



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas

Carina Maria Charrua Bico

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho
Ferreira

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**POLITECNICO
SETUBAL**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas

Carina Maria Charrua Bico

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho
Ferreira

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo - Instituto Politécnico de Setúbal.

Vogais | Arguente - Professor Doutor César João Vicente Fonseca - Universidade de Évora.

Orientador - Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira - Instituto Politécnico de Beja.

Pensamento

Reabilitação Domiciliária: Um Olhar Profundo sobre
a Enfermagem na Promoção da Saúde e Bem Estar
(Carina Bico)

AGRADECIMENTOS

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe”. Clarice Lispector

Ao professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira, pela sua disponibilidade, apoio e orientação, que foram fundamentais para superar os obstáculos encontrados ao longo do caminho.

Aos enfermeiros orientadores, verdadeiros exemplos de humanidade e dedicação, que reforçaram ainda mais em mim a importância da reabilitação e de um cuidar cada vez mais qualificado e rigoroso.

A todos as pessoas e famílias que fizeram parte desta caminhada, contribuindo com os seus ensinamentos e experiências, partilhando as suas vidas e os seus desafios, enriquecendo assim o meu crescimento pessoal. Espero ter também contribuído para suavizar um pouco o seu caminho.

Ao Afonso, a minha luz pessoal, pela compreensão nos momentos de ausência, de pouco colo e pouca atenção, pela capacidade constante de me oferecer abraços reconfortantes e sorrisos luminosos.

A todos os meus colegas e professores do 7º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelos bons momentos de aprendizagem conjunta.

E, por último, agradeço a mim mesma, a protagonista desta história desafiante, repleta de altos e baixos, medos e incertezas, mas também de muito estudo e superação. Nesta caminhada exaustiva da vida de esposa, mãe, enfermeira e estudante, provei a mim mesma que sou capaz.

A todos o meu mais sincero,

Obrigado!

RESUMO

Enquadramento: Nas últimas décadas, o envelhecimento da população portuguesa e o aumento das doenças crónicas têm destacado a necessidade de cuidados especializados. Neste contexto, os 'Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta com Alterações da Mobilidade com Comorbilidades Associadas' ganham relevância, promovendo a independência e o bem-estar no contexto comunitário. A mobilidade é essencial para a saúde, sendo crucial implementar intervenções precoces para prevenir complicações. O Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental na promoção da autonomia e independência, através de programas personalizados de treino de exercícios e autocuidado, assumindo a visão paradigmática de Afaf Meleis e a de Dorothea Orem. **Objetivos:** Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre, através de uma proposta de intervenção direcionada a adultos com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas, focado no treino de exercícios e autocuidado. **Metodologia:** O Projeto segue uma metodologia descritiva com abordagem quantitativa, envolvendo nove participantes e utilizando as escalas: Coma de *Glasgow*, *Barthel*, Equilíbrio -*Tinetti*, *Borg* e Força de *Medical Research Council*. **Resultados:** A análise evidenciou que as intervenções de enfermagem de reabilitação melhoram os scores de funcionalidade e proporcionaram benefícios para a saúde. **Conclusão:** As competências propostas foram adquiridas, promovendo a excelência na Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-Chave: Pessoa Adulta; Imobilidade; Treino de Exercício; Autocuidado; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Background: In recent decades, the ageing of the portuguese population and the increase in chronic diseases have highlighted the need for specialised care. In this context, 'Rehabilitation Nursing Care for Adults with Mobility Alterations and Associated Comorbidities' has gained relevance, promoting independence and well-being in the community context. Mobility is essential for health and it is crucial to implement early interventions to prevent complications. The Specialist Nurse plays a key role in promoting autonomy and independence through personalised exercise training and self-care programmes, taking on board the paradigmatic vision of Afaf Meleis and Dorothea Orem. **Objectives:** To develop the skills of a nurse specialising in Rehabilitation Nursing and a Master's Degree, through an intervention proposal aimed at adults with mobility disorders and associated comorbidities, focusing on exercise training and self-care. **Methodology:** The project follows a descriptive methodology with a quantitative approach, involving nine participants and using the scales: Glasgow Coma, Barthel, Balance-Tinetti, Borg and Medical Research Council Strength. **Results:** The analysis showed that rehabilitation nursing interventions improved functionality scores and provided health benefits. **Conclusion:** The proposed competences were acquired, promoting excellence in Rehabilitation Nursing.

Keywords: Adult; Immobility; Exercise training; Self-care; Rehabilitation Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAOS - *American Academy of Orthopaedic Surgeons*
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária.
APA - *American Psychological Association*
ATA - Artroplastia Total da Anca
ATJ - Artroplastia Total do Joelho
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividades de Vida Diárias
Bpm – Batimentos por Minuto
CF – Capacidade Funcional
CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COVID – Doença do Coronavírus
DCNT - Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DGS - Direção-Geral da Saúde
DPI - Doença pulmonar intersticiais
DPOC - Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas
E - Estudo
EA – Exercício Respiratório
EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EF - Estágio Final
EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
ER - Enfermagem de Reabilitação
ER – Exercício Respiratório
ERF – Exercícios de Reabilitação Facial
Eurostat - Estatístico da União Europeia
FC – Frequência Cardíaca
FESF - Fraturas da Extremidade Superior do Fémur
FM – Força Muscular
GC – Grupo de Controlo
GE – Grupo Experimental
GI – Grupo de Intervenção

HD - Hospitalização Domiciliária

ICN - *International Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPP - Instituto politécnico de Portalegre

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

MeSH – *Medical Subject Heading*

MPP - Modelo de Prática Profissional

MRC - *Medical Research Council*

MS - Ministério da Saúde

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

P – Participante

PCM – Presidência do Conselho de Ministros

Pp - pontos percentuais

PQCEER - Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

QV – Qualidade de Vida

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SpO2 – Saturações Periféricas de Oxigénio

TA – Tensão Arterial

TA – Treino Aeróbio

TC – Translação de Conhecimentos

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

TE – Treino de Equilíbrio

TFF – Treino de Força e Flexibilidade

TR – Treino Respiratório

UC - Unidade Curricular

UE União Europeia

UHD - Unidades de Hospitalização Domiciliária

UHDP - Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

ULS - Unidades Locais de Saúde

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO.....	25
1.1 - SERVIÇO DE ORTOPEDIA	25
1.2 - UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA POLIVALENTE.....	28
2 – ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	33
2.1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	33
2.1.1 - Processo de Envelhecimento	33
2.1.2 - O Envelhecimento Populacional.....	35
2.1.3 - Envelhecimento Ativo	41
2.1.4 - Comorbidades.....	43
2.1.5 - Alterações da Mobilidade.....	47
2.1.6 - Capacitação para o Autocuidado em Contexto Domiciliário	50
2.2 - REFERENCIAL TEÓRICO ORIENTADOR DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	53
2.2.1 - O Modelo de Autocuidado De Orem	53
2.2.2 - A Teoria das Transições de Meleis.....	55
2.3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	58
2.3.1 - Metodologia.....	59
2.3.2 - Resultados	63
2.4 - GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	67
2.4.1 - Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	68
2.5 - PROPOSTA DE MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	71

2.5.1 - Proposta de Modelo de Prática Profissional de Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta com Alterações da Mobilidade com Comorbilidades Associadas.....	72
2.6. – METODOLOGIA.....	77
2.6.1 – Tipo de Estudo	78
2.6.2 - População Alvo.....	79
2.6.3 - Instrumentos de Colheita de Dados	80
2.6.4 - Considerações Éticas.....	83
2.6.5 - Plano de Intervenção.....	85
2.6.6. - Avaliação Diagnóstica.....	89
2.6.7 – Sessões de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas, com base nos diagnósticos de enfermagem.....	91
2.7 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
2.7.1 – Apresentação dos Resultados.....	93
2.7.1.1 - Caraterização Clínica da Amostra.....	93
2.7.1.2 - Caracterização do Nível de Consciência.....	95
2.7.1.3 - Caracterização da Funcionalidade.....	95
2.7.1.4 - Caracterização do Equilíbrio e da Marcha	97
2.7.1.5 - Caracterização da Força Muscular	100
2.7.1.6 - Caracterização da percepção de esforço segundo a Escala de <i>Borg</i> Modificada	102
2.7.1.7 - Caraterização dos Parâmetros Vitais.....	104
2.7.2 – Discussão dos Resultados.....	108
3 - ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS. 117	
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	118
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	126
3.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	132

CONCLUSÃO.....	134
BIBLIOGRAFIA.....	138
APÊNDICES.....	161
ANEXOS	190

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Protocolo de Crioterapia	162
APÊNDICE II - Consentimento Informado	179
APÊNDICE III – Questionário de colheita de dados.....	182
APÊNDICE IV - Folhetos de apoio.....	184

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Pedido de autorização ao Conselho de Administração.....	191
ANEXO II - Parecer favorável das Comissões de Ética	194
ANEXO III - Instrumentos de Recolha de Dados	197

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Idade mediana da população, 2013 e 2023 (anos).	37
Figura 2 - Pirâmides Populacionais, UE 2008 e 2023 (% da população total)	39
Figura 3 - Pirâmides Populacionais, UE 2023 e 2100 (% da população total).	39
Figura 4 - Estrutura Populacional por Principais grupos Etários, UE, 2002-2100 (% da população total).	40
Figura 5 - Rácio Total de Idade e Dependência de Idosos Projetado, UE, 2008-2100 (%)..	40
Figura 6 - Prevalência das Causas de Morte em Portugal no ano 2020.....	45
Figura 7 - Mulheres Portuguesas Vivem apenas um terço da sua Vida sem Incapacidades após os 65 anos.....	46
Figura 8 - Alterações da Mobilidade: consequências mais comuns.....	50
Figura 9 - Metodologia de Pesquisa tipo [PRISMA].....	61
Figura 10 - Proposta de MPP de ER.....	76
Figura 11 - Sessões de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Risco de Queda segundo o Índice de Tinetti	99
Gráfico 2 - Avaliação da Força Muscular.....	101
Gráfico 3 - Percepção ao Esforço - Escala de Borg	104
Gráfico 4 - Contagem de participantes por Spo2 na Admissão	107
Gráfico 5 - Contagem de participantes por Spo2 na Alta.....	107
Gráfico 6 - Frequência Cardíaca na Admissão e na Alta	107

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Nível de evidência segundo a aplicação da JBI e respectivos países.	62
Quadro 2 - Síntese resultante da análise dos artigos.	63
Quadro 3 - Características das Sessões de Reabilitação.	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura etária da população por principais grupos etários.....	36
Tabela 2 - Indicadores de Estrutura Etária da População	38
Tabela 3 - Ganhos resultantes das intervenções dos programas de reabilitação.....	71
Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra	80
Tabela 5 - Diagnóstico/Intervenções/Resultados de Esperados	90
Tabela 6 - Características dos Componentes do Treino de Exercícios	92
Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto ao seu estado clínico	94
Tabela 8 - Avaliação da Amostra segundo o Índice de Barthel Modificado.....	96
Tabela 9 - Caracterização dos Ganhos referente ao Índice de <i>Tinetti</i>	98
Tabela 10 - Avaliação da Força Muscular	100
Tabela 11 - Percepção de Esforço - Escala de Borg Modificada.....	102
Tabela 12 - Caracterização dos Sinais Vitais.....	105

INTRODUÇÃO

O propósito da profissão de enfermagem é promover o bem-estar de outros seres humanos, alinhado com os planos de saúde e qualidade de vida que eles próprio procuram – assim, esta não é uma finalidade puramente científica ou técnica, mas sim de índole moral; isto é, baseia-se num princípio moral fundamental (a preocupação com os outros) e os conhecimentos, habilidades e competências necessárias são direcionados para atender a esse propósito (Nunes, 2014, p. s/p).

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final [EF], integrado no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Decorrendo entre os anos de 2022 e 2024 e ministrado pelo Instituto politécnico de Portalegre [IPP], foi proposto a realização de um Relatório de Estágio, onde abordaremos as atividades realizadas face aos objetivos definidos, com o intuito de adquirir novos conhecimentos e competências como Enfermeiro Especialista em Reabilitação e Mestre em Enfermagem. O principal propósito é a obtenção de grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

No cenário contemporâneo da saúde, os cuidados de enfermagem desempenham um papel vital na promoção da qualidade de vida e na gestão de condições complexas. Este relatório aborda o tema centrado nos «**Cuidados de Enfermagem de reabilitação à Pessoa Adulta com Alterações da Mobilidade com Comorbilidades Associadas**», explorando os desafios e estratégias para fomentar a independência e o bem-estar da pessoa em contexto comunitário.

Os estágios tiveram lugar em diferentes Unidades Locais de Saúde [ULS]. Inicialmente, decorreu na ULS da região da Beira, com enfoque no serviço de ortopedia. Por sua vez, a segunda e última fase, com a duração de 16 semanas, decorreu na ULS do Alentejo, especificamente no serviço da Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente [UHDP]. A Organização Mundial da Saúde [OMS] reconhece a Hospitalização Domiciliária [HD] como uma estratégia sustentável para evitar a institucionalização de pessoas doentes, permitindo que permaneçam em suas casas e na comunidade pelo maior tempo possível (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2020; Tarricone & Tsouros, 2008). A HD é um modelo inovador que oferece cuidados de saúde hospitalares diretamente no domicílio, substituindo os cuidados habitualmente fornecidos em internamento convencional (Alves et al., 2017). Este

modelo é definido como uma forma de assistência hospitalar destinada a fornecer cuidados no domicílio a pessoas com doença aguda ou crônicas agudizadas, desde que os critérios clínicos, sociais e geográfico o permitam e de acordo com a vontade expressa da pessoa ou do seu familiar/pessoa de referência (Delerue & Correia, 2018; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018).

O presente relatório foi concebido como um reflexo dinâmico do percurso académico realizado durante este ciclo de estudos, integrando os conhecimentos teóricos adquiridos e fundamentando-se na experiência obtida nos estágios. A relevância do tema reside principalmente na atuação da Enfermagem de Reabilitação [ER] junto de adultos com alterações da mobilidade e comorbilidade associadas, destacando o papel fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] neste contexto. O relatório visa evidenciar os benefícios tangíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação decorrentes da intervenção do EEER, assim como a implementação de planos/programas de intervenção personalizados, adaptados às necessidades específicas de cada pessoa, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

Neste sentido, é crucial compreender a amplitude das várias áreas de atuação da Enfermagem de Reabilitação, que fomos desafiados a explorar, para melhor identificar os impactos e benefícios desses cuidados. Este interesse surge também em consonância com a mudança de paradigma no campo da saúde. Essa mudança resulta da adoção de estilos de vida pouco saudáveis e do aumento da incidência de acidentes, tanto laborais como rodoviários. Além disso, os constantes avanços na ciência e medicina, juntamente com a melhoria das condições sanitárias e o aumento do sedentarismo, contribuíram para o aumento da esperança média de vida e para a crescente prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, levando a um maior índice de dependência (Sequeira, 2018). Este contexto é impulsionado pelo progresso das tecnologias e do conhecimento, especialmente no campo da saúde, que permite a sobrevivência a situações potencialmente fatais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018b).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que acarreta várias mudanças ao longo do ciclo de vida, podendo resultar em significativas limitações no estado de saúde e autonomia das pessoas (Santos et al., 2020). O aumento da esperança média de vida da população, traz consigo o envelhecimento da mesma. Associado a este aumento da longevidade, surgem comorbilidades e complicações, que corroboram com a diminuição da independência e da qualidade de vida da pessoa. No entanto, o envelhecimento não deve ser automaticamente associado à dependência. Idealmente, as pessoas envelheceriam de forma saudável, preservando a sua autonomia e independência. Contudo, devido às razões já mencionadas, o envelhecimento é agora reconhecido como um dos maiores desafios do século XXI,

devendo ser abordados e não ignorado. Neste contexto, é essencial desenvolver estratégias que favoreçam um envelhecimento ativo, com qualidade de vida, saúde e bem-estar, visando promover a funcionalidade na população adulta e idosa. É crucial considerar as características específicas desta faixa etária, incluindo as disfunções e limitações associadas ao processo de envelhecimento e à fragilidade que o acompanha (Santos et al., 2020).

A maioria dos adultos mantém a capacidade de se movimentar até que esta seja limitada, comprometida ou cause dor. É evidente que o movimento é essencial para a interação da pessoa com o meio ambiente, e os problemas decorrentes da imobilidade manifestam-se rapidamente na sua saúde (Hoeman, 2011).

A imobilidade e a restrição funcional representam desafios significativos, podendo desencadear aumento da dor, incontinência, alterações de equilíbrio, síndrome depressivos, desorientação, irritabilidade, entre outros problemas (Hoeman, 2011).

Com o avanço do conhecimento científico, é agora possível iniciar a mobilização precocemente, reduzindo os riscos associados às alterações da mobilidade/síndrome da imobilidade, que podem ser mais prejudiciais do que a própria condição que as originou (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

O EEER auxilia a pessoa a desenvolver as suas capacidades, otimizando a função e promovendo a máxima autonomia e independência. Em colaboração com a pessoa, são estabelecidos objetivos adequados que visam melhorar a qualidade de vida e a satisfação (Hoeman, 2011). A mesma autora refere que as intervenções terapêuticas para a mobilidade e o autocuidado são fundamentais nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Manter a mobilidade é de extrema importância para prevenir complicações associadas à imobilidade e para garantir o desempenho eficaz das Atividades de Vida Diárias [AVD] e das Atividades Instrumentais de Vida Diária [AIVD]. Um planeamento adequado dos cuidados de enfermagem, que inclua intervenções voltadas para a manutenção da mobilidade e a promoção do autocuidado, é um contributo fundamental para evitar essas complicações (OE, 2013).

Parece-nos fundamental, concordando com Pretronilho e machado (2017), que perante o envelhecimento da população e a elevada prevalência de doenças crónicas, devemos direccionar-nos para a produção de conhecimento através de modelos de intervenção que abordam respostas sustentáveis, adaptando-se às necessidades de autocuidado, como foco na funcionalidade e na promoção da autonomia das pessoas.

Neste sentido a ER baseia-se em princípios teóricos essenciais para a prática diária, com o intuito de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados pelo EEER. Os referenciais teóricos selecionados incluem a Teoria de Afaf Meleis e a Teoria do défice de Autocuidado de Dorothea

Orem, sendo cruciais para otimizar a qualidade dos cuidados prestados e integrados nos instrumentos que regulam a prática do EEER. Destaca-se o Modelo de Autocuidado de Orem como referencial principal (Santos et al., 2020).

Assim a prática da enfermagem do futuro depende da aplicação de teorias que estruturam e organizam o conhecimento da área. Segundo Meleis et al., (2000), o EEER desempenha um papel crucial como agente de transição, envolvido no processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde e a doença da pessoa. Neste contexto, a intervenção do EEER, alinhada com teorias como a do Autocuidado de Orem e das transições de Meleis, promovem a autonomia da pessoa com deficiência e/ou limitação funcional, facilitando a realização das atividades diárias e promovendo a sua participação na sociedade, melhorando assim a sua perceção de qualidade de vida em termos de saúde (Martins et al., 2020). As transições, fundamentais para a prática de enfermagem, referem-se à mudança de uma condição para outra e podem ser de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Abrantes et al., 2015; Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016). O EEER deve ajudar na vivência desses processos de transição, visando a máxima capacitação da pessoa e a melhoria da sua qualidade de vida (Meleis et al., 2000; Ribeiro et al., 2021). Neste sentido, ao sustentarmos a análise sobre a importância da intervenção do EEER no autocuidado e nas AVD, destacamos que no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019) constam algumas das suas unidades de competência. Este profissional é responsável por “conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, visando o autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade”, bem como por “elaborar e implementar programas de treinos de AVD’s, assim como treinos associados à atividade e ao exercício físico, com o objetivo de adaptar-se às limitações da mobilidade e maximizar a autonomia e qualidade de vida” (OE, 2019, p.13567).

Neste contexto, alinhados com os objetivos da Unidade Curricular [UC] – Estágio Final, que visam avaliação a funcionalidade e as limitações na atividade e incapacidade da pessoa, diagnosticando as necessidades de ER; planejar e executar intervenções de ER para pessoas com alterações cardiorrespiratórias, neurológicas ou músculo-esqueléticas, capacitando-as para reintegração na comunidade; desenvolver e implementar programas de treino de AVD e de utilização de produtos de apoio, visando adaptar-se às limitações e maximizar a autonomia e qualidade de vida; gerir cuidados e projetos, como parte de uma equipa multidisciplinar, otimizando recursos materiais e humanos para uma intervenção que promova ganhos em saúde (Ferreira et al., 2021), este relatório final estabelece os seus objetivos além do planea-

mento da UC. Subdividem-se em objetivo geral e objetivos específicos: Objetivo geral – descrever o processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista, EEER e mestre. Objetivos específicos – elaborar e implementar uma proposta de intervenção estruturadas de ER para adultos com alterações da mobilidade e comorbilidades associadas, promovendo o autocuidado através de treinos de exercícios personalizados; identificar ganhos sensíveis nos cuidados de ER com as intervenções realizadas.

Considerando o exposto até agora, é pertinente destacar a importância de uma abordagem holística e abrangente no cuidado à pessoa adulta/idoso com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas. Esta abordagem é realizada através de planos de intervenção centrados na reabilitação física em ambiente domiciliário, tendo em conta que o projeto foi desenvolvido com pessoas em regime de hospitalização domiciliária. Reconhecendo que o estado funcional das pessoas em contexto de hospitalização domiciliária pode variar significativamente, constituindo, no entanto, uma amostra com grande potencial de melhoria e aumento da qualidade de vida, os cuidados de ER baseados em exercícios físicos personalizados podem efetivamente concretizar este potencial.

O treino de exercício físico é uma estratégia importante na gestão de diversas doenças crónicas, sendo imperativo para melhorar o funcionamento físico e o bem-estar, especialmente em adultos mais velhos, devido a sua menor capacidade de reserva física em comparação com os indivíduos mais jovens (Teljigovic et al., 2024). Assim, o treino de exercício para pessoas com necessidades especiais torna-se uma ferramenta essencial, constituindo-se como coadjuvante terapêutico fundamental para alcançar os objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Novo et al., 2021).

Esta proposta assenta em dois grandes pressupostos: adotar uma abordagem abrangente e multifatorial que caracteriza a pessoa adulta com alterações da mobilidade e comorbilidades associadas e orientar-se por indicadores relevantes para os cuidados de ER, de modo a avaliar melhorias na saúde, conforme estabelecido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019).

Utilizaremos os modelos e recursos teóricos apresentados, numa abordagem de natureza descritiva, com base na metodologia quantitativa. Esta metodologia permite analisar um fenómeno ou as características de uma população visando aumentar o conhecimento sobre um problema ao examinar detalhadamente a sua manifestação e os seus componentes, avaliando um ou mais atributos. O seu objetivo é delinear os factos que sustentam o problema de investigação, ou seja, analisar características demográficas, investigar formas de comportamento e descobrir possíveis associações entre as variáveis (Vilelas, 2020, p. 214). Respeitando os procedimentos relativos à definição de objetivos, seleção da amostra, preparação e execução

da recolha de dados, seguidos pelo seu tratamento e análise, culminando nas conclusões a serem extraídas.

A nível de estrutura, este relatório encontra-se segmentado em capítulos. O primeiro aborda uma breve contextualização dos estágios realizados, delineando as condições que viabilizaram a execução do projeto. Segue-se o capítulo dedicado à estratégia de intervenção profissional, onde se procede ao enquadramento teórico e conceptual da temática em estudo, à análise da Revisão Sistemática da Literatura [RSL] realizada para estabelecer indicadores orientadores dos cuidados de ER de qualidade, à apresentação de um modelo de prática profissional em ER, com a respetiva justificação da estratégia profissional adotada, à descrição da metodologia implementada e à apresentação e discussão dos resultados alcançados. Por último, inclui-se um capítulo de análise reflexiva sobre a aquisição de competências, tanto por parte do enfermeiro especialista, quanto do EEER e mestre.

A redação deste trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, enquanto a sua estrutura, organização e formatação são pautadas pelas normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre (Arco te al., 2018). Quanto à referência bibliográfica, esta segue as normas de Americana Psychological Association [APA], 7ª edição (APA, 2020).

1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO

“O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (...)”
(Assembleia da República [AR], 2019, p. 56)

O presente capítulo emanará a caracterização dos contextos onde decorreram as estratégias de intervenção profissional, dos recursos humanos e materiais disponíveis à aplicabilidade das ações definidas. As mesmas decorreram em ULS distintas. Numa primeira fase a Unidade Local de Saúde da região da Beira, foi palco da primeira estratégia de intervenção, nomeadamente no serviço de ortopedia. Enquanto a segunda estratégia de intervenção foi concretizada na Unidade Local de Saúde do Alentejo, nomeadamente no serviço de UHDP.

1.1 - SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Decreto-Lei n.º 318/2009, oficializa a criação da ULS da região da beira interior, que enquanto unidade pública empresarial, congrega o Hospital escolhido para a realização da primeira estratégia de intervenção profissional (estágio), na área de especialização de enfermagem de reabilitação, no serviço de internamento de Ortopedia, onde maioritariamente se desenvolveram competências na área da reabilitação de pessoas com disfunções ortopédicas e traumatológicas. Esta decorreu num período correspondente a 6 semanas, de 22 de maio de 2023 a 30 de junho de 2023. Numa dimensão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com problemas de foro ortopédico e orto traumatológico, mas mantendo uma perspetiva holística, global, com ênfase na promoção do autocuidado da pessoa, mais concretamente, pessoa idosa com compromisso da mobilidade.

Situado no 4º piso do hospital, apresenta duas áreas distintas: uma área de serviço e uma área de prestação de cuidados, com 31 camas de internamento. Em termos de recursos humanos, conta com uma equipa multidisciplinar que inclui médicos ortopedistas, enfermeiros de cuidados gerais, quatro EEER (um com funções de gestão) e assistentes operacionais, com o apoio de assistentes sociais, dietista e terapeutas. Os EEER que se encontram na prestação de cuidados, praticam o horário das manhãs (8h-16h30) de segunda a domingo,

com a exceção de uma enfermeira de reabilitação, que trabalha em regime de turnos rotativos, ambos não prestando exclusivamente cuidados de ER.

No que concerne a recursos materiais, o serviço dispõe de alguns materiais que permitem a prática especializada de ER, nomeadamente, dois aparelhos de movimento passivo contínuo ou «artromotor» (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2015a), bastões, bandas elásticas (Cordeiro & Menoita, 2012), 1 pedaleira, diferentes auxiliares de marcha (andarilhos e canadianas), cadeiras de rodas, camas articuladas com trapézio, entre outros.

Neste serviço podemos encontrar pessoas com doenças osteoarticulares decorrentes de doença degenerativa, neoplásica ou traumática, às quais podem estar associadas outras comorbilidades que agravem os processos de incapacidade, ou limitações de funcionalidade, quer temporária, quer permanentes. Comporta uma grande diversidade de intervenções cirúrgicas de foro ortopédico, acarretando intervenções de enfermagem dirigidas às mesmas, destacando-se artroplastia total da anca [ATA] e artroplastia total do joelho [ATJ], sendo que para além de ortotraumatologia, admite também um número considerável de pessoas para cirurgia eletiva, facilitando processos de intervenções personalizadas, com uma abordagem pré-operatória mais estruturada, nomeadamente, a nível de ER (Ciríaco & Nascimento, 2020)

O EEER intervém consoante as necessidades e problemas encontrados, a sua intervenção no Serviço de Ortopedia tem um largo espectro de ação durante o processo cirúrgico a que as pessoas possam estar sujeitas, nomeadamente, ATA, ATJ e Fraturas da Extremidade Superior do Fémur [FESF] (Ciríaco & Nascimento, 2020).

Para Sousa & Carvalho (2017b), o EEER assume um papel fundamental nos cuidados ao doente em processo cirúrgico de foro ortopédico, desde o período pré-operatório, passando pelo pós-operatório, até ao planeamento do regresso a casa, com vista à continuidade do programa de reabilitação implementado, por forma a promover ganhos em saúde, após a intervenção cirúrgica.

Deste modo a natureza das intervenções cirúrgicas neste serviço é múltipla, podendo ser programadas ou de urgência, sendo as intervenções de enfermagem, autónomas e/ou interdependentes específicas consoante as necessidades diagnosticadas. O grande número de cirurgias eletivas facilita um alto nível de assistência padronizada e possibilita a realização de ensinamentos pré-operatórios (Ciríaco & Nascimento, 2020). Porém, não existe nenhuma consulta de enfermagem pré-operatória programada e estruturada até ao momento, sendo reconhecida essa necessidade no seio da equipa.

Os cuidados especializados em ER, no caso maioritariamente intervenções de reabilitação funcional motora e respiratória e programas de treino de AVD, são assegurados na equipa

por três EEER, pelo que estrategicamente, como forma de os assegurar diariamente, foi garantida a presença de um dos EEER em todos os turnos da manhã, sempre que o rácio enfermeiro-doente o permitir. Assim no início de cada turno da manhã é efetuada a distribuição de doentes aos respetivos enfermeiros de cuidados gerais e ao enfermeiro de reabilitação, tendo em conta a necessidade dos cuidados.

Denotamos que a evidência demonstra ganhos sensíveis aos cuidados de ER, nomeadamente a nível da amplitude de movimento articular, força muscular, melhoria de equilíbrio, desempenho de AVD e qualidade de vida, bem como redução nos tempos de internamento (Sousa & Carvalho, 2017b). Neste sentido, O EEER promove a capacidade funcional nas pessoas idosas com patologias de foro ortotraumatológico, minimizando incapacidades e dependência, aumentando, por seu turno, a autonomia e qualidade de vida, com a instituição de planos de intervenção individualizados, tendo em conta as necessidades e condição da pessoa prévia ao internamento (Sousa & Carvalho, 2017b). É assente nestes pressupostos que a equipa de ER atua neste serviço, objetivando a sua intervenção nas pessoas que nele sejam admitidas, de forma a maximizar a capacidade funcional, força muscular e resistência, nomeadamente, naqueles que sejam sujeitos a cirurgia ortopédica, objetivando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER (Ciríaco & Nascimento, 2020).

No decorrer do estágio, existiu um excelente acompanhamento por parte da equipa de ER na supervisão clínica, apoiando tanto na praxis, como na seleção de casos mais interessantes e elegíveis para a realização do estudo de caso, contribuindo em grande medida, para potenciar o desenvolvimento de competências associado ao estágio.

Por fim, e não menos importante, existe neste Serviço de Ortopedia um guia de pré e pós-operatório para pessoas submetidas a ATA e ATJ, porém não existia nenhum protocolo/norma sobre crioterapia, no sentido de uniformizarmos os procedimentos na aplicação da crioterapia, entendemos que seria proveitoso, uma vez que se enquadra numa das competências específicas do EEER inscrito no Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019), capacitar a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, para a reinserção e exercício da cidadania, ensinando-lhe e/ou ao seu cuidador, técnicas e tecnologias específicas de autocuidado, incluindo o ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, com vista à obtenção da sua máxima capacidade funcional, tendo-se concretizado esse protocolo em conjunto com outra mestrandia e sob supervisão da supervisor/a clínica (Apêndice I), esperando-se que possa ser mais um elemento facilitador para um processo de adaptação saúde/doença mais ajustado.

1.2 - UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA POLIVALENTE

O conceito de hospitalização domiciliária surgiu após a II grande Guerra, em 1945. A lotação que se vivia nos hospitais americanos, levou a cabo a criação de alternativas que permitissem o tratamento dos doentes, num ambiente mais favorável/seguro à sua condição de saúde, permitindo que a sua reabilitação fosse mais rápida e eficaz (Azevedo, 2021). É assim que, em 1947, nos Estados Unidos da América, surgiu pela primeira vez no Hospital de Montefiore a Hospitalização domiciliária com o projeto «*Home Car*», visando o descongestionamento hospitalar, assim como criar um ambiente psicológico favorável para a recuperação do doente (Delerue & Correia, 2018). Na Europa, a primeira unidade de hospitalização domiciliária, só chegou passados 10 anos, num hospital francês. Só em 1996, o Comité Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde avançou para o conceito “Hospital para Cuidados de Saúde”, também designado como “Hospital em Casa”, tendo por base o modelo americano (Delerua, 2019).

Em Portugal, a primeira unidade de hospitalização domiciliária, a operar foi no ano de 2015, no Hospital Garcia da Orta, como projeto piloto do Serviço de Medicina Interna, sob monitorização da tutela. Devido à evidência positiva que demonstrou, o projeto foi regulamentado pela DGS na norma 020/2018, estando atualmente presente em 25 hospitais, com o objetivo de se expandir a todo o território nacional (Chan, S., 2022). Foi então em 2020, que nasceu a UHDP, integrada num hospital da região Alentejo, recentemente congregado a Unidade Local de Saúde. Conforme estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, a Presidência do Conselho de Ministros (2023, p. 5), determina a criação de unidades locais de saúde.

A presente UHDP, foi palco da segunda e terceira estratégia de intervenção profissional (estágio final), na área de especialização de enfermagem de reabilitação. Onde maioritariamente se desenvolveram competência na área de reabilitação de pessoas com disfunções respiratória e neurológicas. Esta decorreu num período correspondente a 16 semanas, de 11 de setembro de 2023 a 25 de janeiro de 2024. Numa dimensão de cuidados de ER à pessoa com problemas do foro respiratório e neurológico, mas mantendo uma perspetiva holística, global, com ênfase na maximização da funcionalidade e no desenvolvimento da autonomia dos autocuidados, da pessoa adulta com compromisso da mobilidade com comorbilidades associadas.

Esta unidade assenta num modelo de assistência hospitalar praticada no domicílio da pessoa, durante um período transitório, na fase aguda da sua doença. Neste sentido, é possível promover a recuperação funcional, e desenvolver a autonomia da pessoa no seu seio familiar, bem como, estimular a participação ativa da família na prestação dos cuidados. Ou seja, existe uma parceria de cuidados, entre aqueles que são prestados pelos profissionais e

os que são prestados pela figura de cuidador, ou pessoa de referência. A hospitalização domiciliária é entendida como um recurso, cujo objetivo é evitar a admissão hospitalar ou facilitar a alta precoce, oferecendo intervenções complexas e de curto prazo no domicílio, visando substituir a hospitalização total ou parcialmente (Edmond et al., 2017).

Podemos assumir que os cuidados prestados neste contexto de hospitalização domiciliária estão associados a uma melhoria da qualidade de vida das pessoas, bem como uma redução de custos ao Serviço Nacional de Saúde [SNS], sem acrescentar efeitos adversos aos resultados clínicos finais. Esta modalidade de internamento é sem dúvida, uma opção ao internamento convencional para a pessoa em situação de doença aguda ou crónica agudizada (Chan, S., 2022).

Tendo por base a NOC nº 020/2018 da DGS, esta unidade pretende dar resposta à necessidade de internamento (admissão e/ou readmissão) de pessoas (doentes) do foro médico e cirúrgico que cumpram a totalidade dos seguintes critérios:

- a) Aceitação Voluntária do internamento – aceitação voluntária da hospitalização domiciliária, com a respetiva assinatura de um consentimento informado por parte da pessoa e/ou representante legal.
- b) Critérios clínicos – a existência de um diagnóstico clínico que, requerendo internamento, apresente estabilidade clínica de acordo com a «*legis artis*»; situação clínica transitória (doença aguda, ou crónica agudizada), e comorbilidades controláveis no domicílio.
- c) Critérios sociais - existência de um cuidador (facultativo para o doente autónomo nas atividades de vida diária); existência de condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas para a situação clínica da pessoa, no domicílio (água, luz e rede de esgotos); existência de telefone ou telemóvel para fins de contato com a equipa da UHDP.
- d) Critérios geográficos – residência localizada numa distância/tempo de deslocação em função das exigências de segurança para intervenção em tempo útil, quando tiver indicada uma intervenção da equipa da UHDP, ou o retorno para o hospital, em caso de agravamento da condição clínica (a distância preconizada é a que permite uma deslocação em menos de 30 minutos a partir da UHDP).

Importa salientar, que também existem critérios de exclusão, basta a pessoa apresentar um ou mais dos seguintes critérios:

- a) Incumprimento de um ou mais critérios de admissão acima supracitados;

- b) Pessoas que apresentem dependência de substância ilícitas ou alcoólicas com consumos ativos;
- c) Pessoas do foro psiquiátrico (apresentem ideação suicida, agitação psicomotora, psicose aguda e doenças com risco epidemiológico);
- d) Pessoa e/ou cuidador, que apresente sinais de incapacidade física, mental ou emocional que, condicione os cuidados e tratamentos necessários;
- e) Não possuir telefone no domicílio que permita contactar a equipa da UHDP em caso de intercorrências (DGS, 2018).

A atividade da UHDP da região Alentejo central reflete-se em duas vertentes: internamentos (domiciliários) e consultas. O internamento domiciliário torna-se possível, após referência do médico responsável pela pessoa no serviço de proveniência: serviço de urgência, serviço de internamento, consulta externa e referência de outra instituição ou organização de saúde. Após referência, da pessoa, a mesma é avaliada pela equipa de UHDP (médico, enfermeiro e assistente social) para verificação de critérios de inclusão/exclusão e assim, dar início ao processo. Caso a pessoa reúna os critérios de inclusão, a assistente social realiza contacto telefónico com o cuidador ou pessoa de referência, programa-se a ida da pessoa para o domicílio. Porém, se a pessoa não reunir condições para internamento domiciliário, é avisado o médico responsável pela pessoa e o processo termina.

A rotina diária da hospitalização domiciliária varia de unidade para unidade, mas de modo geral, a equipa de saúde é constituída por um médico e um enfermeiro (Azevedo, 2020; DGS, 2018). Na UHDP da região Alentejo, a equipa é composta por três médicos especialistas, cinco enfermeiros, dos quais dois são especialistas na área da reabilitação, uma assistente social, um farmacêutico, uma nutricionista e uma assistente técnica, com capacidade para oito camas no domicílio. A equipa realiza visitas diárias, às pessoas no seu domicílio, a frequência das mesmas, são estipuladas de acordo com a necessidade de cuidados à pessoa. Em determinadas situações, existe a necessidade de realizar mais do que uma visita programada por dia, por diversos motivos, nomeadamente: reabilitação física, ensinos, administração de fármacos, entre outros (Azevedo, 2020; DGS, 2018). Importa referir que perante uma realidade onde se inserem pessoas com patologias complexas, com múltiplas doenças e comorbilidades, os enfermeiros especialistas de reabilitação que lideram as Unidades de Hospitalização Domiciliária [UHD], deverão assumir um papel determinante nos cuidados à pessoa, na medida em que é um profissional diferenciado, detentor de competências específicas que permitem prevenir complicações e maximizar o potencial funcional, autonomia e independência da pessoa (OE, 2019).

A reabilitação tem um papel decisivo na recuperação holística da pessoa portadora de incapacidade (Hesbeen, 2001), delineando como objetivos a maximização do potencial funcional do indivíduo e a sua reincorporação no seio familiar e societário (OE, 2019). Segundo Hesbeen (2001), trata-se do empenho em conseguir que a pessoa com incapacidade, não sofra com as particularidades da sua situação, por força de preceitos sociais, perfeitamente arbitrários. Desenvolve-se no seio de uma equipa multidisciplinar, que atua em complementaridade funcional, de forma contínua e coordenada, na obtenção de ganhos para a pessoa, centro do processo de cuidados (Menoita, 2012).

As pessoas internadas na hospitalização domiciliária, ou os respetivos cuidadores, possui o contato telefónico direto com a equipa da UHDP, que está disponível 24 horas por dia para responder em caso de dúvida ou qualquer intercorrência. Neste sentido, a equipa da UHDP deslocar-se-á sempre que necessário ao domicílio. Caso se verifique alterações das condições de segurança ou saúde da pessoa internada, exigindo um nível superior de vigilância, a pessoa pode ser transportada para a unidade hospitalar de referência, com a possibilidade de reverter o internamento domiciliário em internamento convencional (Chan, S., 2022; DGS, 2018). Em caso de realização de exames complementares de diagnóstico, não passíveis de realizar no domicílio, a pessoa deslocar-se-á ao hospital devidamente identificado com a pulseira de identificação fornecida no início do internamento. O transporte será assegurado pela UHDP, através do consórcio estabelecido entre o hospital e os bombeiros.

No momento da alta o doente fica referenciado para consulta de Medicina Interna, de acordo com a sua condição de saúde e evolução. Por via eletrónica, informa-se o médico de família do doente da alta.

Em suma, este modelo distingue-se das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, na medida em que incide sobre a fase aguda da doença e/ou de agudização da doença crónica. Apesar de se tratar de uma prática recente em Portugal, a experiência internacional tem demonstrado várias vantagens da hospitalização domiciliária, designadamente a redução do risco de complicações, nomeadamente quedas, úlceras de pressão, desorientação ou confusão, a diminuição dos reinternamentos hospitalares e a redução da taxa de infeção hospitalar. A hospitalização domiciliária tem ainda o potencial de contribuir para melhorar o acesso aos cuidados de saúde hospitalares e para uma melhor gestão das camas disponíveis para o tratamento de doentes agudos no SNS.

O cuidar em casa, incluindo a hospitalização domiciliária, favorece uma maior humanização dos cuidados e estimula a participação ativa das famílias e de outros cuidadores, capacitando-os através do ensino personalizado em função das necessidades e dos recursos individuais, no contexto de vida de cada pessoa.

A importância desta valência tem vindo a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde [MS] e o seu desenvolvimento apoiado, quer seja através da introdução de modalidades de pagamento e de contratualização que incentivem o desenvolvimento destas respostas, quer seja através da alocação de incentivos financeiros por via do programa de incentivos à integração de cuidados e à valorização do percurso do utente no SNS.

No decorrer do estágio final, existiu um excelente acompanhamento e apoio por parte da equipa de ER na supervisão clínica, apoiando tanto na praxis, como na seleção da amostra mais interessante e elegível para o projeto final. Este apoio contribuiu significativamente para potenciar o desenvolvimento de competências associado ao estágio.

Por fim, e não menos importante, existe na UHDP uma brochura informativa, sobre o funcionamento da mesma, que é entregue à pessoa no ato da admissão. Porém, uma das necessidades sentidas por parte do EEER e da pessoa de referência/pessoa internada em HD, a falta de guias orientadores para a realização dos exercícios de reabilitação na ausência do EEER. No sentido de colmatar esta necessidade, foram criados cinco folhetos informativos/explicativos sobre: Exercícios de reeducação funcional respiratória; exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular; exercícios de força e resistência muscular, exercícios sobre paresia facial e um diário miccional. Entendemos que seria proveitoso tanto para pessoa de referência como para a pessoa internada, uma vez que se enquadra numa das competências específicas do EEER inscrito no Regulamento n.º 392/2019, capacitar a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, para a reinserção e exercício da cidadania, ensinando-lhe e/ou ao seu cuidador, técnicas e tecnologias específicas de autocuidado, incluindo o ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, com vista à obtenção da sua máxima capacidade funcional (OE, 2019).

2 – ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

“Um Olhar sobre o ombro”

Lucília Nunes, 2012

2.1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este capítulo apresentará uma abordagem teórico-conceptual sobre o envelhecimento como um processo complexo, influenciado por fatores sociais, culturais e económicos. Destaca-se o aumento da população idosa em Portugal e na Europa, demandando atenção para garantir a qualidade de vida. O envelhecimento ativo desafia concepções anteriores, enfatizando saúde e participação contínua. As comorbidades representam desafios para os sistemas de saúde, enquanto a reabilitação emerge como estratégia crucial para promover a independência e qualidade de vida. Os enfermeiros especialistas de reabilitação têm um papel fundamental neste contexto, garantindo um envelhecimento saudável e pleno.

