness in older adults. (6ª Ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
5. World Health Organization (2007a). WHO global report on falls prevention in older age. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156353 6.
6. Lewis SR, McGarrigle L, Pritchard MW, Bosco A, Yang Y, Gluchowski A, Sremanakova J, Boulton ER, Gittins M, Spinks A, Rapp K, MacIntyre DE, McClure RJ, Todd C. Population-based interventions for preventing falls and fall-related injuries in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 1. Art. No.: CD013789. DOI: 10.1002/14651858.CD013789.pub2.
7. Naseri C, McPhail SM, Haines TP, Morris ME, Etherton-Beer C, Shorr R, Flicker L, Bulsara M, Netto J, Lee DA, Francis-Coad J, Waldron N, Boudville A, Hill AM. Evaluation of Tailored Falls Education on Older Adults' Behavior Following Hospitalization. J Am Geriatr Soc. 2019 Nov;67(11):2274-2281. doi:10.1111/jgs.16053. Epub 2019 Jul 2. PMID: 31265139; PMCID: PMC7539485.
8. Lucero RJ, Lindberg DS, Fehlberg EA, Bjarnadottir RI, Li Y, Cimiotti JP, Crane M, Prosperi M. A data-driven and practice-based approach to identify risk factors associated with hospital-acquired falls: Applying manual and semi- and fully-automated methods. Int J Med Inform. 2019 Feb;122:63-69. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2018.11.006. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30623785.
9. Rein DB, Hackney ME, Haddad YK, Sublett FA, Moreland B, Imhof L, Peterson C, Legha JK, Mark J, Vaughan CP, Johnson Ii TM, Bergen G; Emory STEADI Implementation team. Telemedicine-Based Risk Program to Prevent Falls Among Older Adults: Protocol for a Randomized Quality Improvement Trial. JMIR Res

- Protoc. 2024 Mar 26;13:e54395. doi: 10.2196/54395. PMID: 38346180; PMCID: PMC11005432.
10. Lafontant K, Blount A, Suarez JRM, Fukuda DH, Stout JR, Trahan EM, Lighthall NR, Park JH, Xie R, Thiamwong L. Comparing Sensitivity, Specificity, and Accuracy of Fall Risk Assessments in Community-Dwelling Older Adults. *Clin Interv Aging*. 2024 Mar 27;19:581-588. doi: 10.2147/CIA.S453966. PMID: 38562971; PMCID: PMC10982579.
 11. Batko-Szwaczka A, Wilczyński K, Hornik B, Janusz-Jenczeń M, Włodarczyk I, Wnuk B, Szołtysek J, Durmała J, Szuster-Kowolik K, Antoniak-Sobczak K, Dulawa J, Szewieczek J. Predicting Adverse Outcomes in Healthy Aging Community-Dwelling Early-Old Adults with the Timed Up and Go Test. *Clin Interv Aging*. 2020 Jul 31;15:1263-1270. doi: 10.2147/CIA.S256312. PMID: 32801674; PMCID: PMC7402859.
 12. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022 Sep 2;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205.
 13. Sun M, Min L, Xu N, Huang L, Li X. The Effect of Exercise Intervention on Reducing the Fall Risk in Older Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 29;18(23):12562. doi: 10.3390/ijerph182312562. PMID: 34886293; PMCID: PMC8657315.
 14. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Lisboa. 2019 [cited 2023 Abril 24]. Diário da República n.o 85/2019, Série II de 2019-0503, Regulamento n.o 392/2019. 2019. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/3922019-122216893>
 15. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. Lisboa. 2019 [cited 2023 Abril 24]. Diário da República n.o 26/2019, Série II de 2019-0206, Regulamento n.o 140/2019. 2019. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
 16. Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas praticas na reabilitação respiratória: conceitos, principios, tecnicas. Lusociencia
 17. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Junho, 2023. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

18. Graça, S. 2015. Mobilização precoce no doente pós AVC, uma revisão sistemática da literatura. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança. Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Bragança. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/12045>
19. Sibbritt D, Bayes J, Peng W, Maguire J, Ladanyi S, Adams J. The association between fatigue severity and risk of falls among middle-aged and older Australian stroke survivors. *Aging Clin Exp Res.* 2022 Oct;34(10):2457-2463. doi: 10.1007/s40520-022-02179-9. Epub 2022 Jul 7. PMID: 35796976; PMCID: PMC9637598.
20. Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. Loures, Lusodidática
21. Alasbali MA, Alramadan A, Yamani M, Asiri A, Al Qahtani N, Al Kathiri K, Nooh A. Incidence and Determinants of Falls Following Hip and Knee Joint Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus.* 2025 Apr 23;17(4):e82877. doi: 10.7759/cureus.82877. PMID: 40416262; PMCID: PMC12103641.
22. Godinho De Matos, M. D. F., & Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

APÊNDICES

Apêndice 1 - Apresentação sobre lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)

LMERT – Lesões músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho

Beatriz Ribeiro, aluna N° 8652 do 1º Mestrado de
Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde
da Cruz Vermelha Portuguesa



Índice de conteúdos

01

LMERT

02

Resultados do
questionário

03

Mecânica
Corporal e
Ginástica
Laboral



1 - LMERT

LMERT

- Alterações das estruturas corporais, tais como músculos, articulações, tendões, causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado.
- Principal causa de ausência por doença, perda de produtividade e aposentadoria precoce
- Maioritariamente na região cervical, lombar, ombros e membros superiores
- 5, 9% dos trabalhadores portugueses apresentam LMERT
- Profissionais de saúde tem 4x mais probabilidade de desenvolver LMERT



Sintomatologia

- Fadiga
- Dor
- Desconforto
- Edema
- Parestesias
- Sensação de peso
- Sensação de perda de força

Normalmente agravam ao final do dia de trabalho e aliviam com pausas, repouso ou até férias



Tipos de LMERT

Vasculares

Síndrome de Reynaud
Osteonecrose do escafoide

Musculares

Síndrome de tensão do pescoço
Cãibras da mão
Raquialgias

Bursas

Bursite cotovelo
Gonartrose
Tendinite rotuliana e aquiliana

Nervosas

Síndromes: cervical, do canal da radial, canal cubital, túnel cárpico
Neurite digital
Raquialgias

Tendinosas

Tendinites
Epicondilite
Doença de Quervain
Contraturas



Graus de evolução de LMERT

- I. Dor leve ou moderada – sensação de peso ou desconforto, dor localizada, "pontadas", melhora com o repouso
- II. Dor mais persistente ou intensa – dor tolerável, intermitente, pode ser acompanhada de parestesias e calor ou leves alterações de sensibilidade, recuperação mais lenta durante o repouso
- III. Dor persistente forte e com irradiação – nem sempre desaparece com o repouso, constante perda de força muscular e parestesias, edema, alteração de sensibilidade, afeta atividades domésticas
- IV. Dor forte contínua e por vezes insuportável – estende-se a todo o grupo muscular, dor até com o local imobilizado, sem capacidade para trabalhar ou realizar tarefas da vida diária.



Fatores de risco

Relacionados com a atividade de trabalho

Posturas ou posições corporais extremas
Aplicação de força
Movimentos repetitivos



Individuais

Idade
Sexo
Estado de saúde
Hábitos e estilo de vida



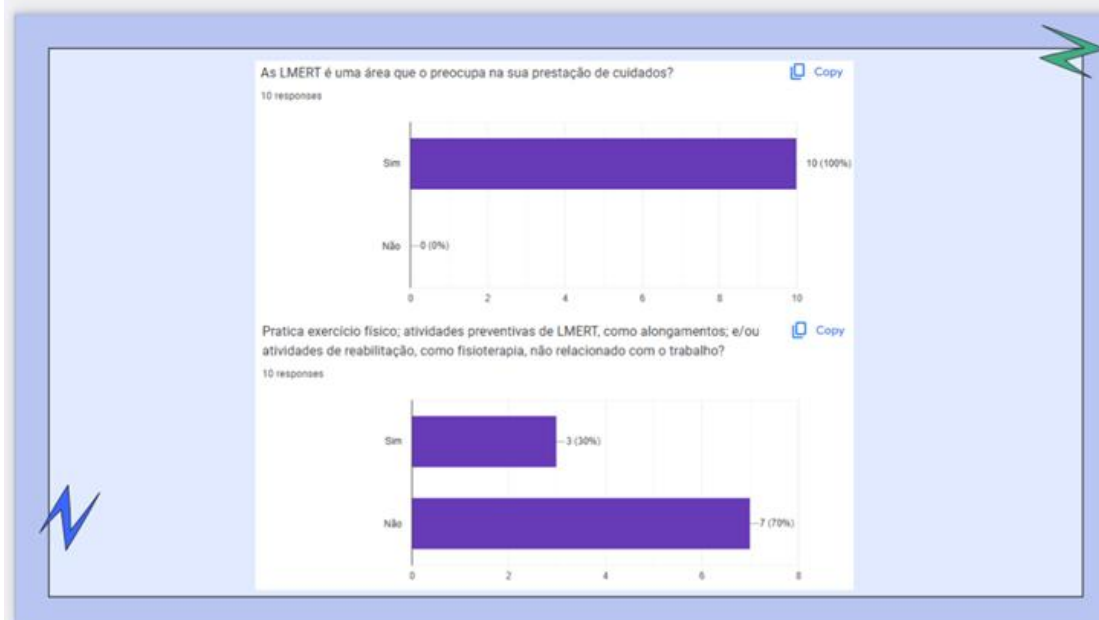
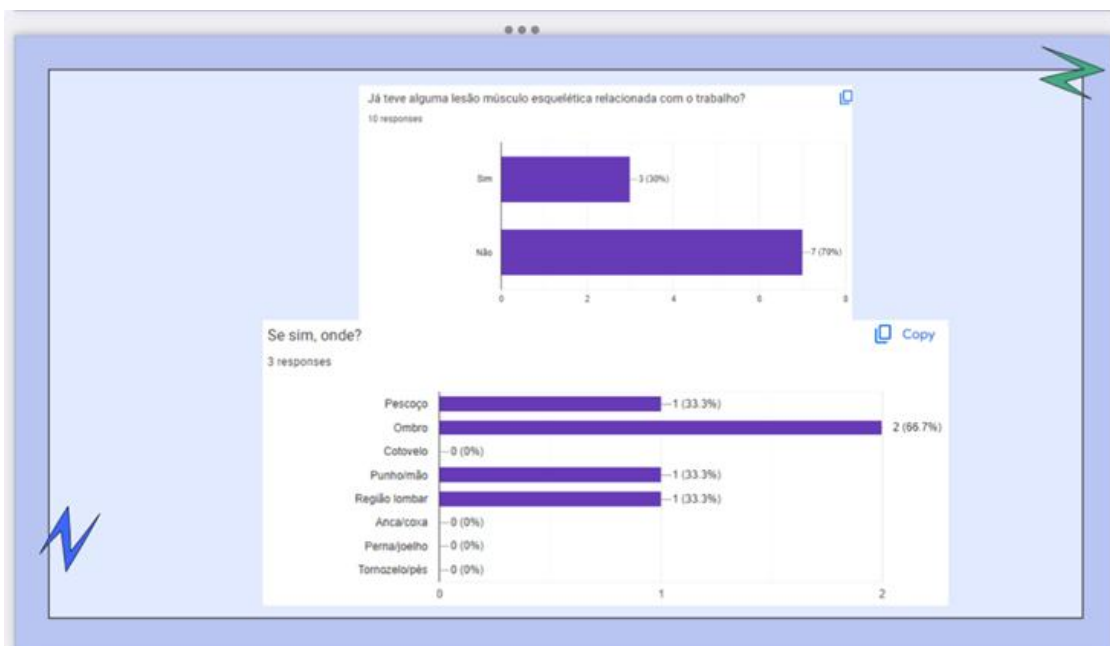
Organizacionais/psicossociais