2.1.1 - Processo de Envelhecimento

Durante vários anos, o envelhecimento foi observado unicamente como um processo de declínio acompanhado de perdas, favorecendo assim, a presença de estereótipos e preconceitos sobre a pessoa idosa (Araújo et al., 2024).

Entender esse período, não foi uma tarefa fácil, uma vez, que só eram tidos em consideração os aspetos negativos, impossibilitando assim, a perceção de fenómenos relevantes vividos nesse estágio, como a experiência evidenciada por uma visão mais ampla e geral da existência humana. O envelhecimento acontece de forma individual e complexa e o mesmo não se associa à incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais, uma vez que mediante perdas, é possível viver esse processo bem-sucedido com boa saúde física e mental (Gatti & Pinto, 2019).

Faleiros (2018), descreve o envelhecimento como um processo pessoal e social que difere de época para época. Considerando que o envelhecimento não é igual para todos os indivíduos e culturas, alcançando não apenas a pessoa, mas também a família e toda a sociedade (Faleiros, 2018). Neste sentido, o ser humano envelhece de acordo com cada etapa anterior vivenciada e reage às angústias e dificuldade de cada uma delas,

muitas vezes, da mesma forma. Ou seja, os aspetos sociais e culturais são preditores de intervenção no envelhecimento, bem como, no modo como a pessoa idosa irá estabelecer esse processo (Araújo et al., 2024; Caparrol et al., 2020)

Apesar do processo instituir fenómenos próprios do ser humano, a vivência desse período e a forma como as pessoas idosas lidam com o envelhecimento são influenciadas por diversos aspetos políticos, económicos, históricos, geográfico, psicossociais e culturais, bem como, por diversidades que estão relacionadas ao contexto da vida quotidiana, às crenças e às características individuais, tornando-se específico e único para cada pessoa (Caparrol et al., 2020).

Os aspetos supracitados, não foram considerados pertinentes, durante muito tempo. No entanto, o crescente número de pessoas idosas e o aumento da esperança de vida, despertou o interesse em compreender o processo de envelhecimento e as relações que o rodeiam, com o intuito de garantir uma mais e melhor qualidade de vida (Ferreira et al., 2018).

A longevidade e a esperança de vida traduzem uma conquista da humanidade, corroborando com novas pesquisas, neste âmbito, com o intuito de evidenciar a possibilidade de relação entre os declínios evidenciados na velhice, hábitos e comportamentos adotados ao longo da vida. Neste sentido, detetar as particularidades de um envelhecimento bem-sucedido, tem sido o foco de investigação de diversas áreas do saber. Ou seja, permitir que a própria pessoa adulta/idosa seja o protagonista desse processo e valorizar suas percepções e dificuldades enfrentadas no seu dia a dia. Considerando este tipo de estratégias como necessárias e eficazes para obtenção de dados que corroborem para o conhecimento desse fenómeno (Araújo et al., 2024).

Nesse contexto, o processo de envelhecimento desencadeia questões sobre as condições e expectativas de vida dos diferentes grupos sociais, o que contribui para o parecer dessa etapa, no que concerne às modificações das sociedades modernas e valorizar o conhecimento e as experiências das pessoas idosas. Além disso, permite que as políticas públicas sejam re/formuladas, com o objetivo de encararem novas demandas decorrentes das mudanças que esse fenómeno desencadeia. Os idosos devem ter garantias plenas de direitos fundamentais, para que possam envelhecer com dignidade e qualidade de vida (Fermentão & Thomazini, 2021).

2.1.2 - O Envelhecimento Populacional

A população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo estão a assistir a um aumento (no número e na proporção) de idosos em relação à população total. O crescente ritmo de envelhecimento demográfico, demarca um dos traços mais marcantes da sociedade atual. Este deve-se à correlação existente entre aumento da população idosa e a diminuição da população mais jovem (Azevedo, 2020).

Portugal é um dos países europeus, onde este fenómeno se tem vindo a destacar em larga escala, com as faixas etárias mais velhas a representar uma parte significativa da população (Vidal et al., 2019). De acordo com o Instituto Nacional de estatística [INE] a população com 65 anos ou mais tem vindo a aumentar, refletindo assim o envelhecimento da população portuguesa. Para Conkova o envelhecimento é uma experiência heterogénea, que ocorre de diferentes maneiras para as pessoas que vivem em contextos distintos, nomeadamente os sociais, financeiros e culturais. Os mesmos interferem nos fatores intelectuais, na personalidade, nos hábitos, nas atividades físicas e na incidência de doenças ao longo da vida (Conkova et al., 2020).

A idade cronológica mede a passagem do tempo desde o nascimento, trazendo informações sobre o envelhecimento da pessoa, apesar de apresentar restrições em relação às medidas da função, do desenvolvimento biológico, psicológico e social. A idade biológica, depende das condições celulares, dos tecidos e dos órgãos, expondo um impacto expressivo, indagando pela vitalidade (Lucena et al., 2020; Tuttle et al., 2020) e longevidade (Campisi et al., 2019).

Neste sentido, podemos referir que a mesma idade cronológica entre duas pessoas, podem auferir diferentes níveis de vulnerabilidade face aos riscos provocados por agentes exógenos e endógenos que ameaçam a saúde das pessoas.

A conjuntura dos fatores políticos, históricos, económicos, geográficos e culturais produzem diferentes representações sociais de construção do envelhecer e da velhice (Lucena et al., 2020). Ou seja, o envelhecimento da população é um desafio que Portugal e outros países enfrentam, trazendo desafios para sociedade com o aumento dos custos com saúde e a prevalência social, a necessidade de adaptação de políticas e serviços públicos para atender às necessidades dos adultos/idosos. Assim, torna-se premente a implementação de políticas que promovam o envelhecimento ativo e saudável, além das medidas para garantir a proteção e o bem-estar dos idosos em Portugal.

O cenário demográfico estabelecido pelo Organismo Estatístico da União Europeia [Eurostat] até 2023 é alarmante, uma vez que a proporção de idosos continua a aumentar. A população da União Europeia [UE] em 1 de janeiro de 2023 era estimada em 448,8 milhões

de pessoas. As crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos representavam 14,9% da população da UE (tabela 1), enquanto as pessoas consideradas em idade ativa (15 a 64 anos) representavam 63,8% da população. Os idosos (com 65 ou mais anos) tinham uma percentagem de 21,3% (um aumento de 0,2 pontos percentuais[pp] face ao ano anterior e um aumento de 3,0 pp face a 10 anos antes). Para efeito comparativo, em 2022 os três grupos populacionais, crianças de (0 a 14 anos), em idade ativa (15 a 64 anos) e idosos (com 65 e mais anos) representavam, respetivamente, 15,0%, 63,9% e 21,1% da população da UE.

Em 2023, as percentagens mais elevadas de crianças (0 a 14 anos) na população total nos Estados-Membros, foram observadas na Irlanda (19,3 %), Suécia (17,4 %) e França (17,3 %), enquanto as percentagens mais baixas foram registadas em Itália (12,4%), Malta (12,7%) e **Portugal (12,9%)**. Em comparação a 2022, apenas três Estados-Membros (Alemanha, **Portugal** e Chéquia) registaram um aumento da percentagem de crianças (0 a 14 anos) na população em 2023, enquanto nos outros Estados-Membros a percentagem foi constante ou diminuiu.

No que concerne à proporção de pessoas com 65 ou mais anos na população total, Itália e **Portugal** apresentam (24%), segue-se a Bulgária com (23,5%), Finlândia (23,3%), Grécia (23,0%) e Croácia (22,7%) tinham a percentagens mais elevadas, enquanto o Luxemburgo (14,9%) e a Irlanda (15,2%) apresentavam a percentagens mais baixas. Em 2023, face a 2022, a percentagem de pessoas com 65 anos ou mais aumentou em 20 países, enquanto na Estónia, na Chéquia e em Malta diminuiu. Espanha, Lituânia, Hungria e Alemanha esta percentagem manteve-se inalterada.

Estrutura etária da população por grandes grupos etários (% da população total)									
Países	0-14 anos			15-64 anos			65 anos e mais		
	2013	2022	2023	2013	2022	2023	2013	2022	2023
EU (*)	15,4	15,0	14,09	66,3	63,9	63,8	18,3	21,1	21,3
Bélgica	17,0	16,6	16,5	65,4	63,8	63,8	17,6	19,5	19,7
Bulgária (')	13,6	14,5	14,2	67,3	63,8	62,3	19,2	21,7	23,5
República Checa	14,8	16,1	16,2	68,4	63,3	63,4	16,8	20,6	20,4
Dinamarca	17,4	16,1	16,0	64,7	63,5	63,6	17,8	20,3	20,5
Alemanha	13,3	13,9	14,1	66,0	63,9	63,7	20,8	22,1	22,1
Estónia	15,7	16,4	16,4	66,3	63,2	63,4	18,0	20,4	20,2
Irlanda	21,9	19,7	19,3	66,2	65,3	65,5	12,2	15,0	15,2
Grécia	14,7	13,7	13,4	65,3	63,6	63,7	20,1	22,7	23,0
Espanha	15,2	14,0	13,6	67,1	65,9	66,3	17,7	20,1	20,1
França (')	18,6	17,5	17,3	63,8	61,5	61,5	17,6	21,0	21,2
Croácia	14,9	14,3	14,3	66,9	63,2	63,0	18,1	22,5	22,7
Itália	14,0	12,7	12,4	64,8	63,5	63,5	21,2	23,8	24,0
Chipre	16,4	16,1	16,1	70,4	67,4	67,3	13,2	16,5	16,6
Letónia	14,4	16,0	16,0	66,8	63,1	63,1	18,8	20,9	21,0
Lituânia	14,7	14,9	14,9	67,1	65,1	65,0	18,2	20,0	20,0
Luxemburgo	17,0	15,9	15,9	69,0	69,3	69,3	14,0	14,8	14,9
Hungria (')	14,4	14,6	14,5	68,4	64,9	65,0	17,2	20,5	20,5
Malta	14,6	13,4	12,7	68,3	67,4	68,7	17,2	19,2	18,6
Países Baixos	17,2	15,4	15,3	66,0	64,5	64,5	16,8	20,0	20,2
Áustria	14,4	14,4	14,4	67,5	66,2	66,0	18,1	19,4	19,6
Polónia (')	15,1	15,4	15,4	70,5	65,4	64,7	14,4	19,1	19,9
Portugal	14,8	12,8	12,9	65,9	63,5	63,1	19,4	23,7	24,0

Tabela 1 - Estrutura etária da população por principais grupos etários.

Legenda – (') 2023 quebra na série cronológica; (*) 2023 provisório/estimado.

Fonte – Elaboração própria (adaptado da Eurostat, 2024).

Na última década a idade média na UE aumentou 2,3 anos (em média, 0,23 anos por ano) entre 2013 e 2023, passando de 42,2 anos para 44,4 em 2022 e 44,5 anos em 2023.

Verificando um aumento de 4 ou mais anos nos países como a Itália, Eslováquia, Espanha, Grécia e Portugal não é exceção tendo um aumento de 4,4 anos colocando Portugal no topo da tabela da UE, face aos restantes países da UE, (figura 1).

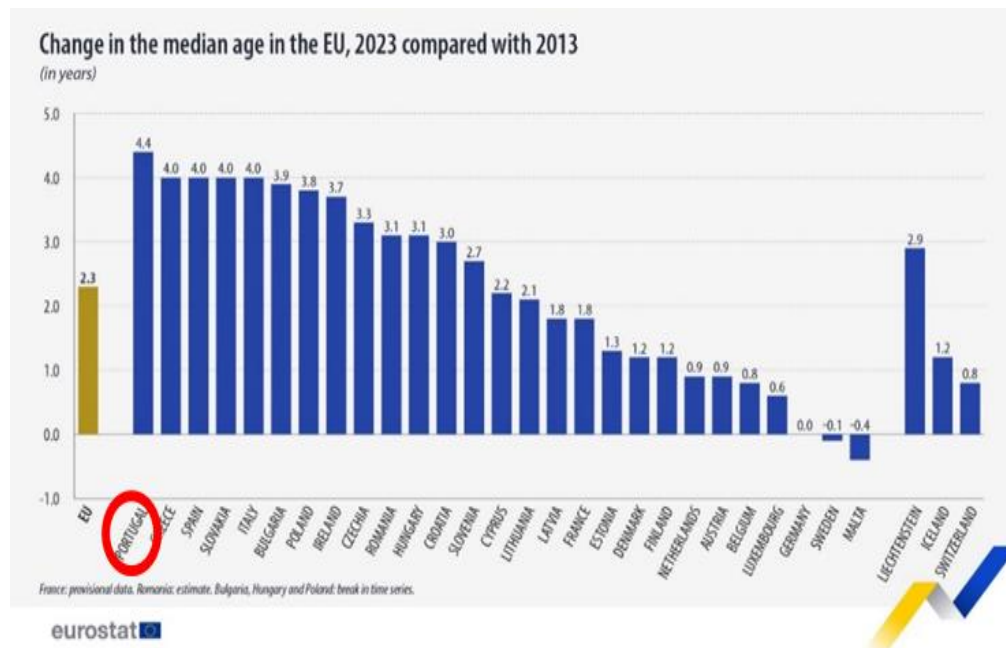


Figura 1 - Idade mediana da população, 2013 e 2023 (anos).
Fonte - Eurostat, 2024.

Os rácios de dependência etária também estão na ordem do dia, uma vez que os mesmo são utilizados para estudar o nível de apoio dado às pessoas mais jovens e/ou mais velhas pela população em idade ativa.

Segundo o Eurostat em 2024, estes rácios são explanados em dimensões, nomeadamente a dimensão relativa das populações mais jovens e/ou mais velhas em comparação com a população em idade ativa. Assim o rácio de dependência dos idosos é o rácio entre o número de idosos numa idade em que estão geralmente economicamente inativos, (isto é, com 65 ou mais anos), em comparação com o número de pessoas em idade ativa (entre os 15 e os 65 anos). Em janeiro de 2023, o rácio de dependência dos idosos na UE era de 33,4% (tabela 2), com pouco mais de três pessoas em idade ativa, face a cada pessoa com 65 anos ou mais.

O rácio de dependência dos idosos na UE oscilou entre mínimos de 21,5% no Luxemburgo e máximos de 38,0% em Portugal (Eurostat, 2024).

Indicadores de estrutura etária da população, 1 de janeiro de 2023 (%)				
Países	Idade Jovem Rácio de dependência	Idade Avançada Rácio de dependência	Idade Total Rácio de dependência	Percentagem da população com idade igual ou superior a 80 anos
EU (*)	23.4	33.4	56.7	6.0
Bélgica	25.9	30.8	56.7	5.5
Bulgária (')	22.7	37.7	60.4	6.1
República Checa	25.5	32.1	57.6	4.3
Dinamarca	25.1	32.2	57.3	6.1
Alemanha	22.2	34.7	56.9	7.2
Estónia	25.9	31.9	57.8	5.9
Irlanda	29.5	23.2	52.7	3.6
Grécia	21.0	36.0	57.0	7.1
Espanha	20.5	30.4	50.9	6.0
França (')	28.1	34.5	62.5	6.0
Croácia	22.6	36.1	58.7	5.5
Itália	19.6	37.8	57.4	7.6
Chipre	23.9	24.7	48.7	4.0
Letónia	25.3	33.3	58.6	6.0
Lituânia	23.0	30.8	53.7	5.6
Luxemburgo	22.9	21.5	44.4	3.9
Hungria (')	22.3	31.6	54.0	4.5
Malta	18.5	27.1	45.6	3.9
Países Baixos	23.8	31.4	55.1	4.9
Áustria	21.9	29.6	51.5	5.9
Polónia (')	23.98	30.8	54.6	4.3
Portugal	20.4	38.0	58.4	6.9
Roménia (')	25.1	30.7	55.8	4.4

Tabela 2 - Indicadores de Estrutura Etária da População.
Legenda - (') 2023 quebra na série cronológica; (*) 2023 provisório/estimado.
Fonte – Elaboração própria (adaptado do Eurostat 2024).

Para além do rácio de dependência, temos também o rácio de dependência etária total, que resulta na combinação entre os rácios de dependência de jovens e idosos, ou seja, o rácio idade-dependência total é a soma entre o rácio e o número de jovens e número de idosos numa idade em que ambos os grupos são economicamente inativos (menores de 15 anos e 65 ou mais anos), comparado ao número de pessoas em idade ativa (15-65 anos), (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2024). Em 2023, o valor apresentado pelo Eurostat é de 56,7% na UE, apontando aproximadamente duas pessoas em idade ativa para cada pessoa dependente. O rácio mais baixo entre os países da UE, foi observado no Luxemburgo com 44,4% e o mais alto foi em França com 62,5%. Portugal apresenta uma percentagem de 58,4%. Mediante as percentagens apresentadas na figura 3, analisamos uma tendência crescente nos rácios de velhice e de dependência total da UE. Conclui-se que a dependência dos idosos sofreu um aumento de 5,7 pp durante os últimos dez anos (27,7% em 2013, face a 33,4% em 2023), logo o rácio de dependência total também aumentou 5,8 pp, igualmente no mesmo período (50,9% em 2013 para 56,7% em 2023) (Eurostat, 2023, OCDE, 2024).

Mediante as últimas projeções apresentadas pelo INE, Eurostat e OCDE, é unânime que o envelhecimento da população é uma propensão a longo prazo, esta é visível nas transformações da estrutura etária da população, refletindo-se numa percentagem crescente de

pessoas idosas, em conjunto com a decrescente percentagem de pessoas em idade ativa na população total.

As pirâmides populacionais abaixo (figura 2 e 3) apresentam a distribuição da população por sexo e por grupos etários de cinco anos. Cada barra corresponde à proporção de determinado sexo e faixa etária na população total. Neste sentido, verifica-se que a percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos está a aumentar em todos os países da UE, observando-se um aumento de 3,0 pontos percentuais [pp] no conjunto da UE, Portugal posiciona-se nos 4,4pp, como já foi anteriormente mencionado. Este aumento, segundo os dados do Eurostat em 2024, pode ser explicado pelo aumento da longevidade, um padrão que tem sido visível há várias décadas, ou seja, à medida que a esperança de vida aumenta. Porém os baixos índices de fertilidade ao longo dos anos, muito tem contribuído para o envelhecimento da população, ou seja, menos nascimentos contribuem para um declínio na proporção de crianças e jovens na população total. Este processo é conhecido por (envelhecimento na base) da pirâmide populacional, podendo ser observado o estreitamento da base das pirâmides populacionais da UE entre 2008 e 2023 (Eurostat, 2024).

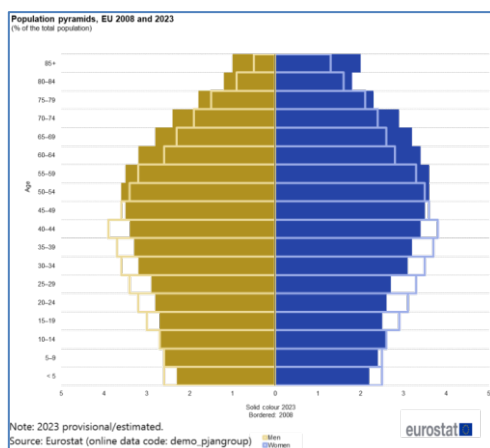


Figura 2 - Pirâmides Populacionais, UE 2008 e 2023 (% da população total).
Fonte - Eurostat 2024.

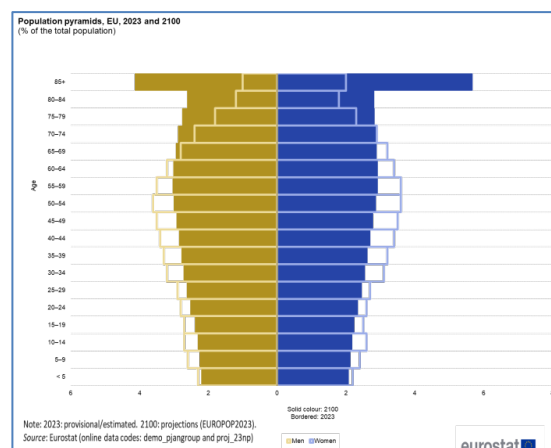


Figura 3 - Pirâmides Populacionais, UE 2023 e 2100 (% da população total).
Fonte - Eurostat 2024.

O Eurostat atualizou as suas projeções populacionais, com o intuito de verificar as tendências futuras do envelhecimento, englobando o período de 2022 a 2100. O mesmo prevê que a população aumente 453,3 milhões de pessoas em 2026 e, posteriormente prevê-se uma diminuição gradual para 419,5 milhões de pessoas até 2100. Em ambas as pirâmides etárias (figura 2 e 3) mostram que as previsões da população da UE continuam a envelhecer nas próximas décadas.

O envelhecimento progressivo é outro aspeto do envelhecimento da própria população idosa, este está a crescer a um ritmo mais acelerado do que qualquer outro segmento etário da população da UE. A Eurostat em 2024 prevê que a percentagem de pessoas com 80 anos ou mais na população da UE aumente duas vezes e meia entre 2023 e 2100, passando de 6,0% para 15,3% (figura 4).

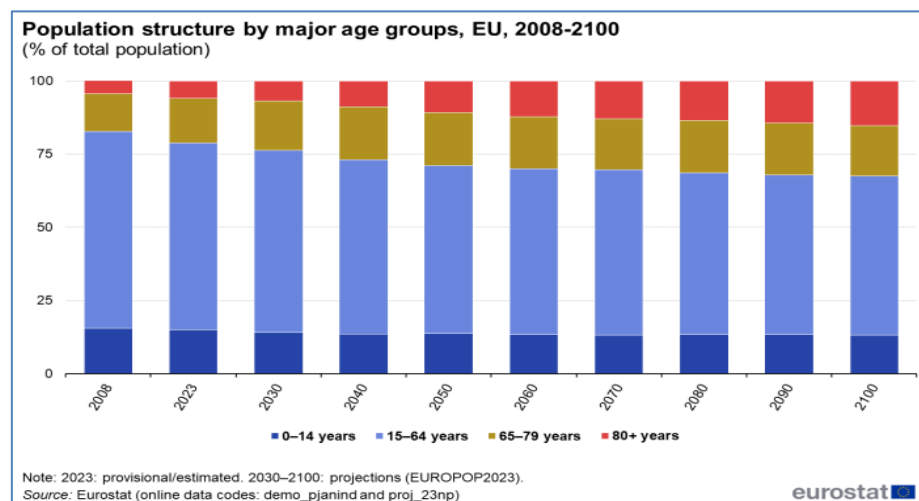


Figura 4 - Estrutura Populacional por Principais grupos Etários, UE, 2002-2100 (% da população total).
Fonte – Eurostat, 2024.

Mediante as alterações demográficas verificadas e as previstas pelo Eurostat, prevê-se também que a percentagem da população em idade ativa diminua durante o período de 2023 a 2100. Enquanto os idosos representarão uma percentagem crescente da população total (figura 5). Neste seguimento, será preditor o aumento da idade média de 5,7 anos, ou seja, passamos de 44,5 anos em 2023 para 50,2 anos em 2100 (Eurostat, 2024).

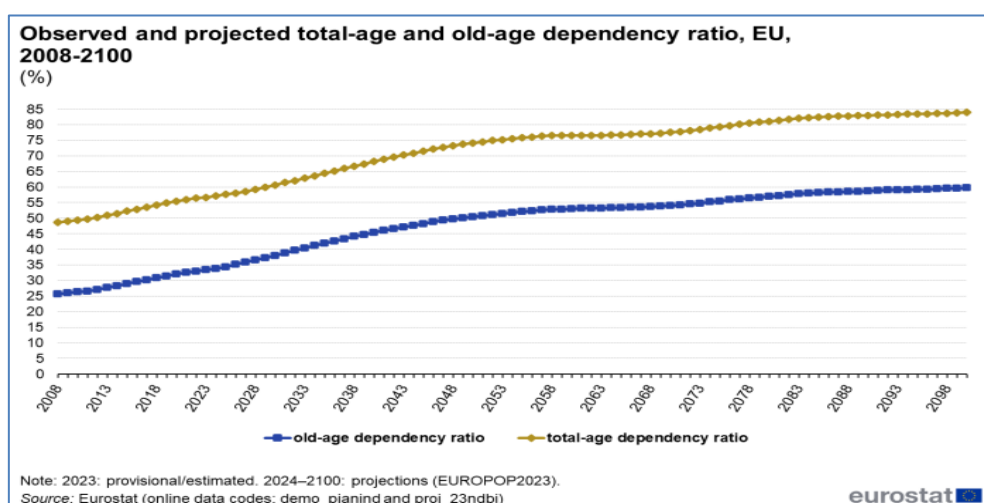


Figura 5 - Rácio Total de Idade e Dependência de Idosos Projetado, UE, 2008-2100 (%).
Fonte - Eurostat, 2024.

Em suma, o envelhecimento demográfico é um fenómeno que se caracteriza pelo aumento da proporção de idosos na população em comparação com outras faixas etárias. Isso ocorre devido a fatores como a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade. O envelhecimento demográfico traz desafio para a sociedade como o aumento de custos com a saúde e a previdência social, a necessidade de adaptação de políticas e serviços públicos para atender às necessidades dos idosos e a preocupação com a solidão e isolamento social dessa parcela da população. É importante que sejam implementadas políticas que promovam o envelhecimento ativo e saudável, além de medidas para garantir a proteção do bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

2.1.3 - Envelhecimento Ativo

Nas sociedades modernas é dado um enfoque cada vez maior às transformações demográficas, estas originam fortes desafios a enfrentar pelas políticas de saúde instituídas. Uma nova perspectiva paradigmática surge centrada no envelhecimento ativo (Azevedo et al., 2022).

Este conceito começou a ser desenvolvido na década de 90, com ênfase na distinta relação entre a saúde e a atividade da pessoa. A premência em investir neste tema surge com a desmistificação da ideia tradicional do curso de vida que associava o envelhecimento à inatividade (Boudiny & Mortelmans, 2011). A definição de envelhecimento ativo mais utilizada é a da OMS que refere ser “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento” (World Health Organization [WHO], 2005, p.13), tendo como pilares os princípios das pessoas idosas: independência, participação, dignidade, acesso aos cuidados e realização pessoal (WHO, 2005). O termo ativo é definido como a participação contínua em atividades de cariz sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos (WHO, 2005). Para Jacob, (2022) o envelhecimento ativo, é uma expressão utilizada para relatar que o envelhecimento deve ser vivido pelos indivíduos e populações, da forma mais plena possível, tendo em consideração as seis dimensões do bem-estar: a profissional, a emocional, a física, a intelectual, a espiritual e a social.

Este conceito pode ser resumido numa citação que explica todo o processo: (Comprometidos com a vida) ou, no original, «*engaged to life*» (Milner, 2009).

“A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população” (European Commission, 2011; World Health Organization [WHO], 2002, 2012, 2015; A Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-

2025 [ENEAS]; Grupo de Trabalho Interministerial [GTI], 2017, p.8). Assim, a Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, salienta que, embora vivamos cada vez mais tempo, a qualidade dos anos de vida ganhos pode ser melhorada. É crucial continuar a desenvolver soluções para este desafio, de modo a capacitar adultos e idosos ativos, através da aquisição de competências necessárias para preservar a sua autonomia, mantendo atividades motoras, cognitivas e intelectuais (Garcia et al., 2021p.495; Ventura, 2023)

Os enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação desempenham um papel fundamental no desenvolvimento de competências em adultos/idosos para preservar a sua autonomia. A atuação proativa dos EEER deve focar-se num processo de intervenção que retarde a perda, promova ganhos e capacite para a adaptação, permitindo assim um envelhecimento ativo (Meleis, 2010).

Em suma, o envelhecimento ativo deve ser encarado como uma abordagem que busca otimizar as oportunidades e recursos disponíveis para que as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida plena, participativa e saudável. Uma forma de promover a autonomia e a independência, é reconhecer que os adultos/idosas têm ainda muito a contribuir para a sociedade, deixando de ser apenas observadores passivos e tornando-se agentes ativos nas decisões que afetam as suas vidas. Contudo, a sociedade em que estão inseridos deve valorizar e respeitar os conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida.

O envelhecimento ativo, deve ser encarado como uma conquista, representando a jornada de uma pessoa que acumulou experiências, conhecimentos e habilidades ao longo dos anos. São construções de memórias, afetos e vivências que fazem parte dessa pessoa ativa. É uma fase em que os adultos/idosos não apenas podem, mas devem dedicar-se a projetos pessoais, retomar hobbies antigos, ou mesmo descobrir novas experiências. Deve ser uma fase marcada por possibilidades (da Cunha et al., 2024).

Para que o envelhecimento ativo seja vivenciado como uma conquista, é essencial que a sociedade e os EEER promovam um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, respeitando as experiências e escolhas das pessoas idosas. O preconceito relacionado à idade, assim como as práticas discriminatórias, devem ser combatidos, para que o idoso se torne protagonista em todas as fases da vida. O protagonismo é uma peça fundamental para um envelhecimento ativo e saudável (da Cunha et al., 2024).

2.1.4 - Comorbidades

O conceito comorbidade tem origem latina, resultante de duas palavras combinadas: «co» que significa junto com e «morbus» que significa doença. Foi em 1970 que surge a primeira definição clínica do conceito, pelo investigador epidemiologista americano Alvan R. Feinstein. Definindo o conceito como “qualquer entidade clínica adicional distinta que existiu ou pode ocorrer durante o curso clínico de uma doença que está em estudo” (charlson et al., 2022). No entanto, em 1976, surge o conceito de multimorbidade, passando este a ser cada vez mais utilizado por os investigadores da área da saúde, para descreverem pessoa com múltiplas condições crónicas.

A crescente ambiguidade dos conceitos comorbidade e multimorbidade, bem como, o uso dos mesmo levou Van den Akker et al., em 1996 definir de forma clara os conceitos. Os autores definem que comorbidade fosse definida de acordo com a definição original supracitada de Feinstein e que a multimorbidade fosse definida como a “co-ocorrência de múltiplas doenças crónicas ou agudas e condições médicas dentro de uma pessoa” (Akker et al., 1996; Harrison et al., 2021). No entanto, Boyd e Fortin em 2010, simplificam a definição de multimorbidade como a “coexistência de duas ou mais doenças crónicas, onde uma não é necessariamente mais central que as outras” (Boyd & Fortin, 2010 p 451-474).

Neste sentido, os conceitos comorbidade/multimorbidade tornam-se um desafio para os sistemas de saúde e investigadores. Harrison e os seus colaboradores em 2021, descrevem que o conceito de comorbilidade é mais vantajoso em ambientes de cuidados secundários e terciários, enquanto o conceito de multimorbidade é mais vantajoso num ambiente de cuidados primários. E isto acontece porquê? Porque os sistemas de saúde dividem o seu foco de atenção em dois parâmetros: a pessoa com comorbidade (doença aguda) e a pessoa com multimorbidade (doença como um todo). Isto significa, que a pessoa com comorbidade é vista de forma isolada, ou seja, o seu foco centra-se na doença aguda e o tratamento da mesma de forma isolada, faz com que os sistemas de saúde encarem a doença a tratar como uma doença primaria.

Esta forma isolada de tratar a doença acarretam cuidados fragmentados às pessoas com doenças crónicas. Por outro lado, a pessoa com multimorbidade é vista de forma holística, isto é, o seu foco centra-se na pessoa como um todo, corroborando com o conceito de cuidados centrados na pessoa. A experiência e as prioridades da pessoa, bem como o tratamento, são o foco principal, sem que nenhuma condição seja priorizada em detrimento de outra situação de saúde (Harrison et al., 2021). Visto de outro prisma, as comorbidades/multimorbidades, são nada mais, nada menos que as designadas doenças crónicas não transmissíveis

[DCNT], estas são definidas como um conjunto de condições de doenças reconhecidas, mundialmente, como sendo as principais causas de complicações à saúde e mortalidade no mundo (Global Burden of Disease Risk Factors Collaborators [GBDRFC], 2020; World Health Organization [WHO], 2020). As causas multifatoriais e diversos fatores de risco são preditores das DCNT, estas possibilitam a sua permanência de forma assintomática por muitos anos (Figueiredo et al., 2021; Pereira et al., 2023).

Estudos alertam que a transição do perfil demográfico e epidemiológico das populações são preditores do aumento progressivo dos índices de incidência e prevalência das DCNT, isto é, o crescente aumento do envelhecimento populacional, o elevado número de pessoas com doenças crónico-degenerativas e consequente redução de doenças infecciosas agudas representam um significativo problema de saúde pública (Mira et al., 2022). Neste sentido, o progressivo envelhecimento da população mundial corrobora com o aumento da prevalência das DCNT, uma vez que, a pessoa idosa expõe maior vulnerabilidade clínica para o desenvolvimento de doenças crónicas. (Mitsutake, et al., 2023; Moraes, et al., 2021).

De acordo com a literatura internacional, existem domínios específicos que afetam os diferentes sistemas humanos devido às doenças crónicas, nomeadamente: respiratórios, neurológicos, cardiometabólicos, musculoesqueléticos, nefrológicos, sensoriais e neoplasias (GBDRFC, 2020; Pereira et al., 2023; Raina et al. 2020; Silva, et al., 2021; WHO, 2020). É de salientar que as complicações clínicas resultantes das DCNT refletem, paulatinamente, a deterioração da saúde biopsicossocial e fragilidade clínico-funcional, nomeadamente, na população idosa (Melo, et al., 2022; Mira, et al., 2022; Moraes, et al., 2021).

Os problemas respiratórios englobam doenças infecciosas como a pneumonia, tuberculose e as doenças pulmonares obstrutivas crónicas [DPOC], como enfisema pulmonar e bronquite. Entre as doenças que afetam o sistema neurológico, estão o acidente vascular cerebral [AVC], as demências, as condições de comprometimento cognitivo e os distúrbios neuropsiquiátricos. Já no que concerne ao sistema cardiometabólico, temos as disfunções cardíacas (histórico de aterosclerose, insuficiência arterial ou venosa e a insuficiência cardíaca) a diabetes engloba a glicotoxicidade sanguínea, neuropatia diabética, pé diabético e a retinopatia diabética (GBDRFC, 2020; Mira, et al., 2022; Silva, et al., 2021; WHO, 2020).

No que diz respeito às doenças musculoesqueléticas, estas abarcam a sarcopenia, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, fraturas ósseas e artropatias (artrite reumatoide, artropatia neuropática, artroses). Também a insuficiência renal crónica resulta num impacto importante na carga de morbididades e estimativas globais de anos de vida perdidos por incapacidades. No sistema sensorial, incluem-se a diminuição da acuidade visual e auditiva, ou a ausência de ambos (Akhtar, et al., 2022; GBDRFC, 2020; Hu, et al., 2023; Mira, et al.,

2022; WHO, 2020). No que toca às neoplasias, estudos alertam que a carga mundial do cancro é substancial e progressiva, sendo, ainda, um significativo desafio para os sistemas de saúde devido ao aumento dos registos de óbitos (Global Burden of Disease Cancer Collaboration [GBDCC], et al., 2022).

Globalmente, estima-se que as DCNT sejam responsáveis por mais de 74% do total das mortes e representem mais da metade da carga de morbilidade no mundo (Pereira et al., 2023; Tesfay, et al., 2022; WHO, 2020).

Em Portugal, estima-se que as DCNT sejam responsáveis por 87% das mortes em 2019 (WHO, 2020). De acordo com o relatório da OCDE, 2024, o aumento da esperança de vida ao longo da última década, corrobora com redução das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, em especial as doenças do sistema neurológico como o AVC. Porém, no contexto do envelhecimento populacional e do consequente progressivo aumento da prevalência das doenças crónicas, as doenças cardiovasculares, e as doenças cerebrovasculares continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, revelando mais de 27% de todas as mortes em 2020.

O cancro representa 23% das mortes, o que o coloca na segunda causa de morte mais comum. Sendo que o cancro do pulmão continua a ser a principal causa de mortalidade relacionada com o cancro (figura 6).

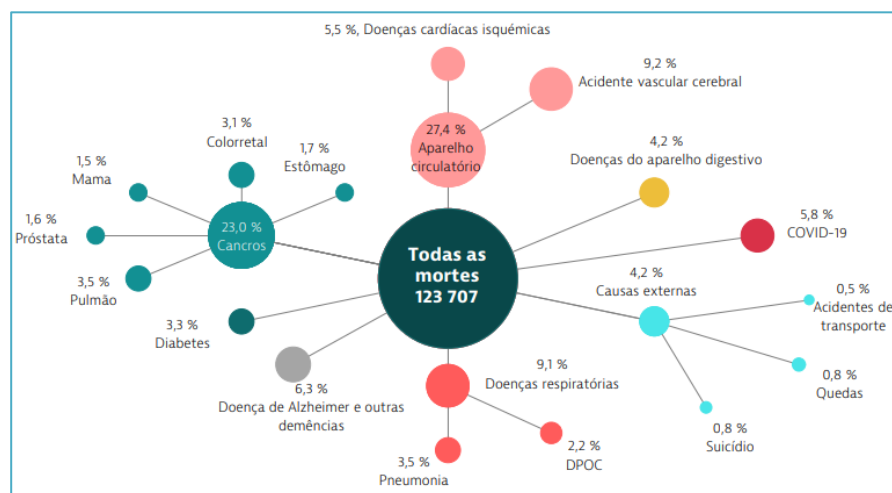


Figura 6 - Prevalência das Causas de Morte em Portugal no ano 2020.

Fonte – (OCDE, 2024).

Conjetura-se que, após os 65 anos, os portugueses vivam apenas dois quintos da sua vida restante sem incapacidades, ou seja, a percentagem da população com idades igual ou superior a 65 anos aumentou de 16% no ano 2000 para 22% em 2021, ultrapassando ligeiramente a média da UE de 21% (OCDE, 2024). Segundo as projeções da Eurostat, as pessoas

com 65 anos ou mais representarão 32,5% da população da UE em 2100, face aos 21,3 % em 2023.

Esta movimentação da população deve-se aos grupos etários, prevendo-se que o rácio de dependência dos idosos da UE quase duplique, passando de 33,4% em 2023 para 59,7% em 2100, bem como, o aumento do rácio da dependência total da idade de 56,7% em 2023 para 83,9% em 2100 (Eurostat, 2024).

Em 2020, as mulheres portuguesas com 65 anos tinham uma esperança média de vida de 21,6% anos, enquanto os homens esperavam viver mais 17,8 anos. Por conseguinte, em comparação com a média da UE, previa-se que em Portugal, após os 65 anos, os homens, mas sobretudo as mulheres vivessem uma parte significativamente menor da sua vida sem incapacidades (figura 7). Esta disparidade entre os géneros, reflete a prevalência considerável das limitações de atividade relacionadas com a saúde entre as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em Portugal, em comparação com a média da UE. Mediante os dados obtido em inquéritos, 61% referiram limitações, em comparação com 49% da UE. Esta disparidade foi peculiarmente nas mulheres, havendo mais de dois terços da população feminina portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos que sofriam limitações de atividade, devido a problemas de saúde, face ao 51% da União Europeia (OCDE, 2024).

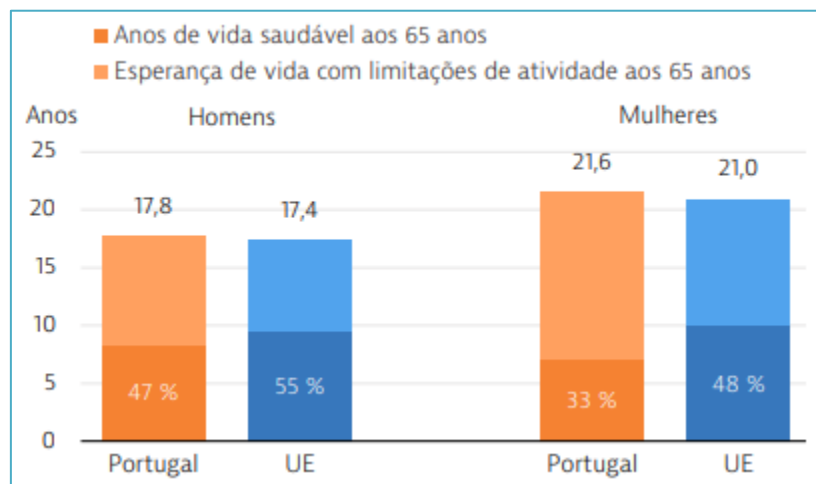


Figura 7 - Mulheres Portuguesas Vivem apenas um terço da sua Vida sem Incapacidades após os 65 anos.

Legenda – EU – União Europeia.

Fonte – (OCDE, 2024).

Os fatores de risco comportamentais e ambientais, associados às DCNT são preditores significativos na mortalidade da população mundial. Em Portugal, 30% de todas as mortes assinaladas no ano de 2019 podiam ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente o consumo de álcool, tabaco, os riscos alimentares e ao baixo nível de atividade física.

Apesar da situação não ser favorável para Portugal, ainda assim, apresentamos percentagens inferiores à média da União Europeia (39%), o que significa que os fatores de risco para a saúde relacionados com o estilo de vida tiveram uma prevalência analogamente inferior na população portuguesa (OCDE, 2024). Embora os fatores ambientais apresentem menor risco em termos percentuais, para a saúde, relativamente aos outros países da UE, também, tiveram impacto, porém não negligenciável na mortalidade portuguesa, representando apenas 2% do total de mortes (OCDE, 2024).

Mediante o aumento progressivos de doenças crónicas não transmissíveis, no país e no mundo, a reabilitação torna-se assim, uma nova abordagem estratégia de saúde prioritária para o século XXI. Globalmente, prevê-se que uma em cada três pessoas possua hoje um problema de saúde que beneficiaria de reabilitação. A enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção clínica reconhecida, que visa a obtenção de ganhos em saúde, respondendo de forma eficaz à reais necessidade da população (Gaspar et al., 2021).

Neste sentido, a reabilitação aborda o impacto de uma condição de saúde no dia-a-dia de uma pessoa, otimizando o seu funcionamento, cujo objetivo será a reduzir a experiência de incapacidade (transição saúde-doença), promover a independência e autonomia, na reinserção no seu seio familiar e/ou comunidade, bem como, contribuir para a melhoria da qualidade de vida (Ribeiro, 2021).

A OMS está empenhada em garantir que a reabilitação passe a ser parte integrante do sistema de saúde, neste sentido está a organizar uma série de iniciativas, nomeadamente a (Reabilitação 2030), esta iniciativa preconiza que: a reabilitação deva ser acessível para toda a população, em todas as fases do ciclo de vida. A mesma deve ser norteadada em todos os cuidados de saúde: primário, secundários e terciários, com o objetivo de alcançar uma cobertura universal na saúde (World Health Organization [WHO], 2023).

Em suma, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, devem adotar uma postura proativa, por forma a fornecerem uma resposta emergente às reais necessidades que a sociedade atravessa, intervindo de forma criteriosa, profissional e pertinente, com intuito de cimentar cada vez mais uma posição de excelência (Garcia et al., 2021).

2.1.5 - Alterações da Mobilidade

A mobilidade é definida como a capacidade de iniciar um determinado conjunto de movimentos, coordenados entre si, adequando a força e a velocidade desse padrão de movimentos, no momento da execução das tarefas e ao mesmo tempo mantendo o equilíbrio corporal, associado às alterações do centro de gravidade quando existe movimento dos membros.

Se por um lado, o movimento corporal é um processo do sistema músculo-esquelético decisivo para garantir as necessidades básicas, nomeadamente: alimentar-se, vestir-se, lavar-se, entre outros, por outro lado é considerado um meio para atingir um determinado fim, que é manter a vida de relação com o mundo que a rodeia.