Características da organização
Estilo de chefias
Horário de trabalho
Tipologia de tarefa
Relações interpessoais



2 - Resultados do questionário







3 – Mecânica Corporal e Ginástica Laboral

Mecânica Corporal

Princípios orientadores para corrigir

- Fundamento confortável e largo para permitir toda a amplitude de movimentos e calçado fechado para diminuir o risco de lesão
- Avaliação ergonómica da tarefa:
 - Existência de um espaço físico suficiente - 2,5m livres
 - Piso com condições de segurança
 - Quais os recursos humanos e técnicos disponíveis e a ajuda que a pessoa pode dar – cada profissional **não deve levantar mais de 35% do seu peso corporal**;
 - Planear e repartir os movimentos
- Utilizar sempre que possível:
 - Equipamento regulável em altura, ajustar de acordo com o **centro de gravidade** e o procedimento a realizar;
 - Auxiliares mecânicos: roller aid, easy slide, transfer, elevadores, resguardos ou outros.
- Em esforço, **manter a região dorso-lombar direita, fletir os joelhos evitando a inclinação anterior do tronco a um ângulo superior a 10° e colocar a força nos músculos dos membros inferiores.**
- Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar, aumentando a base de sustentação.
- Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar.
- Manter os membros superiores junto ao tronco.
- Não colocar objetos a alturas que impliquem estiramento para os alcançar.
- Realizar contrações isométricas dos músculos abdominais durante a realização do esforço.
- Realizar Ginástica Laboral...



Ginástica Laboral

- Considerado um método eficaz na prevenção de LMERT
- Programa de exercícios para melhoria da postura, percepção muscular e diminuição de encurtamento e tensões musculares
- 5 – 15 minutos antes ou após turno



**Medicina do
Trabalho do Centro
Hospitalar Baixo
Vouga**
“Ginástica Laboral: Mais
forma...mais saúde!”



Aceitam o desafio?

Referências Bibliográficas

1. Gonçalves, ISS. Prevenção de lesões músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho. Trabalho de projeto. Escola superior de saúde Instituto politécnico de Bragança, Bragança, 2020.
2. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2007a). Introdução as lesões músculo-esqueléticas. Facts, 71.
3. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2007b). Lesões musculoesqueléticas.
4. Queiroz, M., Uva, A., Camide, F., Serranheira, F., Miranda, L., & Lopes, M. (2008). Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho. Guia de Orientação Para a Prevenção.
5. Ordem dos enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e deambulação. Dezembro de 2013.

Apêndice 2 – Exercícios respiratórios e de fortalecimento muscular no domicílio

Este plano de exercícios deverá ser realizado 2 a 3 vezes por dia.



Fortalecimento dos quadríceps

O exercício representado à esquerda "levantar e sentar" é um exercício muito importante não só no fortalecimento dos músculos dos membros inferiores como também no treino de equilíbrio.

A inspiração neste exercício corresponde ao momento em que a pessoa está sentada

Repetir 10 vezes

No exercício representado à direita "extensão do joelho", o momento da inspiração corresponde à posição neutra em que os pés estão apoiados.

O exercício pode ser realizado com os dois membros em simultâneo ou individualmente, com ou sem peso, consoante tolerância da pessoa.

Repetir 10 vezes



Fortalecimento bíceps femoral

Neste exercício a inspiração corresponde à posição neutra em que os pés estão apoiados.

O exercício pode ser realizado com ou sem peso, consoante tolerância da pessoa.

Repetir 10 vezes



EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS E DE FORTALECIMENTO MUSCULAR NO DOMICÍLIO



Referência da Foto

Elaborado por:
Enf. Beatriz Ribeiro
aluna do 1º MEER
da ESSCVP

Área Coração, Vasos e Tórax

Unidade de Pneumologia

Janeiro de 2024

A ventilação eficaz depende dos músculos respiratórios e das propriedades elásticas dos pulmões.

Exercícios respiratórios



Estes exercícios devem ser realizados num ambiente calmo e descontraído.

Começamos por realizar **controlo e dissociação dos tempos respiratórios** – tomar consciência da respiração e controlá-la.