Neste sentido, as atividades instrumentais relacionadas com a vida diária, exigem uma maior capacidade, uma vez que são consideradas de natureza mais complexa. Nelas enquadram-se: sair para o exterior da casa, fazer compras, ir a uma consulta, assim como realizar tarefas domésticas mais exigentes como o cozinhar, limpar a casa, tratar das roupas, entre outras (Hoeman, 2000).

Podemos entender o movimento corporal como um processo voluntário ou involuntário dos músculos e articulações que incorporam características físicas, bem como, aspetos relacionados com a interação cultural e psicológica, sendo uma ferramenta tanto de expressão de comunicação, como de suporte aos autocuidados e funções vitais, integrando funções básicas do ser humano e um reflexo de como a pessoa se movimenta, interage com o ambiente e a ele se adaptar (Hoeman, 2011; International Council of Nurses, [ICN], 2016; Reis et al., 2021).

O indivíduo só se apercebe da importância do movimento, quando, por alguma situação, fica inibido de efetuar, ou seja, a mobilidade é um aspeto fundamental para a independência e qualidade de vida. (Hoeman, 2011).

Os mecanismos fisiológicos do sistema musculoesquelético e neurológico possibilitam um movimento intencional, antecipando as consequências da imobilidade, porém, eventos físicos ou clínicos diversos, tais como inadequados regimes terapêuticos, carências sociais, sensoriais ou de estimulação cognitiva, distúrbios de sono, diferentes doenças, cirurgias ou outras lesões, ou até as próprias alterações resultantes do processo de envelhecimento, são preditores de uma diminuição da mobilidade e perda funcional. Tendo como consequentes repercussões doenças (figura 8) do foro respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, musculoesquelético, tegumentar, entre outras (Dirkes & Kozlowski, 2019; Hoeman, 2011; OE, 2013).

Compreende-se ainda, que as repercussões resultantes de qualquer alteração da mobilidade funcional, são preditores de um resultado mais prejudicial que a própria condição que lhe deu origem, levando a quadros severos de incapacidade, perda de autonomia e qualidade de vida (OE, 2013).

As causas ligadas à imobilidade afetam as estruturas musculares, articulares e ósseas, sendo responsáveis pela diminuição da amplitude articular, surgimento de contraturas musculares e encurtamento dos músculos, redução da força muscular, comprometimento na circulação sanguínea e atividade metabólica, além de processos de atrofia muscular (OE, 2009).

A imobilidade pode acarretar sérios problemas para a saúde pública, uma vez que causa danos significativos à saúde da pessoa, comprometendo a sua autonomia e acarretando implicações para a própria pessoa, cuidadores, comunidade e, conseqüente, para os sistemas de saúde (Lima, 2014).

As recomendações terapêuticas de repouso versus mobilidade precoce tem sofridos oscilações ao longo dos tempos, sendo atualmente reconhecidos os efeitos negativos da imobilidade. Entende-se que em certas situações, como traumatismos, fraturas ou doenças agudas, beneficiem da imobilização de um segmento ou repouso absoluto no leito por um curto espaço temporal, para estabilização e tratamento adequado. No entanto, com os avanços científicos e tecnológicos, promove-se cada vez menos a restrição da mobilidade como parte do processo terapêutico, favorecendo intervenções voltadas para a mobilização precoce (Dirkes & Kozlowski, 2019; Hoeman, 2011; OE, 2013; Kortebein, 2020; Young et al., 2018).

A prática de exercícios físicos, são apontados como benéficos ao estado global da pessoa, nomeadamente dos mais idosos (fruto das alterações da função muscular associados ao avanço da idade), ou seja, os exercícios aeróbios, treinos de força, flexibilidade e equilíbrio, são fundamentais para a manutenção, otimização da força muscular, estabilidade postural e capacidade de atenção (Accioly et al., 2016; Hoeman, 2011).

Hoeman (2011) refere ainda que, mesmo em situações agudas e possivelmente críticas, a prática de exercícios regulares, adaptados à condição da pessoa e aos objetivos funcionais definidos, pode ser benéfica após o período necessário para a estabilização clínica. Os principais objetivos incluem a prevenção de complicações associadas à imobilidade, como contraturas musculares e atrofia, redução da dor, prevenção de lesões articulares, e manutenção do tônus muscular, força e função. É essencial ter sensibilidade na adaptação do exercício, para evitar fadiga, utilizando técnicas de conservação de energia.

Nesta perspetiva, o EEER, integrado numa equipa multidisciplinar, detém competências que o capacitam a ajudar a pessoa na maximizar da sua autonomia, especialmente na conceção e implementação de planos de intervenção que promovam a mobilidade e o desempenho eficaz das Atividades de Vida Diária, visando o autocuidado, prevenindo complicações associadas à imobilidade e facilitando a reintegração da pessoa não só na sua família, mas também na sociedade, enquanto membro ativo desta (Hoeman, 2011; Lima, 2014; OE, 2019).

Neste contexto, as evidências científicas destacam a importância da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação para pessoas com imobilidade, abrangendo diversos contextos, como a comunidade, ambiente hospitalar e os cuidados continuados (Augustine et al., 2020; Dirkes & Kozlowski, 2019; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a).

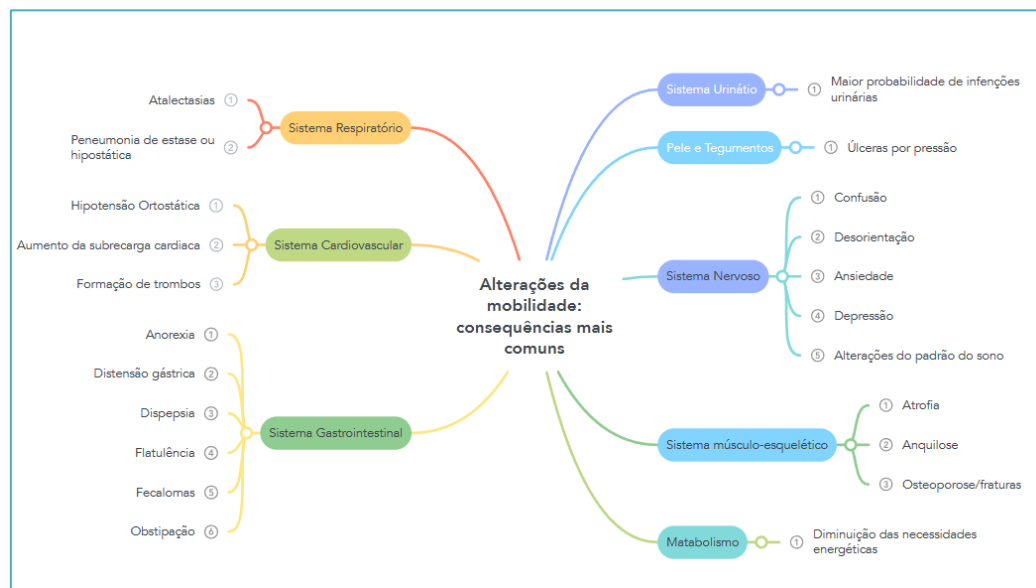


Figura 8 - Alterações da Mobilidade: consequências mais comuns.

Fonte – Elaboração própria, adaptado da OE, 2013.

2.1.6 - Capacitação para o Autocuidado em Contexto Domiciliário

Os conceitos capacitação, autocuidado e dependência, são três elementos basilares para a execução do presente trabalho. Neste sentido, é importante defini-los conceptualmente.

Capacitar é um processo multidimensional que implica conhecimento, decisão e ação. Contudo, os conhecimentos são saberes construídos e consolidados em valores individuais, que se modificam ao longo da vida. Os mesmos podem ser influenciados por fatores de cariz social, cultural e religioso. Digamos, que esta construção de conhecimentos pode levar ao condicionamento da decisão sobre a ação, como resultado da decisão tomada, da sua capacidade e dos recursos disponíveis para a executar (Reis & Bule, 2017). A capacitação é referida como um processo que envolve os domínios cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2017; Sousa et al., 2020).

A capacitação “(...) traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras.” (Reis & Bule, 2017, p.57). Nas atividades de ordem mais complexa, a capacitação traduz-se em atividades instrumentais, procurando a integração na comunidade, nomeadamente aprender a andar de transportes, fazer compras, a ter controlo da própria saúde e a gerir os deveres pessoais (Reis & Bule, 2017).

A pessoa pode enfrentar desafios que interferem com a satisfação das suas necessidades humanas básicas, ao longo do seu ciclo vital. No entanto, é importante que ela se adapte utilizando competências e recursos disponíveis para restaurar essas necessidades. O EEER

que acompanha esta jornada deve intervir de forma a promover a maior independência possível. Capacitar a pessoa envolve criar condições e incentivos para que a pessoa deseje superar-se (Reis & Bule, 2017).

Assim, o EEER deve incorporar na sua prática um processo de capacitação, fundamentado na atenção, conhecimento e aprendizagem das capacidades da pessoa. Utilizando o conhecimento como ferramenta, o EEER capacita a pessoa a tomar de decisões, visando maximizar a sua autonomia, através de intervenções como “Ensinar sobre (...)”, “Orientar para o uso de (...)” (Sousa et al., 2020). No entanto, “A aprendizagem de capacidades implica passar para ação o que se adquiriu com o empoderamento e com a tomada de decisão, de modo a tornar a pessoa mais independente na execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária (...)” (Sousa et al., 2020, p.67). Assim, o EEER implementa intervenções como “Instruir sobre (...)”, “Treinar a técnica de (...)” e “Treinar o uso de (...)” como fatores preditivos de ganhos na aquisição de novas capacidades, facilitando o desenvolvimento da competência na execução dessas atividades e a integração de uma nova identidade (Sousa et al., 2020).

Neste contexto, é importante destacar que o processo de capacitação não se restringe apenas à pessoa como indivíduo isolado, mas também ao seu ambiente familiar, de trabalho e social que são elementos-chave para o avanço do conhecimento e da aprendizagem de capacidades (Sousa et al., 2020).

É relevante sublinhar, as intervenções do EEER, centradas no conhecimento e na aprendizagem das capacidades da pessoa permitindo “(...) o empoderamento, a tomada de decisão e a passagem à ação, de modo a desenvolver habilidades e assim fazer a pessoa sentir-se capacitada para lidar com os desafios que surgem no dia a dia, decorrentes de processos de transição.” (Sousa et al., 2020, p.64).

Face ao envelhecimento da população e aumento do número de doenças crónicas, os profissionais enfrentam o desafio de compreender os fatores subjacentes a esses fenómenos e de refletir sobre os modelos de intervenção mais adequados para as pessoas (Reis et al., 2021). Assim, a ER deve orientar a sua atuação, para promover uma aprendizagem significativa e fornecer estratégias adaptativas que permitam à pessoa alcançar o máximo de independência possível nas suas atividades de vida, promovendo o autocuidado (Petronilho et al., 2021).

Orem definiu autocuidado como “Uma função humana reguladora.” e “(...) uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (...)”. Afirmando que o autocuidado é uma conduta aprendida, resultado de experiências cognitivas, culturais e sociais (Fonseca, 2013; Orem, 2001, p. 45;).

Por sua vez, Conselho Internacional de Enfermagem [CIE] (2015, p.42) definiu o autocuidado como a “(...) atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.”

Contudo, a capacidade de autocuidado de cada pessoa está estreitamente ligada às suas habilidades, conhecimentos e experiências vividas. Assim, a pessoa é considerada agente do seu próprio autocuidado. Quando uma pessoa perde essa capacidade, há a necessidade de ser parcial ou totalmente substituída por outra pessoa, passando então a ser denominada agente dependente de cuidados. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel determinante e compensatório (Lourenço, 2015).

As teorias de enfermagem descrevem que o foco da ação profissional dos enfermeiros é a promoção da independência/autonomia para o autocuidado. Neste sentido, mediante a ausência permanente ou temporária de capacidade funcional, o enfermeiro deve orientar a ação para a promoção de competências dos familiares/cuidadores para que estes executem as ações aprendidas de forma ajustada às necessidades dos membros dependentes (Petronilho et al., 2021), uma vez, que o domicílio é o local certo para a pessoa se desenvolver e manter-se em permanente equilíbrio e bem-estar (Petronilho et al., 2021; Reis, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a implementação do Decreto-Lei nº 101/2006 define a dependência como: “(...) falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.” (Ministério da Saúde [MS], 2006, p.3857).

A esperança média de vida em Portugal tem aumentado nos últimos anos, o que resulta numa população cada vez mais idosa e dependente, como mencionado anteriormente. No entanto, a dependência nem sempre é causada pelo processo de envelhecimento, podendo também estar relacionada a outros fatores, como deficiências congénitas ou adquiridas, doenças oncológicas, degenerativas, acidentes de trabalho ou sequelas de acidentes de viação (Saraiva, 2011).

A dependência implica mudanças significativas na vida da pessoa, requerendo o desenvolvimento de competências adaptativas. Assim, a dependência no autocuidado é um processo complexo e multidimensional. (Meleis et al., 2000; Silva, 2007;).

Independentemente da fase da vida em que se encontra, confrontar-se com situações de doença, falta de recursos, ou fatores externos incapacitantes, pode muitas vezes levar a episódios de dependência física e mental, resultando em défices no autocuidado (Collière, 2003; Louro, 2009).

Desta forma, uma pessoa considerada dependente é aquela que durante um determinado período de tempo, necessita de ajuda de terceiros ou de algum dispositivo para realizar as atividades referente ao autocuidado (Araújo, 2010). Em alguns casos, estas situações corroboram com a necessidade de apoio diferenciado, justificando assim a necessidade de cuidados de enfermagem de Reabilitação (Couto, 2012).

Em síntese, os enfermeiros detêm conhecimentos e competências abrangentes relacionados com a dependência das pessoas em todas as áreas do autocuidado. Isso permite-lhe não só elaborar planos de cuidados personalizados, mas também desenvolver e aplicar intervenções adequadas às necessidades individuais de cada pessoa (Duque, 2009; Ribeiro, et al., 2014).

2.2 - REFERENCIAL TEÓRICO ORIENTADOR DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.2.1 - O Modelo de Autocuidado de Orem

A Enfermagem de Reabilitação assenta em pressupostos teóricos indispensáveis à prática diária, que corroboram com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER. Inerente a este processo, os referenciais teóricos selecionados para o presente trabalho são a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem.

Os modelos teóricos do autocuidado e das transições são estruturas fundamentais para otimizar a qualidade dos cuidados prestados, implícitos nos instrumentos que regulam o exercício profissional do EEER (Ribeiro et al., 2021).

De todas as teorias existentes, a que constitui o maior referencial teórico, é o Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem (Santos et al., 2020).

Orem (2001) defende que a enfermagem pertence a uma família de serviços de saúde organizados que oferecem assistência a pessoas que têm necessidades legítimas de diferentes formas de atendimento direto, devido ao seu estado de saúde ou à natureza das suas necessidades de cuidados de saúde. Tal como outros serviços diretos de saúde, a enfermagem tem características sociais e interpessoais que caracterizam a relação de ajuda entre

quem necessita de cuidados e aqueles que prestam os cuidados necessários. O que distingue esses serviços de saúde uns dos outros é a ajuda que cada um disponibiliza.

É com base nesta realidade que surge o autocuidado, um conceito primordial na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem [TDAE].

Dorothea Orem definiu o autocuidado como as atividades que a pessoa realiza, tendo como objetivo a manutenção do seu bem-estar, cuidar de si próprio, regulando os seus aspetos vitais (Orem, 2001).

O Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem foi desenvolvido entre 1959 e 1985 e correlaciona três grandes teorias: A Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a realização do autocuidado (o modo como as pessoas cuidam de si próprias) e a exigência terapêutica do mesmo. A Teoria do Déficit de Autocuidado assume o papel basilar do modelo, uma vez que determina a necessidade de intervenção dos profissionais, face à incapacidade da pessoa de dar resposta às suas reais necessidades (indaga o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas pelos profissionais de enfermagem). Por sua vez, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve a prática de enfermagem como uma ação humana, pois constituem sistemas de ação produzidas pelos enfermeiros, no auxílio da pessoa que apresenta limitações (Orem, 2001; Ribeiro et al., 2021 p.52; Santos et al., 2020).

Considerando o verdadeiro papel dos enfermeiros neste domínio, é crucial intervir para fortalecer a autoeficácia das pessoas com alterações de mobilidade, associadas a comorbilidades, com o objetivo de promover melhorias na sua qualidade de vida. Além disso, é essencial proporcionar motivação e educação contínua às pessoas nessas condições, para que possam adotar comportamentos necessários para manter e melhorar sua saúde e qualidade de vida. Todos esses aspetos estão integrados no conceito de autocuidado de Orem, que se refere às atividades que as pessoas realizam para preservar, restaurar ou melhorar sua saúde. A Teoria do Autocuidado abrange o autocuidado, a atividade de autocuidado e a demanda terapêutica do autocuidado. (khademian et al., 2020).

Segundo Orem (2001), a teoria do autocuidado postula que as pessoas devem realizar, de forma consciente e intencional, funções reguladoras para preservar a sua condição de vida, podendo fazê-lo por si mesmo ou através de ajuda externa. Quando essa ação é realizada de forma consciente e controlada, alcança-se a verdadeira autonomia, denominada atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2014).

Nesta situação, a pessoa pode deparar-se com oscilações nas suas necessidades de autocuidado, nas suas capacidades autónomas de satisfação e nas necessidades de apoio durante o período transição, onde pode ser difícil ajustar-se favoravelmente (Queirós et al.,

2014). De acordo com o mesmo autor, a capacidade de adquirir ou recuperar o autocuidado ocorre em três fases interdependente. Na primeira fase, denominada (autocuidado estimativo), a pessoa determina o que deve ser feito para recuperar o autocuidado. Na segunda fase, (autocuidado transitivo), são consideradas várias opções para a recuperação do autocuidado, escolhendo-se a mais adequada à situação da pessoa. Na terceira e última fase, (autocuidado produtivo), a pessoa demonstra maior capacidade para cuidar de si mesma (Queirós et al. 2014) Assim, a capacidade de autocuidado só é assegurada quando a pessoa adquire competências para cuidar de si mesma, mantendo, restabelecendo ou melhorando a sua saúde e bem-estar. A relevância deste referencial na enfermagem de reabilitação reside no seu potencial para apoiar as intervenções de enfermagem de reabilitação, enfatizando a capacidade da pessoa de aprender novas formas de realizar o autocuidado apesar das possíveis limitações (Silva et al., 2020).

Em suma, a aplicação desta teoria promove a gestão colaborativa dos cuidados entre pessoa, o cuidador e a equipa de enfermagem, visando alcançar resultados esperados e fortalecer as intervenções educacionais para promover o autocuidado. Isso reforça a importância de fundamentar as práticas de enfermagem de reabilitação em evidências e princípios que fortaleçam a sua eficácia (Joaquim et al., 2023).

2.2.2 - A Teoria das Transições de Meleis

O futuro da enfermagem passa pela prática orientada pelas teorias. Teorias essas que estruturam e organizam o conhecimento da enfermagem.

A enfermagem enquanto disciplina, tem vindo a dar cartas na importância do papel do enfermeiro enquanto agente de transição, uma vez que é ele o profissional de excelência que está envolvido no processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com a saúde e doença da pessoa (Meleis et al., 2000).

Na secção anterior, constatámos que a intervenção de EEER está alinhada com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Nesta secção, focamo-nos na Teoria das Transições de Afaf Meleis. O EEER atua no processo de transição saúde-doença ao potenciar a autonomia da pessoa com deficiência e/ou limitação funcional, facilitando a realização das AVD's e promovendo a sua participação na sociedade. Desta forma, melhora a perceção da sua qualidade de vida em termos de saúde (Martins et al., 2020).

A Teoria das Transições foi desenvolvida por Afaf Meleis, uma enfermeira que decidiu estudar o planeamento familiar e os processos envolvidos no mesmo. Baseou-se nas intervenções que poderiam facilitar o processo de transição em pessoas que não o conseguissem

fazer de forma saudável. Assim, em 1985, conjuntamente com «Chick», definiu a transição como um conceito fundamental para a prática de enfermagem, tornando-se desde então a teórica de referência no desenvolvimento deste conceito (Alligood, 2021).

O conceito de transição refere-se à mudança de uma determinada condição, estado ou fase de vida para outra. Essa transição é um processo psicológico que requer que a pessoa se adapte a uma nova circunstância e a incorpore como parte de si mesma. No fundo trata-se de um processo de reorganização interior, cuja complexidade é elevada, em que a pessoa aprende algo sobre si, adaptando-se a novas circunstâncias, tendo em conta que podem ocorrer várias transições em simultâneo (Meleis et al., 2000).

Desta forma, é fundamental que os enfermeiros percebam os processos de transição e desenvolvam estratégias e intervenções que corroborem com a capacitação e empoderamento das pessoas, no sentido de recuperar a estabilidade e o bem-estar biopsicossocial. Os processos de capacitação são considerados adaptações que podem acontecer no decorrer do ciclo da vida, ou então, em situações abruptas como é o caso de acidentes e doenças, sendo que podem ocorrer várias transições ao mesmo tempo e a pessoa necessita de as reconhecer para poder decidir autonomamente (Sousa et al., 2020).

O processo de transição implica a mudança de um estado de saúde para outro. Neste contexto, é apropriado mencionar o momento em que ocorre uma interrupção na continuidade do estado de saúde da pessoa, que pode resultar de um processo patológico, como é o caso das pessoas com alterações da mobilidade, associadas às comorbidades. Este processo implica que a pessoa tenha de enfrentar e adaptar-se a um novo estado de saúde. Representando, para o enfermeiro, o desafio de desenvolver estratégias capazes de capacitar a pessoa a encarar a sua nova realidade, de forma a recuperar a sua qualidade de vida e evitando a ocorrência de uma experiência de transição negativa (Costa, 2016; Martins et al., 2020).

Assim, é necessário que a pessoa se consciencialize da situação de transição que está a viver para que se possa envolver, adquirindo novos conhecimentos, alterando comportamentos e definindo as necessidades que afetam o seu estado de saúde (Costa, 2016; Sousa et al., 2020).

Para Meleis, durante o processo de transição, é necessário que ocorra uma rutura para que a mesma aconteça. Isto significa, que deve existir um corte nos laços que conectam a pessoa ao mundo como ela o conhece. Esta rutura constitui o término de ideias pré-existentes, que influenciam a perceção de conceitos como a satisfação e o bem-estar da pessoa (Meleis, 2010).

No âmbito do seu referencial, a autora identifica quatro tipos de transições: **de desenvolvimento**, **situacionais**, **de saúde-doença**, e **organizacionais** (Meleis, 2012). As transições

de **desenvolvimento** dizem respeito às alterações que ocorrem, de forma natural, ao longo do ciclo vital; **as situacionais**, indicam-nos as alterações que ocorrem nos contextos onde a pessoa se encontra, nomeadamente ao nível da perda ou adição de membros no seio familiar; as de **saúde-doença** fazem referência às mudanças que surgem de forma inesperada, resultantes de um processo de doença (aguda ou crónica) e que interrompem um estado de bem-estar, dando espaço a um novo estado de bem-estar; por fim, as transições **organizacionais**, que são provocadas pelas mudanças aos nível ambiental, social, político e/ou económico (Abrantes et al., 2015; Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016).

As transições caracterizam-se como complexas e multidimensionais, e possuem diversas propriedades essenciais: a consciencialização da pessoa relativamente à situação que se encontra a vivenciar; o envolvimento da pessoa no processo de transição; a mudança que está inerente ao processo de transição; a propriedades relativas aos acontecimentos críticos, que dizem respeito ao fato de a maioria das transições surgirem de ocorrências experienciadas pela pessoa, requerendo uma elevada consciencialização e readaptação ao processo de mudança; a última propriedade, o período de experiência, define-se pelo ajuste ao longo do tempo, devendo ser acompanhado pelo enfermeiro, de forma a obterem-se melhores resultados no estado de saúde da pessoa (Abrantes et al., 2015; Guimarães & Silva, 2016).

Independentemente da transição vivenciada, o EEER deve concentrar-se na forma como a pessoa ou cuidador/familiar encaram “a nova condição de saúde física, mental, social e económica” isto é, como estão conscientes da situação e da mudança que ela implica (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019;).

Em suma, o EEER tem a responsabilidade de ajudar na vivência desses processos de transição de forma mais saudável possível, bem como na consecução do sucesso desejado (Ribeiro et al., 2021). Em conformidade com o seu mandato social, esse sucesso ocorre quando se alcança a máxima capacitação da pessoa e se maximizam a funcionalidade e autonomia, contribuindo significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida (OE, 2019).

A Enfermagem de Reabilitação baseia-se em princípios teórico essenciais para a prática diária, com o intuito de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados pelo EEER. Os referenciais teóricos selecionados incluem a Teoria das transições de Afaf Meleis e a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, sendo cruciais para otimizar a qualidade dos cuidados prestados e integrados nos instrumentos que regulam a prática do EEER. Destaca-se o Modelo de Autocuidado de Orem como referência principal (Santos et al., 2020). O autocuidado, definido por Orem como atividade que visam o bem-estar da pessoa, é central na teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem e é essencial para a manutenção da saúde e bem-estar, sendo crucial para intervenções de enfermagem de reabilitação (Silva et al., 2020).

A prática da Enfermagem do Futuro depende da aplicação de teorias que estruturam e organizam o conhecimento da área. Segundo Meleis e seus colaboradores (2000), o EEER desempenha um papel crucial como agente de transição, envolvido no processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde e a doença da pessoa. Neste contexto, a intervenção do EEER, alinhada com teorias como a do Autocuidado de Orem e das Transições de Meleis, promove a autonomia da pessoa com deficiência e/ou limitação funcional, facilitando a realização das atividades diárias e promovendo a sua participação na sociedade, melhorando assim a sua percepção da qualidade de vida em termos de saúde (Martins et al., 2020). As transições, fundamentais para a prática de enfermagem, referem-se à mudança de uma condição para outra e podem ser de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Abrantes et al., 2015; Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016). O EEER deve ajudar na vivência desses processos de transição, visando a máxima capacitação da pessoa e a melhoria da sua qualidade de vida (Meleis et al., 2000; Ribeiro et al., 2021).

2.3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel fundamental na sociedade contemporânea ao lidar com o surgimento de novos paradigmas relacionados com doenças crónicas e dependência, em particular a perda de mobilidade. Esta condição tem efeitos negativos em diversos níveis, representando uma ameaça significativa para a capacidade funcional das pessoas, decorrente do envelhecimento demográfico e da presença de um elevado número de comorbilidades associadas.

Partindo do pressuposto de que a abordagem à pessoa adulta/idosa com restrição de mobilidade deve incluir um programa e/ou sessões de reabilitação que integrem a mobilização precoce, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel crucial para alcançar esse objetivo. Este profissional é responsável pela conceção e implementação de programas de treino de Atividades da Vida Diária que visam adaptar-se às limitações de mobilidade e maximizar a autonomia e qualidade de vida da pessoa, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019). Além disso, o EEER baseia a sua prática em evidências, focada em resultados e procurando responder às necessidades específicas das pessoas e aos novos desafios em termos de cuidados. Procura avaliar os ganhos em saúde relacionados com a capacitação, autonomia e qualidade de vida das pessoas, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 392/2019 e pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018a). Neste sentido, é relevante demonstrar, através de uma RSL, o impacto dos cuidados de enfermagem

de reabilitação nas pessoas adultas com alterações da mobilidade e comorbilidades associadas, em contexto domiciliário.

Com esse propósito, estabeleceu-se a seguinte questão de investigação: "Quais os ganhos em saúde resultantes dos cuidados de enfermagem de reabilitação associados aos programas de exercício físico em pessoas adultas com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas, em ambiente domiciliário?".

2.3.1 - Metodologia

A RSL visa reunir evidências que cumpram critérios de elegibilidade previamente definidos para abordar uma questão específica de investigação, procurando mitigar qualquer viés por meio de métodos sistemáticos, explícitos e passíveis de reprodução (Chandler et al., 2021).

Na construção desta RSL seguimos as linhas orientadoras da *Joanna Briggs Institute* [JBI] e recorrendo ao método PICO (P – Participantes; I – Intervenção; C – Contexto/Controlo; O – Outcomes ou resultados), definimos critérios de inclusão que nos permitissem selecionar os estudos adequados, de acordo com a pergunta de investigação formulada, como demonstrado de seguida: P – adultos com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas em ambiente domiciliário; I – cuidados de enfermagem de reabilitação, associados aos programas de exercício físico; C – Não aplicável; O – Ganhos em saúde.

Como estratégia de pesquisa, além da questão PICO para formular a pergunta de investigação, considerou-se a literatura inglesa e portuguesa publicado entre 2018 e 2023 e modo de busca booleano/frase com os operadores booleanos *AND* e *OR* no motor de busca PubMed (base de dados MEDLINE).

Os critérios de inclusão selecionados foram: artigos completos, estudos randomizados, estudo transversal comparativo entre dois grupos, estudos quasi-experimental com grupo de controlo e estudos observacional de coorte único, publicações de 2018 a 2023, base de dados MEDLINE e idades dos participantes igual ou superiores a 18 anos.

A presente RSL contém exclusivamente estudos cuja população seja constituída por pessoas com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas; as intervenções do estudo têm que incluir intervenções de enfermagem de reabilitação e/ou programas de reabilitação em contexto domiciliário e ou instituições, podendo estar associadas e integradas numa equipa multidisciplinar; os estudos avaliam os resultados das intervenções referidas anteriormente. Foram incluídos nesta RSL estudos com pessoas com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas e de que forma é que inatividade física impacta a mobilidade e a

qualidade de vida da pessoa em idade adulta. Os estudos analisam programas/sessões de exercícios físico no domicílio (exercícios de respiração, força, flexibilidade, equilíbrio e aeróbios), demonstrando os ganhos em saúde, nomeadamente no que diz respeito à mobilidade e qualidade de vida.

Os critérios de exclusão do estudo forma: língua que não a portuguesa ou inglesa; amostras constituídas por pessoas com idade inferior a 18 anos; não referirem de forma clara o tipo de estudo tratado ou data de publicação; sem relação com o objeto de estudo; não apresentavam qualidade metodológica segundo os critérios da JBI.

De modo a selecionar descritores de qualidade controlados, recorreu-se ao critério *Medical Subject Heading* [MeSH] e ao *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* [CINAHL] *Subject Heading*: «*nursing interventions*», «*physical mobility*», «*quality of Life*», «*Mobility Limitation*», «*Comorbidity*» e «*Exercise Therapy*», utilizando os booleanos «AND» e «OR», como já tinha sido referido.

As pesquisas foram realizadas durante os meses de dezembro de 2023 e janeiro de 2024. Optou-se por utilizar exclusivamente o PubMed, que concede acesso à base de dados MEDLINE, resultando em uma quantidade adequada de resultados que atendem aos critérios específicos de descritores e qualidade metodológica exigidos.

Em seguida, encontra-se a figura 9, que exemplifica os passos da metodologia de pesquisa assumidos no presente trabalho.

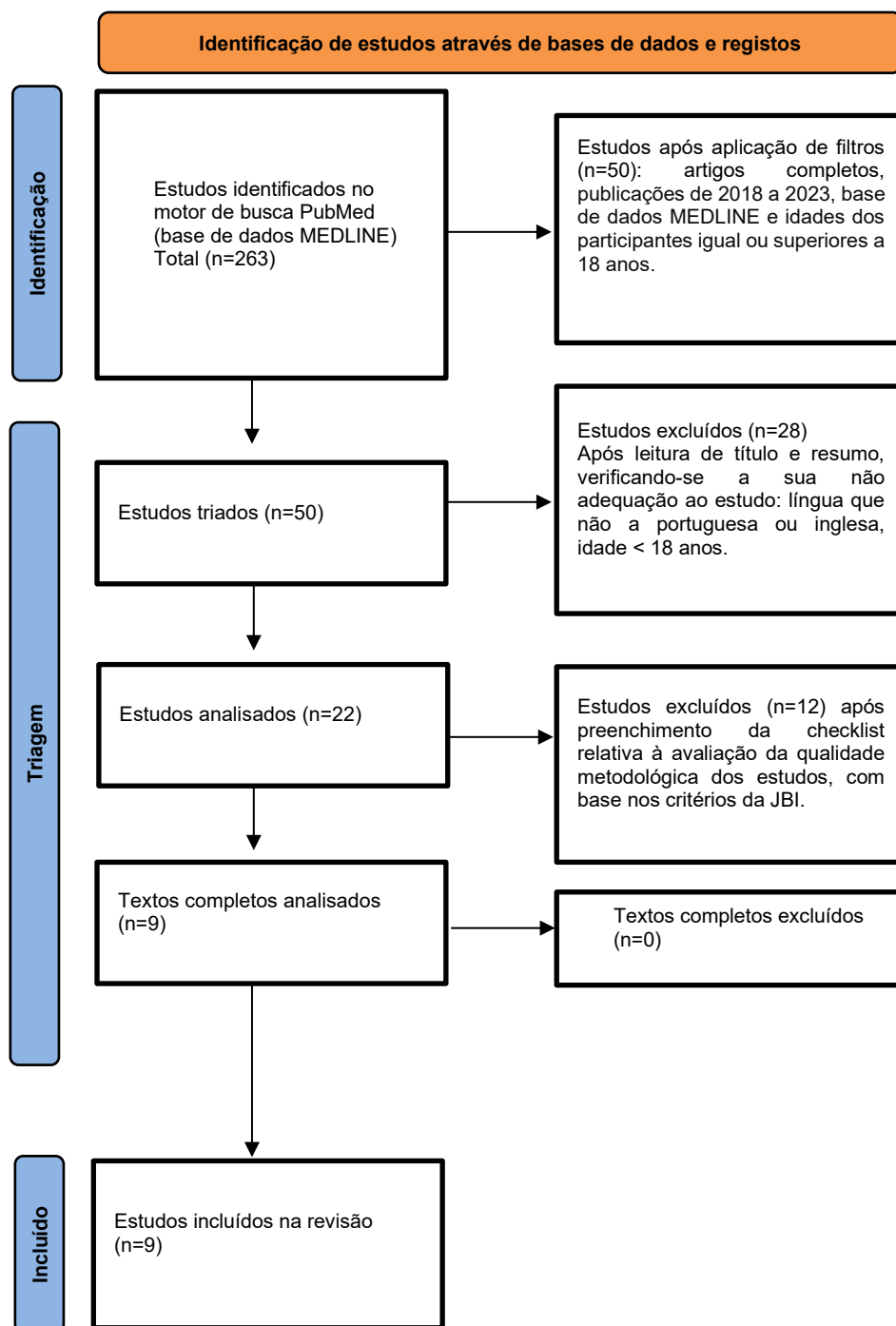


Figura 9 - Metodologia de Pesquisa tipo [PRISMA].

Legenda – n – número.

Fonte – Elaboração própria (adaptado de Page et al., 2021, p. 15).

Os artigos obtidos foram analisados segundo o Manual de *Joanna Briggs Institute*, de forma a verificar o seu nível de evidência.

No quadro 1, encontra-se os títulos dos nove artigos obtidos, bem como o respetivo nível de evidência e o país de origem.

Quadro 1 - Nível de evidência segundo a aplicação da JBI e respetivos países.

Título, autores e ano	Nível de evidência	País
E1: “Home physical exercise improves functional mobility and quality of life in elderly. A CONSORT-prospective, randomized controlled clinical trial”. Brandão et al., (2020).	1.b	Brasil
E2: “Article Three-Month vs. One-Year Detraining Effects after Multicomponent Exercise Program in Hypertensive Older Women”. Leitão et al., (2022).	1.a	Portugal/Brasil
E3: “A randomized controlled trail of respiratory physiotherapy in lower respiratory tract infections”. Marques et al., (2020).	1.c	Portugal
E4: “Short and long-term effects of pulmonary rehabilitation in interstitial lung diseases: a randomised controlled trial. Respiratory research”. Perez-Bogerd et al., (2018).	1.b	Bélgica
E5: “Home-based aerobic exercise and resistance training for severe chronic”. Uchiyama et al., (2021).	1.c	Japão
E6: “Athlete older women and sedentary controls: compairing the incidence of frailty, physical aspects and falls”. Silva et al., (2020).	2.a	Brasil
E7: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – Programa TEIA”. Pires et al., (2019).	2.b	Portugal
E8: “Effects of Multidisciplinary Team-Based Nurse led Transitional Care on Clinical Outcomes and Quality of Life in Patients With Ankylosing Spondylitis”. Liang et al., (2019).	1.c	China
E9: “Long-term strength and balance training in prevention of decline in muscle strength and mobility in older adults”. Aartolahti et al., (2020)	2.b	Itália

Fonte – Elaboração própria.

2.3.2 - Resultados

Após leitura e análise dos artigos escolhidos para esta RSL, foi realizada uma síntese destes, apresentada no quadro 2, em que constam: a identificação e desenho de cada estudo, o objetivo e participantes relativos a cada um dos estudos, as intervenções destacadas como relevantes para a presente RSL e os resultados obtidos.

Quadro 2 - Síntese resultante da análise dos artigos.

Identificação do Estudo	Objetivo do estudo e participantes	Intervenções destacadas	Resultados Obtidos
E1: Brandão et al., (2020) Ensaio clínico randomizado controlado	Testar a hipótese de um programa de exercícios físicos domiciliares que possa melhorar a mobilidade funcional e a qualidade de vida [QV] de idosos da comunidade. n=125. GI: n=63; GC: n=62. 88% dos idosos incluídos são mulheres com 60 anos ou mais.	O grupo de intervenção [GI], realizou exercícios físicos no domicílio, higiene e do sono; já o grupo de controle [GC], realizou apenas atividades relacionadas com a higiene e sono).	O grupo de idosos que realizou o programa de exercícios físicos domiciliares apresentou melhora significativa na mobilidade funcional de acordo com o tempo de execução do teste TUG antes ($9,1 \pm 2$) e depois ($7,1 \pm 1$) com redução média de 2 ± 1 s ($P < 0,01$); Na QV dos idosos, também foram observadas diferenças, no GI, verificou-se por meio do escore global do WHO-QOL-OLD, que apresentou pontuação inicial de 85 ± 10 , passando para $90,4 \pm 9$ após a intervenção; O exercício físico domiciliar semisupervisionado é seguro e eficaz na melhoria da mobilidade funcional e da QV de idosos sedentários da comunidade.
E2: Leitão et al., (2022) Ensaio clínico randomizado	Analisar o efeito de interrupção da prática de exercícios multicomponentes em idosas hipertensas ativas ao longo de 12 meses em termos da capacidade funcional [CF] e dos perfis hemodinâmicos e lipídicos. n= 33 idosas. GI: n=19 idosas hipertensas com dislipidemia (média de idades 67,5 anos). GC: n=14 idosas hipertensas e com dislipidemia (média de idades 66,4 anos).	Durante 9 meses o GI realizou exercícios multicomponente (exercícios de força, flexibilidade, resistência aeróbica e equilíbrio) duas vezes por semana. Estrutura das sessões: aquecimento (5–8 min), exercício aeróbico (15–25 min), exercício resistido (15–20 min) e alongamentos (5–10 min). A intensidade do METP utilizada foi progressiva; para o exercício aeróbico, no primeiro mês, mantivemos em 2–3, e nos meses seguintes aumentamos para 4–5 de acordo com a escala adaptada de Avaliação de Esforço Percebido. Para os exercícios resistidos, o primeiro mês foi utilizado para familiarização e adaptação aos exercícios e suas técnicas, e nos meses seguintes aumentamos as séries e repetições de 2 para 4 e de 16 para 30, respectivamente. Após o METP, os participantes seguiram doze meses consecutivos sem a prática de exercícios, porém foram solicitados a manter seus estilos de vida normais (rotinas alimentares e de atividade física) e a evitar exercícios regulares. Durante os doze meses, foram monitorizadas frequentemente por telefone. E suspendeu-os durante 12 meses.	Nove meses de programa de exercícios foram eficazes no GI: melhorou a capacidade funcional; diminuiu o perfil hemodinâmico e lipídico; Aumentos na força muscular, capacidade cardiorrespiratória e flexibilidade após períodos de nove meses de METP; O exercício ajuda as mulheres mais velhas a regular seus perfis hemodinâmicos e lipídicos; O METP resultou na melhoria do perfil de saúde das idosas hipertensas, mas um ano de interrupção do exercício comprometeu esses benefícios. Na verdade, os primeiros três meses de destreinamento resultaram em mudanças negativas substanciais em quase todos os perfis de saúde analisados.
E3: Marques et al., 2020 Estudo randomizado controlado	Verificar os efeitos da RFR, comparativamente aos cuidados farmacológicos tradicionais na sintomatologia e funcionalidade de pessoas com infecção do trato respiratório inferior (ITRI). n = 115. GE: n = 55; idade: $56,02 \pm 18,5$ anos. GC: n = 60; idade: $54,1 \pm 17,3$ anos.	Grupo experimental: tratamento farmacológico convencional combinado com RFR, que inclui: controle da respiração (respiração com os lábios semicerrados, posições de descanso e relaxamento e respiração diafragmática); EDIC e ELTGOL; técnica do CATR, treino de exercícios (mobilização dos membros superiores, inferiores e tronco, fortalecimento muscular e exercícios de alongamento) e sessões de educação para a saúde. Grupo de controle: tratamento farmacológico convencional.	Ambos os grupos melhoraram em todas as variáveis estudadas, à exceção dos valores obtidos na escala modificada de Borg; - Melhoria em termos de crepitação pulmonar, valores de saturação de oxigênio, da escala mMRC e da prova de marcha de 6 minutos no GE.
E4: Perez-Bogerd et al., (2018) Estudo clínico randomizado	Avaliar a viabilidade e eficácia de um programa multidisciplinar de RP mais longo (6 meses) sobre tolerância ao exercício, força muscular, qualidade de vida e atividade física.	o GR foi integrado num programa de reabilitação no domicílio durante 6 meses com uma total de 60 sessões, 3 vezes por semana durante os primeiros 3 meses e depois 2 vezes por semana.	Um programa de reabilitação pulmonar ambulatorial de 6 meses resultou em melhorias na capacidade funcional e de exercício máximo, no estado de saúde e na força muscular, mas não na atividade física em pacientes com Doença pulmonar intersticiais [DPI]. Os benefícios foram mantidos no acompanhamento de 1 ano.

	n=60. GR: n=30; GC:n=30 com uma média de idade de 64 anos	O GC foi apenas tratado com cuidados médicos.	
E5 – Uchiyama et al., (2021) Estudo randomizado controlado	Avaliar os efeitos de um programa de exercícios domiciliares envolvendo exercício aeróbico [EA] e exercício resistido [ER] em pacientes ambulatoriais com DRC em estágio 4. n= 46. GE: n=23; GC: n=23, pacientes predominantemente do sexo masculino (72%), com idade mediana de 73 (69-78) anos.	GE – foi instruído a realizar EA individualizada não supervisionada em casa, três vezes por semana, e TR duas vezes por semana, durante 6 meses (realizassem uma sessão por dia para cada grupo muscular, incluindo latíssimo, eretor da espinha, deltoide, bíceps, tríceps, quadríceps, isquiotibiais, glúteo médio, adutor magno, gastrocnêmio e tibial anterior, usando TheraBand. cada sessão envolvendo 10 repetições	O programa pode melhorar a capacidade aeróbica, várias subescalas de QVRS, inflamação sistêmica, biomarcadores urinários e função mitocondrial, sem efeitos adversos.
E6 - Silva et al., (2020) Estudo transversal comparativo entre dois grupos	Comparar a incidência de fragilidade, aspectos físicos e número de quedas entre mulheres idosas e controles sedentários com 65 anos ou mais. n=70 mulheres com idade média de 73,96 anos, com um desvio padrão de 7,52 anos. A maioria das mulheres mais velhas tinha entre 1 e 4 anos de escolaridade (41,4%), eram viúvas (52,9%), consumiam entre 1 e 2 medicamentos (47,1%) e não tinham sofrido quedas (60%). No entanto, é importante destacar que 40% das mulheres mais velhas avaliadas sofreram pelo menos uma queda nos últimos doze meses.	O estudo foi realizado com base no fenótipo de fragilidade (Critérios de Fried) e histórico de quedas nos últimos 12 meses, seguido pela avaliação da potência muscular (Teste de sentar e levantar 5x), mobilidade funcional (Time Up and Go), equilíbrio (Mini BESTest) e medo de cair (Falls Efficacy Scale). Para análise estatística foram utilizados os testes Mann Whitney e Qui-Quadrado.	As mulheres idosas que praticavam atividade física apresentaram uma menor prevalência de fragilidade e medo de cair, bem como melhores condições físicas. O exercício físico regular: reduz o número de medicamentos utilizados; proporciona uma vida social mais ativa; previne doenças emocionais e psicológicas, além de prevenir doenças crônicas não transmissíveis, que afetam diretamente os aspectos físicos do idoso. As mulheres idosas atletas apresentam melhores aspectos físicos (equilíbrio, força de preensão, potência muscular, mobilidade funcional e velocidade de marcha) quando comparadas às mulheres idosas sedentárias.
E7: Pires et al., (2019) Estudo quasi-experimental, com grupo de controle	Avaliar o impacto do programa de 12 semanas, em idosos ativos institucionalizados, sobre o estado de equilíbrio, cognição, sintomatologia de incontinência urinária e qualidade de vida. n= 32. GP: n=17 e GC: n=15 com médias de idades de 83,3 anos.	O grupo de programa teve duas sessões semanais de treino de equilíbrio e treino muscular do assoalho pélvico e uma sessão semanal de estimulação cognitiva intercaladas e grupo de controle não foi sujeito à intervenção.	Melhoraram a mobilidade e consequentemente melhoraram a performance da marcha, do equilíbrio, estático e dinâmico; redução da tensão arterial, a diminuição da frequência cardíaca, o decréscimo do peso e consequentemente do índice de massa corporal. Maior confiança em desempenhar tarefas domésticas, como cuidar da casa e preparar comida, bem como, nas saídas ao exterior (AIVD); Como ganhos secundários, verificou-se que o ensino e conscientização dos tempos respiratórios, parte constituinte das sessões de treino de equilíbrio, permitiu aumentar a capacidade aeróbia e a tolerância ao esforço cardiovascular, originando uma descida do valor médio da tensão arterial e frequência cardíaca.
E8: Liang et al., (2019). Estudo Randomizado controlado	Investigar o impacto dos cuidados de transição, por uma equipa multidisciplinar liderada por um enfermeiro, nos resultados clínicos e na qualidade de vida, dos doentes com espondilite anquilosante. n= 95. GE: n=49 e GC: n=46	O grupo experimental recebeu cuidados intensivos de transição por uma PQT liderada por uma enfermeira, enquanto o grupo de controle recebeu cuidados de enfermagem de rotina. A atividade da doença, a mobilidade da coluna vertebral, a função abrangente, a utilização dos serviços de saúde e a qualidade de vida foram avaliadas no início e aos seis meses com o Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index, o Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), o Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), um questionário de utilização de serviços de saúde e versão 2 do inquérito de saúde Short Form-36.	O estudo evidencia que, os cuidados de transição baseados numa equipa multidisciplinar liderada por um enfermeiro melhoram a atividade, funcionalidade e a qualidade de vida e reduzem as hospitalizações, em doentes com espondilite anquilosante; - Isso indica que, a equipa multidisciplinar liderada por um enfermeiro, tem benefícios clínicos significativos e deve ser aplicada em cuidados transitórios para doentes com espondilite anquilosante; - Sugerem-se novas investigações no futuro, numa perspectiva de follow-up e suporte social a estes doentes.
E9: Aartolahti et al., (2020) Estudo Observacional de coorte único	Avaliar os efeitos do TRE supervisionado, uma vez por semana, durante mais de 2 anos, sobre a força muscular e o funcionamento físico em uma amostra comunitária de pessoas com 75 anos ou mais. n= 182 (n=130 mulheres e n=52 homens) com idade média de 80 anos.	Treino realizado uma vez por semana durante 2,3 anos. As sessões tinham uma duração de 60 minutos de treino. Realizados exercícios de aquecimento (estáticos e dinâmicos, caminhada, rotação, de alcance). Exercícios de resistência (extensão e flexão do joelho, adução, abdução e extensão da coxa, flexões abdominais). 1 repetição máxima no início e à posteriori 3 a 6 repetições com séries de 2 a 3 vezes.	O treino de força e equilíbrio realizado e supervisionado uma vez por semana pode ajudar a prevenir o declínio relacionado à idade na mobilidade e na força muscular; Tanto homens como mulheres melhoraram a capacidade de levantar-se da cadeira; A extensão do joelho e a força de flexão das mulheres melhoraram, bem como a velocidade máxima de caminhada. Nos homens não se verificaram alterações ao nível da força muscular e velocidade na caminhada. A atividade física traz benefícios para manter a mobilidade e autonomia da pessoa.

Legenda – GE – Grupo experimental; GI – Grupo de intervenção; GC – Grupo de controlo.

Fonte – Elaboração Própria.

Os artigos selecionados são provenientes de vario países, nomeadamente Brasil (E1, E2 e E6), Portugal (E2, E3 e E7), Bélgica (E4), Japão (E5), China (E8) e Itália (E9); possuem amostras populacionais que variam entre os 32 e os 290 participantes. A média de idades dos participantes relativamente aos estudos E1, E2, E3, E4 e E5, as médias de idade oscilam entre os 50 e os 70 anos. No entanto, nos estudos E6, E7, E8, E9 a média de idades oscilam entre os 70 e os 90 anos. Os programas de exercícios implementados foram na sua grande maioria em contexto domiciliário, à exceção do estudo E7 que contemplou pessoas em regime de institucionalização. Com base nos artigos selecionados, é possível observar uma diversidade de estudos que exploram os efeitos de várias intervenções, como exercícios físicos, reabilitação pulmonar, cuidados de transição, orientação para a saúde e treino de resistência, em diferentes grupos populacionais, como adultos/idosos, pessoas com doenças crónicas e indivíduos com várias condições de saúde.

O envelhecimento da população é uma realidade que tem despertado a atenção dos especialistas em saúde em todo o mundo. Com o aumento da esperança de vida, surgem desafios biopsicossociais que afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas, nomeadamente dos adultos mais idosos. Mudanças fisiológicas e funcionais são inevitáveis, e muitas vezes resultam em deficiência neuromusculares, vestibulares, visuais e somatossensoriais. Esses declínios afetam não apenas a independência das pessoas, mas também a sua autoconfiança e qualidade de vida (Brandão et al., 2020).

Um dos principais problemas enfrentados pela população idosa é o declínio no desempenho funcional, muitos vezes acompanhado pelo medo de cair. Essa preocupação não é infundada, pois as quedas representam um dos principais riscos para idosos, podendo levar a sérias consequências. Diante desse cenário, é fundamental desenvolver estratégias de intervenção que promovam a saúde e a independência das pessoas. Neste contexto, programas de exercícios específicos têm se mostrado eficazes na melhoria da força, equilíbrio e mobilidade funcional dos das pessoas. No entanto, a adesão a esses programas muitas vezes é baixa, devido a dificuldade de locomoção e adaptação ao ambiente dos exercícios. Para colmatar esse problema, o exercício físico em contexto domiciliário semisupervisionado surge como uma alternativa terapêutica viável, capaz de promover melhorias significativas na mobilidade e na qualidade de vida dos adulto/idosos sedentários (Brandão et al., 2020).

Além disso, é importante reconhecer a importância da atividade física na prevenção e no tratamento de diversas doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a doenças do foro respiratório e a doença renal crónica. Estudos têm demonstrado que os programas de exercícios bem estruturados podem reduzir o risco de mortalidade e melhorar a

qualidade de vida das pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, para garantir os melhores resultados, é fundamental que esses programas sejam adaptados às necessidades específicas de cada grupo populacional. Brandão et al., (2020), investigou os efeitos de um programa semisupervisionado de exercícios físicos no domicílio em idosos sedentários. Os resultados foram promissores, mostrando melhorias significativas na mobilidade funcional e na qualidade de vida dos participantes. Isso evidencia que o exercício físico em contexto domiciliar pode ser uma estratégia eficaz e segura para melhorar a saúde dos idosos. Já Leitão et al., (2022), focou nos efeitos de um programa de treino de exercícios multicomponentes em mulheres idosas hipertensas. Os resultados destacaram a importância da continuidade do exercício aeróbico de intensidade moderada. Além disso, estudos como o de Marques et al., (2020) e Perez-Bogerd et al., (2018) exploraram os efeitos da reabilitação respiratória em pessoas com infecções do trato respiratório inferior e da reabilitação pulmonar em pacientes com doenças pulmonares intersticiais, respectivamente. Ambos encontraram benefícios significativos na melhoria dos sintomas e na capacidade funcional das pessoas, ressaltando a importância dessas abordagens não apenas na saúde respiratória, mas também na qualidade de vida em geral. Por outro lado, Uchiyama et al., (2021) destaca a importância do exercício físico na gestão da doença renal crônica em estágio 4, mostrando melhorias significativas na capacidade aeróbica e na qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa. A prática de exercício físico regular são preditores de melhores aspectos físicos e reduz os índices de fragilidade (Silva et al., 2020).

Como podemos constatar no estudo de Pires et al., (2019), que o treino de equilíbrio tem demonstrado efeitos benéficos na redução do medo de cair, na melhoria da marcha e na qualidade de vida. Além disso, o treino dos músculos do assoalho pélvico é essencial para lidar com a incontinência urinária. Ou seja, a cognição e o controle motor estão intrinsecamente relacionado e desempenham um papel crucial nas atividades de vida diárias. Aartolahti et al., (2020), sugere que o treino de exercícios de força e equilíbrio uma vez por semana pode ajudar a evitar o declínio de força muscular da função física. Ou seja, um programa de exercícios estruturados e supervisionado reduzem o risco de incapacidade de mobilidade, porém são necessários profissionais diferenciados que tenham uma abordagem holística, de forma a promover mudanças de comportamento (Aartolahti et al., 2020). Neste sentido, Linag et al., (2019) propõe o desenvolvimento de uma equipa multidisciplinar liderada por enfermeiros. Uma vez que os cuidados de saúde e apoio social são tão cruciais quanto a participação ativa da pessoa nesse processo. Pois é possível envelhecer de forma ativa, vivendo mais anos e com melhor qualidade de vida, reduzindo a dependência e promovendo a autonomia por meio de intervenções comportamentais, sociais, económicas e ambientais.

No contexto atual da saúde, o enfermeiro desempenha um papel de extrema importância, atuando como facilitador do autocuidado ao longo do contínuo saúde-doença, com o propósito de “prestar cuidados de enfermagem a todo o ser humano”, visando a manutenção, melhoria e recuperação da saúde, auxiliando no alcance da máxima capacidade funcional (OE, 2019). Por sua vez, o EEER possui um elevado nível de conhecimento e experiência específica na área da reabilitação, intervindo junto de indivíduos com dependência funcional para capacitação e promoção da qualidade de vida (OE, 2019; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018;).

O EEER tem como objetivo primordial promover o diagnóstico precoce, implementar medidas preventivas de enfermagem de reabilitação, garantindo a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e incapacidades, além de fornecer intervenções terapêuticas destinadas a melhorar as funções residuais, preservar ou recuperar a independência nas atividades diárias e minimizar o impacto das incapacidades existentes, seja ao nível neurológico, respiratório, cardíaco, ortopédico ou outras deficiências e incapacidades (OE, 2019). Desta forma, o EEER presta cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em diversos contextos de prática de cuidados, capacitando a pessoa com deficiência ou limitação de atividade e maximizando a funcionalidade (OE, 2019).

Em suma, os estudos destacam a importância do exercício físico, da reabilitação e de outras intervenções, fornecendo insights valiosos sobre como promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Essas intervenções são cruciais para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional, resultando em ganhos significativos em saúde. Entre esses ganhos estão a prevenção de doenças e deficiências, a manutenção da independência e autonomia, e a garantia de que as pessoas possam desfrutar de um processo de envelhecimentos ativo e saudável (Brandão et al., 2020; Leitão et al., 2022; Uchiyama et al., 2021).

2.4 - GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida e tecnologicamente avançada a adaptação dos sistemas de saúde é imperativa. A especialização em Enfermagem de Reabilitação surge como resposta aos novos desafios, dotando os profissionais de competências específicas para lidar com a complexidade crescente das necessidades clínicas. Estes cuidados especializados visam a promoção do bem-estar, a recuperação da funcionalidade e a melhoria da qualidade de vida, abrangendo diversas fases e contextos clínicos. Os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, refletem não apenas a eficácia das intervenções, mas também a qualidade da prática profissional (Lopes et al., 2018). Para monitorizar e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados, são essenciais indicadores específicos, que

evidenciam o impacto das intervenções de ER na saúde das comunidades. A tabela 3 descreve os benefícios dessas intervenções, alinhados com os Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [PQCEER], proporcionando uma base estrutural para a avaliação e aprimoramento contínuo da prática profissional (OE, 2018).

2.4.1 - Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Atualmente, deparamo-nos com uma realidade que evidencia uma população envelhecida, muitas vezes afetada por condições de saúde crônicas e múltiplas. Ao mesmo tempo, estamos inseridos numa era de notável avanço tecnológico e transformações organizacionais, o que requer uma adaptação dos sistemas de saúde. Essa adaptação, especialmente no que diz respeito aos recursos humanos, tanto em quantidade como em distribuição, bem como na qualificação dos profissionais, é essencial para enfrentar os novos desafios sociais (Lopes et al., 2018).

O crescente nível de complexidade nas áreas clínicas demanda que os profissionais estejam sintonizados com essa tendência. Isso implica uma formação específica, especialmente por meio da especialização, principalmente no campo da enfermagem. A especialização em enfermagem proporciona aos profissionais competências específicas, tanto técnicas quanto científicas, que os capacitam a lidar com tarefas mais complexas, ultrapassando as exigências dos cuidados gerais e melhorando os níveis de conhecimento, aumentando a produtividade e promovendo uma melhor prestação de cuidados de saúde (Lopes et al., 2018).

Deste modo, os cuidados de ER representam uma área de intervenção especializada que se baseia num conjunto específico de conhecimentos e procedimentos. O seu foco está na promoção e manutenção do bem-estar e qualidade de vida, na recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e na maximização das capacidades. Estes cuidados dirigem-se a pessoas em todas as fases da vida e em diversos contextos clínicos, incluindo unidades de internamento agudo e de reabilitação, cuidados continuados e paliativos, bem como cuidados na comunidade (OE, 2018), destacando-se também os cuidados nas unidades de hospitalização domiciliária, uma valência mais recente em Portugal. Estas áreas de intervenção clínica contribuem significativamente para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018).

Os ganhos em saúde, que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, refletem o estado, comportamento ou perceção variável e mensurável de uma pessoa ou do seu familiar mais próximo ou pessoa de referência. Estes benefícios são grandemente influenciados pelas intervenções de enfermagem, que estão em consonância com a visão do enfermeiro e com os princípios sociais que norteiam a prática da enfermagem (Sue et al., 2010).

Para monitorizar esses ganhos, são essenciais indicadores que evidenciem as mudanças associadas a uma intervenção específica, oferecendo informações sobre esse fenómeno num determinado momento e contexto. Estes indicadores têm o propósito de refletir o impacto dos cuidados de enfermagem especializados na saúde das comunidades, constituindo assim uma base estrutural para a contínua melhoria da qualidade da prática profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e para a qualidade dos cuidados que estes profissionais prestam (OE, 2018).

Do ponto de vista da estudante os indicadores permitem impulsionar programas de melhoria contínua na qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e avaliar os benefícios em saúde para as pessoas que são particularmente sensíveis a estes cuidados especializados, como é o caso da pessoa adulta com alterações de mobilidade e comorbidades associadas.

Nesse sentido, foi elaborada a tabela 3 que descreve os benefícios das intervenções de enfermagem de reabilitação de acordo com PQCEER, fundamentados na RSL e na e alinhados com os sistemas de informação em Enfermagem (OE, 2018).

Ganhos resultantes das intervenções de enfermagem de reabilitação	
Satisfação do cliente	- Melhorias na qualidade de vida e na mobilidade, que podem conduzir a uma maior satisfação com os cuidados prestados (Brandão et al., 2020 e Pires et al., 2019). - Melhoria na qualidade de vida e na capacidade funcional, refletindo numa maior satisfação das pessoas (Brandão et al., 2020 e Leitão et al., 2022).
Promoção De saúde	- Promoção da saúde das pessoas: (Leitão et al., 2022; Marques et al., 2020 e Uchiyama et al., 2021). Onde as pessoas experimentaram melhorias na capacidade funcional, na qualidade de vida e na saúde respiratória após a participação em programas de exercícios físicos e reabilitação respiratória. - Promoção da saúde física e mental: através da prática regular de exercícios físicos domiciliares e reabilitação pulmonar (Perez-Bogerd et al., 2018 e Uchiyama et al., 2021).
Prevenção de complicações	- A prevenção de complicações é um ganho significativo das intervenções de enfermagem de reabilitação (Marques et al., 2020). Onde as pessoas com infeção do trato respiratório inferior apresentaram melhorias sintomáticas e funcionais com a implementação de programas de reabilitação funcional respiratória. - Redução do risco de complicações relacionadas à saúde, como fragilidade e quedas em mulheres idosas (Silva et al., 2020).
Bem-estar e autocuidado	As intervenções de enfermagem de reabilitação podem melhorar o bem-estar e promover o autocuidado das pessoas (Silva et al., 2020), onde as mulheres

Reeducação Funcional

idosas que praticavam atividade física regular apresentaram menor prevalência de fragilidade, melhor saúde física e maior confiança na realização de atividades diárias.

- Melhoria do bem-estar geral e da autoconfiança: para realizar atividades diárias, como cuidados domésticos e saídas ao exterior (Pires et al., 2019).
- Ganhos em conhecimento sobre hábitos de exercício: (Brandão et al., 2020; Leitão et al., 2022; Perez-Bogerd et al., 2018; Uchiyama et al., 2021; Silva et al., 2020; Pires et al., 2019; Liang et al., 2019 e Aartolahti et al., 2020).
- Aumento da capacidade funcional e mobilidade, assim como a melhoria da força muscular, como observado em diversos estudos, incluindo Brandão et al., (2020), Leitão et al., (2022) e Aartolahti et al., (2020).
- Taxa de prevalência de intolerância à atividade: (Marques et al., 2020; Perez-Bogerd et al., 2018 e Uchiyama et al., 2021).
- Taxa de resolução e prevalência limpeza das vias aéreas ineficaz: (Marques et al., 2020; Perez-Bogerd et al., 2018).
- Proporção de pessoas a quem foi aplicada a escala para avaliação da força muscular: (Brandão et al., 2020; Marques et al., 2020; Perez-Bogerd et al., 2018; Uchiyama et al., 2021 e Aartolahti et al., 2020).
- Ganhos em melhoria do movimento muscular: (Brandão et al., 2020; Leitão et al., 2022; Perez-Bogerd et al., 2018; Uchiyama et al., 2021; e Aartolahti et al., 2020).
- Ganhos em conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular: (Brandão et al., 2020; Leitão et al., 2022; Silva et al., 2020; Pires et al., 2019; Liang et al., 2019 e Aartolahti et al., 2020).
- Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular: (Brandão et al., 2020; Leitão et al., 2022; Silva et al., 2020; Pires et al., 2019; Liang et al., 2019 e Aartolahti et al., 2020).
- Taxa de prevalência de movimentos muscular diminuído: (Marques et al., 2020; Perez-Bogerd et al., 2018 e Uchiyama et al., 2021).
- Proporção de clientes a quem foi aplicada Índice de Tinetti para avaliar o equilíbrio corporal: (Pires et al., 2019 e Aartolahti et al., 2020).
- Ganhos em conhecimento e capacidade sobre e para usar a técnica de equilíbrio corporal: (Pires et al., 2019 e Aartolahti et al., 2020).

Promoção
Da
Inclusão
Social

- Melhoria da participação social e qualidade de vida: em idosos institucionalizados (Pires et al., 2019).

Organização
dos
cuidados
de
saúde

- A organização eficaz dos cuidados de saúde é um benefício das intervenções de enfermagem de reabilitação, pois essas intervenções geralmente implicam uma abordagem multidisciplinar e coordenada para assegurar que as pessoas recebam cuidados abrangentes e integrados (Liang et al., 2019), onde um programa de transição liderado por uma equipa multidisciplinar melhorou a atividade da doença, a funcionalidade e a qualidade de vida em pacientes com espondilite anquilosante.
- A implementação de programas de cuidados multidisciplinares liderados por enfermeiros resulta em melhorias nos resultados clínicos e na qualidade de vida (Liang et al., 2019).

Tabela 3 - Ganhos resultantes das intervenções dos programas de reabilitação.

Fonte – Elaboração Própria.

os estudos fornecem insights valiosos sobre como podemos promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, destacando a importância do exercício físico, da reabilitação e de outras intervenções. Estas são cruciais para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional, resultando em ganhos significativos em saúde. Entre os ganhos estão a prevenção de doenças e incapacidades, mas também podem ajudar a manter a independência e a autonomia das pessoas, garantindo que elas desfrutem plenamente do processo de envelhecimento de forma ativa e saudável (Brandão et al., 2020; Leitão et al., 2022; Uchiyama et al., 2021).

2.5 - PROPOSTA DE MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população portuguesa e o aumento das doenças crónicas destacam a necessidade de cuidados especializados. O presente capítulo explora a importância do Modelo de Prática Profissional [MPP] em ER para atender às complexas necessidades de saúde. O MPP, fundamentado em teorias de enfermagem, visa garantir a qualidade dos cuidados, promover a autonomia da pessoa e fornecer resultados de excelência. Destaca-se a relação entre enfermeiro e a pessoa como crucial para o sucesso do MPP, influenciando tanto a avaliação diagnóstica quanto a intervenção terapêutica. O MPP proposto enfoca a personalização dos cuidados, a adaptação às necessidades individuais e a integração numa equipa multidisciplinar. Através de uma abordagem sistemática e estruturada, busca-se alcançar ganhos significativos em saúde nos cuidados ER.

2.5.1 - Proposta de Modelo de Prática Profissional de Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas

Nas últimas décadas, apesar dos processos de transição na saúde, com foco na doença crónica (caracterizados muitas vezes por comorbilidades), o inexorável envelhecimento da população portuguesa, ocorre simultaneamente com a melhoria visível da qualidade de vida das populações e do acesso a mais e melhores cuidados de saúde, torna inevitável o acompanhamento profissional de um número cada vez mais crescente de pessoas com declínio da funcionalidade e com dependência no autocuidado (Petronilho et al., 2021).

Para obter respostas adequadas e eficazes a estes desafios múltiplos e complexos, em que a continuidade de cuidados ao longo do tempo é uma dimensão essencial, com ambientes terapêuticos caracterizados por uma grande prevalência/incidência de doenças crónicas em diferentes processos (respiratório, neurológico, musculoesquelético), torna-se primordial a intervenção do EEER, dada a natureza das suas competências profissionais específicas e altamente diferenciadas (Petronilho et al., 2021).

No processo de seleção de um ou mais referenciais teóricos para fundamentar a prática, é esperado que os enfermeiros, e especialmente os EEER, reconheçam a importância das teorias de enfermagem. Eles devem avaliar os conceitos estabelecidos por quem as desenvolveu e a sua congruência com o seu próprio processo de trabalho (Ribeiro et al., 2018).

Apesar da existência de vários modelos e teorias com contributo para a enfermagem de reabilitação, em sintonia com os referenciais teóricos com os quais os EEER mais se identificam (Martins, 2018; Ribeiro & Silva, 2018), como estudante do mestrado na especialidade de reabilitação optei por desenvolver uma proposta de modelo de prática profissional em enfermagem, fundamentada na interligação das teorias do autocuidado de Orem e a transição de Afaf Meleis.

Os MPP em enfermagem proporcionam a estrutura para que os enfermeiros assegurem a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, garantindo ao mesmo tempo a sustentabilidade da sua profissão, alcançando resultados exemplares e promovendo a excelência dos cuidados de enfermagem (Ribeiro et al., 2016).

Os MPP podem ser definidos como sistemas que englobam estruturas, processos e valores que sustentam a prática dos cuidados de enfermagem, integrando diversos elementos que os caracterizam, tais como: autonomia, gestão partilhada, responsabilidade, relações profissionais, modelo de prestação de cuidados às pessoas e mecanismos de compensação e recompensa, refletindo a ação do enfermeiro e a sua prática corporativa, bem como a forma

como este profissional incorpora a missão, visão, valores, filosofia e teorias de enfermagem na sua prática (Ribeiro et al., 2016).

Um MPP em enfermagem fornece as bases conceituais para que os enfermeiros possam antecipar e comunicar a sua prática, através de fundamentos que promovem uma ação segura, de elevada qualidade e centrada na pessoa que estão a cuidar, integrando e articulando as contribuições teóricas na prática (Ribeiro et al., 2016).

De acordo com Ribeiro et al. (2016), para além de constituir uma estrutura orientadora para a prática dos enfermeiros, os MPP também definem a forma como os enfermeiros, as pessoas que estão a ser cuidadas e as organizações onde estão inseridos comunicam entre si e estabelecem as relações.

De uma forma geral, os MPP em enfermagem são compostos por uma base teórica que se apoia nas teorias de enfermagem ou nos valores organizacionais das instituições onde estão inseridos, além de seis componentes comuns: liderança; prática independente e colaborativa dos enfermeiros; ambiente de prática; investigação e inovação; desenvolvimento e reconhecimento dos enfermeiros e resultados das pessoas (Ribeiro et al., 2016; Slatyer et al., 2016).

Independentemente dos seus constituintes, o principal foco dos MPP em enfermagem reside na pessoa cuidada, sendo a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa o elemento crucial para o sucesso do mesmo (Ribeiro et al., 2016). Esta perspetiva está em consonância tanto com a teoria de Orem como com a teoria de Meleis, as quais atribuem significativa importância à relação entre enfermeiro e a pessoa, procurando compreendê-la e descrevê-la. Ambas as teorias englobam dois elementos interligados, mas distintos: a natureza e o processo da relação enfermeiro-pessoa com necessidades de cuidados (Meleis, 2010, Orem, 2001).

No que diz respeito à natureza da relação: este elemento refere-se à essência ou qualidade básica da interação entre enfermeiro e a pessoa. Envolve o tipo de ligação que se forma entre eles, destacando as características fundamentais dessa relação, como confiança, empatia, respeito mútuo e compreensão.

Quanto ao processo da relação: este elemento descreve como a interação entre enfermeiro e a pessoa se desenvolve ao longo do tempo. Abrange as etapas, dinâmicas e padrões de comportamento que surgem durante o relacionamento, desde o primeiro encontro até à conclusão do cuidado. Isso inclui a comunicação, a partilha de informações, a tomada de decisões conjuntas e a resolução de problemas, entre outros aspetos (Meleis, 2010, Orem, 2001).

Assim, ambas as teorias buscam não apenas explicar a relação enfermeiro-pessoa alvo de cuidados, mas também reconhecer a sua complexidade e importância na prática de enfermagem. Elas fornecem um quadro teórico para compreender e aprimorar essa relação, visando promover melhores resultados para a pessoa e uma prática de enfermagem mais eficaz.

A essência da relação está intimamente ligada ao processo de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. Nesse contexto, Orem sustenta que o processo de avaliação diagnóstica consiste em identificar as necessidades de autocuidado do indivíduo, enquanto Meleis destaca que a avaliação diagnóstica pode envolver a análise das transições de saúde da pessoa, identificando mudanças, desafios e recursos disponíveis. Relativamente à intervenção terapêutica de Orem, esta implica a implementação de estratégias de autocuidado para atender a essas necessidades. Orem preconiza o desenvolvimento de planos de enfermagem com base nessas avaliações, com o intuito de promover a autonomia e a independência da pessoa no autocuidado. Por outro lado, a intervenção terapêutica proposta por Meleis pode incluir a facilitação da transição da pessoa entre diferentes estados de saúde, proporcionando apoio, educação e recursos para enfrentar as mudanças associadas à doença ou ao processo de reabilitação (Meleis, 2010, Orem, 2001).

Na perspectiva da estudante, estes dois processos são parte integrante da nossa prática clínica. A avaliação diagnóstica é crucial para compreender as necessidades, preocupações e condições de saúde da pessoa. Este processo ocorre no âmbito da relação entre enfermeiro e pessoa alvo de cuidados, onde o enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação procura compreender as experiências e perspectivas do paciente para oferecer cuidados individualizados e eficazes. De igual modo, a intervenção terapêutica está intimamente ligada à natureza da relação enfermeiro-pessoa alvo de cuidados. Após uma avaliação diagnóstica abrangente, o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos e competências para implementar estratégias de cuidado com vista a promover o bem-estar e a saúde da pessoa. Estas intervenções terapêuticas são realizadas em colaboração com a pessoa, tendo em conta as suas preferências, valores e objetivos de cuidado. Assim, tanto a avaliação diagnóstica como a intervenção terapêutica constituem elementos essenciais da relação entre enfermeiro e a pessoa, demonstrando o empenho do EEER em fornecer cuidados centrados no paciente e adaptados às necessidades individuais de cada um, estimulando uma aprendizagem relevante, fortalecendo comportamentos adaptativos, capacitando a pessoa de competências para gerir a doença (crónica) e atingir o mais alto nível de independência funcional na realização das suas atividades de vida diária, fomentando, deste modo, o autocuidado (Petronilho et al., 2021).

Destacamos que a pessoa pode mover-se entre os diferentes sistemas, dependendo da situação em questão, e, por isso, a ação do EEER deve ser adaptada à sua avaliação (Hernández et al., 2017).

Consideramos que a intervenção do EEER junto da pessoa adulta com comprometimento da mobilidade deve ser realizada de forma sistemática, estruturada e integrada numa equipa multidisciplinar, focada na relação enfermeiro-pessoa (e família) em contexto de hospitalização domiciliária. Esta intervenção deve incluir uma avaliação da funcionalidade, com o objetivo de manter a autonomia e/ou promover processos de readaptação, em relação a défices percebidos no autocuidado, bem como nas atividades de participação. Deve-se considerar não apenas as funções e estruturas do corpo, mas também os fatores ambientais, visando alcançar resultados que demonstrem ganhos em saúde (Fonseca et al., 2017; OE, 2018a).

Desta forma, o MPP proposto inclui um projeto de intervenção que visa diagnosticar as necessidades de cuidados de ER através de uma avaliação diagnóstica, focalizando-se nos défices de autocuidado e funcionalidade da pessoa com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas. Este projeto leva em consideração o apoio familiar e o contexto em que a pessoa está inserida, e inclui intervenção terapêutica de ER através de planos de intervenção personalizados e adaptados às necessidades individuais. É importante considerar a possibilidade de reavaliações durante a intervenção e, se necessário, reformular os planos elaborados, refletindo a natureza dinâmica e interligada de todo este processo (Meleis, 2010, Orem, 2001), com o objetivo de alcançar resultados que demonstrem ganhos em saúde nos cuidados de ER.

Para fornecer uma representação mais clara do MPP que proponho, apresento a seguir, na figura 9, um esquema que o ilustra. Isso está em consonância com a perspectiva de alguns autores (Ribeiro et al., 2016; Slatyer et al., 2016), os quais observam que a maioria dos MPP recorre a um modelo visual para comunicar a sua mensagem de forma direta e sistemática.

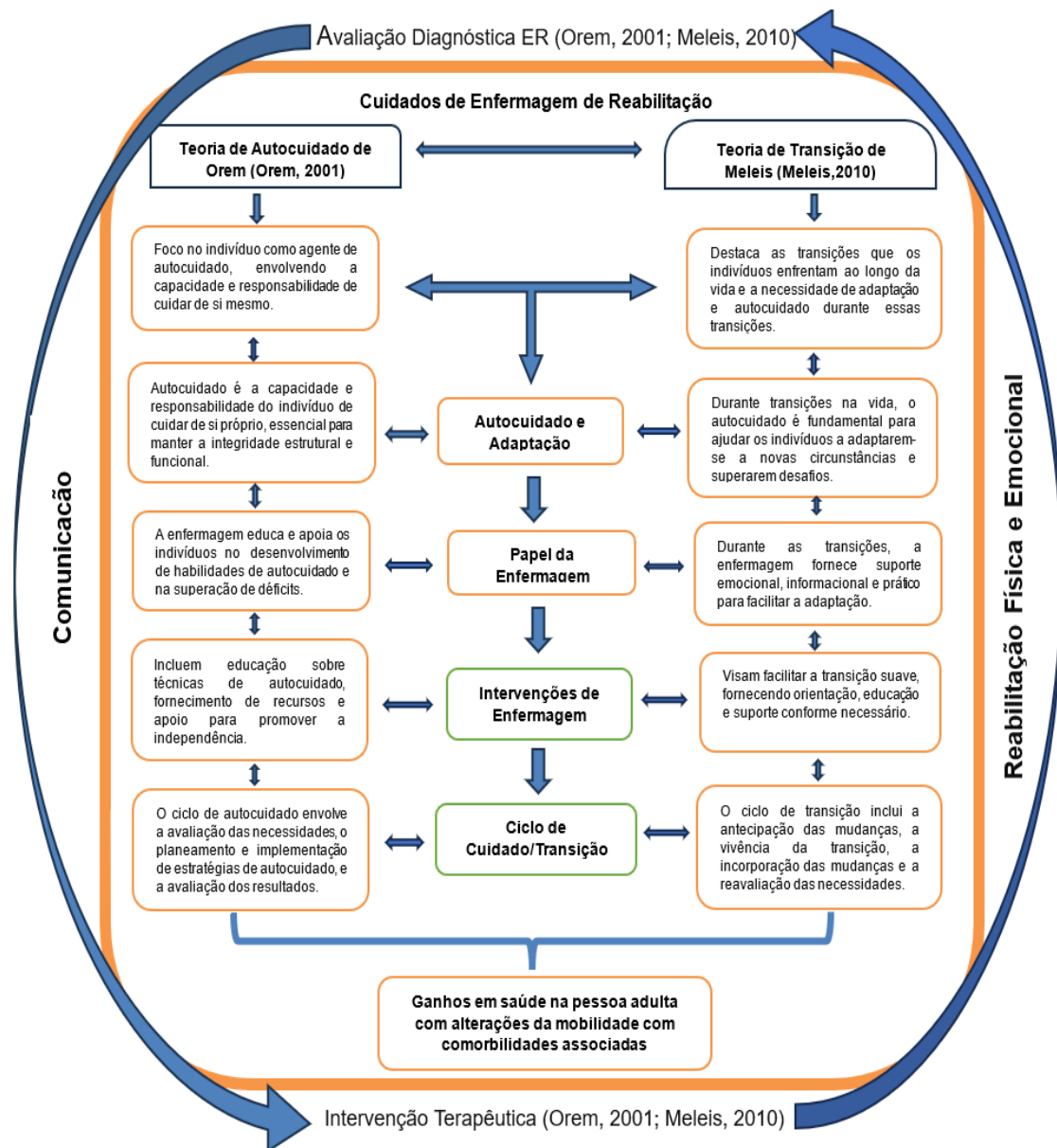


Figura 10 - Proposta de MPP de ER.

Legenda: ER – Enfermagem de Reabilitação.

Fonte: Elaboração própria (adaptado das teorias de Orem (2001) e Meleis (2010)).

O MPP de enfermagem traduz o conceito de autocuidado de Orem pode ser crucial para auxiliar os indivíduos a adaptarem-se durante transições, proporcionando-lhes as competências e recursos necessários para enfrentar os desafios que surgem durante esses períodos de mudança. Durante os períodos de transição, é possível que os indivíduos tenham de ajustar as suas rotinas de autocuidado para lidar com novas circunstâncias. Por exemplo, uma pessoa que está a passar por uma transição de doença para saúde pode necessitar de modificar as suas práticas de autocuidado para manter a sua recuperação e promover a sua saúde. Da mesma forma, a capacidade de se adaptar durante as transições pode ser facilitada pelo autocuidado, uma vez que os indivíduos que cuidam bem de si têm uma maior probabilidade de lidar eficazmente com os fatores de stress associados às mudanças na vida. Assim, o autocuidado de Orem e a adaptação durante as transições em Meleis estão interligados, uma vez que ambos envolvem processos pelos quais os indivíduos mantêm a sua saúde e bem-estar face às mudanças na vida. O autocuidado pode facilitar a adaptação durante as transições, enquanto a adaptação durante as transições pode influenciar os processos de autocuidado. Adicionalmente, as competências do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação são essenciais nestes processos, pois ele é capaz de proporcionar uma abordagem holística, promovendo não apenas o autocuidado, mas também a reabilitação física e emocional das pessoas durante os períodos de transição. O enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação é treinado para avaliar as necessidades específicas das pessoas e implementar intervenções personalizadas que visam melhorar a sua capacidade de autocuidado e adaptabilidade, promovendo, assim, uma transição mais suave e bem-sucedida para novas circunstâncias (OE, 2019).

Dessa forma, após esta breve introdução sobre os MPP de enfermagem e a apresentação do que propomos para este contexto, iremos agora detalhar, no próximo ponto, a metodologia que adotamos para este projeto de intervenção.

2.6. – METODOLOGIA

A investigação em Enfermagem tem um papel preponderante, uma vez que permite o desenvolvimento contínuo da profissão e consequentemente uma melhor prestação de cuidados. “A palavra Metodologia vem do grego: meta que significa para além de; odos, caminho; logos, discurso ou estudado.” (Vilelas, 2020, p. 21). Poderá então definir-se como um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento, constituindo um lugar central no interior das teorias (Vilelas, 2020).

O trabalho de investigação será considerado credível e bem recebido pela comunidade que o avalia se seguir uma metodologia científica específica. De acordo com Fortin, esta metodologia consiste num conjunto de métodos e técnicas que orientam o desenvolvimento do processo de investigação científica. Esta metodologia também faz parte do relatório, na qual são descritos os métodos, e técnicas utilizados durante a investigação. Segundo a mesma autora, a fase metodológica torna o estudo operacional, incluindo o tipo de estudo, a população e amostra, o método de recolha de dados, os procedimentos de tabulação e análise de dados, bem como implicações éticas (Fortin, 1999, pp 108-372). Os mesmos serão explanados nos pontos seguintes.

2.6.1 – Tipo de Estudo

Tendo em consideração os objetivos de aprendizagem do estágio final, a metodologia deste projeto de intervenção está inserida num contexto específico. Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva, realizado na UHDP de uma ULS da região do Alentejo, entre setembro e janeiro de 2024.

Os estudos quantitativos permitem transformar em números as informações recolhidas, para posterior interpretação e análise. Para tal, foram utilizados recursos e técnicas estatísticas, recorrendo ao Excel (Vilelas, 2020).

Os estudos descritivos analisam um fenómeno ou as características de uma população, servindo para aumentar o conhecimento sobre um problema. Analisam detalhadamente a manifestação de um fenómeno e seus componentes, avaliando um ou mais atributos. Têm como objetivo "a delimitação dos factos que suportam o problema de investigação", ou seja, a análise de "características demográficas (...), investigação das formas de conduta (...), descoberta da possível associação entre as variáveis (...)" (Vilelas, 2020, p. 214). Neste sentido, foram especificados os conceitos com base no enquadramento teórico conceptual e no MPP, que serviu para criar a ligação entre os conceitos e a sua descrição.

A descrição dos conceitos ou variáveis conduziu a uma interpretação da significação teórica dos resultados do projeto. Este forneceu uma visão detalhada e abrangente do fenómeno estudado, ajudando a compreender melhor a sua natureza e características.

A amostra foi selecionada por conveniência e incluiu nove [9] pessoas, orientadas no tempo, espaço e pessoa, apresentando um *Glasgow* de 15 na escala de Coma, que aceitaram participar neste projeto e usufruíram de cuidados de enfermagem de reabilitação.

2.6.2 - População Alvo

Para Fortin (2009), a população alvo corresponde ao conjunto de pessoas que preenchem os critérios de seleção previamente estabelecidos, permitindo generalizações. No entanto, Coutinho (2020) defende que a população alvo é o conjunto de pessoas ou elementos aos quais se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum. Assim, para este projeto, entendemos como população alvo o conjunto de pessoas com características comuns e que preenchem os critérios de seleção definidos (Fortin, 2009). Por outras palavras, a amostragem é o processo de seleção dos sujeitos que participam no estudo (Coutinho, 2020).

Deste modo, no projeto de intervenção, serão considerados os casos mais relevantes e adequados à problemática através de uma amostragem não probabilística accidental ou de conveniência, uma vez que nos permite selecionar os participantes de acordo com critérios de inclusão precisos previamente estabelecidos e com acessibilidade facilitada, tanto em termos de tempo como de localização (Fortin, 2009). Esta forma de amostragem permite obter facilmente sujeitos suficientes para o projeto de intervenção (Coutinho, 2020).

A seguir, enumeramos os critérios de inclusão que definimos: pessoas com um score igual ou superior a 11 na escala de coma de *Glasgow*, com idade igual ou superior a 20 anos, integradas na UHDP onde decorreu o estágio final (durante o período em que este ocorreu), que apresentem alterações da funcionalidade, respiratória, motora, neurológicas, bem como défice de autocuidado, identificadas pelos instrumentos de recolha de dados propostos, e que demonstrem necessidade de cuidados de ER, contribuindo para essa seleção, casos identificados pelos supervisores clínicos do EF. Como critérios de exclusão foram definidos: pessoas com idade ≤ 20 anos; pessoas com alterações da cognição e pessoas cuja família/cuidador não esteja disponível para participar no programa de reabilitação.

Assim, descrevemos os casos selecionados para integrar neste projeto, realizando uma caracterização sociodemográfica dos participantes na tabela 4. Garantindo a privacidade da amostra, utilizamos a letra (P), seguida de uma combinação de números para a sua identificação (ex.: P1, P2, etc.).

Ordem	Idade	Sexo	Nacionalidade	Habilitações Literárias	Profissão	Estado Civil
P1	71	Masculino	Portuguesa	Secundário	Músico	Casado
P2	86	Feminino	Portuguesa	1º Ciclo	Reformado	Casado
P3	22	Masculino	Portuguesa	Secundário	Operador Fabril	Solteiro
P4	76	Masculino	Portuguesa	1º Ciclo	Reformado	Viúvo
P5	78	Masculino	Portuguesa	Secundário	Reformado	Casado
P6	81	Masculino	Portuguesa	Secundário	Reformado	Casado
P7	62	Feminino	Brasileira	1º Ciclo	Cabeleireira	Casado
P8	67	Feminino	Portuguesa	3º Ciclo	Reformada	Casado
P9	55	Feminino	Portuguesa	Ensino Superior	Professora Primaria	Casado

Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra.**Fonte** – Elaboração própria.