A inspiração deve ser lenta e profunda pelo nariz, uma pequena pausa e, de seguida, expiração prolongada pela boca com lábios semicerrados.

Repetir 10 vezes

Posteriormente, manter o mesmo exercício mas com foco no sentir a elevação do abdómen expiração, como está representado na imagem.

Repetir 10 vezes



Reeducação Costal Global

De preferência em frente ao espelho, realizar inspiração profunda no momento de elevação dos membros superiores e expiração prolongada com lábios semicerrados no movimento contrário.

Repetir 10 vezes

Nota: o bastão representado na imagem pode ser substituído por um cabo de uma vassoura, por exemplo.

Através de exercícios de reabilitação funcional respiratória e fortalecimento muscular conseguimos ajudar a diminuir os defeitos ventilatórios que por sua vez diminui o trabalho respiratório da pessoa com doença respiratória



Reeducação Global seletiva

(Representada à direita na imagem)

Inspirar quando afasta o membro do corpo e o leva, e expirar quando o aproxima.

Deve repetir nos 2 lados, 10 vezes cada.

Exercícios de fortalecimento muscular

A doença respiratória está associada a uma diminuição de mobilidade que consequentemente está associada à diminuição da força muscular e da incapacidade de realizar atividade física, pelo que é bastante importante realizar exercício físico, adaptado à tolerância de cada pessoa.

Durante a realização de exercícios de fortalecimento muscular é importante lembrar:

- A inspiração é realizada em repouso ou no momento de menos esforço do exercício
- A expiração será no momento contrário, no de maior esforço

No exercício representado à direita deverá inspirar no momento em que as mãos estão juntas à frente do corpo.

Fortalecimento membros superiores

Repetir 10 vezes



Nota: os pesos representados nas imagens podem ser substituídos por garrafas de água cheias (equivalente a 0,5Kg ou 1Kg consoante a tolerância da pessoa).

Apêndice 3 – Terapêutica inalatória

TERAPÊUTICA INALATÓRIA



- SMI
 - Único em Portugal é o RESPIMAT
 - Tem indicador de dose
 - Fácil de usar
 - Libertado de forma lenta
- Administração:
 - Segurar dispositivo na vertical
 - Rodar base no sentido das setas vermelhas até ouvir clique
 - Expirar lenta e profundamente
 - Selar os lábios no bocal
 - Inspirar lenta e profundamente enquanto pressiona botão de libertação de dose
 - Suster respiração durante 10 segundos
- Limpar com pano húmido ou papel 1x por semana
- Erros frequentes:
 - Agitar
 - Não expirar previamente
 - Expirar para o inalador

A desvantagem deste dispositivo é existirem poucos fármacos disponíveis



Elaborado por:
Enf. Beatriz Ribeiro
aluna do 1º MEER
da ESSCVP

Área Coração, Vastos e Tórax

Unidade de Pneumologia

Pode ser administrado como terapêutica ou como auxiliar de diagnóstico na realização de alguns exames.

Via inalatória é a de eleição na administração de fármacos nas doenças respiratórias.

+ rápido e + eficaz
- efeitos e - dose

Dispositivos inalatórios existentes:

- Inaladores pressurizados **pMDI**
- Inaladores de pó seco **DPI**
- Inaladores de névoa suave **SMI**

Cada sistema tem uma forma correta de ser inalada e manuseada.

- MDI

Vantagens:

- Pequeno
- Liberta dose fixe
- + comum no hospital e domicílios

Como utilizar

- Utente de pé ou sentado
- Aquece a embalagem
- Retira a tampa e agita na vertical
- Colocar o dedo indicador na parte superior e o polegar na parte inferior
- Inclinar a cabeça para trás ligeiramente
- Expirar lentamente
- Colocar bocal na boca fechando os lábios e colocando a língua por baixo
- Pressionar o reservatório com os dedos enquanto inspira lenta e profundamente (3 a 5 segundos)
- Suster a respiração 10 segundos

Se prescrito mais que uma nebulização, aguardar 30seg a 1min entre inalações

Se corticoides – realizar higiene oral

Desvantagens

- Precisa de coordenação mão-pulmão- pode ser utilizada câmara expansora mas é menos eficaz
- Não informa sobre a dose que resta na embalagem



A disposição do fármaco nos pulmões depende de vários fatores como a anatomia da via aérea, propriedade do aerossol, padrão ventilatório, técnica usada pelo utente, a idade, ...

A sequência de inalação de múltiplos fármacos prescritos deve cumprir a sequência:

1. Broncodilatadores de ação curta
2. Broncodilatadores anticolinérgicos
3. Corticosteroides

Higienização pano húmido no bocal e lavar 2 a 3x por semana a embalagem com água e detergente suave. Secar bem!

Erros comuns:

- Não retirar tampa
- Não agitar
- Inalar muito lento
- Não fazer pausas entre inalações

- DPI

- Pequenos
- Discretos
- Fáceis de transportar
- Ativados pela inspiração
- Inspiração deve ser profunda e rápida, forçada e constante
- Unidose- capsulas de pó perfuradas ou partidas antes da inalação
- Multidose – reservatório

Neste caso a técnica depende da marca e estrutura do dispositivo mas deve cumprir o conceito de "ver, ouvir, sentir"

Erros comuns

- Não carregar a dose
- Não expirar antes da inalação
- Expirar para dentro do dispositivo criando humidade e dispersão do fármaco
- Peça do bocal mal adaptada (exemplo- fármaco acumula-se no nos dentes)
- Fluxo inspiratório insuficiente e ineficaz - se pouco vigoroso e lento não se deposita no pulmão distal

Utilização é individual e exclusiva.