Do ponto de vista sociodemográfico, constatamos que a média de idades da amostra é de 66,4 anos (mediana 71, Desvio padrão de 19,25), sendo que o participante mais velho tinha 86 anos e o mais novo 22 anos. 55,56% da amostra era do sexo masculino, em comparação com 44,44% do sexo feminino. As pessoas envolvidas neste projeto têm diferentes nacionalidades, sendo que 88,89% correspondem à nacionalidade portuguesa, em contraste com 11,11% de nacionalidade brasileira. Quanto ao estado civil, 77,78% da amostra eram casadas, enquanto os restantes 11,11% eram viúvas e solteiras. O total da amostra completou o 1.º Ciclo, sendo que 44,44% completou o ensino secundário e 11,11% completou o 3.º ciclo e o ensino superior. Em relação à situação profissional, 44,44% ainda se encontram na fase ativa, enquanto 55,56% dos participantes já se encontravam reformados.

2.6.3 - Instrumentos de Colheita de Dados

A adaptabilidade dos métodos de recolha de dados e subsequente análise promove a descoberta de novos fenómenos e aprofunda outros previamente conhecidos (Fortin, 2009).

Conforme indica Fortin (2009), os dados podem ser recolhidos de várias maneiras, seja através de entrevistas e questionários, utilizando escalas de medida, ou mesmo pela observação direta/avaliação dos participantes. Cabe ao investigador selecionar os instrumentos mais adequados para o estudo em questão e seus objetivos, questões de investigação ou hipóteses formuladas.

Fortin (2009) sugere que, ao escolher o método de recolha de dados mais adequado para uma determinada investigação, é importante selecionar aquele(s) que estejam em consonância com os pressupostos teóricos ou conceptuais que sustentam as variáveis em estudo, além

de oferecerem suficiente fidelidade e validade. Tendo em mente esta sugestão e visando uniformizar a recolha de dados para este projeto, focando-se na funcionalidade dos participantes e na identificação das suas necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, de forma individualizada, recorreremos principalmente à Escala de Coma de *Glasgow*, à versão modificada do Índice de *Barthel*, ao Índice de *Tinetti*, à Escala modificada de *Borg* e à Escala de Força de *Medical Research Council*.

A Escala de *Glasgow* é utilizada para avaliar o estado de consciência de uma pessoa, sendo composta por três categorias principais: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, cada uma com uma pontuação máxima. A soma destas categorias resulta numa pontuação total que pode variar de 3 a 15. Quanto maior a pontuação, maior o nível de consciência da pessoa. Esta escala é crucial para o projeto em questão, pois permite planejar intervenções específicas para a assimilação de conhecimento, adequadas para alguém consciente e orientado, com capacidade para continuar em casa os cuidados recebidos durante a internação (Jennett & Teasdale, 2020). Segundo a (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016), o plano terapêutico de reabilitação individual deve levar em conta, entre outros fatores, a avaliação funcional e a pontuação do Índice de *Barthel*.

O Índice de *Barthel* é utilizado para avaliar o nível de independência de uma pessoa na realização de dez atividades básicas da vida diária, ou seja, aquilo que a pessoa consegue fazer no momento da avaliação sem qualquer tipo de ajuda (seja física ou verbal). Estas atividades incluem comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Este índice fornece indicadores sobre a capacidade funcional geral e específica de cada atividade. No presente estudo, foi utilizada uma versão modificada do índice, que inclui algumas alterações ou adições aos itens originais do Índice de *Barthel*, tornando-a mais relevante para determinadas populações ou contextos clínicos específicos, como é o caso. Cada item avaliado recebe uma pontuação, refletindo o nível de independência funcional da pessoa em cada área. As pontuações variam geralmente de acordo com o grau de independência ou dependência do participante em relação à atividade avaliada (0 equivale a dependência total e 100 a independência total) (OE, 2016; Sequeira, 2018).

O Índice de *Tinetti*, desenvolvido por Mary Tinetti em 1986, é uma escala de avaliação usada para analisar o equilíbrio estático e dinâmico, bem como a marcha, em indivíduos idosos ou com dificuldades de mobilidade. Este índice avalia o equilíbrio estático na posição sentada, incluindo a capacidade de levantar-se, manter o equilíbrio imediato, ficar em pé com os pés paralelos, lidar com pequenos desequilíbrios na mesma posição, fechar os olhos nessa posição, fazer uma volta de 360 graus, apoiar-se numa perna e sentar-se. Quanto ao equilíbrio

dinâmico - a marcha, avalia-se o início da marcha, a largura e a altura dos passos direito e esquerdo, a simetria do passo, a continuidade do passo, o percurso de 3 metros, a estabilidade do tronco e a base de sustentação durante a marcha. Este não requer equipamentos sofisticados e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. A sua utilização serve para monitorizar a eficácia das intervenções do ER. É crucial para ajudar a determinar a funcionalidade e a independência das pessoas, bem como orientar o desenvolvimento de programas de enfermagem de reabilitação personalizados (Gil et al., 2020).

Seguidamente, torna-se relevante utilizar a Escala de Força do *Medical Research Council* em pessoas com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas. Esta escala avalia o nível de força nos diferentes segmentos do corpo, permitindo assim avançar com segurança para a realização de intervenções específicas por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Dias et al., 2021). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2016) o procedimento, pontuação e interpretação dos resultados funcionam da seguinte maneira:

A escala de força muscular gradua os níveis de força entre **0** (sem contração muscular palpável ou visível), **1** (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), **2** (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), **3** (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), **4** (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e **5** (força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (p. 43).

Por fim, a Escala Modificada de *Borg* foi desenvolvida por Gunnar Borg nos anos de 1982 com o objetivo de quantificar a perceção de esforço durante o exercício. Para além dessa finalidade, atualmente também é utilizada para auxiliar na prescrição de exercícios e na monitorização das intensidades de treino. Ou seja, permite medir o esforço percebido de forma associada à frequência cardíaca, determinando assim a intensidade do exercício praticado. É de fácil aplicação, tem um custo reduzido e pode ser utilizada diariamente em diversas atividades (Queiroz et al., 2020).

Esta escala consiste numa classificação de 10 pontos em que a intensidade da sensação de esforço é avaliada através de números, aos quais está associada uma descrição sobre a intensidade do mesmo, que varia de 0, "muito, muito leve", até 10, "muito, muito forte". A sua aplicação tem como objetivo garantir uma prescrição correta e uma intensidade adequada do

exercício, evitando sobrecargas nos sistemas musculares e cardiopulmonares, assim como complicações como dores, lesões e fadigas extremas (OE, 2016)

A escolha e aplicação dos instrumentos de recolha de dados mais relevantes e eficazes são de extrema importância, pois, na implementação dos planos de intervenção de reabilitação, o EEER utiliza a informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde. Desta forma, selecionam-se e prescrevem-se as intervenções adequadas para otimizar e/ou reeducar a função, com o objetivo de alcançar o projeto de saúde da pessoa, fazendo uso de indicadores sensíveis aos cuidados de ER, para avaliar os ganhos em saúde (OE, 2019).

2.6.4 - Considerações Éticas

Independentemente do contexto em que um determinado estudo se enquadre, é imperativo que a investigação seja conduzida com respeito pelos direitos das pessoas. É fundamental que os princípios do respeito pela pessoa e o princípio da beneficência estejam sempre presentes no processo de investigação (Fortin, 2009). Da mesma forma, é crucial salvaguardar princípios éticos como a confidencialidade e a privacidade dos participantes, assim como respeitar o consentimento livre e esclarecido (Fortin, 2009).

Segundo Nunes (2013), os enfermeiros têm a obrigação de proteger os direitos humanos em todas as circunstâncias. Além disso, devem garantir que toda a informação relevante é comunicada à pessoa para que esta possa consentir em tratamentos ou procedimentos, incluindo a participação em investigações.

A autora também enumera uma série de princípios éticos que devem orientar a pesquisa, com especial atenção para a proteção de grupos vulneráveis, como a população idosa (embora se deva ter em conta que, por definição, qualquer pessoa doente é considerada vulnerável). Os princípios éticos a serem considerados incluem beneficência, tanto para o participante como para a sociedade; avaliação da maleficência, sob o princípio de não causar dano; fidelidade, estabelecendo uma relação de confiança entre o investigador e o participante do estudo; justiça, realizando a investigação com equidade e sem favorecimento a nenhum grupo específico; veracidade, não ocultando a verdade sobre os riscos/benefícios, associando-se ao consentimento livre e esclarecido; e confidencialidade, protegendo a informação de caráter pessoal obtida durante o estudo (Nunes, 2013).

No decorrer da sua prática, o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação tem a responsabilidade de cumprir todas as normas éticas e legais, incluindo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], estabelecido pela OE em 2018, bem como

os princípios éticos da deontologia de enfermagem, que estão integrados no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [EOE] (OE, 2024). O REPE prevê a participação dos enfermeiros em projetos de investigação que visam o avanço da enfermagem em particular e da saúde em geral, enquanto a deontologia profissional estabelece deveres que os profissionais devem respeitar na sua prática, incluindo no contexto da investigação.

O artigo 100.º, alínea c), do EOE (Lei n.º 8/2024) estipula que o enfermeiro tem o dever de proteger e defender a pessoa humana contra práticas que violem a lei, a ética ou o bem comum. Da mesma forma, o artigo 102.º, alínea c), do mesmo EOE, determina que o enfermeiro deve proteger os direitos das pessoas idosas, promovendo a sua independência física, psicológica e social, e incentivando o autocuidado para melhorar a sua qualidade de vida (Assembleia da República [AR], 2024).

Deste modo, após considerar os princípios éticos que devem orientar a investigação em enfermagem, e tendo em conta que outros aspetos éticos podem não ter sido mencionados nesta contextualização, mas que foram tidos em conta durante o desenvolvimento do projeto, reconhecemos que as questões deontológicas, éticas e morais devem sempre acompanhar a nossa prática. Foi com base neste princípio que elaboramos o nosso projeto, submetendo-o à apreciação da comissão de ética do Instituto Politécnico onde decorre o presente mestrado e a ULS da região Alentejo, que emitiu um parecer favorável, conforme Anexo II.

Durante o desenvolvimento do estudo, demos especial atenção ao respeito pelo consentimento livre e esclarecido e à proteção dos dados dos participantes. Procuramos fornecer toda a informação de forma clara e relevante, permitindo que cada pessoa pudesse formar uma opinião informada e, se assim o desejasse, conceder o seu consentimento livre e esclarecido. Este consentimento foi formalizado através da assinatura de uma declaração, tanto pelo participante como pelo investigador. Esta declaração foi incluída como Apêndice II ao projeto submetido à comissão de ética, que aprovou o mesmo. Importa salientar que os participantes tinham o direito de desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificação.

Assegurou-se a confidencialidade e a privacidade dos dados dos participantes, adotando-se uma abordagem de codificação para qualquer referência a estes. Utilizaram-se combinações de números e a letra P nos campos de identificação do estudo (por exemplo, P1, P2, P3, etc.), de modo a impedir a identificação direta dos participantes. Não se utilizaram iniciais de nomes, datas de nascimento ou quaisquer outros elementos que pudessem revelar a identidade dos participantes em qualquer fase do projeto.

A codificação foi conhecida apenas pelo investigador e pelos participantes, garantindo-se assim o anonimato completo. Comprometeu-se perante a comissões de ética do Instituto Po-

litécnico e da ULS da região Alentejo a destruir os instrumentos de recolha de dados e qualquer informação relacionada com os participantes do projeto após a conclusão do mesmo e a entrega do Relatório de Estágio. Esta destruição poderia ainda ocorrer a pedido de qualquer um dos participantes ao longo do desenvolvimento do projeto, seja por desistência ou por outro motivo invocado.

Os dados físicos recolhidos foram armazenados num local considerado seguro (um armário com chave, sob a responsabilidade do investigador), enquanto os dados digitais foram guardados num sistema informático na (nuvem), protegido por palavra-passe, que apenas o investigador conhece. Foi garantida a destruição de todos os dados no final do projeto, após a apresentação do Relatório final.

2.6.5 - Plano de Intervenção

A Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel crucial na sociedade contemporânea, alinhado com os novos desafios decorrentes dos paradigmas emergentes das doenças crónicas e da dependência em pessoas com dificuldades de mobilidade, causadas pelas mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, bem como pelo aumento significativo de comorbilidades associadas. Estas mudanças exigem dos profissionais uma compreensão mais profunda dos fatores subjacentes a estes fenómenos, levando-os a repensar os modelos de intervenção, de modo a melhor se adaptarem às necessidades dos cidadãos (Fonseca et al., 2018; Reis et al., 2021). A promoção da saúde e a prevenção de doenças devem ser encaradas como responsabilidades partilhadas entre os indivíduos e os profissionais de saúde. O processo de envelhecimento traz consigo a acumulação de diversos fatores de risco, o que pode potencialmente fragilizar os adultos e idosos ao longo da vida. Lidar com situações de doença complexa muitas vezes requer intervenções interdisciplinares, onde se inserem os cuidados de enfermagem de reabilitação. É fundamental auxiliar as pessoas a manter a sua capacidade de autocuidado e a enfrentar as transições de vida de forma saudável. O objetivo principal é promover a saúde, prevenir doenças, tratar, reabilitar e gerir sintomas, capacitando assim para a independência e para transições saudáveis. Capacitar as pessoas em vários contextos é uma necessidade nos cuidados de reabilitação (Reis et al., 2021).

Neste sentido, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação conceber planos de intervenção que visem otimizar e/ou reeducar a função, desenvolvendo programas de reeducação funcional necessários para atingir os objetivos de saúde da pessoa (OE, 2019). Para avaliar os benefícios para a saúde resultantes das intervenções, é crucial que este profissional utilize indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

(OE, 2019). Assim, baseando-se numa abordagem holística e abrangente no cuidado à pessoa adulta/idoso com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas, optamos por delinear um plano de intervenção centrado na reabilitação física em ambiente domiciliário, considerando que o projeto foi desenvolvido com pessoas em regime de hospitalização domiciliária. Reconhecendo que o estado funcional das pessoas em contexto de hospitalização domiciliária pode variar significativamente, constituindo, no entanto, uma amostra com grande potencial de melhoria e aumento da qualidade de vida, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação baseados em exercícios físicos personalizados podem efetivamente concretizar este potencial.

O treino de exercício físico é uma estratégia importante na gestão de diversas doenças crónicas, sendo imperativo para melhorar o funcionamento físico e o bem-estar, especialmente em adultos mais velhos, dada a sua menor capacidade de reserva física em comparação com os indivíduos mais jovens (Teljigovic et al., 2024). Assim, o treino de exercício para pessoas com necessidades especiais torna-se uma ferramenta essencial, constituindo-se como coadjuvante terapêutico essencial para cumprir os objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Novo et al, 2021).

No âmbito do projeto, foram empregues diversas modalidades de exercícios, incluindo treino aeróbio, treino respiratório, treino de força, treino de equilíbrio e flexibilidade. A combinação destas modalidades visam potenciar os benefícios do exercício físico, desde que adaptada às necessidades individuais de cada pessoa e às suas condições clínicas. É fundamental clarificar cada modalidade para garantir que a prescrição do exercício físico seja realizada de forma ponderada e adaptada a cada pessoa (Delgado et al., 2020).

Treino aeróbio, também conhecido como treino de resistência, foca nos grandes grupos musculares, com duração moderada a longa, utilizando estímulos de intensidade moderada a elevada e recorrendo principalmente à energia produzida de forma aeróbica (Cordeiro & Meinoita, 2012). Este tipo de treino tem o efeito de aumentar a concentração de enzimas oxidativas do tipo I e converter as fibras glicolíticas do tipo II em fibras oxidativas do tipo II, aumentando assim a densidade da rede capilar muscular para promover a oxigenação e o desempenho nas Atividades de Vida Diária. As sessões de treino devem seguir três etapas, começando com um aquecimento gradual, onde os parâmetros fisiológicos, como a tensão arterial, frequência cardíaca e ventilação, aumentam progressivamente para facilitar a transição para a carga principal, e terminando com relaxamento/alongamento, evitando assim episódios de broncospasmo, hipotensão ortostática, síncope, entre outros. Este tipo de treino é adequado para qualquer pessoa, desde que as suas condições clínicas sejam tidas em conta (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2019). Em contexto de Hospitalização

Domiciliária, o treino aeróbio mais comum envolve caminhadas no exterior sempre que as condições meteorológicas o permitem, e subir e descer escadas dentro da habitação, tendo sempre em atenção à condição clínica da pessoa.

Treino de Força e Resistência envolve a realização de exercícios que contraem os músculos, aplicando uma força específica oposta, criando assim uma resistência determinada. Esta abordagem pode empregar a força máxima ou a tensão gerada pelo músculo, promovendo o aumento do tamanho das fibras musculares, o que, por sua vez, contribui para o aumento ou manutenção da densidade óssea, e fortalecimento de tendões e ligamentos, prevenindo a síndrome de desuso muscular associado ao repouso (Cordeiro & Menoita, 2012; Novo et al., 2021; OE, 2018). Este tipo de treino recruta pequenos grupos musculares com alta intensidade e curta duração. Os materiais utilizados em contexto de Hospitalização Domiciliária foram bandas elásticas, halteres e garrafas de água. Este tipo de treino deve ser cuidadosamente implementado de forma individualizada e progressiva. Recomendam-se sessões semanais, aumentando a intensidade de cada sessão (Novo et al., 2021). Este tipo de treino é melhor tolerado por pessoas com patologia respiratória, uma vez que causa menor sensação de falta de ar durante o exercício. Foram incluídos exercícios para membros superiores e inferiores, tanto assistidos quanto resistidos, dependendo das necessidades de cada pessoa (GOLD, 2019; OE, 2018).

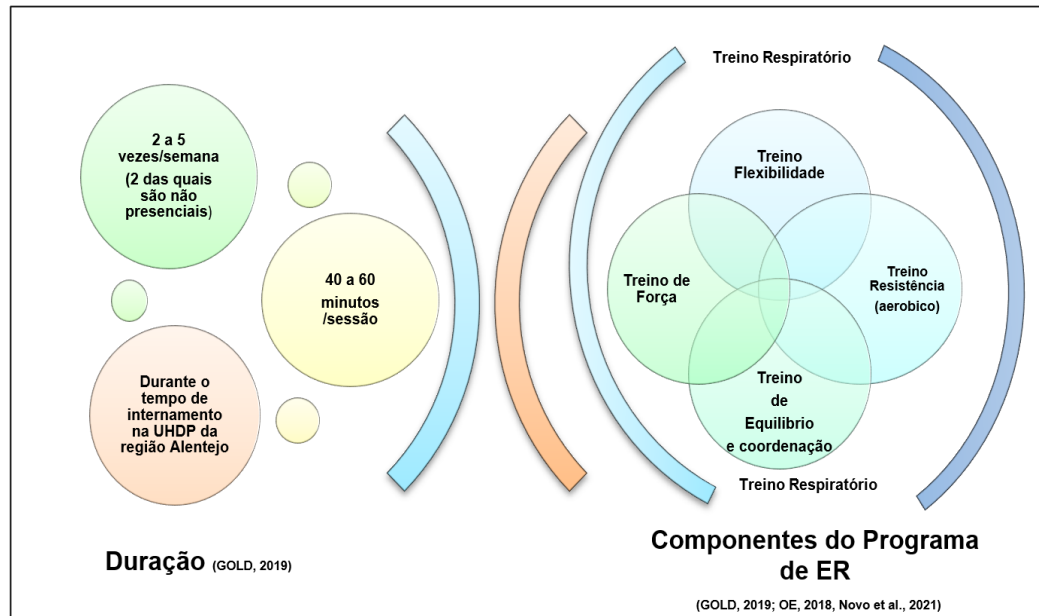
Treino respiratório otimiza a musculatura respiratória e promove um aumento da capacidade para realizar exercício físico, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida, especialmente em pessoas com fraqueza dos músculos inspiratórios. Para aqueles com comprovada fraqueza nesses músculos, recomenda-se iniciar o treino com cerca de 30% da capacidade máxima inspiratória, progredindo gradualmente até aos 60%. Este tipo de treino tem o potencial de melhorar a capacidade funcional (Novo et al., 2021). Existem três modalidades para exercitar os músculos respiratórios: hiperventilação normocápnica (onde a pessoa respira através de um circuito de reciclagem de ar, num período fixo); treino de pressão usando o «*Threshold Inspiratory Muscle Training - Threshold IMT*»; e treino inspiratório resistido (que pode ser realizado de duas formas: usando um dispositivo com um orifício de diâmetro variável, ou colocando pesos ou faixas, podendo também ser realizado manualmente com exercícios respiratórios, tanto na reeducação costal como diafragmática) (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2019; OE, 2018). No contexto do estágio na Hospitalização Domiciliária, a modalidade utilizada foi o treino inspiratório resistido, por ser considerada a mais adequada à realidade da amostra e passível de ser implementada em contexto domiciliário.

O treino de equilíbrio pode ser alcançado através de exercícios estáticos e dinâmicos, praticados com o objetivo de melhorar a capacidade da pessoa de responder a movimentos

de desequilíbrio ou a estímulos desestabilizadores causados pelo próprio movimento, pelo ambiente ou por outras causas (Novo et al., 2021).

O treino de flexibilidade é reconhecido como uma componente importante da condição física relacionada com a saúde e o desempenho, envolvendo a capacidade de alcançar os movimentos máximos possíveis em uma articulação. A flexibilidade está diretamente associada a cada articulação e é influenciada por diversos fatores, incluindo a elasticidade dos tendões e ligamentos. Os exercícios de flexibilidade visam melhorar a amplitude de movimento de uma articulação, permitindo que esta atinja o seu potencial máximo de movimento (Novo et al., 2021). No caso de pessoas com patologia respiratória, a melhoria da mobilidade torácica e postural pode aumentar a capacidade vital, uma vez que a respiração está intrinsecamente relacionada com a postura. As deformidades posturais estão associadas a um declínio da função pulmonar, à diminuição da qualidade de vida, à redução da densidade mineral óssea e ao aumento do trabalho respiratório. Recomenda-se a prática deste tipo de treino pelo menos 2 a 3 vezes por semana. Com este tipo de treino, é possível promover o aumento da amplitude pelo alongamento muscular, melhorando assim a flexibilidade e a coordenação dos movimentos. Embora esta modalidade de treino seja um componente de muitos programas de exercício, até à data não existem ensaios clínicos que demonstrem a sua eficácia isoladamente (GOLD, 2019; OE, 2018). A duração e intensidade do treino são variáveis devido à dispneia e à fadiga muscular que podem ser apresentadas pela pessoa. No entanto, existem algumas estratégias que podem ser incorporadas num programa de Reabilitação Respiratória para melhorar a tolerância ao exercício, como a otimização da terapêutica farmacológica, a suplementação de oxigénio, o treino intervalado e/ou o treino muscular localizado (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018; GOLD, 2019).

Assim, propomos (ver quadro 3) as características das sessões de intervenção para guiar o EEER nos cuidados prestados à pessoa adulta/idosa com alterações da mobilidade e comorbilidades associadas.



Quadro 3 - Características das Sessões de Reabilitação.

Legenda: ER – Enfermeiro de Reabilitação; UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente.

Fonte: Elaboração própria.

2.6.6. - Avaliação Diagnóstica

Para a avaliação diagnóstica deste projeto de intervenção, procedemos à recolha de informação relevante sobre a pessoa participante do programa de cuidados de enfermagem de reabilitação, que apresentava alterações da mobilidade com comorbilidades associadas. Esta avaliação considerou o estado clínico da pessoa e suas respetivas alterações, utilizando os instrumentos de avaliação mencionados na secção sobre instrumentos de colheita de dados. Para facilitar a colheita de dados, foi conduzido um questionário estruturado e feita a análise do seu processo clínico. Um formulário específico para essa finalidade foi elaborado e está disponível no apêndice III. Os diagnósticos de enfermagem (tabela 5) identificados serão formulados de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®], versão 2019/2020 (Garcia, 2020), e com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2022).

Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados
<i>Mobilidade Física Comprometida</i>	• Avaliação Funcional; • Plano de Exercícios Personalizados; • Treino de Marcha e Mobilidade; • Educação sobre Autocuidado; • Ambiente Seguro e Acessível; • Apoio Psicossocial; • Monitorização e Reavaliação Regular.	• Melhoria da Força Muscular; • Melhoria da Independência Funcional; • Melhoria na Marcha e na Mobilidade Funcional; • Redução do Risco de Quedas e Lesões; • Adaptação ao Ambiente (domiciliário); • Autoconfiança e Autoestima; • Manutenção dos Resultados a Longo Prazo.
<i>Intolerância à Atividade Física</i>	• Avaliação Funcional; • Prescrição de Exercícios; • Treino de Atividades de vida Diária; • Treino de Marcha e Mobilidade; • Educação sobre Conservação de Energia; • Treino de Respiração; • Monitorização de Sinais Vitais; • Monitorização e Reavaliação Regular.	• Melhoria da Tolerância à Atividade Física; • Aumento da Capacidade Funcional; • Aumento da Independência na Realização de AVD's; • Redução do Risco de Complicações; • Melhoria da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde.
<i>Intolerância a atividade física devido à dispneia</i>	• Monitorização dos Sinais Vitais; • Administração de Oxigénio Suplementar; • Ensino de Técnicas de Respiração; Modificação da Atividade; • Educação sobre Conservação de Energia; • Supervisionar o Apoio durante a Atividade.	• Melhoria na Tolerância à Atividade; • Capacidade de Realizar Atividades de Vida Diária sem Dispneia; • Ausência de Exacerbação de Dispneia durante a Atividade; • Melhoria na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.
<i>Intolerância a atividade física devido à fraqueza muscular</i>	• Avaliação funcional muscular; • Prescrição de exercícios de fortalecimento muscular; • Assistência com atividades de mobilidade; • Apoio psicossocial e motivacional;	• Melhoria na tolerância à atividade; • Aumento da força muscular; • Melhoria na qualidade de vida relacionada com a saúde; • Manutenção ou aumento da independência funcional;
<i>Risco de Desequilíbrio Postural</i>	• Avaliação Multidimensional; • Educação da Pessoa e Cuidadores; • Prescrição de Exercícios de Equilíbrio; • Adequação do Ambiente; • Monitorização da Marcha e da Mobilidade; • Monitorização Regular e Reavaliação.	• Manutenção da Estabilidade Postural; • Melhoria do Equilíbrio e Coordenação; • Adaptação ao Ambiente; • Melhoria na Marcha e na Mobilidade; • Autoconfiança e Segurança; • Manutenção da Independência Funcional; • Manutenção dos Resultados a longo Prazo.

Tabela 5 - Diagnóstico/Intervenções/Resultados de Esperados.**Legenda** - AVD's – Atividades de Vida Diárias.**Fonte** – Elaboração Própria.

2.6.7 – Sessões de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas, com base nos diagnósticos de Enfermagem.

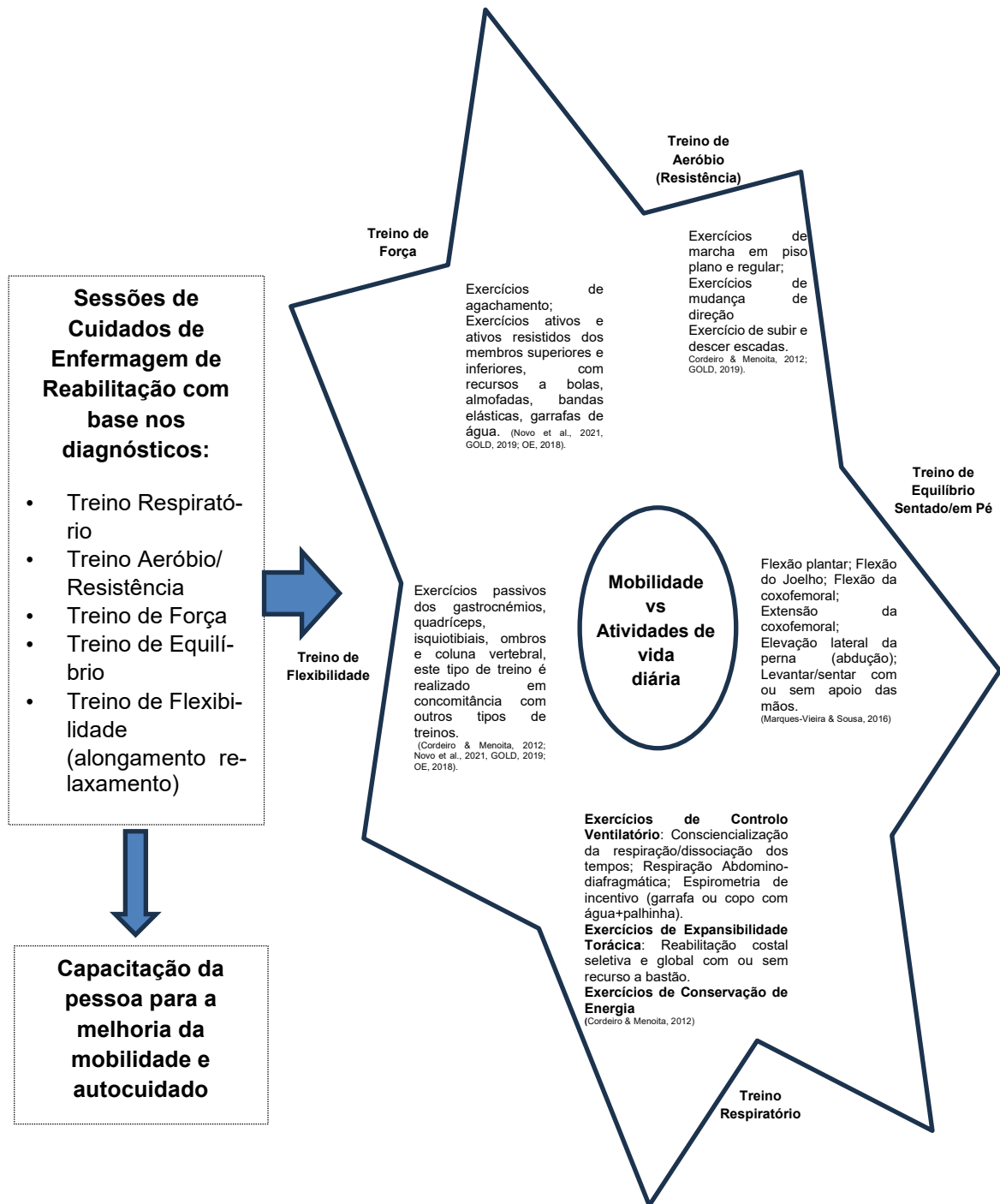


Figura 11 - Sessões de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.
Fonte – Elaboração própria (adaptado de Faria et al., 2022).

Características dos Componentes do Treino de Exercícios

Treino	Intensidade	Duração	Frequência
<i>Exercícios Respiratórios</i>	Leve/moderada	1-3 séries de 3-5 repetições	2 a 5 vezes por semana
<i>Exercícios Aeróbios</i>	Leve/moderada	10-20 minutos	2 a 5 vezes por semana
<i>Exercícios de Força Muscular</i>	Leve/moderada	1-3 séries de 8-10 repetições	2 a 5 vezes por semana
<i>Exercícios de Equilíbrio</i>	Leve/moderada	1-3 séries de 8-10 repetições	2 a 5 vezes por semana
<i>Exercícios de Flexibilidade</i>	Leve	1-2 séries de 5-8 repetições	2 a 5 vezes por semana

Tabela 6 - Características dos Componentes do Treino de Exercícios (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019).

Fonte – Elaboração própria.

Dado que a segurança é um aspeto fundamental nos cuidados de enfermagem de reabilitação que envolvem o exercício físico, foi crucial a avaliação dos sinais vitais e a utilização da escala de *Borg* modificada como forma de avaliação subjetiva do esforço e intensidade do treino.

Após a apresentação do programa de intervenção, procederemos à análise dos dados recolhidos. Em seguida, apresentaremos e discutiremos os resultados nos pontos subsequentes, numa tentativa de demonstrar ganhos em saúde através dos cuidados de enfermagem de reabilitação antes e após a nossa intervenção. Basearemos esta análise nos referenciais teóricos previamente descritos e compararemos os dois momentos chave do nosso projeto de intervenção: a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica de enfermagem de reabilitação (Lopes, 2006).

2.7 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, iremos apresentar e discutir os resultados obtidos, começando por expô-los e, posteriormente, analisando-os reflexivamente, confrontando-os com os fundamentos teóricos e a evidência científica.

2.7.1 – Apresentação dos Resultados

Nesta secção, vamos apresentar sucintamente os resultados em termos numéricos. Iniciaremos com a apresentação dos dados e depois faremos a sua discussão. Ao adotar uma estratégia de recolha de dados baseada em diversas fontes complementares, são desenvolvidos processos de evidência convergente que enriquecem o projeto implementado, aumentando a robustez da evidência produzida e a validade da investigação realizada. Neste sentido, começaremos com uma descrição do estado clínico da amostra, assim como o seu nível de consciência de acordo com a Escala de Coma de *Glasgow*. Em seguida, caracterizaremos a funcionalidade da amostra com base na versão modificada do Índice de *Barthel*, avaliaremos o equilíbrio estático e dinâmico usando o índice de *Tinetti*, e faremos a avaliação da força muscular considerando a Escala de Força de *Medical Research Council*.

Reiteramos que a segurança é um aspeto fundamental nos cuidados de enfermagem de reabilitação que incluem o treino de exercício físico. Foi essencial a avaliação dos sinais vitais e o uso da escala de *Borg* modificada para avaliar subjetivamente o esforço e a intensidade do treino, ou seja, permite medir o esforço percebido de forma associada à frequência cardíaca, determinando assim a intensidade do exercício praticado (Queiroz et al., 2020). Os instrumentos de recolha de dados mencionados foram utilizados tanto na admissão como na alta da pessoa participante.

2.7.1.1 - Caracterização Clínica da Amostra

Na análise clínica da amostra, são avaliadas as variáveis segundo duas categorias distintas. Na categoria clínica, incluem-se o diagnóstico principal, a necessidade de oxigénio, o número de comorbilidades e o tempo de internamento. Já nas categorias comportamentais, são considerados o exercício e o tabagismo. Ao analisarmos estas duas categorias em conjunto, conseguimos obter uma compreensão mais completa do perfil clínico e comportamental da amostra (tabela 7). Este conhecimento revela-se útil para adaptar os cuidados de saúde e implementar intervenções específicas de enfermagem de reabilitação.

Amostra	Diagnóstico Principal	Oxigénio	N.º de Comorbilidades	Dias de Internamente	Exercício	Fumador
P1	COVID; Insuf. R. P.; Pneumonia Organizada	Sim	4	14	Não	Sim
P2	Abcesso/hematoma infetado intra-abdominal	Não	8	17	Não	Não
P3	Meningite	Não	1	16	Sim	Não
P4	PAC; DPOC agudizada	Sim	3	11	Não	Não
P5	Bronquiectasias infetadas por Pseudomonas aeruginosa	Sim	7	9	Sim	Sim
P6	DPOC+IR Global; Síndrome Consumptivo	Sim	6	12	Não	Sim
P7	Bronquiectasias infetadas	Sim	4	7	Não	Não
P8	PAC à esquerda; Insuf. R. P; Hipocaliemia/hipocalcemia	Sim	4	12	Não	Não
P9	AVC; Status pós cirurgia mitral por endocardite	Não	6	24	Não	Não

Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto ao seu estado clínico.

Legenda – Insuf. R. P. – Insuficiência Respiratória Parcial; AVC – Acidente Vascular Cerebral; PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; IR – Insuficiência Respiratória; COVID – «Doença do Coronavírus».

Fonte - Elaboração própria.

Na análise da amostra, foram identificados 9 participantes com diferentes diagnósticos e características clínicas. Sete apresentam diagnósticos de origem médica e duas de origem cirúrgica. No entanto, o participante P9, devido a complicações cardíacas, desenvolveu dois AVC's em ambos os hemisférios, sendo também considerado um caso de origem médica. Assim, 88,8% dos casos são de origem médica, com uma média de 48,4, enquanto 22,2% são de origem cirúrgica, com uma média de 12,1%. A avaliação dos dados revela uma variedade de condições médicas e necessidades de cuidados.

Ao analisarmos as **variáveis clínicas**, observamos que a maioria da amostra (66,6%) apresenta problemas respiratórios graves, como COVID, insuficiência respiratória, pneumonia organizada, bronquiectasias e DPOC, o que corresponde a uma média de 36,3%. Uma proporção significativa necessita de oxigénio (66,6%), sugerindo uma prevalência significativa de condições respiratórias graves. Relativamente à variável comorbilidades, verificamos que o total da amostra apresenta um número mutável, destacando-se o participante P2 com o maior número (8) e o participante P3 com o menor número (1). Além disso, 44,4% (P4, P5, P6 e P7) têm histórico prévio de patologia respiratória. Há também uma prevalência moderada de comorbilidades, com alguns participantes tendo internamentos mais prolongados (P2 e P9). O participante P7 apresenta o menor número de dias de internamento (7), enquanto o P9 tem o maior (24), resultando numa média de 13,55 dias de internamento.

Quanto às **variáveis comportamentais**, a maioria não pratica exercício, sendo apenas 22,2% (com uma média de 12,1%) os que praticam exercício físico. Apenas uma minoria, 33,3% (com uma média de 18,1%), é fumadora. Estas informações orientaram a personalização dos cuidados de enfermagem e a implementação de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, com ênfase na gestão das condições respiratórias e no estímulo à atividade física.

2.7.1.2 - Caracterização do Nível de Consciência

Segundo a Escala de Coma de *Glasgow*, os nove participantes e respetivas pessoas de referência (cuidador informal/vizinho) obtiveram uma pontuação total de 15, indicando que estão conscientes e orientados no tempo, espaço e pessoa. Este resultado confirma que os participantes da amostra preenchem os critérios de inclusão e estão alinhados com a intervenção planeada pelo EEER.

2.7.1.3 - Caracterização da Funcionalidade

Conforme mencionado anteriormente, no âmbito da implementação da estratégia de intervenção profissional durante o Estágio Final, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde que reflitam uma abordagem sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação na amostra selecionada, recorreu-se ao Índice de *Barthel* modificado. Este foi utilizado para avaliar a capacidade funcional dos participantes e acompanhar a sua evolução durante o internamento em contexto domiciliário (UHDP), contribuindo para a tomada de decisões clínicas e o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação adequado à amostra selecionada.

Neste sentido, apresentam-se os dados resultantes da aplicação do Índice de *Barthel* Modificado, nos diferentes momentos de intervenção do ER na tabela 8

Índice de Barthel Modificado	Avaliação Diagnóstica	Após a Intervenção do EEER	Ganhos Totais
<i>P1</i>	86% Dependência Leve	100% Totalmente Independente	16%
<i>P2</i>	73% Dependência Moderada	98% Dependência Leve	34%
<i>P3</i>	95% Dependência Leve	100% Totalmente Independente	5%
<i>P4</i>	83% Dependência Leve	100% Totalmente Independente	20%
<i>P5</i>	83% Dependência Leve	100% Totalmente Independente	20%
<i>P6</i>	61% Dependência Moderada	96% Dependência Leve	57%
<i>P7</i>	84% Dependência Leve	100% Totalmente Independente	19%
<i>P8</i>	82% Dependência Leve	100% Totalmente Independente	22%
<i>P9</i>	86% Dependência Leve	100% Totalmente Independente	12%

Tabela 8 - Avaliação da Amostra segundo o Índice de *Barthel* Modificado.**Fonte** – Elaboração Própria.

Com base nas informações da tabela 5, é evidente que a maioria dos participantes (77,78%) apresenta uma dependência leve nas atividades de vida diária, com pontuações variando de 73 a 95%. No entanto, dois participantes (P6 e P2) revelam uma dependência moderada (22,22%), com pontuações de 61 e 73%, respetivamente. Para validar estes níveis de dependência, foi calculada a média das pontuações em cada categoria, verificando-se que as categorias com maior variação são aquelas que tendem a ter um desvio padrão mais elevado, nomeadamente na categoria «*toalete*», com uma média de 9,22% e um desvio padrão de 2,08; subir ou descer escadas, com uma média de 5,22% e um desvio padrão de 2,00; deambulação, apresentando uma média de 8,89% com um desvio padrão de 3,41 e, por último, a categoria transferência cadeira/cama, que apresenta uma média de 13,11% com um desvio padrão de 2,07. Estas são as categorias que demonstram uma maior variação de pontuação, indicando onde a amostra tem maior dificuldade e/ou habilidades nessas atividades específicas.

Após a intervenção do EEER, verifica-se uma melhoria geral da independência, indicada pelo aumento na pontuação do Índice de *Barthel* Modificado de (dependência

leve) ou (dependência moderada) para (totalmente independente). Isso significa que a intervenção do EEER foi eficaz na melhoria da independência funcional da amostra. Embora a maioria da amostra tenha experimentado uma melhoria significativa na sua independência, a extensão dessa melhoria variou entre os participantes. Alguns participantes passaram de uma dependência moderada para uma dependência leve (22,22%), enquanto outros passaram de dependência leve para total independência (77,78%).

Em suma, as intervenções do EEER resultaram em melhorias significativas na independência funcional de toda a amostra. Houve um aumento médio de 21% na independência funcional entre a amostra. A maioria (7 de 9) inicialmente classificados com dependência leve alcançou total independência após a intervenção. Dois participantes inicialmente classificados com dependência moderada alcançaram uma dependência leve após a intervenção. Os ganhos são notórios na independência funcional variaram de 5% a 57%, demonstrando uma resposta individualizada à intervenção. Estes resultados destacam a eficácia da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção da independência e melhoria da qualidade de vida da amostra.

2.7.1.4 - Caracterização do Equilíbrio e da Marcha

Na análise do Índice de *Tinetti*, são avaliadas variáveis em duas categorias distintas. A primeira **categoria é Equilíbrio**, que engloba as situações de equilíbrio sentado, ao levantar-se, tentativas de levantar-se, estabilidade após levantar-se (3-5 segundos), equilíbrio em pé, testes dos 3 tempos, olhos fechados, rotação de 360 graus e posição sentada. A segunda **categoria é Marcha**, que inclui o início da marcha, comprimento dos passos, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, posição do tronco e distância entre os tornozelos. Durante a avaliação dos participantes, estas variáveis são observadas e pontuadas, sendo atribuídas diferentes pontuações a cada variável conforme a gravidade ou o desempenho do participante em cada uma delas. Ao somar os pontos obtidos em cada categoria (Equilíbrio e Marcha), é possível calcular o Índice de *Tinetti*, que fornece uma pontuação total representativa do equilíbrio e da marcha, bem como do risco de quedas dos participantes. Ou seja, quanto menor o score, maior o risco de queda. Um score inferior a 19 indica um risco de queda cinco vezes maior.

A tabela 9 que se segue, dá-nos uma visão total dos dados avaliados para as categorias do Equilíbrio e da Marcha, depois da intervenção do EEER e os ganhos totais.

	Ganhos no Equilíbrio	Ganhos na Marcha	Total dos ganhos
P1	33%	33%	33%
P2	100%	100%	100%
P3	14%	0%	8%
P4	100%	50%	75%
P5	60%	20%	40%
P6	100%	50%	75%
P7	33%	33%	33%
P8	60%	50%	56%
P9	14%	9%	12%

Tabela 9 - Caracterização dos Ganhos referente ao Índice de *Tinetti*.

Fonte – Elaboração própria.

Com base na tabela 9, podemos constatar uma diversidade de respostas à intervenção do EEER. Durante o período de intervenção, observou-se uma variedade de resultados entre os participantes. Os participantes P1 e P7 apresentaram uma melhoria moderada tanto no equilíbrio como na marcha, com ganhos de 33% em ambas as áreas. Por outro lado, o participante P2 evidenciou uma melhoria significativa de 100% tanto no equilíbrio como na marcha após a intervenção. No entanto, o participante P3 demonstrou apenas uma pequena melhoria de 14% no equilíbrio, sem registar ganhos na marcha. Por sua vez, os participantes P4 e P6 exibiram uma melhoria considerável de 100% no equilíbrio e um ganho de 50% na marcha após a intervenção do EEER. O participante P5 revelou uma melhoria moderada de 60% no equilíbrio e um ganho de 20% na marcha. Já o participante P8 registou uma melhoria de 60% no equilíbrio e um ganho de 50% na marcha após a intervenção. Por fim, o participante P9 apresentou uma pequena melhoria de 14% no equilíbrio e um ganho de 9% na marcha. Em termos globais, observa-se que P2 (100%), P4 (75%) e P6 (76%) registaram melhorias substanciais tanto no equilíbrio quanto na marcha, enquanto outros, como P3 (8%) e P9 (12%), tiveram ganhos mais limitados.

Destacamos que as variáveis de levantar, teste dos 3 tempos e rotação de 360 graus demonstraram os maiores ganhos de equilíbrio, indicando uma melhoria significativa nesta área após a intervenção do EEER. No que diz respeito à marcha, as variáveis do comprimento do passo, passos contínuos e simetria dos passos foram as que apresentaram uma melhoria significativa, sugerindo uma melhor qualidade e fluidez dos movimentos ao caminhar após a intervenção. Portanto, em termos gerais, a média e o desvio padrão para os ganhos de equilíbrio são aproximadamente 53,33% e 33,81%, respetivamente. Para os ganhos de marcha, a média é cerca de 38,22% e o desvio padrão é aproximadamente 33,07%.

No que diz respeito ao risco de queda (gráfico 1), e considerando os pontos totais do Índice de *Tinetti* antes da intervenção do ER, notamos que 44,4% dos participantes (com uma média de 24,2 pontos) dos participantes estavam em risco de queda. Especificamente, os participantes P2 (14 pontos), P4 (16 pontos), P6 (16 pontos) e P8 (18 pontos) apresentavam valores abaixo de 19, indicando um risco significativo de queda. Após a intervenção do ER, esses participantes progrediram para um estado sem risco de queda, alcançando um score de 28 pontos.

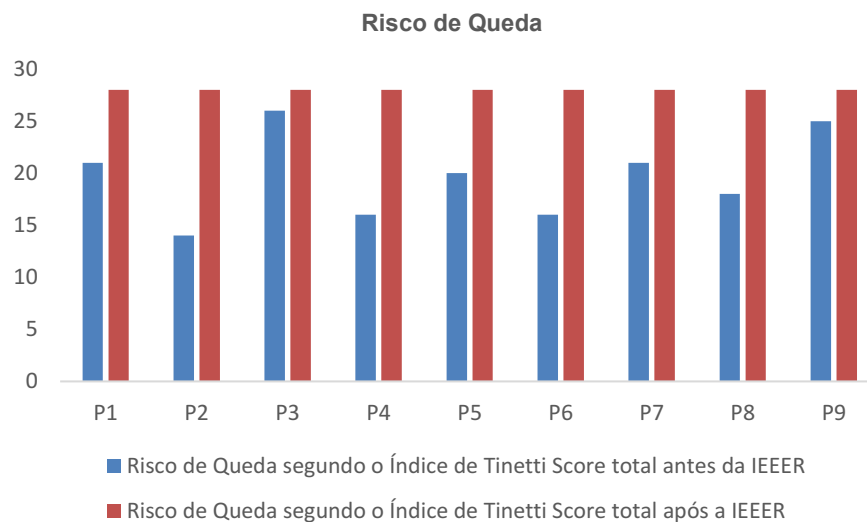


Gráfico 1 - Risco de Queda segundo o Índice de *Tinetti*.

Legenda – IEEER – Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

Fonte – Elaboração própria.

Esta análise oferece uma visão geral do impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação na área do exercício físico, nas habilidades de equilíbrio e marcha e do risco de queda da amostra.

2.7.1.5 - Caracterização da Força Muscular

A Escala de Força do *Medical Research Council* é frequentemente utilizada para avaliar a força muscular em pessoas com várias condições médicas. Ela compreende várias variáveis, como os flexores do pescoço, do cotovelo, os extensores do punho, do joelho, os flexores da coxa e os dorsiflexores do pé. Essas variáveis são fundamentais para determinar a força relativa dos diferentes grupos musculares. Com base nesse método, foi elaborada uma tabela para validar a força muscular dos membros superiores e inferiores antes e após a intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas (tabela 10).

Escala MRC Modificada (Avaliação Muscular)					
Casos:	Graus de FM	Descrição	Antes da IEER	Após a IEER	Ganhos
P1 - MS's	4 - Boa	4 - Mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência	4	5	25%
P1 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P2 - MS's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P2 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P3 - MS's	4 - Boa	4 - Mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência	4	5	25%
P3 - MI's	4 - Boa	4 - Mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência	4	5	25%
P4 - MS's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P4 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P5 - MS's	4 - Boa	4 - Mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência	3	5	67%
P5 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P6 - MS's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P6 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P7 - MS's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P7 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P8 - MS's	4 - Boa	4 - Mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência	4	5	25%
P8 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	4	5	25%
P9 - MS's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%
P9 - MI's	3 - Regular	3 - Movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade	3	5	67%

Tabela 10 - Avaliação da Força Muscular.

Legenda – MRC - *Medical Research Council*; FM – Força Muscular; IEER – Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação; MS's – Membros Superiores; MI's – Membros Inferiores.

Fonte – Elaboração própria.

Esta tabela destaca a evolução da força muscular [FM] em diferentes situações antes e após a intervenção do EEER. Observamos que a maioria dos participantes apresentava um grau de FM inicial classificado como (Boa) ou (Regular), com movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade.

Após a intervenção do EEER, houve uma melhoria substancial na FM em todos os participantes, com um ganho médio de 50%. Especificamente, os participantes P1, P3, P5, P8 e P9, que inicialmente tinham uma FM classificada como "Boa", mostraram um ganho de 25% após a intervenção. Enquanto isso, os participantes com FM inicialmente classificada como "Regular" - P2, P4, P6 e P7 - exibiram um ganho de 67% após a intervenção.

Estes resultados evidenciam melhorias na saúde em relação à intervenção dos cuidados de reabilitação em pessoas com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas, em todos os participantes, independentemente do nível inicial de FM. A intervenção do EEER beneficiou tanto aqueles cuja força muscular foi inicialmente classificada como (Boa) quanto aqueles classificados como (Regular), resultando em melhorias significativas na mobilidade e na capacidade de realizar movimentos contra a gravidade. Para facilitar a visualização dos resultados, foi elaborado o Gráfico 2.

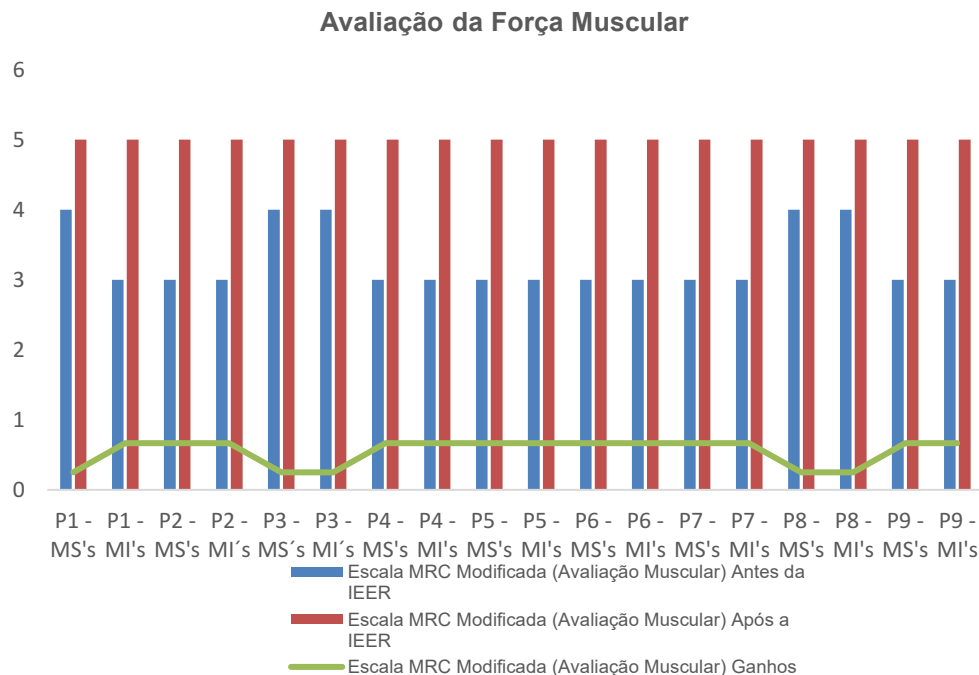


Gráfico 2 - Avaliação da Força Muscular.

Legenda – MRC - *Medical Research Council*; FM – Força Muscular; IEER – Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação; MS's – Membros Superiores; MI's – Membros Inferiores.

Fonte – Elaboração própria.

2.7.1.6 - Caracterização da percepção de esforço segundo a Escala de Borg Modificada

Na análise da Escala de Borg Modificada, considerou-se a variável da percepção de esforço, solicitando aos participantes que classificasse a sua percepção subjetiva do esforço durante a realização dos exercícios propostos pelo EEER, numa escala de 0 a 10 pontos. Nesta escala, a intensidade da sensação de esforço foi avaliada através de números, aos quais está associada uma descrição sobre a intensidade do mesmo, variando de 0, que representa (muito, muito leve), até 10, que corresponde a (muito, muito forte). A aplicação desta escala teve como objetivo garantir uma prescrição correta e uma intensidade adequada da prática do treino de exercícios, evitando sobrecargas nos sistemas musculares e cardiopulmonares, bem como complicações como dores, lesões e fadigas extremas (OE, 2016). Com base nesse método, foi elaborada uma tabela em que comparamos a percepção do esforço na primeira sessão e na última sessão (tabela 11).

Amostra	N.º de Sessões	Exercícios Combinados	E. Borg Primeira Sessão	E. Borg última Sessão
P1	7	TR+TA+TE+TFF	6	4
P2	8	TR+TA+TE+TFF	8	5
P3	8	TR+TA+TE+TFF	4	2
P4	7	TR+TA+TE+TFF	7	3
P5	10	TR+TA+TE+TFF	6	4
P6	8	TR+TA+TE+TFF	8	5
P7	5	TR+TA+TE+TFF	6	3
P8	6	TR+TA+TE+TFF	7	4
P9	8	TR+TA+ERF	7	3

Tabela 11 - Percepção de Esforço - Escala de *Borg* Modificada.

Legenda – TR – Treino Respiratório; TA – Treino Aeróbio; TE – Treino de Equilíbrio; TFF – Treino de Força e Flexibilidade; ERF – Exercícios de Reabilitação Facial.

Fonte – Elaboração própria.

A análise da Escala de *Borg* Modificada foi uma abordagem válida para avaliar a percepção subjetiva do esforço durante os exercícios propostos pela EEER. Esta escala proporcionou uma maneira padronizada dos participantes expressarem a sua percepção de esforço, o que foi fundamental para ajustar a intensidade dos exercícios de acordo com as capacidades individuais, minimizando o risco de sobrecarga ou lesões (OE, 2016).

A tabela apresentada mostra a percepção do esforço ao longo de várias sessões. A amostra consiste em nove participantes (P1-P9), com um número variável de sessões que vai de 5 a 10, com uma média de aproximadamente 7,4 sessões por participante.

Os participantes foram submetidos a uma combinação de exercícios que incluiu treino respiratório [TR], treino aeróbio [TA], treino de equilíbrio [TE], treino de força e flexibilidade [TFF] e exercícios de reabilitação facial [ERF]. Deste total, 88,8% dos participantes fizeram a mesma combinação de exercícios (TR+TA+TE+TFF), enquanto 11,1% fizeram uma combinação progressiva diferente, melhorando o treino respiratório, aeróbio e exercícios de reabilitação facial.

Os participantes relataram os seus níveis de esforço percebidos usando a Escala de *Borg*, ao longo das sessões presenciais e não presenciais. No entanto, neste relatório, apenas foram descritos os níveis de esforço da primeira e da última sessão. Estes níveis variaram de 0 a 10, indicando uma percepção subjetiva de esforço durante os exercícios desenvolvidos.

Os resultados mostraram variações nos níveis de esforço percebido entre os participantes, bem como uma mudança ao longo das sessões. A pontuação média de percepção de esforço na primeira sessão foi de aproximadamente 6,67%, com um desvio padrão de 1,12, o que indica que, em média, os participantes perceberam o esforço como moderado a intenso no início do programa de exercícios. Enquanto a última sessão foi de aproximadamente 3,67%, com um desvio padrão de 0,97 o que sugere uma redução significativa na percepção de esforço ao longo do programa.

O que significa que os participantes numa fase inicial apresentavam cansaço fácil a pequenos e médios esforços na realização dos exercícios, o que levou a 88,8% da amostra apresentar níveis de esforço mais altos na primeira sessão, P2 e P8 tiveram a percepção mais alta (8), enquanto P1, P4, P5, P7 e P9 tiveram percepções que variaram entre (6 a 7) e que foram diminuindo ao longo das sessões.

Existe uma variação na percepção ao esforço entre os participantes. Alguns participantes tiveram percepções de exercício relativamente baixas (como P3 - relacionadas com a idade, diagnóstico principal e prática de exercício físico), enquanto outros tiveram percepções mais elevadas (como P2 e P6 - relacionadas com a idade, diagnóstico principal, hábitos de exercício e tabagismo). No entanto, na última sessão, a percepção de esforço tendeu a convergir para valores mais baixos, seguindo uma tendência geral de redução. O participante P3 registou uma redução significativa na percepção de esforço, diminuindo de 4 na primeira sessão para 2, na última sessão. Os Participantes P4 e P9 também apresentaram uma melhoria significativa, passando de 7 para 3 na Escala de *Borg*, e P7 também apresentou uma redução

notável, passando de 6 para 3 na última sessão. Assim, P4, P7 e P9 são exemplos de participantes que não só tiveram perceções mais elevadas na primeira sessão, mas também mostraram melhorias significativas na percepção ao esforço ao longo do programa. Isto sugere uma adaptação positiva e benefícios do programa de exercícios para estes participantes.

Logo os dados indicam que, em média, os participantes perceberam menos esforço à medida que o programa de exercícios progredia, o que sugere uma adaptação positiva ao programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas. Para facilitar a visão dos resultados foi elaborado o gráfico 3.

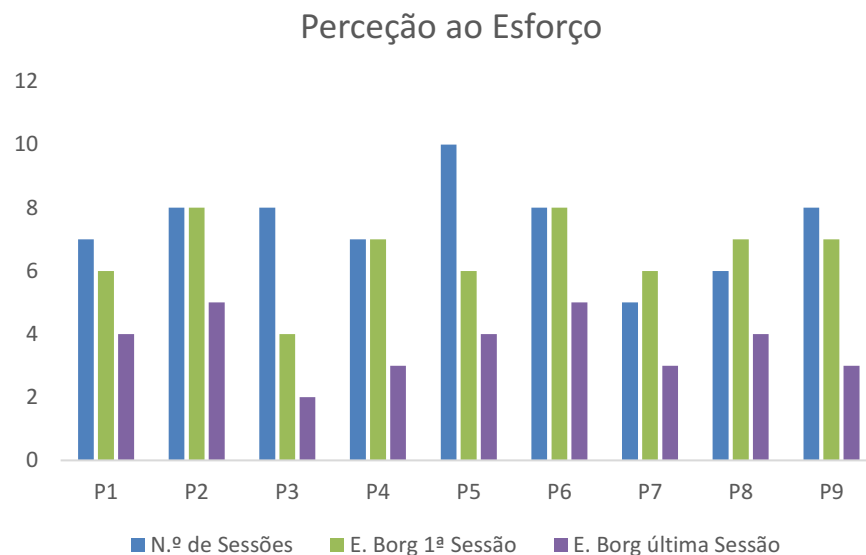


Gráfico 3 - Percepção ao Esforço - Escala de *Borg* Modificada.

Fonte – Elaboração própria.

2.7.1.7 - Caraterização dos Parâmetros Vitais

Na busca incessante pela otimização da saúde e qualidade de vida, a avaliação dos sinais vitais emerge como ponto de partida para uma reabilitação física personalizada e para a promoção do bem-estar. Ancorados no plano de intervenção centrado na pessoa e na diversidade de modalidades de exercício físico, almejamos não apenas recuperar, mas também valorizar o potencial de cada indivíduo, rumo a uma vida mais plena e ativa. Após este enfoque, procedeu-se ao registo dos sinais vitais dos participantes, que incluem as variáveis: tensão arterial [TA], frequência cardíaca [FC] e saturação periféricas de oxigénio [Spo2]. Estes foram avaliados aquando da admissão na UHDP, durante as sessões e na alta. Contudo, para uma visão global, apenas os valores referentes à admissão e alta da amostra foram considerados. Neste

contexto, foi desenvolvida uma tabela que nos proporciona uma visão abrangente das variáveis e permite a comparação entre os valores da admissão e da alta.

<i>Amostra</i>	T. A. na Admissão	T. A. na Alta	F.C. na Admissão	F.C. na Alta	Spo2 na Admissão	Spo2 na Alta
<i>P1</i>	121/81mmHg	113/82mmHg	95bpm	98bpm	94% com O2 a 3l/min	97% sem O2
<i>P2</i>	126/85mmHg	118/82mmHg	85bpm	78bpm	94% sem O2	96% sem O2
<i>P3</i>	128/83mmHg	119/74mmHg	97bpm	98bpm	97% sem O2	99% sem O2
<i>P4</i>	176/84mmHg	128/80mmHg	91bpm	85bpm	92% com O2 a 1,5l/min	95% sem O2
<i>P5</i>	139/84mmHg	125/76mmHg	63bpm	58bpm	93% com O2 (SOS)	96% sem O2
<i>P6</i>	136/68mmHg	117/71mmHg	97bpm	87bpm	85% com O2 a 3l/min	94% com O2 a 1L/min
<i>P7</i>	149/93mmHg	137/91mmHg	82bpm	85bpm	91% com O2 a 2l/min	95% sem O2
<i>P8</i>	116/85mmHg	117/87mmHg	64bpm	69bpm	91% com O2 a 2l/min	96% sem O2
<i>P9</i>	135/65mmHg	130/60mmHg	85bpm	90bpm	96% sem O2	98% sem O2

Tabela 12 - Caracterização dos Sinais Vitais.

Legenda - tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e saturação de oxigénio (SpO2); milímetro de mercúrio (mmHg) e batimentos por minuto (bpm).

Fonte – Elaboração própria.

Com base na tabela 12 apresentada, realizou-se uma análise minuciosa dos sinais vitais, destacando importantes variações nas variáveis de tensão arterial, frequência cardíaca e saturações periféricas de oxigénio entre a admissão e a alta dos participantes:

Tensão Arterial: Houve diminuições significativas na tensão arterial no conjunto dos participantes, 11,11% (P4) registou uma redução marcante de 48 mmHg na componente sistólica e 4 mmHg na diastólica. Por sua vez, 22,22% (P1 e P2) apresentaram reduções menos pronunciadas, mas ainda notáveis, de 8 mmHg e 3 mmHg na componente sistólica, respetivamente. Os restantes 66,66% não revelaram variações significativas nesta variável. No total da amostra, a média da tensão arterial variou de 116/85 mmHg a 176/84 mmHg na admissão, enquanto na alta variou de 113/82 mmHg a 137/91 mmHg. É digno de nota que houve uma redução significativa da tensão arterial em todos os participantes durante a intervenção do EEER no período de internamento na UHDP.

Frequência Cardíaca: A frequência cardíaca sofreu variações consideráveis durante o período de internamento. Aproximadamente 44,44% dos participantes (P1, P7, P8 e P9) registou aumentos de 3 a 5 bpm, enquanto os outros 44,44% (P2, P4, P5 e P6) evidenciaram diminuições até 10 bpm. Notavelmente, 11,11% (P3) não apresentaram variação significativa na frequência cardíaca. Em relação à média da frequência cardíaca, na admissão oscilou entre os 63 bpm e os 97 bpm, enquanto na alta variou de 58 bpm a 98 bpm. Embora os participantes P1, P3, P7, P8 e P9, que representam 55,55% da amostra, tenham mostrado um aumento na frequência cardíaca na alta, ainda que não significativo, P2, P4, P5 e P6, correspondendo a 44,44% da amostra que revelaram uma diminuição.

Saturações periféricas de Oxigénio: Na sua maioria, os participantes revelaram melhorias na Spo2 durante a intervenção do EEER. Cerca de 11,11% (P6) registou uma melhoria significativa de 9% na saturação de oxigénio, enquanto os restantes 88,88% (P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8 e P9) apresentaram melhorias variando de 2% a 5%. Quanto à Spo2, na admissão variou de 85% a 97%, com administração de oxigénio em diferentes casos, enquanto na alta variou de 94% a 99%. A maioria dos participantes conseguiu manter uma saturação de oxigénio adequada sem a necessidade de oxigénio suplementar, ou seja, apenas 11,11% (P6) apresentou necessidade de oxigénio suplementar na alta a baixo débito (1l/min). É relevante destacar que 66,66% da amostra foi admitida com oxigénio suplementar, enquanto 22,22% já recebia oxigenioterapia domiciliar de forma pontual. No entanto, é notável que após a intervenção do EEER, apenas 11,11% dos que inicialmente necessitavam de oxigénio suplementar mantiveram essa necessidade ao receberem alta.

Estes dados indicam que, de forma geral, houve uma melhoria nos sinais vitais em todos os participantes durante o período de internamento, com uma tendência para valores mais próximos da normalidade na alta. No entanto, é crucial notar que cada participante respondeu de forma individual à intervenção do EEER, resultando em variações nos resultados. Esta análise realça as alterações específicas nos sinais vitais dos participantes entre a admissão e a alta, enfatizando as mudanças na tensão arterial, frequência cardíaca e saturações periféricas de oxigénio. Em suma, as variações observadas nas variáveis de tensão arterial, frequência cardíaca e saturações periféricas de oxigénio refletem a complexidade da resposta do organismo à intervenção e sublinham a importância da monitorização contínua dos sinais vitais durante o processo de reabilitação. Para facilitar a visão dos resultados foram elaborados os gráficos 4,5 e 6.



Gráfico 4 - Contagem de participantes por Spo2 na Admissão.
Fonte – Elaboração própria.

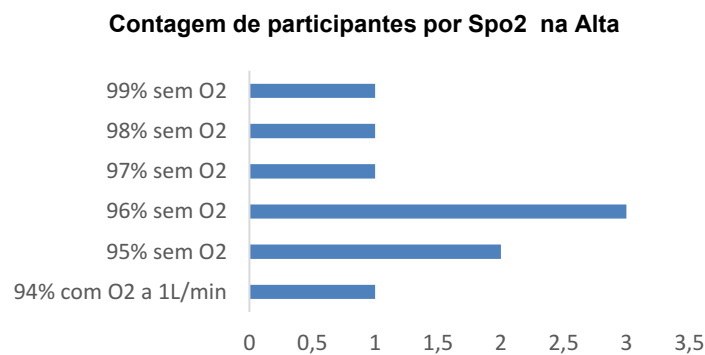


Gráfico 5 - Contagem de participantes por Spo2 na Alta.
Fonte – Elaboração própria.

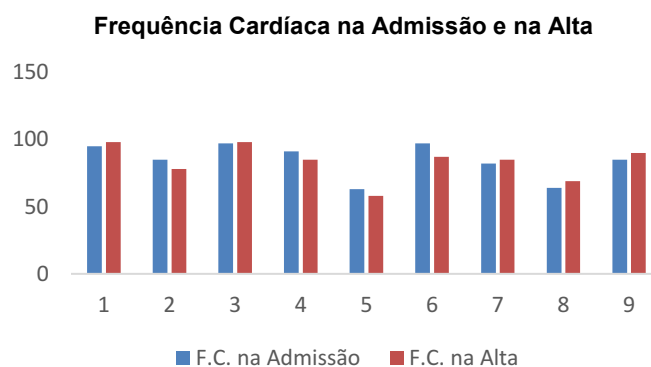


Gráfico 6 - Frequência Cardíaca na Admissão e na Alta.
Fonte – Elaboração própria.

Após a apresentação dos diversos resultados obtidos neste projeto, passaremos à discussão dos mesmos no próximo capítulo.

2.7.2 – Discussão dos Resultados

A enfermagem de reabilitação, contribui de forma substancial para a obtenção de ganhos em saúde, ao atender às necessidades concretas e reais das pessoas/cuidadores/pessoas de referência, respondendo eficazmente às suas exigências nos cuidados de enfermagem atuais. A monitorização desses ganhos permite promover a melhoria dos cuidados de saúde, uma reflexão constante sobre os cuidados prestados e influenciar as políticas de saúde (Gaspar, Loureiro, & Novo, 2021).

Neste contexto, vamos analisar e comparar os resultados obtidos neste projeto de intervenção, que fornecem informações importantes sobre a amostra estudada. Estes resultados serão confrontados com as teorias e evidências encontradas na RSL realizada. O objetivo é compreender os indicadores de resultado que surgem dos cuidados de enfermagem de reabilitação, destacando a promoção da saúde, a independência funcional e a adaptação às mudanças nas condições de saúde (Orem, 2001; Meleis, 2010), em adultos com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas em contexto de hospitalização domiciliária. Estes indicadores de resultado baseiam-se nos diagnósticos de enfermagem identificados, utilizando a linguagem (CIPE®), e são apoiados pelo uso dos instrumentos de recolha de dados já mencionados. Num primeiro momento, serão analisados os dados sociodemográficos da amostra e, em seguida, os resultados obtidos após a intervenção do EEER.

No que diz respeito à análise sociodemográfica da amostra, constatamos que a média de idade dos participantes é de 66,4 anos, havendo uma variação considerável entre o mais velho, com 86 anos, e o mais novo, com 22 anos. Nos estudos consultados, encontramos amostras em que a variável idade não difere significativamente da média de idades anteriormente mencionada. Relativamente aos estudos E1, E2, E3, E4 e E5, as médias de idade dos participantes variam entre os 50 e os 70 anos. No entanto, nos estudos E6, E7, E8, e E9, as médias de idade variam entre os 70 e os 90 anos. É importante salientar que, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019), os cuidados de Enfermagem de Reabilitação abrangem todas as fases do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados, e são prestados a qualquer pessoa, independentemente da idade. A amostra é maioritariamente do sexo masculino, representando 55,56% do total, e tem uma predominância de participantes de nacionalidade portuguesa, correspondendo a 88,89%. Na literatura encontrada, a variável apresenta diferentes configurações: dos 9 estudos, 3 são exclusivos do sexo feminino, outros 4 do sexo masculino e 2 incluem ambos os sexos.

Em relação ao estado civil, a maioria da amostra é casada (77,78%), enquanto os restantes são viúvos ou solteiros. Quanto à educação, a maioria completou o 1.º Ciclo, seguido de 44,44% que completaram o ensino secundário, e apenas 11,11% completaram o 3.º ciclo e o ensino superior. Em termos de situação profissional, 55,56% dos participantes ainda estão na fase ativa, enquanto 44,44% já se encontram reformados. Relativamente a estas variáveis, os estudos não fornecem referência relevante para este projeto.

Relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação, foi implementado um projeto de intervenção abrangente para abordar diferentes diagnósticos e necessidades específicas da amostra. Este projeto incluiu avaliações funcionais, planos de exercícios personalizados, treino respiratório, de equilíbrio, de marcha, mobilidade, educação sobre autocuidado, apoio psicossocial e monitorização regular.

Ao analisarmos os resultados do projeto de intervenção, observamos melhorias significativas relativamente ao diagnóstico:

Intolerância à atividade/devido à dispneia e à fraqueza muscular (OE, 2018b)

Na gestão da intolerância à atividade, propomos uma abordagem que englobe elementos de treino respiratório, como técnicas de descanso e relaxamento (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018c), reabilitação funcional respiratória (Cordeiro & Menoita, 2012; Marques et al., 2020; OE, 2018c; Perez-Bogerd et al., 2018), estratégias de conservação de energia (Aartolahti et al., 2020), exercício físico (Cordeiro & Menoita, 2012; Leitão et al., 2022; Kisner & Colby, 2016) e treino de AVD (Brandão et al., 2020). Estas intervenções visam preparar a pessoa para um programa de reabilitação funcional, reeducando-a no esforço (Cordeiro & Menoita, 2012) e promovendo a otimização da conservação de energia (Marques et al., 2020; Perez-Bogerd et al., 2018).

A intolerância à atividade física não é apenas resultado da diminuição da capacidade pulmonar, mas também do descondicionamento muscular periférico, que restringe a autonomia da pessoa no autocuidado, com consequências sérias para a sua independência e qualidade de vida (Marques et al., 2020; Perez-Bogerd et al., 2018).

Ao promover o treino respiratório com base na reabilitação respiratória, conseguimos reduzir o declínio funcional e favorecer a recuperação em situações agudas e crónicas, diminuindo os episódios de dispneia que podem limitar o exercício físico, agravando condições de saúde e comprometendo a realização de AVD (OE, 2018c; GOLD, 2019; Novo et al., 2021).

Acredita-se que os programas de reabilitação que integram o treino respiratório aumentam a tolerância ao esforço, melhorando a qualidade de vida e a autonomia das pessoas, o

que resulta na redução da dispneia e no aumento da capacidade para realizar AVD. Estes programas podem ser aplicados em qualquer contexto clínico, tanto em situações agudas como crónicas, ao longo de toda a vida, sendo adaptados a cada pessoa e situação específica (OE, 2018c).

Os exercícios respiratórios devem começar com uma compreensão da respiração, para uma maior colaboração e integração da pessoa nesse processo, tornando-a mais independente no controlo da respiração, melhorando assim a função respiratória e a tolerância ao esforço. É importante prestar especial atenção à dissociação dos tempos respiratórios e ao padrão diafragmático, adaptando estes princípios à condição clínica da pessoa (com a ajuda EEER), de modo a minimizar o gasto de energia em cada atividade (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018c), bem como garantir os cuidados necessários na limpeza das vias aéreas, para melhorar a ventilação e prevenir complicações respiratórias (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2019; OE, 2018c).

No sentido de prevenir complicações e contrariar os efeitos nefastos da imobilidade, foi realizada RFR através do treino respiratório em toda a amostra (P1 a P9) incluídos neste projeto, nomeadamente, reduzindo a tensão psíquica e muscular, através de posições de descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática, tornando a pessoa mais independente e com maior controlo sobre a respiração, aumentando a tolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018c).

Procedeu-se à reeducação diafragmática e costal global (sem e com bastão) nos participantes P1, P4, P5, P6, P7 e P8, que corresponde a um total de 66,6% da amostra, com vista à correção dos defeitos ventilatórios existentes e melhoria da mobilidade e da dinâmica costal e diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018c), de acordo com o programa de intervenção apresentado. Procedeu-se ainda à reeducação costal seletiva com abertura costal (Cordeiro & Menoita, 2012; Couto et al., 2021; OE, 2018c), de acordo com a avaliação previamente realizada aos participantes P4, P6, P7 e P8.

Sempre que necessário, realizaram-se técnicas de limpeza das vias aéreas, juntamente com exercícios de tosse assistida, como foi o caso dos participantes P4, P6, P7 e P8 (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018c). Após a intervenção, observou-se uma melhoria significativa na amostra que apresentava doença respiratória. Das 66,6% iniciais, apenas 11,1% permaneceram com oxigenioterapia por cânula nasal a 1L/min. Este resultado evidencia a importância da intervenção do ER na mitigação dos efeitos adversos da doença, promovendo a autonomia e capacitando a pessoa e seus familiares/pessoa de referência a lidar com esta fase de transição (Marques et al., 2020; Meleis, 2010).

Nas questões relacionadas com o exercício, é importante salientar que a intolerância ao exercício é um dos fatores mais limitativos das AVD, o que significa que a pessoa não consegue realizar uma determinada tarefa ou atividade física numa intensidade ou duração normalmente toleráveis para pessoas sem incapacidade ou comorbilidades associadas (Couto et al., 2021; OE, 2018c). Um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado e personalizado para adultos com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas, focado no treino de exercícios de reeducação ao esforço, revela-se de extrema importância para aumentar a qualidade de vida e a tolerância à atividade física (Brandão et al., 2022; Liang et al., 2019). O treino proposto neste projeto inclui um conjunto de exercícios aeróbicos/resistência, exercícios de força para os membros superiores e inferiores, exercícios de equilíbrio e flexibilidade (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2019; OE, 2018; Novo et al., 2021). Além destes autores, os exercícios propostos corroboram com os estudos selecionados para a RSL, demonstrando que este tipo de exercícios são preditores de melhoria no desempenho funcional, assim como os resultados deste projeto, que referimos a seguir.

Este tipo de intervenção resultou em melhorias significativas na independência funcional de toda a amostra. Houve um aumento médio de 21% na independência funcional entre os participantes. A maioria dos participantes (7 de 9) inicialmente classificados como tendo uma dependência leve alcançou total independência após a intervenção. Dois participantes inicialmente classificados como tendo uma dependência moderada alcançaram uma dependência leve após a intervenção. Os ganhos na independência funcional variaram de 5% a 57%, demonstrando uma resposta individualizada à intervenção, o que está alinhado com o estudo de Brandão et al. (2020), que destaca a importância de adaptar os programas às necessidades específicas de cada grupo populacional.

Na abordagem que defendemos, direcionada para a promoção do autocuidado e funcionalidade, no qual o EEER tem um papel de destaque, parece-nos importante promover o treino de AVD combinado com técnicas de gestão de energia, permitindo a realização de AVD com o menor consumo de oxigénio e dispêndio de energia possível da pessoa que as executa (Brandão et al., 2020; Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018c), apontando-se esta intervenção como uma das principais ações educacionais do EEER (Couto et al., 2021). Estas técnicas devem ser realizadas no sentido de proporcionar à pessoa o maior nível de independência possível, promovendo a segurança e prevenindo complicações no desempenho das atividades relacionadas com o autocuidado, ajustando-se à sua individualidade, identificando previamente as suas capacidades, bem como as suas preferências e nível de compreensão, objetivando que a intervenção obtenha não só, melhores resultados, como também, mais realistas (Brandão et al., 2020; Menoita, 2012). Poderão ser utilizados produtos de apoio, permitindo

uma atividade mais independente, com menor esforço e dor, realizando-se as tarefas de forma mais segura e com o menor dispêndio de energia possível, bem como, estratégias de simplificação e organização de tarefas diárias que evitem um consumo de oxigénio desnecessário (Menoita, 2012). Assim, procedeu-se ao treino de AVD com estratégias de conservação de energia, essencialmente por questões de dispneia funcional, as categorias que demonstraram uma maior variação de pontuação, indicando onde a amostra tem maior dificuldade e/ou habilidades foram a toalete, com uma média de 9,22% e um desvio padrão de 2,08; subir ou descer escadas, com uma média de 5,22% e um desvio padrão de 2,00; deambulação, apresentando uma média de 8,89% com um desvio padrão de 3,41 e, por último, a categoria transferência cadeira/cama, que apresenta uma média de 13,1% com um desvio padrão de 2,07. Após a intervenção do EEER, verifica-se uma melhoria geral da independência, indicada pelo aumento na pontuação do Índice de *Barthel* Modificado nas categorias mencionadas. Porém nas categorias higiene pessoal e banho, também houve ganhos significativos que oscilaram entre o 25% e os 67%, nomeadamente nos participantes P2, P7 e P8 (25), P6 (33%) e P9 com 67%. Estes resultados enfatizam a eficácia da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção da independência e melhoria da qualidade de vida da amostra, corroborando o estudo de Brandão et al. (2020), que indica que o exercício físico em contexto domiciliário semisupervisionado promove melhorias significativas na mobilidade e na qualidade de vida de adultos/idosos sedentários. Além disso, é importante reconhecer a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito do exercício físico para a prevenção e tratamento das comorbilidades. Observa-se que o número total da amostra é variável, com o participante P2 apresentando o maior número (8) e o participante P3 o menor número (1). Além disso, 44,4% (P4, P5, P6 e P7) têm histórico prévio de patologia respiratória. Há também uma prevalência moderada de comorbilidades, com alguns participantes tendo internamentos mais prolongados (P2 e P9). Estudos têm demonstrado que programas de exercícios bem estruturados podem reduzir o risco de mortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças crónicas não transmissíveis (Brandão et al., 2020; Leitão et al., 2022; Marques et al., 2020 e Perez-Bogerd et al., 2018).

De acordo com Brandão et al. (2020), Leitão et al. (2022) e Uchiyama et al. (2021), estes resultados destacam a eficácia da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção da independência e melhoria da qualidade de vida da amostra.

Risco de Desequilíbrio Postural (OE, 2018b)

Manter o equilíbrio na posição ortostática é uma tarefa complexa que envolve vários mecanismos para controlar a postura, regulando a atividade muscular e neural para evitar quedas (Coelho et al., 2017). O equilíbrio e a capacidade de caminhar estão intimamente ligados e são aspetos cruciais para a mobilidade eficiente de cada pessoa. Estudos sugerem que exercícios funcionais, que incluem mudanças de posição, podem aumentar a capacidade de equilíbrio e marcha, especialmente em pessoas idosas, reduzindo o risco de quedas (Silva et al., 2020). Pires et al. (2019) afirmam que as Atividades de Vida Diária dependem em grande parte das reações de equilíbrio, que ocorrem automaticamente, mas podem ser controladas ou modificadas através de antecipação e adaptação para manter um nível adequado de funcionalidade. Para manter uma postura correta, podem ser necessárias modificações no nível motor e sensorial, dependendo das condições individuais. Os exercícios de treino de equilíbrio devem ser realizados com controle da respiração para evitar eventos adversos, como reações vagais (Pires et al., 2019).

Dentro do escopo do projeto, a amostra foi submetida a treinos de equilíbrio, fortalecimento muscular e correção postural.

Nos estudos de Silva et al. (2020), Pires et al. (2019) e Aartolahti et al. (2020), é mencionado que a prática regular de exercício físico está associada a melhores condições físicas e à diminuição dos índices de fragilidade e prevenção de quedas.

Após a intervenção do EEER, constatou-se uma diversidade de respostas na amostra, com algumas evidenciando melhorias significativas no equilíbrio e na marcha, ao passo que outras registaram ganhos mais modestos. Por exemplo, P1 e P7 experimentaram uma melhoria moderada de 33% no equilíbrio e na marcha, enquanto P2 teve uma melhoria significativa de 100% em ambas as áreas. Por outro lado, P3 mostrou apenas uma pequena melhoria de 14% no equilíbrio, sem ganhos na marcha. Já P4 e P6 exibiram uma melhoria considerável de 100% no equilíbrio e 50% na marcha. P5 teve uma melhoria moderada de 60% no equilíbrio e 20% na marcha, enquanto P8 registou uma melhoria de 60% no equilíbrio e 50% na marcha. Por fim, P9 apresentou uma pequena melhoria de 14% no equilíbrio e 9% na marcha. No geral, P2, P4 e P6 tiveram melhorias substanciais tanto no equilíbrio quanto na marcha, enquanto P3 e P9 tiveram ganhos mais modestos.

As variáveis de levantar, teste dos 3 tempos e rotação de 360 graus mostraram os maiores ganhos de equilíbrio, enquanto o comprimento do passo, passos contínuos e simetria dos passos apresentaram melhorias significativas na marcha.

Em média, os ganhos de equilíbrio foram cerca de 53,33%, com um desvio padrão de aproximadamente 33,81%. Para os ganhos de marcha, a média foi de cerca de 38,22%, com um desvio padrão de aproximadamente 33,07%.

Os ganhos apresentados demonstram uma melhoria significativa na independência e promovem a autonomia das pessoas através de intervenções comportamentais, sociais, econômicas e ambientais (Linag et al., 2019).

O treino de equilíbrio demonstra efeitos benéficos na redução do risco de queda, melhorando assim a marcha e a qualidade de vida das pessoas (Pires et al., 2019), o que é apoiado pelos dados revelados no projeto. Antes da intervenção, 44,4% dos participantes estavam em risco de queda, mas após a intervenção, progrediram para um estado sem risco de queda, com um score de 28 pontos no Índice de *Tinetti*.

No contexto atual da saúde, os enfermeiros desempenham um papel extremamente importante como facilitadores do autocuidado ao longo do continuum saúde-doença, visando a manutenção, melhoria e recuperação da saúde, auxiliando no alcance da máxima capacidade funcional (Decreto-Lei n.º 161/96). Por sua vez, o EEER possui um elevado nível de conhecimento e experiência específica na área da reabilitação, intervindo junto da pessoa com dependência funcional para capacitação e promoção da qualidade de vida (OE, 2018).

Mobilidade Física Comprometida (OE, 2018b)

O movimento corporal é um processo que envolve os músculos e articulações, podendo ser voluntário ou involuntário, e incorpora características físicas, bem como aspetos relacionados com a interação cultural e psicológica. Ele é uma ferramenta tanto para expressão de comunicação como para suporte aos autocuidados e funções vitais, integrando funções básicas do ser humano e refletindo como a pessoa se movimenta, interage com o ambiente e se adapta a ele (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2016; Hoeman, 2011; Reis et al., 2021). O indivíduo só percebe a importância do movimento quando, por alguma razão, fica impedido de realizá-lo, mostrando assim que a mobilidade é um aspeto crucial para a independência e qualidade de vida (Aartolahti et al., 2020; Hoeman, 2011).

A diminuição da massa muscular e da função muscular, ou a redução do desempenho físico, é conhecida como sarcopenia, representando um desafio significativo para a saúde pública global. Esta condição acarreta várias complicações fisiológicas, tais como défices funcionais, fragilidade, fadiga, aumento do risco de quedas e fraturas, hospitalizações, múltiplas comorbidades como osteoporose e diabetes «*mellitus*», aumento da mortalidade e comprometimento da qualidade de vida (Brandão et al., 2020). Conforme evidenciado em estudos, a

prática de exercício físico melhora a mobilidade funcional, por meio de programas específicos de exercício físico (Brandão et al., 2020), com o objetivo de mitigar ou reverter alguns dos efeitos negativos (Leitão et al., 2022).

No âmbito do projeto de intervenção, embora estejamos a realizar uma abordagem mais específica para cada diagnóstico, o Programa de Cuidados de Enfermagem de reabilitação implementado, teve por base a junção de Treino Respiratório, Treino Aeróbio/ Resistência, Treino de Força, Treino de Equilíbrio, Treino de Flexibilidade (alongamento relaxamento) No estudo de leitão et al. (2022) é referido que a combinação de treinos aeróbio, de força e flexibilidade promove benefícios à saúde do adulto/idoso. Aartolahti et al. (2020), refere que o treino de força como uma intervenção isolada não demonstrou ser uniformemente eficaz. Nesse sentido, concordamos que foi no conjunto de treino de exercícios que amostra teve ganhos em saúde ao nível da mobilidade.

Observamos a evolução da força muscular nos diferentes casos da amostra, antes e após a intervenção do EER. Verificamos que a maioria dos participantes apresentava um grau de FM inicial classificado como (Boa) ou (Regular), com movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade. Após a intervenção do EER, houve uma melhoria substancial na FM em todos os participantes, com um ganho médio de 50%. Especificamente, P1, P3, P5, P8 e P9, que inicialmente tinham uma FM classificada como (Boa), mostraram um ganho de 25% após a intervenção. Enquanto isso, a amostra com FM inicialmente classificada como (Regular) P2, P4, P6 e P7 - exibiram um ganho de 67% após a intervenção.