A escolha acertada do dispositivo para cada utente é de extrema importância

Não podem ser lavados porque a água danifica o pó. Higienizar só com papel ou lenço.
Cada pessoa tem as suas especificidades pelo que a prescrição deve ser adequada e cumprida corretamente.

Apêndice 4 – Técnicas de conservação de energia

TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA



- ⇒ Recorrer a serviços de entregas se possível
- ⇒ Evitar transportar objetos pesados de uma só vez
- Atividades domésticas
 - ⇒ Manter ambiente arejado
 - ⇒ Utilizar utensílios de cabo longo
 - ⇒ Cozinhar em quantidades maiores para ter pronto em momentos que estiver mais cansado e não o puder fazer
 - ⇒ Preparar os alimentos sentado
 - ⇒ Passar a ferro sentado e colocar roupa num local de fácil alcance
 - ⇒ Estender roupa em corda de estendal ao nível dos ombros e não superior, e a roupa a estender deve estar ao nível da cintura
 - ⇒ Fazer a cama de forma a só mudar de lado uma vez
 - ⇒ Para transportar pesos, dividir pelas 2 mãos e de forma que permaneçam junto do corpo.



Elaborado por:
Enf. Beatriz Ribeiro
aluna do 1º MEER
da ESSCVP

Área Coração, Vasos e Tórax

Unidade de Pneumologia

As pessoas com doença respiratória crónica apresentam elevado impacto no autocuidado devido à sensação de "falta de ar" e cansaço consequentes da inatividade associada.

Inatividade causa perda de independência funcional

Princípios Básicos de conservação de energia:

- Inspirar ao realizar o movimento que causa menos cansaço e expirar no movimento que cansa mais
- Realizar tarefas que requerem mais esforço no período do dia que sente mais energia
- Reunir tudo o que precisa para realizar um tarefa antes de a



Executar

- Arrumar objetos em locais de fácil acesso

Estratégias práticas específicas:

- Higiene e arranjo pessoal
 - ⇒ Preparar todo o material antes de executar
 - ⇒ Realizar os autocuidados sentado e com os cotovelos apoiados
 - ⇒ Usar roupão atalhada e não toalha
 - ⇒ Utilizar tapete antiderrapante
 - ⇒ Auxiliar com escova de cabo longo
 - ⇒ Se possível utilizar polibã e não banheira
 - ⇒ Colocar objetos num local de



fácil acesso

- Vestir
 - ⇒ Realizar a tarefa sentado
 - ⇒ Organizar roupa pela ordem que vai vestir
 - ⇒ Vestir primeiro a região inferior do corpo
 - ⇒ Preferir roupa confortável e larga, e calçado fácil de calçar
- Alimentar-se
 - ⇒ Realizar refeição sentado e com cotovelos apoiados
 - ⇒ Ingerir refeições menores mais vezes ao dia
 - ⇒ Repousar antes e depois das refeições
- Mover-se
 - ⇒ Subir escadas ao controlar a respiração—primeiro inspirar e de seguida subir alguns degraus ao expirar lentamente
 - ⇒ Levantar-se da cama da cama por fases—primeiro sentar na cama e só depois levantar e não num movimento único
- Sexualidade
 - ⇒ Planear altura do dia mais indicada
 - ⇒ Evitar alturas do dia em que a expetoração é mais acentuada



Apêndice 5 – Panfleto “Prevenção de quedas em idosos no domicílio”

CASA DE BANHO:

- Prefira o polibá;
- Coloque barras de apoio nas zonas de maior risco (junto à sanita, lavatório e polibá);
- Coloque um assento fixo na banheira/polibá;
- Coloque um tapete antiderrapante no fundo da banheira;
- Coloque fitas antiderrapantes junto à sanita, banheira/polibá e lavatório;
- Coloque um alçador de sanita.



CAMA:

- Deve ter a altura adequada: quando sentado na beira da cama permitir dobrar os joelhos a 90°;
- As camas de altura ajustável são as mais aconselháveis;
- Se a cama for alta pode cortar-lhe os pés;
- As grades só devem ser usadas quando o idoso não consegue sair sozinho da cama de forma a evitar que role da cama;
- As grades devem ter o comprimento da cama;



- Se a cama tiver rodas mantenha-as travadas.

QUINTAL:

- Mantenha o quintal livre de folhas e flores húmidas no chão;
- Atenção aos animais de estimação, principalmente cães e gatos.



**A sua casa deverá ser um lar seguro!
Livre-se das armadilhas!**

Adaptado de : Manual do cuidador—prevenção de quedas em idosos no domicílio. Rede regional de cuidados continuados integrados
Elaborado por: Enf Beatriz Ribeiro

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO



À medida que a idade avança há diminuição da visão, da audição, da força muscular, do tempo de reação e do equilíbrio, aumentando assim o risco de queda.

Como pode prevenir as quedas?

1 - Exercício físico

- Melhora o tempo de reação.
- Melhora a flexibilidade e o equilíbrio.
- Melhora a força.
- Diminui a perda de massa óssea

Se apresentar dificuldade de equilíbrio deve realizar exercício físico em ambiente controlado: sentado ou apoiado.

Se algum dos exercícios provocar dor ou desconforto não deverá ser realizado

Exemplos de exercícios:

- Sentar-se e levantar-se sem se apoiar. 5 a 10 vezes.



- Sentado levantar a perna até à altura da cintura. 5 a 10 vezes.



- Em pé, apoiando-se numa cadeira, dobrar/esticar o joelho alternando perna direita e perna esquerda. 5 a 10 vezes.
- Em pé, apoiando-se numa cadeira, erguer-se e baixar-se ficando em pontas dos pés. 5 a 10 vezes.



2 - Manter a segurança do meio

CALÇADO E ROUPA

- todos os sapatos ou chinelos devem ter calcanhares reforçados, estar presos ao pé, e apresentar solas antiderrapantes;
- As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece. Retire os cintos dos roupões.



ILUMINAÇÃO:

- Aumente a potência das lâmpadas;
- Coloque iluminação extra nos locais da casa de maior risco de queda;
- Coloque luzes de presença no trajeto quarto/casa de banho;
- Os interruptores devem estar ao alcance do idoso.



CHÃO:

- Prefira pisos antiderrapantes;
- Mantenha o chão livre de objetos;
- Coloque os móveis de modo a que não impeçam a circulação;
- Substitua os tapetes soltos por antiderrapantes ou pregue-os ao chão;



CADEIRÃO:

- Deve ter descanso para os braços;
- Deve ter uma altura que permita ao idoso estar sentado com os dois pés no chão e com os joelhos dobrados a 90°;
- Os assentos baixos podem ser compensados com a colocação de almofadas;
- Os assentos altos podem ser compensados cortando os pés.



ESCADAS:

- Coloque corrimão bilateral, 75 cm acima dos degraus;
- Coloque fita adesiva colorida com cerca de 2,5cm, na beira de cada degrau;
- Retire os tapetes dos degraus. Caso não seja possível estes devem estar presos;



Apêndice 6 - Apresentação “Exame Neurológico - Avaliação de Enfermagem”

Exame Neurológico

Avaliação de Enfermagem

Elaborado por: Beatriz Ribeiro nº8652, aluna do 1º Mestrado de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de
Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa



Tenho de avaliar o
meu utente!
E agora? Por onde
começar?



Estado mental: Estado de Consciência

Acordado

Cenário 1 – utente a ver televisão
Enfermeira : "Bom dia, sou a Enfermeira Beatriz."
Utente : "Bom dia Enfermeira"



Sonolento

Cenário 2 – Utente de olhos fechados
Enfermeira : "Bom dia, sou a Enfermeira Beatriz."
Utente abre os olhos responde "Bom dia" e posteriormente volta a fechar os olhos

Cenário 3 – Utente de olhos fechados
Enfermeira : "Bom dia, sou a Enfermeira Beatriz."
Utente não responde pelo que a enfermeira procede à estimulação tátil do braço do utente. Ainda sem resposta do utente tenta novamente mas mais vigorosamente. Aí o utente responde "Bom dia" acompanhado ou não de abertura ocular momentânea

Estuporoso

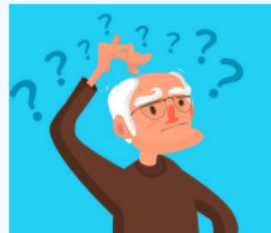
Cenário 4 – Utente de olhos fechados, imóvel. Sem resposta verbal à estimulação. Por vezes pode ser observada contração muscular associada ao estímulo doloroso.

Comatoso

Estado Mental

Orientação

"Como se chama? Quantos anos tem? Quando faz anos?"
"Em que ano/ mês/ dia estamos?"
"Sabe onde está?"



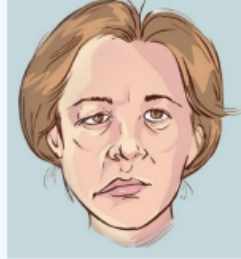
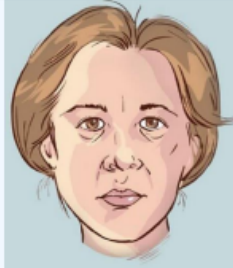
Comportamento

Calmo/agitado
Colaborante
Humor depressivo

Memória

"Consegue dizer-me o que se passou?"
"Vive com quem? Como se chama a sua esposa?"

Sra. Maria? Consegue fechar os olhos? Sorria para mim. Agora sorria a mostrar os dentes. Consegue levantar as sobrancelhas?



A Sra. Maria fez tudo o que pedi!

1. Cumpre ordens simples
2. Compreensão mantida

Paresia facial central:

Assimetria da boca no sorrir
Consegue fechar ambos os olhos
Consegue franzir a testa em ambos os lados

Paresia facial periférica:

Assimetria da boca no sorrir
Não consegue fechar o olho do lado afetado
Não consegue franzir a testa do lado afetado

Pálpebras



Ptose palpebral e tremor

Pupilas

AValiação Pupilar



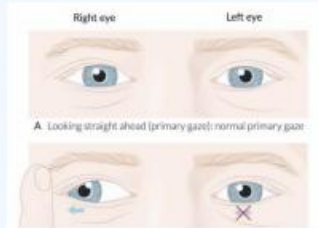
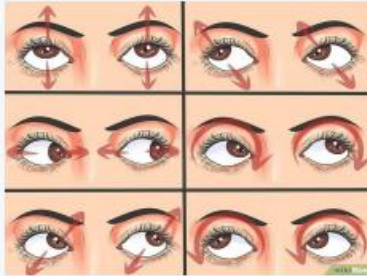
Nistagmo