Estes resultados evidenciam melhorias na saúde em relação à intervenção dos cuidados de reabilitação em pessoas com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas, em todos os participantes, independentemente do nível inicial de FM. A intervenção parece ter beneficiado tanto aqueles cuja força muscular foi inicialmente classificada como (Boa) quanto aqueles classificados como (Regular), resultando em melhorias significativas na mobilidade e na capacidade de realizar movimentos contra a gravidade.

Os enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação são uma peça chave para o desenvolvimento de competências no adultos/idosos na prevenção da sua autonomia. A proatividade do EEER deve centrar-se num processo de intervenção que atrase as perdas, potencie ganhos e capacite para a adaptação, para que o envelhecimento seja vivido ativamente (Meleis, 2010).

De uma forma global, e indo ao encontro do programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas, os programas específicos de exercícios físico apresentam melhorias significativas na força,

no equilíbrio e na mobilidade funcional proporcionando resultados positivos na qualidade de vida (Brandão et al., 2020).

Em suma, os resultados deste estudo enfatizam o impacto positivo das intervenções de enfermagem de reabilitação na saúde e qualidade de vida dos participantes idosos, independentemente do seu perfil inicial. As melhorias observadas na mobilidade, independência funcional e redução do risco de queda corroboram a relevância destas intervenções na promoção do bem-estar e na prevenção de complicações em pessoas com alterações de mobilidade e comorbilidades associadas.

3 - ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

“O conhecimento em si mesmo não tem nenhum valor. É o uso do conhecimento que o torna valioso”
Les Giblin

A evolução dos padrões de qualidade reflete-se na transformação dos cuidados de enfermagem e no aprimoramento das competências profissionais, permitindo ao EEER desenvolver um pensamento crítico e reflexivo, com o objetivo de fundamentar a sua prática clínica em outcomes científicos, individualizados e autônomos (Mártires, et al., 2019).

Partindo de pressupostos como os juízos clínicos e intervenções especializadas, o EEER é capacitado para a identificar e satisfazer necessidades, definir diagnósticos, planejar e implementar intervenções, cujo objetivo é que a análise dos dados obtidos corrobore com uma avaliação e reestruturação do plano de cuidados, tendo em atenção as expectativas e a qualidade de vida das pessoas. Assim, torna-se fundamental exercer uma análise retrospectiva e reflexiva da nossa praxis, como tomada de decisão suportada pela conquista de competências, de modo a providenciar uma resposta individualizada conforme as necessidades da pessoa, potencializando a sua autonomia e independência (Esteves, 2023; Mártires, et al., 2019).

Esta operacionalização de saberes reflete-se no âmbito da prática clínica, através das competências do enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros, na qual se reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, atribuindo, nos termos do disposto do artigo n.º 3, da alínea i) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a), permitindo cuidar de pessoas com necessidades especiais, nos diversos contextos da prática clínica ao longo do seu ciclo vital.

Com base nas competências descritas, a reabilitação compreende um leque de conhecimentos e procedimentos que permitem ajudar as pessoas com múltiplas patologias e sequelas, com a finalidade de maximizar a sua capacidade funcional, independência e autonomia, promovendo a qualidade de vida (Mártires, et al., 2019). Em consonância com o Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2018) fundamenta-se que o desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre em EEER,

dignificam uma prática especializada à pessoa com alterações da sua funcionalidade respiratória/motora/neurológica, capacitando a mesma no que respeita às suas alterações funcionais nas AVD's e AIVD's, de modo a promover a sua reinserção no exercício da cidadania.

Ademais, é importante salientar que a teoria não deve sobrepor-se à prática, desprovida das bases teóricas que a sustentam, a prática torna-se frágil. Assim, o desenvolvimento de competências requer uma harmonia entre uma primeira fase de natureza mais teórica e uma segunda fase de aplicação prática, sem negligenciar a produção científica que acompanhou este percurso, sendo fundamental para o desenvolvimento deste nível de competências. Esta ideia é corroborada por Benner (2001), ao sugerir que aquilo que pode ser explicitado e formalizado pela teoria é confrontado com diferentes realidades na prática, nem sempre previstas pela teoria.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O “Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (OE, 2019, p.4744).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, a concessão do título de enfermeiro especialista implica a avaliação das competências delineadas em cada um dos regulamentos das respetivas áreas de especialidade em enfermagem. Além disso, espera-se que esses profissionais possuam um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. No referido regulamento, as competências comuns são descritas como aquelas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, evidenciando uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como um apoio eficaz ao exercício profissional especializado nas áreas de formação, investigação e assessoria (OE, 2019, p. 4745).

Neste sentido, o enfermeiro especialista possui competências específicas, tanto técnicas como científicas, que o capacitam para desempenhar atividades mais complexas dentro da sua área de especialização, em comparação com os enfermeiros de cuidados gerais (Lopes et al., 2018).

As competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas em quatro domínios, conforme definido no respetivo regulamento:

- “a – Responsabilidade profissional, ética e legal (artigo 5.º);
- b – Melhoria contínua da qualidade (artigo 6.º);
- c – Gestão dos cuidados (artigo 7.º);

d – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (artigo 8.º)” (OE, 2019, p. 4745).

“Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (OE, 2019, p. 4745).

No que diz respeito ao domínio supracitado, os cuidados prestados foram guiados pelos princípios e valores profissionais estabelecidos no Código Deontológico dos Enfermeiros. Em cada intervenção, o respeito pela pessoa foi uma prioridade inquestionável, garantindo-se o direito à autodeterminação, dignidade humana, individualidade e um tratamento justo e equitativo. Além disso, foram considerados o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais da pessoa, bem como a sua liberdade. O consentimento para a intervenção, bem como o direito à escolha, foram sempre solicitados, respeitando-se a sua vontade em todas as circunstâncias (OE, 2019).

Em todos os contextos de intervenção, é imperativo respeitar a capacidade de decisão da pessoa, assegurando que os seus direitos à autodeterminação, individualidade, liberdade e dignidade estejam sempre presentes em todas as decisões, planeamentos e intervenções, conforme preconizado pela OE (2019). Assim, quando se aborda o cuidar em saúde, a nossa atenção volta-se para a pessoa doente, sob uma perspetiva de vulnerabilidade. O Princípio da Vulnerabilidade surge quando a pessoa enfrenta um processo de doença aguda ou crónica, tornando-se dependente de terceiros e sujeita ao risco, ao sofrimento e à dor, perdendo a capacidade de definir os seus próprios objetivos. Nesse compromisso, o Princípio da Responsabilidade emerge como um dever para com o cuidado, conforme estabelecido pela OE (2019): “Os enfermeiros são profissionalmente responsáveis pelos seus atos”. Isso significa que, ao associarmos a responsabilidade a um ato, estamos a atribuir uma obrigação ou dever (OE, 2019). A responsabilidade é exercida no compromisso assumido perante aquilo que nos é confiado, tendo-se o dever de responder pelo que nos foi atribuído.

Assim, nós, enfermeiros, assumimos o compromisso que nos foi confiado, agindo de forma ética e em conformidade com os princípios e valores considerados nobres, com o objetivo de garantir a defesa da dignidade, autonomia e liberdade humana, contribuindo para a qualidade nos cuidados de enfermagem, conforme explicitado no Artigo 109.º, alíneas a), b) e d), presente na Lei n.º 8/2024 (AR, 2024).

Neste contexto, no exercício da sua atividade, o enfermeiro especialista deve empregar habilidades de tomada de decisão ética e deontológica que lhe permitam selecionar as melhores práticas disponíveis. Estas práticas devem não só corresponder às necessidades identificadas, mas também às preferências das pessoas sob os seus cuidados (OE, 2019).

Conforme mencionado num capítulo anterior, ao longo do desenvolvimento deste projeto de intervenção e dos cuidados de enfermagem especializados associados, foram assegurados todos os princípios éticos, deontológicos e legais inerentes a cada situação vivenciada. Isto incluiu não apenas os princípios relacionados diretamente com a prestação de cuidados, mas também os princípios envolvidos no processo de investigação, como a transmissão de toda a informação relevante à pessoa para consentir qualquer procedimento, incluindo a participação em investigação (Nunes, 2013).

Entre os princípios mencionados anteriormente, destaca-se que todas as pessoas envolvidas neste projeto foram tratadas com dignidade e respeito pelos direitos humanos. Além disso, foram observados os princípios éticos relacionados com a investigação, tais como os princípios de beneficência/não maleficência. Foi elaborado um plano de intervenção precedido de avaliação da pessoa, visando a obtenção de resultados que promovessem a melhoria funcional. Os objetivos foram delineados em conjunto com a pessoa, intervindo-se com base em conhecimentos cientificamente comprovados, sem expô-la a situações ou limites que pudessem colocá-la em risco ou causar-lhe danos.

No que diz respeito à relação com a pessoa participante, foram adotadas estratégias para promover uma relação de confiança e empatia entre o participante e o responsável pelo projeto. Foi garantida a veracidade, fornecendo-se toda a informação relevante e esclarecendo-se sobre os riscos e benefícios associados ao consentimento livre e esclarecido, documentado através de um Consentimento Informado aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico pertencente ao consorcio e da ULS onde se realizou o projeto.

Quanto à confidencialidade, foram tomadas medidas para salvaguardar todas as informações pessoais recolhidas, mantendo-as apenas acessíveis ao responsável pelo projeto e guardadas em local seguro.

O projeto foi submetido, avaliado e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico pertencente ao consorcio e da ULS onde se realizou o projeto, conforme evidenciado no Anexo I.

“Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p. 4745)

O enfermeiro especialista desenvolve e apoia iniciativas institucionais na área da governação clínica, no desenvolvimento de práticas de qualidade, participando na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, assegurando simultaneamente um ambiente terapêutico e seguro, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019).

De acordo com Pontes & Santos (2017), a qualidade e a segurança na prestação de cuidados devem ser entendidas como uma obrigação ética, contribuindo significativamente para a diminuição de riscos evitáveis e para uma otimização do acesso da população aos cuidados de saúde, bem como para o respeito com que os cuidados são prestados.

Na sua prática profissional, os enfermeiros devem realizar com qualidade e critério as intervenções mais indicadas para as diferentes situações, visto que o conhecimento evolui de forma dinâmica e constante. Assim, é crucial que estes profissionais se mantenham constantemente atualizados e utilizem as fontes mais credíveis, numa abordagem que se pode entender como prática baseada na evidência. Este processo é, sem dúvida, um desafio, mas trata-se de cumprir um desígnio maior da profissão, visando uma prestação de cuidados de elevada qualidade à população (Pereira, 2017).

Portanto, a pesquisa bibliográfica em diferentes fontes, permite sustentar de forma credível e eficaz os cuidados prestados, foi uma prática comum no desenvolvimento dos ensinamentos clínicos.

Além disso, por forma a sustentar os cuidados prestados com a evidência mais atual e recomendada, procurando-se com isso acrescentar qualidade aos mesmos, realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura. Este tipo de estudo visa sintetizar e resumir o conhecimento existente acerca de determinado assunto, de forma transparente, fazendo uso de métodos rigorosos na sua elaboração (Aromataris & Munn, 2020; Chandler et al., 2021). Esta RSL permitiu avaliar os ganhos em saúde relacionado com a capacitação, autonomia e qualidade de vida das pessoas, conforme estabelecido pelo regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019).

Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro procure a excelência no cuidar em todas as intervenções e ações que executa, agindo em conformidade com as necessidades individuais de cada pessoa, ao longo de todo o seu ciclo vital (OE, 2018). O enfermeiro de reabilitação cria estratégias que vão ao encontro das expectativas e satisfação da pessoa, não só através da motivação, mas também através da implementação de cuidados personalizados e diferenciados, fundamentados na conceção de planos de reabilitação definidos nos padrões de qualidade (Marques-Vieira & Gonçalves, 2021) que identificam problemas reais e potenciais decorrentes da alteração funcional do seu estado de saúde, priorizando o acompanhamento e avaliação dos resultados mensurados, de forma a contribuir para a satisfação individual, bem estar, maximização de todo o potencial e autonomia nas AVD's.

Durante os estágios, foram realizadas intervenções especializadas que visavam a excelência no cuidar, fundamentadas na melhor evidência disponível. Foram elaborados planos de intervenção em várias áreas de atuação, adaptados às necessidades individuais de cada pes-

soa, com respeito pelas suas necessidades culturais e espirituais, e visando minimizar quaisquer riscos que surgissem. Além disso, foi percebido durante este período que o envolvimento do ER na formação contínua dos enfermeiros de prestação de cuidados gerais é fundamental. É essencial divulgar o seu conhecimento para melhorar a prestação de cuidados especializados na capacitação da pessoa com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas. Para iniciar um processo formativo, é impreterível que ER detenha conhecimentos empíricos e sólidos do ambiente envolvente, bem como da intervenção que pretende realizar, isto é, identificar de uma forma concreta e objetiva a resolução de um problema, sem esquecer variáveis como a caracterização da população. Os levantamentos das necessidades dos serviços constituem-se com um dos elementos-chave na elaboração de projetos, protocolos e formações. Deste modo, foi elaborado um protocolo de crioterapia para o serviço de ortopedia (Apêndice I) e 4 folhetos sobre: exercícios de equilíbrio e força muscular; exercícios de reabilitação facial; exercícios de força e resistência muscular; exercícios de reeducação funcional na doença respiratória; e um diário miccional para a Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente (Apêndice IV).

Em suma, acreditamos que a qualidade dos cuidados prestados surge de um desenvolvimento contínuo das competências, que vai além da simples absorção de conhecimento teórico. Este desenvolvimento é impulsionado pela partilha de saberes através da formação em serviço, da troca de experiências com os colegas, da vivência prática na profissão, da análise de casos clínicos e da implementação de iniciativas que visam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

“Competências do domínio da gestão dos cuidados” (OE, 2019, p. 4745)

Neste domínio, compete ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados de enfermagem em colaboração com a equipa, otimizando recursos e assegurando uma resposta adequada aos contextos em que está inserido, garantindo cuidados de qualidade à população (OE, 2019). A busca contínua pela melhoria da qualidade nos cuidados de saúde exige que os cuidados prestados sejam eficazes e seguros diariamente, com uma gestão de recursos eficiente, adaptada às necessidades e expectativas das pessoas (DGS, 2015). Além disso, é crucial adotar estratégias de gestão adequadas nos processos de intervenção e nos resultados, a fim de alcançar níveis de satisfação adequados, tanto para as pessoas que recebem os cuidados como para os profissionais (Pontes & Santos, 2017). O papel do enfermeiro especialista é de extrema importância neste domínio, uma vez que a identificação de melhorias

nos indicadores de saúde, gestão e satisfação profissional, evidenciada pela investigação disponível, demonstra o impacto positivo da especialização em enfermagem nos ganhos em saúde para as pessoas, instituições e profissionais em questão (Lopes et al., 2018).

Na prática clínica, foi cultivado um espírito de trabalho em equipa, harmonia e entreaajuda com a equipa multidisciplinar, interagindo e colaborando não apenas com a equipa de enfermagem das diferentes unidades onde decorreram os estágios, mas também com outros membros da equipa. Destaca-se a colaboração com profissionais dos serviços - nomeadamente fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionistas - que proporcionaram uma partilha de conhecimentos e experiências enriquecedoras durante este percurso de desenvolvimento e aprendizagem. Neste contexto, foi crucial a coordenação e gestão dos cuidados para garantir uma intervenção adequada, visando a satisfação das necessidades das pessoas, sem contratempos, e trabalhando para o bem comum da melhoria funcional das mesmas, de acordo com o plano de intervenção estabelecido.

No âmbito dos estágios, foi possível compreender a dinâmica organizacional, bem como, a gestão do internamento, tanto do serviço de ortopedia, como da unidade de hospitalização domiciliária polivalente, permitindo o planeamento de cuidados individualizados para pessoas com alterações da mobilidade com comorbidades associadas. Os cuidados prestados foram impreterivelmente de acordo com a limiar de atuação do enfermeiro especialista com a restante equipa. Durante o estágio, foi possível tomar decisões de acordo com a prestação de cuidados especializados, após reunião com as enfermeiras orientadoras. Assim, a aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados foi alcançada, permitindo ao EEER desenvolver atividades de coordenação e supervisão na gestão dos cuidados individualizados para cada pessoa. Os EEER foram adquirindo capacidades e competências de liderança, refletindo constantemente sobre as suas práticas, sem recorrer a modelos observacionais ou de imitação (Carvalho, et al., 2021). Para Silva et al. (2022), ser líder em enfermagem, significa fortalecer uma conduta profissional baseada na autonomia, promovendo uma influência positiva e o trabalho em equipa na articulação entre as pessoas, visando a eficácia. Como os rácios enfermeiro-doente estão diminuídos, é evidente que as dotações seguras não estão a ser cumpridas na maioria das situações. Assim, muitos enfermeiros especialistas assumem funções de enfermeiros generalista, um problema associado à falta de visão das instituições, impedindo muitas vezes que a maximização dos resultados alcançados junto da pessoa e os princípios éticos e deontológicos orientem as diretrizes institucionais (Borges, et al., 2021; Padilha, et al., 2021).

Em suma, no decorrer dos estágios, a gestão de recursos foi sempre avaliada de acordo com as necessidades e carências do serviço, sem comprometer a qualidade dos cuidados.

Assim, os recursos presentes nos serviços foram adaptados às necessidades individuais de cada pessoa, permitindo a maximização da capacidade funcional, a reintegração social e a promoção de ganhos na funcionalidade, capacitando-as para a Independência e autonomia, visando uma melhor qualidade de vida (Guerra, 2021).

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”
(OE, 2019, p. 4745)

O enfermeiro especialista possui um profundo autoconhecimento de si mesmo e do seu papel dentro da equipa e da organização, desenvolvendo a sua prática profissional especializada com base em evidência científica (OE, 2019).

O conhecimento adquirido ao longo das unidades curriculares deste curso veio reforçar as bases estabelecidas durante a licenciatura e abrir portas para novos horizontes de conhecimento na área de especialização. Ao mesmo tempo, foi enfatizada a relevância da pesquisa em fontes de informação credíveis, em busca de evidência científica atualizada para fundamentar a prática. Todos estes recursos foram aplicados ao longo dos estágios.

A publicação de um artigo no *Jornal de Morfologia Funcional e Cinesiologia*, intitulado “A Perspectiva dos Enfermeiros de Reabilitação sobre o Exercício Físico na Reabilitação de Idosos na Comunidade: Um Estudo Qualitativo” (Ferreira et al., 2023), tem como objetivo contribuir para a produção de novas evidências e melhores práticas, disseminando conhecimentos e inovações na área da reabilitação

Além disso, na perspetiva da estudante, a elaboração deste artigo científico contribuiu para a aquisição de competências fundamentais na área da investigação. Isso inclui a capacidade de realizar uma pesquisa bibliográfica criteriosa, identificando fontes relevantes de informação, e a análise crítica da literatura disponível, com o objetivo de avaliar a qualidade e pertinência dos estudos encontrados. Para além disso, contribuiu também para a aprendizagem de formulação de objetivos claros que orientaram todo o trabalho, exigindo um conhecimento sólido em metodologia de investigação, bem como a capacidade de recolher e analisar dados de forma rigorosa e ética. Respeitando sempre os princípios éticos, contribuindo assim para a divulgação do conhecimento científico com qualidade e credibilidade. Estas atividades promovem o crescimento profissional contínuo, a excelência nos cuidados de enfermagem de reabilitação e a adaptação às mudanças e desafios na área da saúde.

Complementarmente, a elaboração da já mencionada Revisão Sistemática da Literatura contribuiu também para o desenvolvimento desta competência, visando incorporar novos conhecimentos na prática de cuidados, com o objetivo de enriquecer o conhecimento tanto do

estudante como das equipas onde foram desenvolvidos os estágios, e promovendo ganhos em saúde para as pessoas alvo de cuidados (OE, 2019).

Este processo de desenvolvimento de competências ocorreu com uma preocupação constante em encontrar um equilíbrio entre o domínio de conhecimentos técnicos e científicos, garantindo uma prestação de cuidados de qualidade - eficaz e segura - com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis, tanto para as pessoas alvo de cuidados como para a manutenção de elevados padrões de qualidade da equipa. Durante este processo de transição, sentimos o importante suporte da experiência profissional já adquirida, porém, enfrentamos também novas realidades e perspetivas que requerem uma adaptação contínua, fundamentada nos conhecimentos especializados recém-adquiridos.

Destaca-se a importância deste percurso para uma certa mudança de paradigma, onde a experiência acumulada até então enquanto enfermeiro ganhou uma importância acrescida através da especialização e da demonstração de resultados provenientes da nossa intervenção no processo de cuidar. Isso está em linha com o que Benner (2001) defende, ao afirmar que é fundamental documentar as intervenções dos especialistas em enfermagem para construir uma enfermagem fundamentada em modelos e teorias científicas, sem nunca perder de vista a essência do contexto do mundo real e das relações interpessoais entre os vários intervenientes no processo de cuidar, com as suas características e peculiaridades individuais.

Toda esta jornada, foi marcada pela consciência da importância das nossas intervenções para alcançar os objetivos estabelecidos em conjunto com as pessoas alvo dos nossos cuidados, com base em elevados padrões de qualidade, tal como preconiza Hesbeen (2003). Este autor reflete a ideia de que a própria qualidade está intrinsecamente ligada ao investimento pessoal dos profissionais, que devem reconhecer o seu contributo para alcançar a qualidade nos cuidados.

Em suma, o enfermeiro especialista, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, possui um profundo entendimento do seu papel na equipa e na organização, fundamentando a sua prática em evidências científicas. O conhecimento adquirido ao longo do curso reforçou as bases da licenciatura e incentivou a procura de novos conhecimentos na área de especialização, destacando a importância da pesquisa em fontes fiáveis para fundamentar a prática.

A realização de uma Revisão Sistemática da Literatura e de um artigo científico contribuíram para a incorporação de novos conhecimentos na prática de cuidados, com vista a melhorias na saúde das pessoas. Durante este processo de desenvolvimento de competências, houve uma preocupação em equilibrar os conhecimentos técnicos e científicos para garantir uma prestação de cuidados eficazes e seguros. A experiência profissional prévia foi relevante,

no entanto, novas realidades exigiram uma adaptação sustentada nos conhecimentos especializados recém-adquiridos. Destaca-se a importância deste percurso para uma mudança de paradigma, onde a experiência prévia ganhou relevância com a especialização. Ou seja, a qualidade está associada ao investimento pessoal dos profissionais, que devem reconhecer o seu papel na busca pela qualidade nos cuidados de saúde (Hesbeen, 2003).

3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos para ajudar indivíduos com doenças agudas, crônicas ou sequelas a maximizar a sua funcionalidade e independência. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem como objetivo promover o diagnóstico e ações preventivas para garantir as capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e incapacidades, e fornecer intervenções terapêuticas para maximizar as funções residuais e manter ou recuperar a independência nas atividades diárias, minimizando o impacto das incapacidades neurológicas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas e outras deficiências (OE, 2019).

As competências do EEER incluem o cuidado de pessoas com necessidades especiais ao longo da vida, capacitando-as para a reintegração na sociedade e para o exercício da cidadania, além de maximizar a sua funcionalidade e capacidades (OE, 2019). O desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação visa a prestação de cuidados de maior qualidade, traduzindo-se em resultados mensuráveis que contribuem para a melhoria da qualidade de vida, autonomia e capacitação das pessoas, valorizando assim a prática desta especialidade (Barata, 2017).

O EEER planeia as suas intervenções com base em planos de reabilitação personalizados, adaptados às necessidades individuais das pessoas alvo dos cuidados, utilizando o conhecimento diferenciado para decidir sobre questões relacionadas com a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, visando o potencial máximo da pessoa (OE, 2019).

Atuando em várias dimensões, como a motora, neurológica e cardiorrespiratória, bem como nas atividades de vida diária, o EEER procura minimizar as incapacidades e orientar a sua prática para resultados sensíveis aos cuidados de reabilitação, utilizando conhecimento científico atualizado e técnicas específicas (OE, 2019).

Deste modo, as competências específicas do EEER abrangem o cuidado de pessoas com necessidades especiais em diferentes contextos de prestação de cuidados e ao longo

das diferentes fases da vida, capacitando-as para uma maior funcionalidade e autonomia (OE, 2019).

A seguir, será detalhado o desenvolvimento de cada uma destas competências específicas, integrado no regulamento n.º 392/2019.

“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019. p. 13566)

Esta competência assinala o início da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação uma vez que, por meio de uma avaliação diagnóstica é possível identificar as necessidades de intervenção especializada em ER, de forma personalizada e individualizada, considerando “a sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária” (OE, 2019b, p. 13566). Esta avaliação é crucial para conceber, implementar e avaliar os planos de intervenção estabelecidos com a pessoa, com o objetivo de promover a “qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade” (OE, 2019b, p. 13566). Ao longo dos diferentes contextos onde foram adquiridas competências, conhecimentos, capacidades e perspetivas mais apuradas - Hospital e Domicílio - foi possível interagir com pessoas de diversas faixas etárias, cada uma com as suas próprias limitações de funcionalidade, sejam elas de origem ortopédica, respiratória ou neurológica, em várias situações de intervenção - agudas ou crónicas, traumáticas ou planeadas. Para uma avaliação abrangente da funcionalidade da pessoa, foi necessário recorrer a escalas e instrumentos de medição que complementassem a recolha de diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, identificando as verdadeiras necessidades da pessoa (OE, 2019).

Foram realizadas as intervenções consideradas necessárias, conforme os planos delineados, especialmente nas áreas respiratória, cardíaca, motora, neurológica, bem como em qualquer outra que apresentasse alguma disfunção e exigisse intervenção para superar ou minimizar essas limitações. O objetivo era garantir o máximo de autonomia possível, através do ensino, treino e demonstração de técnicas compensatórias, independentemente do contexto de cuidados, com vista a promover o autocuidado (OE, 2019).

Com base em indicadores relevantes para os cuidados de saúde de reabilitação, foram analisados os resultados das intervenções implementadas. Esta análise abrangeu os benefícios em termos de autonomia, capacitação e qualidade de vida da pessoa que recebeu os cuidados, tanto a nível individual, como no que diz respeito à sua integração familiar e comunitária (OE, 2019)

Dado que este projeto se destina especificamente a pessoas em idade adulta, os dados apresentados incidem sobre este grupo. No entanto, durante os ensinamentos clínicos realizados, foram fornecidos cuidados de reabilitação a quem deles necessitasse, independentemente da sua faixa etária, uma vez que a reabilitação abrange domínios transversais ao longo do ciclo de vida das pessoas.

Em suma, esta competência destaca a intervenção inicial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que se baseia numa avaliação diagnóstica para identificar necessidades de intervenção especializada em ER, de forma personalizada. Destaca-se também a importância da avaliação para conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que visam promover a qualidade de vida e reintegração na sociedade. As intervenções abordam diversas áreas, como respiratória, cardíaca, motora, neurológica, entre outras, com o objetivo de promover a autonomia. Posteriormente, são analisados os resultados das intervenções, considerando indicadores como autonomia, capacitação e qualidade de vida. O projeto, inicialmente direcionado a pessoas adultas/idosas, também atendeu a outras faixas etárias, reconhecendo que a reabilitação é relevante em diferentes fases da vida.

“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019, p. 13566)

Esta competência está intrinsecamente ligada às questões da deficiência e da limitação da atividade, assim como à sua influência na restrição da participação da pessoa na sociedade. O EEER deve atuar como promotor da adoção de mecanismos compensatórios, visando minimizar ou eliminar essas dificuldades. Isso é alcançado através da criação e implementação de programas de treino de Atividades da Vida Diária, com o objetivo de maximizar a autonomia e a qualidade de vida. Recomenda-se e proporciona-se treino no uso de dispositivos compensatórios, sempre que necessário e apropriado (OE, 2019).

Durante a implementação dos planos de intervenção, foram utilizados e recomendados produtos de apoio, ajudas técnicas e dispositivos de compensação, de acordo com as necessidades identificadas e a capacidade de utilização por parte das pessoas sob cuidados. Estes recursos são benéficos tanto para as próprias pessoas como para os seus cuidadores, incluindo exemplos como andarilhos, canadianas, disco giratório para transferência, calçadeira de cabo longo e cinto de transferência. É importante destacar que, em certas ocasiões, é possível recorrer a dispositivos adaptados como alternativa aos produtos de apoio convencionais, especialmente em ambiente domiciliário, desde que promovam a autonomia sem comprometer a segurança da pessoa. Em termos domiciliários também foram utilizados recursos como gar-

rafas de água, bandas elásticas, bolas, almofadas, chapéus de chuva, copos, palhinhas, sacos de arroz entre outros objetos que tivessem ao dispor para a execução dos planos de intervenção traçados para a pessoa.

Em colaboração com outra mestrande e com o apoio da equipa multidisciplinar do Serviço de Ortopedia onde decorreu o primeiro estágio, foi elaborado um protocolo de crioterapia (Apêndice I), para doentes submetidos a cirurgia ortotraumática, visando uniformizar esta intervenção e proporcionar uma melhoria nos cuidados prestados, assim como maiores ganhos em saúde. Considerando que a crioterapia é uma intervenção de enfermagem autónoma, que muitas vezes não está descrita e documentada nos serviços, ressalta-se a importância de um protocolo para padronizar esta prática e assegurar a sua continuidade (Santos, 2020). Este protocolo baseou-se em evidências científicas e teve como objetivo melhorar a qualidade e excelência dos cuidados prestados, beneficiando a capacidade funcional dos indivíduos com dependência funcional através de uma planeamento e intervenções adequadas. Assim, os ganhos na autonomia, capacidade funcional e desempenho nas atividades de vida diária refletem-se numa melhor qualidade de vida, evidenciando a eficácia dos cuidados de reabilitação (Santos, 2017).

No âmbito do segundo estágio na Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente, foram produzidos quatro folhetos como guias de cuidados para a realização de exercícios de reabilitação motora, respiratória e neurológica (Apêndice IV). Estes folhetos destinam-se a apoiar as pessoas internadas em ambiente domiciliário, permitindo-lhes dar continuidade às intervenções planeadas (exercícios prescritos) pelo enfermeiro de reabilitação. Optou-se por utilizar uma linguagem clara e acessível, adequada a todas as idades, e incluíram-se imagens dos exercícios para facilitar a compreensão por parte daqueles com diferentes níveis de literacia. Foi adotada uma estratégia de repetição e síntese para facilitar a assimilação dos conhecimentos. Para garantir a eficácia deste material, é recomendável que a pessoa tenha acesso a ele sempre que necessário, capacitando tanto a pessoa como o cuidador para o processo de reabilitação. Esta abordagem de educação para a saúde visa promover o bem-estar físico, mental e social das pessoas, capacitando-as para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde e adotarem comportamentos saudáveis. Além disso, contribui para a prevenção de doenças, a promoção da saúde, o aumento da qualidade de vida e a redução de desigualdades em saúde. Na perspetiva da estudante, e de acordo com Lima et al. (2019), o sucesso da reabilitação reside na continuidade dos cuidados, na coordenação dos mesmos e na inter-relação entre a equipa multidisciplinar, a pessoa, a família e a comunidade.

Ainda durante os estágios, foram conduzidos estudos, integrados num plano de reabilitação, nos quais se delinearam estratégias e intervenções com objetivos previamente estabelecidos, dentro de um contexto e período específico. O planeamento, execução e avaliação tiveram como propósito identificar, avaliar e compreender os resultados obtidos. Deste modo, a elaboração e implementação do programa de reabilitação, visam aferir a eficácia da intervenção do EEER na capacitação de pessoas com alterações da mobilidade e comorbidades associadas. Este projeto de intervenção foi concebido de forma personalizada para cada pessoa, com objetivos específicos de avaliação da funcionalidade, em consonância com os diagnósticos identificados que visam as alterações no comprometimento da mobilidade.

As restrições de mobilidade, associadas a padrões de envelhecimento, doença ou trauma, têm implicações diretas nas AVD, uma vez que a imobilização pode causar alterações mecânicas no sistema musculoesquelético, resultando em atrofia por desuso. Normalmente, a imobilidade está relacionada com problemas neurológicos e musculoesqueléticos, podendo levar a complicações como úlceras por pressão, aumento do risco de infeções respiratórias devido ao comprometimento ventilatório, desequilíbrio, contraturas musculares, rigidez, bem como alterações no funcionamento da bexiga e intestinos. Portanto, executar um projeto de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação que integre intervenções para a manutenção da mobilidade, centradas no autocuidado, é fundamental para a independência e prevenção destas alterações.

É através da capacitação das pessoas que se evidenciam os benefícios das intervenções do EEER no autocuidado e na realização das AVD's. A repetição de exercícios, conforme o projeto de intervenção, tem como objetivo recuperar ou reforçar os padrões automáticos de movimento e promover a independência, permitindo uma locomoção correta e segura, com o mínimo gasto energético possível. (Menoita, et al., 2012).

O processo de reabilitação ocorre em diversas etapas da vida, sobretudo durante as transições do ciclo de vida, desde a prevenção nas fases iniciais da doença até à recuperação, implicando uma adaptação a novas circunstâncias (Hoemen, 2011). Este processo desenvolve competências ao longo do estágio, contribuindo para a capacitação ao longo do ciclo de vida. A capacitação é um processo evolutivo que envolve diversos elementos, como o conhecimento, a tomada de decisões, a ação e a implementação, iniciando-se na dependência e culminando na autonomia e potencialização das capacidades cognitivas, físicas e sociais. Está condicionada por vários fatores intrínsecos e extrínsecos à condição humana, como o ambiente, o estilo de vida, a motivação e as expectativas de vida, influenciando a adoção de comportamentos que visam melhorar a qualidade de vida. É importante ter em conta que as

mudanças e os ajustes necessários dependem do estádio em que a pessoa se encontra e da sua aceitação em relação ao problema enfrentado (Esteves, 2023).

Por último, é também responsabilidade do EEER identificar possíveis barreiras arquitetônicas e empenhar-se ao máximo na sua eliminação, com o intuito de promover a autonomia e qualidade de vida das pessoas. Este aspeto foi considerado ao longo dos planos de intervenção elaborados e implementados em diferentes contextos. A nível comunitário, é possível uma intervenção mais direta e interativa, uma vez que se consegue ter uma melhor compreensão da realidade em que a pessoa está inserida. No contexto hospitalar, é importante contar com o testemunho o mais detalhado possível da pessoa e do cuidador, relativamente à tipologia e particularidades da habitação de destino, de modo a promover a melhor adaptação possível da pessoa ao seu ambiente, família, comunidade e sociedade em geral (OE, 2019).

Em suma, o EEER desempenha diversas competências e realiza intervenções que visam promover a autonomia e a qualidade de vida das pessoas com limitações de mobilidade. Através de projetos de intervenção personalizados, incluindo treino exercícios e de AVD, são implementadas estratégias para facilitar a execução das tarefas diárias, muitas vezes com recurso a produtos de apoio e dispositivos de compensação. Além disso, são elaborados protocolos, como o de crioterapia, para garantir uma abordagem eficaz e uniforme baseada em evidências. Destaca-se ainda a produção de guias de cuidados para exercícios de reabilitação em ambiente domiciliário, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados. O EEER também desempenha um papel importante na identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas, promovendo a adaptação das pessoas ao seu ambiente. Estas intervenções têm como meta capacitar as pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida e para a redução de desigualdades em saúde.

“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019, p. 13566)

O processo de planeamento e implementação dos planos de reabilitação personalizados, abrangendo as vertentes motora, cardíaca e respiratória, requer uma abordagem que leve em conta as necessidades individuais de cada pessoa. Estes planos são delineados em colaboração com a pessoa cuidada, com o objetivo de alcançar metas comuns para promover a saúde, reabilitação e prevenção de complicações. Esta abordagem visa potenciar as capacidades funcionais da pessoa, estabelecendo uma relação de ajuda entre o profissional de saúde e a pessoa, bem como outros elementos envolvidos no seu projeto de saúde (OE, 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve estar atualizado com o conhecimento científico mais recente e validado sobre as funções cardíaca, respiratória e motora. Este conhecimento é fundamental para desenvolver projetos/programas de reabilitação que atendam aos objetivos da pessoa cuidada e maximizem o seu desempenho nos diferentes sistemas corporais, utilizando diversas técnicas que promovam a atividade física e o exercício (Ferreira et al., 2023; OE, 2019). No desenvolvimento deste projeto de intervenção, foram considerados os ajustes necessários para lidar com situações de complexidade e vulnerabilidade. Para envolver a pessoa de forma mais ativa e eficaz no plano de intervenção, todas as ações de treino motor, cardíaco e respiratório foram explicadas, demonstradas e treinadas de acordo com as capacidades individuais demonstradas pela pessoa (OE, 2019). A implementação dos planos de intervenção foi constantemente monitorizada em conjunto com as equipas multidisciplinares dos respetivos estágios, com discussão de eventuais alterações para alcançar os objetivos estabelecidos e garantir a segurança da pessoa. Foram utilizadas escalas e instrumentos de avaliação objetivos e rigorosos para este fim (OE, 2019).

3.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A ética profissional da enfermagem estabelece que o enfermeiro deve exercer a sua profissão com conhecimentos técnicos e científicos adequados e continuamente atualizados. Este compromisso visa garantir não apenas a segurança daqueles que são cuidados por eles, mas também melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (AR, 2024). Por sua vez, o Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (PCM, 2018), determina que o grau de mestre seja atribuído àqueles que demonstrem competências para desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de estudos, aplicando-os em questões complexas relacionadas com a sua área de estudo. Além disso, espera-se que sejam capazes de comunicar claramente as suas conclusões a especialistas e não especialistas (PCM, 2018).

O mestre em enfermagem desempenha um papel crucial na melhoria dos cuidados de saúde, utilizando investigação e práticas baseadas em evidências para uma intervenção especializada na área da enfermagem. Ao responder às necessidades da população, contribui para o avanço da disciplina e lidera eficazmente equipas, supervisionando e gerindo cuidados em diversos contextos de prática (Nunes, 2020). Todo o processo deste projeto, culminando na elaboração deste relatório, foi conduzido com base na evidência mais atualizada e rigorosa disponível. Recorreu-se à pesquisa bibliográfica para responder às necessidades identificadas, contando com o apoio dos docentes e supervisores clínicos tanto na teoria como na prática clínica.

A produção científica foi realizada ao longo das unidades curriculares de Investigação em Enfermagem e Fundamentos de Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem de Reabilitação na Comunidade, bem como durante o Estágio Final. Realizaram-se trabalhos com elevado rigor científico, destacando-se a elaboração de um artigo científico em colaboração com outros mestrands e docentes desta edição do mestrado. Este artigo, intitulado “A Perspectiva dos Enfermeiros de Reabilitação sobre o Exercício Físico na Reabilitação de Idosos na Comunidade: Um Estudo Qualitativo”, foi publicado no *Journal of Functional Morphology and Kinesiology* em 2023 (Ferreira et al., 2023).

A necessidade de produção de conhecimento prático é relevante devido à complexidade atual na saúde, com o envelhecimento da população, aumento de doenças crónicas, e mais pessoas com limitações na atividade e restrições na participação (Baixinho & Ferreira, 2019). Essas mudanças desafiam os EEER a adotar novas abordagens para capacitar melhor os cuidados de saúde. Neste sentido, a translação de conhecimentos [TC] é essencial para promover a saúde das populações, traduzindo a investigação para a prática clínica.

Este processo capacita os profissionais de saúde e beneficiários a lidar de forma mais assertiva com os desafios dos processos de saúde-doença (Baixinho et al., 2017; Baixinho & Ferreira, 2020).

Os EEER tornam-se co-produtores do conhecimento, envolvendo-se de forma duradoura nos projetos de investigação e defendendo-os nas suas áreas de atuação, porque reconhecem a sua relevância para a prática. Comprometendo-se a produzir investigação relevante e a fornecer feedback contínuo, e em tempo real, sobre a aplicação da pesquisa na prática (Baixinho et al., 2019).

Este compromisso alinha-se com os objetivos do projeto de intervenção do EEER junto de adultos com alterações da mobilidade e comorbilidades associadas, promovendo o autocuidado e a transição do seu estado de saúde, assim como nos ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Assim, a translação de conhecimento por parte do EEER não só beneficia à sociedade, mas também se torna numa ferramenta indispensável para enfrentar os desafios contemporâneos na área da saúde (Baixinho & Ferreira, 2020; Baixinho et al., 2017).

Portanto, enquanto futura Mestre em Enfermagem de Reabilitação, considero que a produção do artigo supracitado contribui significativamente para o aumento do conhecimento na área da enfermagem, especialmente nas práticas baseadas em evidências, e ressalta a importância da gestão da informação em saúde para fundamentar decisões clínicas.

CONCLUSÃO

“Enquanto enfermeiros, como é que sabemos que sabemos? Como soubemos o que julgamos saber? A partir de que fontes elaboramos e disseminamos conhecimento? Como justificamos as crenças que temos? O que fazemos com o que conhecemos?”

Lucília Nunes

A jornada da enfermagem, é marcada pela busca incessante de conhecimento e aplicação cuidadosa, que desempenham papéis fundamentais para promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Este compromisso reflete-se na abordagem holística e dedicada dos EEER, que se esforçam por compreender as necessidades individuais de cada pessoa que cuidam. Ao integrar teoria e prática, a enfermagem capacita-se para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde, alinhados com os novos desafios decorrentes dos paradigmas emergentes das doenças crónicas e da dependência em pessoas com dificuldades de mobilidade, causadas pelas mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, bem como pelo aumento significativo de comorbilidades associadas. Estas alterações podem resultar de diferentes processos, com repercussões em vários sistemas orgânicos, afetando diversos aspetos da vida da pessoa, e exigem respostas eficazes às demandas complexas do ambiente clínico.

Em virtude das suas competências específicas, o EEER destaca-se na intervenção com pessoas adultas/idosas sujeitas a processos de imobilidade. Promovendo projetos de reabilitação que visam diminuir as complicações associadas à imobilidade e fomentar a manutenção ou recuperação da capacidade funcional da pessoa, demonstrando benefícios evidentes na promoção do treino de exercícios respiratórios, aeróbios, força e equilíbrio, flexibilidade e autocuidado. Esta abordagem integrada permite que as pessoas vivenciem os processos de transição de forma mais saudável, contribuindo significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida. Neste sentido, o EEER tem a função de intervir junto à pessoa para capacitá-la em termos de saúde, atuando como um promotor e implementador de estratégias que permitam à pessoa tornar-se mais habilitada e independente na gestão da sua própria saúde.

A prática do Enfermeiro especialista depende não apenas de um conjunto de capacidades, atitudes, princípios e valores adequados a cada circunstância, mas também de um caráter reflexivo e profissional que possibilite a criação de conhecimentos robustos baseados em evidência científica. Desta forma, o enfermeiro assume o papel de agente promotor de mudança.

Neste contexto, a atualização constante por parte do EEER e o domínio das mais recentes evidências científicas são essenciais, garantindo que os cuidados prestados sejam de alta qualidade e alinhados com as melhores práticas.

Estas práticas incluem a educação da pessoa e das suas pessoas significativas, abordando de forma holística uma ampla gama de necessidade de aprendizagem. A pessoa com diminuição da funcionalidade deve estar envolvida na implementação do projeto de reabilitação, permitindo uma avaliação personalizada das suas necessidades, melhorando o seu conhecimento e capacitando-a para alcançar uma maior qualidade de vida. Ao capacitar a pessoa, envolve-se ativamente no seu processo de recuperação, participando na tomada de decisões e desenvolvendo a sua capacidade de gestão nas dimensões biofisiológicas, funcionais, experienciais, éticas, sociais e financeiras. Durante o decorrer do projeto de intervenção, a contribuição do EEER na instrução e educação da pessoa com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas foi fundamental para o seu empoderamento. Esta intervenção não só previne a incidência e complicações, mas também desenvolve competências que permitem reduzir a duração e frequência dos internamentos, resultando em ganhos significativos em saúde.