Tipos de Nistagmo



https://youtu.be/reXe83HlfzE?si=F0qee_WES9ZCdhZQ

Movimentos oculares e Campos Visuais



	Visual field defect	
A) Central scotoma		
B) Monocular vision loss		
C) Bitemporal hemianopia		
D, G, & H) Contralateral homonymous hemianopia		
E & J) Contralateral superior quadrantanopia		
F & I) Contralateral inferior quadrantanopia		
K) Contralateral homonymous hemianopia with macular sparing		

<https://youtu.be/GN419x7eUk8?si=sy3L8JaTTs8sJXAh>

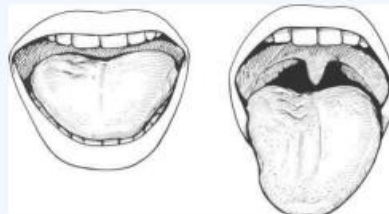
1:05

https://youtu.be/rk5TptEGowo?si=AT_2Qpvuol5KixBI

Sensibilidade da face



Protusão da Língua



Uvula
Reflexo de vômito

...

Disartria

Dificuldade de articulação das palavras

<https://youtu.be/N5ifCxRRKB4?si=9Ca5aS7cLtlvfYHx>

Como avaliar?

Brilhante brigada de artilheiros
Três mil trezentos e trinta e três
Hoje está um lindo dia de sol

Afasia

A fala é a capacidade de receber e emitir sinais

Perda de memória dos sinais da linguagem falada

https://youtu.be/3oef68YabD0?si=THERI27MByK_e78D

<https://youtu.be/RMa9BVpJkYQ?si=PdTICnzb8b35A5PX>

Como avaliar?

Nomear 5 objetos de uso comum
Repetir palavras simples isoladas
Executar ordens simples
Fluência do discurso

Força muscular



Escala Medical Research council

Escala MRC	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausência de movimentos ativos contra gravidade
3	Contração fraca contra gravidade
4	Movimento ativo contra gravidade e resistência
5	Força normal

<https://youtu.be/LjlqP1uMUo>

0?si=qc-

J2Enp9naTpcAM

0:35

Tónus muscular

Hipotonia – Flacidez

Hipertonia – aumento da contração anormal

Como avaliar ? Palpação e mobilizações passivas dos segmentos

Rigidez

Resistência uniforme à mobilização passiva
Dobrar fio de chumbo
Ao contrário da espasticidade, a rigidez será mais nítida no movimento mais lento



Espasticidade

Após iniciar o movimento, a resistência aumenta e depois cede
"Navalha de mola"



Sensibilidade

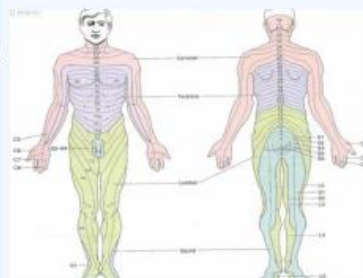
Superficial

Tátil – algodão, algo macio
Alteração - Hipostesia

Dolorosa – alfinete
Alteração – Analgesia

<https://youtu.be/XVOVpg-41BY?si=zGUbOwOmQf6b27p6>

Térmica - água quente e fria



Profunda

Vibratória – diapasão nos ossos salientes

Postural

Coordenação

Prova dedo-
nariz

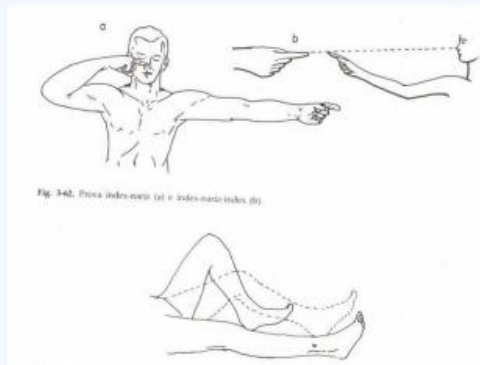


Fig. 342. Prova dedo-nariz (a) e dedo-nariz (b).

Prova calcanhar-
joelho

Alterações → Ataxia, dismetria, tremor

Enfermeira! O utente
já se pode levantar!



Boa! Vamos fazer o
1º levante !!



Alterações em ortostatismo

Equilíbrio - Sinal de Romberg



https://youtu.be/zHxudl6Wuk4?si=aTTJaELWgsp_FA9t



Tonturas
Vertigens
Nistagmo

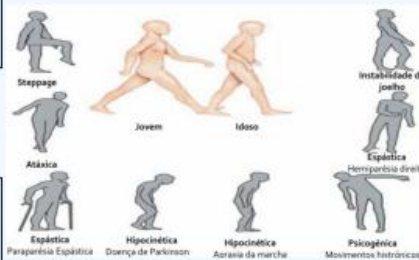
Alterações da Marcha

Hemiparética a espástica

<https://youtu.be/ihz74Zv6D84?si=prIEp9Z9Ap2FS>

Parkinson (Hipocinetica)

<https://youtu.be/7SyTpEdhBLw?si=B2PzG4QI9QRO2Piq>



https://youtu.be/9Pc-24I7dVI?si=RGnk_HwuxAX5iHrd

Atáxica

https://youtu.be/vCn1WRR_U3E?si=0WpUNdwm87MocG

Steppage

<https://youtu.be/7Ft1bUTzxkM?si=Fk1FRBZGiz42OXDQ>

Apêndice 7 – Exemplo de possível instrumento guia para a avaliação dos fatores de risco de queda, em contexto de visita domiciliar

Nome:

SNS:

Idade:

Género

☐ Feminino

☐ Masculino

Comorbilidades:

Alterações da cognição	
Parkinson	
Alterações músculo-esqueléticas	
Patologia cardíaca, tonturas, vertigens,	
Depressão	
Incontinência urinária	
Alterações visuais	

☐ Uso de óculos/ próteses visuais

☐ Uso de auxiliares de marcha

☐ Bengala

☐ Andarilho

☐ Canadiana

☐ Tripé

☐ Adequados?

☐ Seguros?

Fatores de Risco

☐ Tabagismo

☐ Alcoolismo

☐ Sedentarismo

Medicação associado a aumento do risco de queda:

Medicação psicoativa:

☐ Antidepressivos

☐ Anticonvulsivantes

a. Antipsicóticos

☐ Benzodiazepinas

☐ Opióides

a. Sedativos e hipnóticos

Medicação que pode causar tonturas, sedação, confusão, alterações da visão, hipotensão ortostática:

☐ Anticolinérgicos

☐ Antihistamínicos

☐ Antihipertensores

☐ Relaxantes musculares

Avaliação da percepção do Risco de Queda:

- ☐ Caiu nos últimos 12 meses? Se sim, em que circunstâncias? Teve sequelas?
- ☐ Sente insegurança/desequilíbrio na marcha?
- ☐ As quedas é algo que o preocupa?

Avaliar marcha – TUG teste

Descrição:

Avaliação de alterações, deformidades dos pés e o uso de calçado adequado.

Descrição:

Checklist de perigos no domicílio

Lista de verificação de riscos no ambiente			Como tornar o ambiente seguro	Observações
Escadas e degraus (interior e exterior da casa)	Alguns dos degraus apresenta desnível ou está partido?		Se possível, arranje os degraus.	
	Os degraus estão ocupados de objetos como sapatos, livros, etc..?		Mantenha os degraus livres de objetos.	
	As escadas apresentam iluminação não funcionante?		Coloque iluminação adequada do topo ao final.	
	Os interruptores não estão acessíveis e/ou não tem disponível um no início e um no fim das escadas?		Os interruptores devem estar ao alcance do idoso.	
	Se as escadas apresentarem tapetes, estes estão: soltos, rasgados ou levantados?		Retire os tapetes dos degraus. Caso não seja possível estes devem estar presos.	
	As escadas não apresentam corrimão? Se apresentarem, está solto ou partido?		Coloque corrimão bilateral, 75 cm acima dos degraus.	
	Os degraus estão mal assinalados dificultando a distinção do começo do próximo degrau?		Coloque fita adesiva colorida com cerca de 2,5cm, na beira de cada degrau.	

Chão	Ao andar em sua casa tem de se desviar constantemente dos móveis?		Coloque os móveis de modo a que não impeçam a circulação.	
	Tem tapetes soltos no chão?		Substitua os tapetes soltos por antiderrapantes ou pregue-os ao chão. Coloque adesivo nas pontas dos tapetes que não se encontrem lisos	
	O chão está ocupado por objetos como sapatos, livros, etc..?		Mantenha o chão livre de objetos.	
	Ao andar em sua casa tem de ultrapassar ou contornar fios, extensões ou cordas?		Os fios elétricos devem estar presos à parede	
Cozinha	Os seus utensílios de uso comum não estão facilmente acessíveis?		Tenha o que necessita em prateleiras baixas. Evite subir bancos.	
	Se o local onde guarda os utensílios de cozinha for demasiado alto, possui alguma superfície instável de acesso a esse local, como um banco?			
Quarto	O quarto apresenta iluminação insuficiente e/ou não funcionante?		Coloque iluminação extra nos locais da casa de maior risco de queda.	
	O caminho entre o quarto e a casa de banho está insuficientemente iluminado?		Coloque luzes de presença no trajeto quarto/casa de banho.	
	A cama é demasiado alta ou demasiado baixa?		As camas de altura ajustável são as mais aconselháveis. Se a cama for alta pode cortar-lhe os pés.	
	As cadeiras, cadeirões e sofás são demasiado altos ou demasiado baixos?		Devem ter uma altura que permita ao idoso estar sentado com os dois pés no chão e com	

			os joelhos dobrados a 90°. Os assentos baixos podem ser compensados com a colocação de almofadas. Os assentos altos podem ser compensados cortando os pés.	
	As cadeiras, cadeirões e sofás não apresentam apoio de braços?		Opte por cadeiras, cadeirões e sofás com apoio para os braços.	
Casa de banho	O piso da banheira/poliban, e/ou o chão da casa de banho está escorregadio?		Coloque um tapete antiderrapante no fundo da banheira; Coloque fitas antiderrapantes junto à sanita, banheira/polibã e lavatório.	
	Não consegue entrar/sair da banheira/poliban e/ou sentar/levantar da sanita, sozinho?		Prefira o polibã. Coloque barras de apoio nas zonas de maior risco (junto à sanita, lavatório e polibã). Coloque um assento fixo na banheira/polibã. Coloque um alteador de sanita.	