Considerando a importância deste tema, decidimos percorrer este percurso académico de desenvolvimento de competências através da implementação de um projeto de intervenção focado no treino de exercícios para a promoção do autocuidado em pessoas adultas com alterações da mobilidade e comorbilidades associadas. Este projeto visa orientar os cuidados necessários para a melhoria funcional e da qualidade de vida dessas pessoas, identificando ganhos em saúde proporcionados pelos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Neste sentido, orientamos a nossa prática com base em diagnósticos e intervenções de enfermagem, alinhados com os PQCEER, e utilizamos instrumentos de colheita de dados válidos e fiáveis para avaliar de forma mais objetiva os ganhos em saúde.

Fundamentamos a nossa intervenção nas Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Estes modelos teóricos são pilares essenciais para otimizar a qualidade dos cuidados prestados, conforme regulado nos instrumentos profissionais do EEER. Com base nestas referências teóricas, desenvolvemos uma proposta de Modelo de Prática Profissional de ER na promoção do autocuidado em adultos com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas. Estes modelos fornecem a estrutura necessária para assegurar a qualidade dos cuidados, integrando conhecimentos teóricos na prática, com foco na pessoa cuidada, ao mesmo tempo que promovem a excelência dos cuidados de ER.

Desenvolvemos este projeto dentro de uma perspectiva descritiva, com o objetivo de descrever e documentar características ou comportamentos específicos.

Ao longo deste percurso, desenvolvemos competências como enfermeiros especialistas, EEER e mestres, prestando cuidados de ER através de planos de intervenção individualizados e personalizados. Adotámos uma abordagem transversal, reconhecendo a pessoa como um todo e mantendo uma visão holística em diversos contextos de atuação. Damos especial atenção às vertentes cardiorrespiratórias, musculoesqueléticas e neurológica, trabalhando com a pessoa e sempre que possível, com a sua família, com o objetivo de alcançar os objetivos delineados em conjunto.

Esta abordagem visou atingir resultados que se manifestem em ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de ER. De acordo com as competências comuns de especialista e específicas de EEER, pautámos a nossa intervenção na prestação de cuidados baseados na evidência mais recente e fidedigna, respeitando sempre a pessoa e adotando uma conduta ética e deontológica correta. O nosso objetivo foi garantir cuidados de qualidade ajustados a cada contexto, e assegurar uma gestão eficiente dos recursos. Mantivemos uma autoconsciência da nossa atuação, ajustando-a à fase de aprendizagem, mas empenhando-nos ao máximo para promover o melhor nível funcional e qualidade de vida das pessoas, bem como a sua satisfação. Trabalhamos em harmonia com as equipas, melhorando indicadores de gestão e satisfação, tanto das pessoas sob os nossos cuidados como dos profissionais envolvidos.

A exploração de novos conhecimentos, a resolução de problemas complexos na área de atuação da ER e a preocupação com a produção de novo conhecimento científico, incluindo a sua publicação, foram fatores que nos impulsionaram a desenvolver competências compatíveis com o grau de mestre. Este percurso permitiu-nos contribuir não só para o nosso desenvolvimento profissional, mas também para a melhoria dos cuidados de saúde.

Assim, acreditamos que, com o exposto neste relatório, conseguimos responder aos objetivos que propusemos inicialmente. Da análise realizada neste relatório permite-nos concluir que, de acordo com a opinião de diversos autores, a especialização em enfermagem, e especificamente em enfermagem de reabilitação, é uma mais-valia tanto para os sistemas de saúde quanto para os profissionais. No entanto, o número de especialistas, tanto em termos gerais quanto especificamente em ER, é manifestamente insuficiente para atender às necessidades do panorama nacional. Esta responsabilidade deve ser partilhada entre os profissionais de enfermagem e as próprias instituições/sistemas de saúde. Consideramos que esta questão merece uma reflexão profunda, de modo a traçar um caminho que seja mais enriquecedor para todos no futuro.

O projeto que elaborámos revela, a nosso ver, um percurso positivo, demonstrando ganhos significativos nos cuidados de enfermagem à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas em contexto domiciliário. No entanto, enfrentamos algumas dificuldades e limitações, tais como o tempo de estágio e a articulação insuficiente entre o hospital e a comunidade, que não foi tão eficaz quanto o desejável. As dificuldades com o transporte, sentidas ao nível da UHDP, exigiram uma maior coordenação com os diversos profissionais de saúde. Na ULS do Alentejo, urge a necessidade de uma maior presença de EEER em contexto domiciliário para uma intervenção mais especializada, que promova a autodeterminação, a autogestão, a autoeficácia e a autonomia da pessoa, empoderando-a em saúde. Ainda assim, gostaria de salientar que, apesar das dificuldades e limitações mencionadas, tive o privilégio de integrar equipas com grande espírito de união e entreajuda, o que fez com que essas dificuldades se dissipassem, demonstrando sempre um foco nas soluções e nunca nos problemas.

Não há dúvida de que o percurso percorrido teve um impacto significativo no crescimento pessoal, possibilitando a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento tanto da entidade em questão quanto da profissão em geral.

Olhando para o futuro, esperamos que, ao implementar estratégias adequadas e práticas seguras na transição dos cuidados das pessoas, possamos impulsionar uma mudança que resulte numa melhoria da qualidade dos cuidados. É fundamental que o conhecimento e o cuidado estejam sempre entrelaçados, formando uma base sólida na qual se constrói uma saúde melhor para todos.

BIBLIOGRAFIA

- Aartolahti, E., Lönnroos, E., Hartikainen, S., & Häkkinen, A. (2020). Long-term strength and balance training in prevention of decline in muscle strength and mobility in older adults. *Aging clinical and experimental research*, 32(1), 59–66. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01155-0>
- Abrantes, L. C. B., Azevedo, I. C. S. C., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C., Marcelino, L. M. M. S., Marques, C. F.F., & Santos, E. J. F. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas linguagem classificada CIPE®. *Millenium – Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 49 (20), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Accioly, M. F., Patrizzi, L. J., Pinheiro, P. S., Bertoncello, D., & Walsh, I. A. P. (2016). Exercícios físicos, mobilidade funcional, equilíbrio, capacidade funcional e quedas em idosos. *ConScientiae Saúde*, 15(3), 378–384. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v15n3.6338>
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2020). *Modelo de acompanhamento das unidades de hospitalização domiciliária no SNS*. <https://www.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2020/07/Modelo-Acompanhamento-Hospitalização-Domiciliária-SNS.pdf>
- Akhtar, S., Mohanty, K. S., Singh, R. R. & Sem, S. (2022). Chronic diseases and productivity loss among middle-aged and elderly in India. *BMC Public Health*, 22(1): 2356. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14813-2>
- Alligood, M. (2021). *Teóricos da enfermagem e seu trabalho* (10ª ed.). Mosby.
- Alves, M., Vieira, M. B., Costa, J., & Carneiro, A. V. (2017). Análise da revisão Cochrane: Alta precoce hospitalar em domicílio. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 30 (12), 835-839. <https://doi.org/10.20344/amp.9791>
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2015a). Total Knee Replacement [Artroplastia Total de Joelho]. *OrthoInfo*. <https://orthoinfo.org/pt/treatment/artroplastiatal-de-jelho-total-knee-replacement>

- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The Official guide to APA style* (7th ed).
- Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/45001>
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M.M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, III(1), 45-53. <https://doi.org/10.12707/RII1013>
- Araújo, S. R. da. S., Magalhães, J. R. H. R. de, Frazão, C. R., Santos, G. de F. M., Borba, S. D. P., Borssari, L. A., Mileski, R. V. P., Lima, S. T. de, Campos, F. de S., & Barros, A. De B. (2024). *Safety of the elderly inn health services*. Seven Editora. <https://doi.org/10.56238/sevened20224.001-030>
- Arco, A. R., Arco, H. R., Luncindo, I. M., & Martins, M. O. (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalho escritos* (Versão 2). Escola Superior de Saúde de Portalegre. [https://www.ipportalegre.pt/normas de elaboração de trablhos escritos v2.pdf](https://www.ipportalegre.pt/normas%20de%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20trabalhos%20escritos%20v2.pdf)
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Assembleia da República [AR]. (2024). *Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro*. Terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, 1ª série, n.º 169, 4 de setembro de 2019, p.55.
- Augustine, M. R., Davenport, C., Ornstein, K. A., Cuan, M., Saenger, P., Lubetsky, S., Federman, A., DeCherrie, L. v., Leff, B., & Siu, A. L. (2020). Implementation of post-acute rehabilitation at home: A skilled nursing facility-substitutive model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68, 1584–1593. <https://doi.org/10.1111/jgs.16474>
- Azevedo, L. (2022). Este país é para velhos? Migrações e envelhecimento em Portugal [A coutry for old people? Migrations and ageing in Portugal]. *Sociológico*, 40, 73-84. <https://doi.org/10.4000/>

- Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. M. L. (2022). A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. *HIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 7(Ano IV), 17-27.
- Azevedo, P. C. (2020). A hospitalização domiciliária na pandemia COVID-19 [Artigo de perspectiva]. *Gazeta Médica*, 7(2), 1-4. <https://www.gazetamedica.com/index.php/gazeta/article/view/408>
- Azevedo, P. C. (2021, junho 11). O desafio da hospitalização domiciliária [Artigo de opinião]. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. <https://www.spmi.pt/o-desafio-da-hospitalizacao-domiciliaria/#>
- Azevedo, P.C. (2020, December 30). The challenge of home hospitalization. *Gazeta Médica*, 7(4). <https://www.gazetamedica.com/index.php/gazeta/article/view/408>
- Baixinho, C. L., & Ferreira, O. (2019). From the hospital to the community: The (un)safe transition. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e35797. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Baixinho, C. L., & Ferreira, O. (2020). Desfragmentar ou interagir cuidados? Um desafio para o ano internacional do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e.35856. <http://doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>.
- Baixinho, C. L., Ferreira, O, Marques, F. M., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2017). Transição segura: um projeto da translação do conhecimento para a prática clínica. In A.P. Costa, M. C. Sánchez-Gómez & M. V. Cílleros (Eds.), *A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos* (Cap. 3, pp. 57-80). Ludomedia. http://www.webqda.net/wp-content/uploads/2017/06/ebook_Pratica_Investigacao_Qualitativa_PT.pdf
- Barata, L. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (pp. 123-135). Loures, Lusodidacta.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

- Borges, E., Queirós, C., Vieira, M & Teixeira, A. (2021). Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. *Revista Rene*, 22, e60790. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
- Boudiny, K., & Mortelmans, D. (2011). A critical perspective: Towards a broader understanding of “active ageing”. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 8-14.
- Boyd, C. M., & Fortin, M. (2010). Futuro da pesquisa sobre multimorbidade: como a compreensão da multimorbidade deve informar o design do sistema de saúde? *Saúde Pública Ver*, 32, 451-474.
- Brandão, G. S., Brandão, G. S., Sampaio, A. A. C., Damas Andrade, L., Fonseca, A. L., Campos, F. K. R., Silva, A. S., Silva, M. M., Oliveira-Silva, I., Vieira, R. P., Donner, C. F., Silva, R. A., Jr, Camelier, A. A., & Oliveira, L. V. F. (2021). Home physical exercise improves functional mobility and quality of life in the elderly: A CONSORT-prospective, randomised controlled clinical trial. *International journal of clinical practice*, 75(8), e14347. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14347>
- Brandão, G. S., Oliveira, L., Brandão, G. S., Sampaio, A. A. C., Andrade, L. D., Fonseca, A. L., Campos, F. K. R., Silva, A. S., Silva, M. M., Silva, I. O., Vieira, R., Donner, C. F., Silva, R., & Camelier, A. A. (2020). *Home physical exercise improves functional mobility and quality of life in elderly. A CONSORT-prospective, randomized controlled clinical trial*. [Preprint]. Preprints. <https://doi.org/10.22541/au.159183084.40962524>
- Callado, A. Practice environment and its importance for nursing. *Journal of Aging & Innovation*, 8 (3), 92-107
- Campisi, J., Kapahi, P., & Melov, S. (2019). From discoveries in aging research to therapeutics for healthy aging. *Nature*, 571(7764), 183-192. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1365-2>
- Canavarro, M., & Serra, V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Caparrol, A. J. de S., Martins, G., Barbosa, G. C., Monteiro, D. Q., Alves, L. C. de S., & Grato, A. C. M. (2022). Pandemia da COVID-19: quem cuida dos cuidadores informais de idosos? *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 12(37), 499–506. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.12.37.499-506>
- Carvalho, B., Santos, N. R., & Pais, L. (2021). Intervenções para o desenvolvimento de liderança em enfermagem: Uma revisão sistemática da literatura. *Gestin*, 22, 27. <https://hdl.handle.net/10174/30339>

- Chan, S. (2022). Hospitalização domiciliária, uma alternativa ao internamento convencional. *Medicina Interna*, 29(1), 53–56. <https://doi.org/10.24950/rspmi.2022.01.288>
- Chandler, J., Cumpston, M., Thomas, J., Higgins, J. P., Deeks, J. J., & Clarke, M. J. (2021). Chapter I: Introduction. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2*. <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-i>
- Charlson, M. E., Carrozzino, D., Guidi, J., & Patierno, C. (2022). Índice de comorbilidade de Charlson: uma revisão crítica das propriedades clinimétricas. *Psicoterapia e Psicossomática*, 91(1), 8-35.
- Ciríaco, M., & Nascimento, V. (2020). *Manual de acolhimento e integração ao EEER no serviço de ortopedia*. Serviço de Ortopedia - ULSLA, E.P.E.
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação funcional sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-252). Lusodidacta.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Assembleia do colégio da especialidade de reabilitação: Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos PQCER*. Aprovado por maioria, com alterações, na Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, em 24 de janeiro de 2015, na Cidade do Porto.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte da Vida* (2ª ed.). Lusociência
- Conkova, N., & Lindenberg, J. (2020). A experiência do envelhecimento e as percepções de “envelhecer bem” entre os migrantes mais velhos na Holanda. *The Gerontologist*, 60(2), 270-275. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz125>
- Conkova, N., Lindenberg, J., & Rechel, B. (2020). The experience of aging and perceptions of “aging well” among older migrants in the Netherlands. *The Gerontologist*, 60(2), 270-278. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz125>
- Conselho internacional de Enfermeiros [CIE]. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Artmed.
- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Coutinho, C. (2020). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanos: teoria e prática*. Almedina.
- Couto, G. (2012). Autonomia/Independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9323>
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 234-280). Lidel.
- da Cunha, A. C.S., Mafra, S. C. T., & Tosta, K. S. (2024). Protagonismo: Quando se tem vez no envelhecimento. *Revista Contemporânea*, 4(1), 3529-3544. <https://doi.org/10.56083/RCV4N1-198>
- Delerua, F. (2019, junho 27). Hospitalização domiciliária: Uma realidade em Portugal [Artigo de Opinião]. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/hospitalizacao-domiciliar-uma-realidade-em-portugal/>
- Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização domiciliária: mais um desafio para a medicina interna. *Medicina interna*, 25 (1), 15-17. <https://doi.org/10.24950/rspmi-/op/1/2018>
- Delgado, B., Gomes, B., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2020). Atividade física e exercício físico. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto, & M. Loureiro (Eds.), *Reabilitação cardíaca – Evidência e fundamentos para a prática* (pp. 81-89). Loures: Lusodidacta.
- Dias, P., Ferrinho Ferreira, R., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%%20DE%20MAIO.2011.pdf

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. <https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisão-e-Extensão-a-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). *Hospitalização Domiciliária em idade adulta*. (Norma n.º 020/2018, 20/12/2018). <http://nocs.pt/hospitalizacao-domiciliaria-emidade-adulta>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). *Norma N.º 020/2018, 20 de dezembro, Hospitalização Domiciliária em idade adulta*, 1-22. <https://nocs.pt/hospitalização-domiciliária-em-idade-adulta/>
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2019). *Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientações-e-circulares-informativas/orientações-n-0142019-de-07082019.aspx>
- Dirkes, S. M., & Kozlowski, C. (2019). Early mobility in the intensive care unit: Evidence, barriers, and future directions. *Critical Care Nurse*, 39(3), 33–42. <https://doi.org/10.4037/CCN2019654>
- Duque, H.J. (2009). *O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros* [Tese de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa].
- Edmond, C. Y. U., Pryor, G. A., & Parker, M. J. (2017). Hospital at home: A review of our experience. *SICOT-J*, 3, 60. <https://doi.org/10.1051/sicotj/2017047>
- Esteves, N. (2023). *Efetividade de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação do doente submetido a artroplastia total da anca*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5883>.
- European Commission. (2011, Novembre 7). European Innovation Partnership agrees on actions to turn ageing into an opportunity [Press release]. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_11_1309
- Eurostat. (2023). *Estatísticas demográficas da União Europeia*. Comissão Europeia. Obtido em [15 de novembro, 2023], de <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/Estatisticas-Demograficas-2023.dpf>

- Eurostat. (2024, fevereiro 28). Estrutura populacional e envelhecimento. Statiscs Explained. [https://ec.europa.eu/eurostat/statiscs-explained/index.php?title=Population structure and ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statiscs-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing)
- Faleiros, V. P. (2018). *Desafios do envelhecimento: Vez, sentido e voz*. Editora Universa.
- Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Aguilera, J. A. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Silva, J. M. A. V. (2022). Construção e validação de um programa de enfermagem de reabilitação para idosos frágeis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(sulp. 4), e20210562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0562>
- Fermentão, C. A. G. R., & Thomazini, M. C. (2021). A relevância dos direitos dos idosos no século XXI: sob o panorama do expressivo crescimento populacional. *Revista da faculdade de direito da UERJ*, 1(40), 0127-0142
- Ferreira, L. K., Meireles, J. F. F., & Ferreira, M. E. C. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 639-651.
- Ferreira, Ó. M. R., & Baixinho, C. L. (2021). Estratégias para implementar a transição segura hospital-comunidade e mitigar as readmissões hospitalares. *Revista de Ciências da Saúde*, 11 (1), 2-3. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i1.1120>
- Ferreira, R. F., Fernandes, M. A., Reis, G., Fonseca, C., Sousa, L. de, Grilo, E., Bule, M. J., & Vieira, J. V. (2021). *Estágio final – Planeamento de atividades*. IP Beja.
- Ferreira, R., Fernandes, N., Bico, C., Bonito, A., Moura, C., Sousa, L., Baixinho, C. L., & Fonseca, C. (2023) A perspetiva dos enfermeiros de reabilitação sobre o exercício físico na reabilitação de idosos na comunidade: Um estudo qualitativo. *Jornal de Morfologia Funcional e Cinesiologia*, 8 (4), 163. <https://doi.org/10.3390/jfmk8040163>
- Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., & Figueiredo, J. H. C. (2021). Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependente elderly people. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 77-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
- Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., Figueiredo, J. H. C. (2021). Chronic noncommunicable diseases and their implications in the life of dependente elderly people. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência*

& *Saúde Coletiva*, 26(1), 77-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>

- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/12196>
- Fonseca, C., Ferreira, F., Ramos, A., Lopes, M., & Santos, V. (2017). Estudo de Necessidades de Cuidados de Pessoas com 65 e Mais Anos de Idade, Proposta de Intervenção dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6(2), 32-42. <https://hdl.handle.net/10174/22855>
- Fonseca, C., Lista, A., Redol, F., & Rocha, J. (2018). Pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação: Revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 70-88.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M.J.V. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). Programas de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 494-495). Lidel.
- Garcia, T. R. (Org.). (2020). *CIFE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2019/2020*. Porto Alegre: Artmed.
- Gaspar, L., loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 67-75). Lidel.
- Gatti, M. C., & Pinto, M. J. C. (2019). Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Revista Vínculo*, 16(2), 1-10.
- Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso-Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27-35. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5794>
- Global Burden Of Disease 2019 Cancer Collaboration [GBDCC]. Kocarnik, J. M., Compton, K., Dean, F. E., Fu, W., Gaw, B. L., Harvey, J. D., Henrikson, H. J., Lu, D., Pennini,

- A., Xu, R., Ababneh, E., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Elsalam, S. M., Abdoli, A., Abedi, A., Abidi, H., Abolhassani, H., Adedeji, I. A., ... & Force, L. M. (2022). Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *JAMA Oncology*, 8(3), 420-444. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.6987>
- Global Burden Of Disease 2019 Risk Factors Collaborators [GBDRFC]. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease [GOLD]. (2019). *Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease – A Guide for Health Care Professionals*. Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease, Inc. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-POC-ket-guide-final_wms.pdf
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do grupo de trabalho interministerial (despacho n.º 12427/2016)*. Direcção-Geral da Saúde. <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- Guerra, N. (2021). Dotações seguras na gestão de cuidados a pessoas com doença aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 225-232). Lusodidacta.
- Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Journal de Dados PPgenfbio*, 38, 1-6. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Harrison, C., Fortin, M., van den Akker, M., Mair, F., Calderon-Larranaga, A., Boland, F., & Smith, S. (2021). Comorbidade versus multimorbidade: porque é importante. *Jornal de Multimorbidade e Comorbidade*, 11, 2633556521993993.
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es

- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Lusodidacta.
- Hu, R., Hui, S. S., Lee, E. K., Stoutenberg, M., Wong, S. Y., & Yang, Y. J. (2023). Factors associated with physical activity promotion efforts in individuals with chronic diseases: A systematic review from the perspective of patients. *Patient Education Counseling*, 109, 107641. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107641>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE]. (2021). *Estatísticas da saúde – 2021*. Instituto Nacional de Estatística, I. P. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE]. (2024). *Região Alentejo em números – 2022/Alentejo region in figures – 2022*. Instituto Nacional de Estatística, I. P. <https://www.ine.pt>
- International Council of Nurses, [ICN]. (2016). *CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. Lusodidacta
- Jacob, L. (2022). *Universidade Seniores em Portugal: Educação, Gerontologia e Economia Social* (2ª ed.). RUTIS.
- Jennett, B., & Teasdale, G. (2020). Glasgow coma scale/score. *MDCalc*. <https://www.mdcalc.com/calc/64/glasgow-coma-scale-score-gcs#use-cases>
- Joana Briggs Institute. (2021). *Critical appraisal tools – Joanna Briggs Institute*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Joaquim, J. de S., Barbosa, S. S., Perin, J. B., Dantas, B. G., Medeiros, Y. M. de., Nitschke, R. G., & Alvarez, A. M. (2023). Applicability of Orem's Theory for coproduction of nursing care. *Research, Society and Development*, 12(3), e21312340585. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40585>
- Khademian, Z., Kazemiara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(2), 140–149. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690.0>

- Kisner, C., & Colby, L. A. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (6th ed.). Manole.
- Koerich, M., Backes, D., Sousa, F., Erdmann, A. & Albuquerque, G. (2009). Pesquisa ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3): 717-723.
- Kortebein, P. (2020). Physical inactivity: Physiologic impairments and related clinical conditions. In W. R. Frontera & J. A. DeLisa (Eds.), *De Lisa's Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Leitão, L., Marocolo, M., De Souza, H. L. R., Arriel, R. A., Campos, Y., Mazini, M., Junior, R. P., Figueiredo, T., Louro, H., & Pereira, A. (2022). Three-Month vs. one-year de-training effects after multicomponent exercise program in hypertensive older women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2871. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052871>
- Liang, L., Pan, Y., Wu, D., Pang, Y., Xie, Y., & Fang, H. (2019). Effects of multidisciplinary team-based nurse-led transitional care on clinical outcomes and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Asian Nursing Research*, 13(2), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.02.004>
- Lima, A. M. N. (2014). A Reabilitação e a Independência Funcional do Doente Sujeito a Imobilidade [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1236/1/Andreia_Lima.pdf
- Lima, A. M. N., Ferreira, M. S. M., Martins, M. M. F. P., & Fernandes, C. S. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28–43. <http://dx.doi.org/10.30681/252610104062>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*. INESC TEC. https://www.wordemenfermeiros.pt/media/9411/estudocuidadosespecializadosenfermagem_oinescte.pdf
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Formasau.

- Lourenço, M. (2015) *A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: um modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/20685>
- Louro, M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>
- Lucena, A. de F., da Silva, L. P., Marques, M. F., & Santos, I. C. (2020). Modelo multidimensional de envelhecimento bem-sucedido e terminologias de enfermagem: Semelhanças para a aplicação na prática clínica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1-9. <https://doi.org/10.159/1983-1447.2020.20190252>
- Marques, A., Pinho, C., De Francesco, S., Martins, P., Neves, J., & Oliveira, A. (2020). A randomized controlled trial of respiratory physiotherapy in lower respiratory tract infections. *Respiratory medicine*, 162, 105861. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.105861>
- Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. (2021). A tomada de decisão em enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (99. 51-60). Lusodidacta.
- Martins, M. M., Novo, A., & Sousa, L. M. M. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, V. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Reabilitação*, 1(2), 42-8.
- Mártires, A., Monteiro, M. C., & Castelo-Branco, M. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44, 159-172.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: development & progress* (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Melo, B. R. S., Luchesi, B. M., Barbosa, G. C., Pott Junior, H., Martins, T. C. R., & Gratão, A. C. M. (2022). Agreement between fragility assessment instruments for older adults registered in primary health care. *Revista. Gaúcha Enfermagem*, 15(43), e20210257. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210257.en>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Menoita, E., & Cordeiro, M. (2012). Semiologia clínica. In M. Cordeiro & E. Menoita (Eds.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, Principais e Técnicas* (pp. 21-56). Lusociência.
- Milner, C. (2009). Tendências do envelhecimento ativo *in ideias para o envelhecimento ativo*, RUTIS.
- Ministério da Saúde [MS] (1998). Decreto-Lei. ° 104/98 de 21 de abril. Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Diário da República n.° 93/1998, Série I. <https://files.dre.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>
- Ministério da Saúde [MS] (2006). Decreto-Lei nº 101/ 2006 de 6 de junho. *Diário da República I Série – A, n.º 109*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Mira, R., Newton, T., & Sabbah, W. (2022). Inequalities in the progress of multiple chronic conditions: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS One*; 17(2): e0263357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263357>
- Mitsutake, S., Takahashi, Y., Otsuki, A., Umezawa, J., Yaguchi-Saito, A., Saito, J., Fujimori, M., Shimazu, T., & INFORM Study Group.(2023). Chronic Diseases and Sociodemographic Characteristics Associated With Online Health Information Seeking and Using Social Networking Sites: Nationally Representative Cross-sectional Survey in Japan. *Journal of Medical Internet Research*, 25: e44741. <https://doi.org/10.2196/44741>
- Moraes, E. N., Carmo, J. A., Machado, J. C. & Moraes, F. L. (2021). Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. *Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba*, 22(1): 31–35. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a7>
- Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação – Conceções e prática* (pp.76-81). Lidel.

- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem. Departamentos de Enfermagem ESS – IPS. <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2014). Promoção da cidadania através do cuidar em enfermagem. 1º Encontro Internacional de Literacia em Saúde Mental, (pp.131-140). Coimbra. [https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6098/1/Conferencia_Literacia%20em%20Saude%20Mental %20Promoção%20da%20cidadania%20atraves%20do%20cuidar%em%20enfermagem_LNFev%202014.pdf](https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6098/1/Conferencia_Literacia%20em%20Saude%20Mental%20Promoção%20da%20cidadania%20atraves%20do%20cuidar%em%20enfermagem_LNFev%202014.pdf)
- Nunes, L. (2020). *Unidade Curricular Relatório*. Seminário Unidade Curricular Relatório - 3o Semestre 4o Mestrado Em Enfermagem Em Associação. IP Beja.
- OCDE. (2023). Perfil de câncer dos países da EU: Portugal 2023. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2f84bf79-en>
- OCDE. (2024). Old-age dependency ratio (indicator). <https://doi.org/10.1787/e0255c98-en>
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Políticas de Saúde. (2024). Portugal: Perfil de Saúde do País 2023. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação mandato 2016/2019.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicações/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.Pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória (GOBP). Ordem dos Enfermeiros: Série 1, N. 10. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação em 26 de janeiro de 2018: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Padrões de qualidade especializados em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5esqualidade-ceer.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). *Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16011/programa_formativo_eereab_rev12-vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018c). Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3orespirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhes/regulamento/140-2019-117368148>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diários da República*, 2ª Série, 85, 1356-13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 3 de maio – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diários da República*, 2ª Série, 26, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2022). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2022). Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho - que define o ato do enfermeiro. *Diário da República* n.º 131/2022, série II, 179-182.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Assembleia do Colégios da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade*

- dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitação>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being*. https://files.magicapp.org/guideline/411b5969-8716-4e88-99ae-7ee0be1416eb/published_guideline_5512-3_0.pdf
- Padilha, J., Martins, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83-89. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, P. (2018). *Défice de Mobilidade – Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade*. (Relatório de Estágio). Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Évora.
- Pereira, R. (2017). Enfermagem baseada na evidência: Um desafio, uma oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longos da Vida* (pp.101-112). Lusodidacta.
- Pereira, V. G., Fernandes, V. C., Rocha, D. B., Valadares, K. G., Rocha, S. A., Leite, M. G., Silva, D. P. da, Ruas, S. J. S., Ribeiro, C. D.A. L., & Barbosa, H.A. (2023). Fatores associados às doenças crónicas não transmissíveis na população idosa. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 23(6), e12719. <https://doi.org/10.25248/reas.e12719.2023>
- Perez-Bogerd, S., Wuyts, W., Barbier, V., Demeyer, H., Van Muylem, A., Janssens, W., & Troosters, T. (2018). Short and long-term effects of pulmonary rehabilitation in interstitial lung diseases: a randomised controlled trial. *Respiratory research*, 19(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12931-018-0884-y>
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação – Conceções e Prática* (pp. 67-75). Lidel.

- Pires, R., Martins, M. M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – programa TEIA. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 90–101. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.11.4557>
- Pontes, M. M., & Santos, A. (2017). A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-112). Lusodidacta.
- PORDATA. (2020). *Base de dados de Portugal contemporâneo*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Portugal>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (1998). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de dezembro que define o conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde*. Diário da República n.º 280/1998, Série I-B de 1998-12-04, páginas 6692-6696. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/140-1998-222050>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I, 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/157-2018-115991950>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (2023, 7 de novembro). Decreto-Lei n.º 102/2023: Estabelece a criação de unidades locais de saúde. Diário da República n.º 215/2023, Série I, 4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Queirós, P. J.P., Vidinha, T. S.S., & Filho, A. J.A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157-164.
- Queiroz, M. G., Carvalho, D. F., Medeiros, C. C. M., & Melo, F. C. T. (2020). Prevalência de uso da escala de percepção subjetiva de esforço Borg nos exercícios físicos: *Revista interdisciplinar em Saúde*, 7(único), 672-681. <https://doi.org/10.35621/23587490.v7.n1.p672/681>
- Raina, P., Gilsing, A., Mayhew, A. J., Sohel, N., van den Heuvel, E., & Griffith, L. E. (2020). Individual and population level impact of chronic conditions on functional disability in older adults. *PLoS One*, 15(2), e0229160. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229160>

- Reis, G (2018). O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio. In M. Mayor, C. Sequeira, & G. Reis (Eds.), *Visita domiciliária*. (pp. 119–140). Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/25074>
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57– 66). Lusodidacta
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M. M. de, Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 154-163). Lidel.
- Ribeiro, L., Martins, S., Tronchin, R., & Fortes, N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(39), e20170174. <https://doi.org/10.1590/19831447.2018.2017-0174>
- Ribeiro, M. P., Oliveira, F. D. B., Rodrigues, M.F.R., Alves, M.A.S., Silva, C.F., Prazeres, V.M.P., Ribeiro, O. M. P. L., & Jesus, M. M. G. R. B. (2021). Enfermagem de reabilitação: A prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 37 (2ª Série), 47-56. <https://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie2/850-rie-37-novembro-2021>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M.M. F.P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2016). Modelos de Prática Profissional de Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (10), 125-134. <https://doi.org/10.12707/riv16008>
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>
- Santos, L. L. (2017). O processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15-24). Lusodidacta.
- Santos, P., Pestana, S., Santana, M.R., & Ferreira, A. I. (2020). Reabilitação no envelhecimento. In M. C. Faria, J. P. Ramalho, A. C. Nunes, & A. I. Fernandes (Eds.), *Visões sobre o envelhecimento* (pp. 31-48). IP Beja Editorial.

- Saraiva, D. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/17858>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Ed.). Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 25 (1), 11-19.
- Silva, A. G., Teixeira, A. R., Prates, E. J., Carvalho, M. (2021). Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1193-1206. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.42322020>
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(2), 20–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561>
- Silva, E. S. P., Figueiredo, J. V., Dutra, P. A., Maia, S. R. T., Prado, R. F. S., Borrajo, A. P. C., Sales, D. S., & Fialho, A. V. D. M. (2020). Teoria de autocuidado de Orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada/ Theory of support as orem self care for nursing clinical care women mastectomized. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39740-39750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-496>
- Silva, G., Varanda, P., Santos, N., Silva, N., Salles, R., Amestoy, S., Teixeira, G., & Queirós, P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: Um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>
- Silva, LP, Santana, AL, Suzuki, CSS, & Moreira, NB (2020). Idosas atletas e controles sedentários: comparando a incidência de fragilidade, aspectos físicos e quedas. *ABCS Ciências da Saúde*, 45 , e020021-e020021.
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26, 35-44. http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional Practice Models for Nursing: A Review of the Literature and Synthesis of Key Components. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139-150. <https://doi.org/10.1111/jonm.12309>
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017b). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento em ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 405–420). Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Sue, M., Marion, J., Meridean, M., & Elizabeth, S. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). *Home care in Europe: The solid facts*. World Health Organization, Regional Ofisse for Europe. Università Commerciale Luigi Bocconi. <https://doi.org/9789289042819>
- Teljigovic, S., Dalager, T., Nielsen, N. O., Holm, L., Ejvang, M. B., Sogaard, G., Sogaard, K., & Fleng, L. S. (2024). Development and feasibility of a conceptual model for planing individualised physical exercise training (IPET) for older adults: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 14, e075726. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075726>
- Tesfay, F. H., Zorbas, C., Alston, L., Backholer, K., Bowe, S. J., & Bennett, C. M. (2022). Prevalence of chronic non-communicable diseases in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis of evidence. *Front Public Health*, 10, 936482. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.936482>
- Tomey, A., & Alligood, M. R. (2014). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusociência.
- Tuttle, C., Maier, A. B., & Ferrucci, L. (2020). Cellular senescence and chronological age in various human tissues: A systematic review and meta-analysis. *Aging Cell*, 19(2), e13083. <https://doi.org/10.0000/accel.13083>
- Uchiyama, K., Adachi, K., Muraoka, K., Nakayama, T., Oshida, T., Yasuda, M., Hishikawa, A., Minakuchi, H., Miyashita, K., Tokuyama, H., Wakino, S., & Itoh, H. (2021). Home-based aerobic exercise and resistance training for severe chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 12(6), 1789–1802. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12775>

- Van den Akker, M., Buntinix, F., & Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidade ou multimorbidade. *Eur J Gen Pract*, 2, 65-70.
- Ventura, R. (2023). Universidade Sénior – um projeto para a promoção de um envelhecimento ativo saudável. *RIAGE – Revista Ibero-Americana De Gerontologia*, 3, 41-51. <https://doi.org/10.61415/riage.41>
- Vidal, D., Pontes, M. Barreira, E., Oliveira, G., & Maia, R. (2019). Differential mortality and inequalities in health services access in Mainland Portugal. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, LIII(109), 53-70. <https://doi.org/10.18055/Finis14118>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Vital, I., Cameron, L., da Cunha, T., & Santos, C. (2018). Informação como instrumento da assistência ao paciente submetido a cirurgia ortopédica. *Revista Cogitare Enfermagem*, 23(1). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51192>
- World Health organization [WHO] (2023). Assessing national capacity form the prevention and controlo f noncommunicable diseases: reporto f the 2021 global survey. Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356189/9789240040466-eng.pdf>
- World Health organization [WHO] (2023).Rehabilitation 2030: Meeting report, Geneva, Switzerland, 10-11 July 2023. Geneva. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/>
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active ageing: a policy framework*.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *The World Health report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization. https://apps.Who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/WHR_2002.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (S. Gontijo, Trad.). Organização Pan-Americana da Saúde. (Trabalho original publicado em 2002). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2012). *World health statistic 2012*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/hadle/10665/44844/9789241564441_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde*.

- World Health Organization [WHO]. (2015). *World health statistic 2015*. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2015.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. Geneva: WHO; 2020.
- Young, D. L., Seltzer, J., Glover, M., Outten, C., Lavezza, A., Manthey, E., Parker, A. M., & Needham, D. M. (2018). Identifying barriers to nurse-facilitated patient mobility in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 186–193. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018368>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Protocolo de Crioterapia

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação

Docente (s): Prof. Doutor Rogério Ferreira e Prof. Eugénia Grilo

Supervisor Clínico: Enfermeira Manuela Martins e Pedro Campos

Protocolo- Crioterapia

Ana Bonito, nº 5896

Carina Bico nº8709

Junho

2023

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de
Saúde Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de
Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação
Docente (s): Prof. Doutor Rogério Ferreira e Prof. Eugénia Grilo
Supervisor Clínico: Enfermeira Manuela Martins e Pedro Campos

Protocolo- Crioterapia

Ana Bonito, n° 5896
Carina Bico n°8709

Junho
2023

Protocolo- Crioterapia

Abreviaturas e símbolos

AT- Artroplastia

CNT- Compressa não tecido

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

LRJ - Ligadura Robert Jones modificada

MT- Malha Tubular

OE- Ordem dos Enfermeiros

PA - Pano fino de Algodão

Protocolo- Crioterapia

Índice

1. INTRODUÇÃO	4
2. DEFINIÇÃO CRIOTERAPIA	5
3. EFEITOS BIOLÓGICOS DA CRIOTERAPIA	6
4. INDICAÇÕES E MODOS DE APLICAÇÃO	8
5. PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES	9
6. FLUXOGRAMA	12
7. CONCLUSÃO	13
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

Protocolo- Crioterapia

1. INTRODUÇÃO

A crioterapia é uma intervenção de enfermagem autónoma, que à semelhança de outros procedimentos, não se encontra, muitas vezes, descrita e documentada. Estas intervenções são a maior parte das vezes, sugeridas entre profissionais nas passagens de turno, sem existir uma prescrição ou registo da sua frequência, ficando assim, a sua realização ao critério de cada enfermeiro. A crioterapia "como intervenção autónoma de enfermagem, que necessita de continuidade, vê frequentemente os seus efeitos diluídos pela intermitência da sua realização" (Pereira, 2020:13).

Este documento surge em contexto de Ensino Clínico no serviço de Ortopedia do Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, no âmbito do VII curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de elaborar um protocolo de crioterapia em doentes submetidos a cirurgia orto traumática, de forma a uniformizar esta intervenção, trazendo uma melhoria nos cuidados prestados, e maiores ganhos em saúde.

A crioterapia é uma técnica não farmacológica e de baixo custo, utilizada em contexto pós-operatório de intervenções ortopédicas, com efeitos terapêuticos quer sobre o controlo da dor, quer no controlo hemorrágico, mas também na redução do edema.

Pensamos que um protocolo que uniformize este procedimento seja uma mais valia no serviço de Ortopedia, onde se realizam em grande número Artroplastias, minimizando complicações e riscos.

2. DEFINIÇÃO CRIOTERAPIA

A crioterapia, ou "terapia por frio", é aplicação terapêutica de qualquer substância no corpo que resulta em remoção de calor corporal, cujo o objetivo é a diminuição da temperatura dos tecidos (Ferreira & Fernandes, 2012; Branco et al., 2005).

O termo crioterapia é utilizado para descrever a aplicação de modalidades de frio que tem uma variação de temperatura de 0 °C a 18,3 °C. Durante a crioterapia, o calor é retirado do corpo e absorvido pela modalidade de frio, fazendo com que o corpo responda com uma série de respostas locais e sistêmicas. A magnitude desses efeitos está relacionada com a temperatura da modalidade, a duração do tratamento, e a superfície exposta ao tratamento (Starkey, 2001; Freitas & Luzardo, 2013).

A crioterapia pode ser definida como um método de diminuição da temperatura corporal, através da aplicação de gelo. É um tratamento de baixo custo e comumente utilizado nas lesões ortopédicas agudas e não agudas (Leventhal et al., 2010; Silva, 2020)

A crioterapia é uma técnica que utiliza o uso do frio para diminuir o edema e a dor quando um tecido é danificado devido a trauma ou cirurgia (Ribeiro, 2022).

A Ordem dos Enfermeiros define a crioterapia como o uso de uma "substância aplicada ao corpo que remove o calor corporal, diminuindo a temperatura dos tecidos, a mesma é utilizada como intervenção nos contextos de redução da dor, diminuição do edema e redução dos processos inflamatórios, diminuição da espasticidade e potenciação da recuperação pós-exercícios de mobilização articular" (OE, parecer n.º 02/2021). A Crioterapia, "sendo um método não invasivo, constitui uma técnica que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pode utilizar no âmbito do desenvolvimento da sua intervenção profissional desde que respeite as orientações técnicas dos procedimentos definidos para a sua realização, com a qualidade adequada" (OE, parecer n.º 02/2021).

Neste contexto, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação considera que a crioterapia, bem como a implementação de dispositivos auxiliares da mobilidade fazem parte dos percursos formativos e são competências e intervenções autónomas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (OE, parecer n.º 02/2021).

Protocolo- Crioterapia

3. EFEITOS BIOLÓGICOS DA CRIOTERAPIA

Nas reações biológicas dos tecidos à diminuição de temperatura são determinantes fatores como o método de aplicação (estático ou dinâmico), a área corporal a tratar, o tempo de aplicação e a qualidade de frio utilizado. O frio produz diversos efeitos biológicos com repercussão terapêutica, designadamente:

- Vasoconstrição, por ação direta na microcirculação e reflexa do sistema nervoso vegetativo. Esta redução do fluxo sanguíneo facilita a hemostase, limita o processo inflamatório, a exsudação e o aumento da pressão compartimental, contribuindo para a analgesia.

- Diminuição do metabolismo celular ou normalização metabólica em zonas de hiperaquecimento/inflamadas.

- Aumento do limiar de estimulação algica dos recetores periféricos, reduzindo a mensagem aferente e contribuindo dessa forma para a analgesia.

- Libertação de endorfinas, com efeito analgésico.

- Bloqueio medular, com priorização da via rápida; estimulação direta das vias mais mielinizadas e de maior calibre, contribuindo para a analgesia.

- Redução da atividade enzimática, nomeadamente da collagenase, aumentando a rigidez do tecido fibroso com colagénio (Branco et.al., 2005).

Segundo Branco *et al* (2005, p.14-15) com a exposição prolongada ao frio podem ocorrer os seguintes efeitos:

- Vasodilatação, com paralisia vasomotora, com aumento do fluxo sanguíneo em aplicações estáticas prolongadas ou dinâmicas. Esta hiperémia faz aumentar os mecanismos de defesa humorais e celulares, remoção de exsudados e produtos necróticos, contribuindo para o trofismo e regeneração tecidual. Pode agravar síndromes inflamatório.
- Lentificação da condução neuronal das fibras gama e diminuição da excitabilidade do fuso neuromuscular ao estiramento, reduzindo o tônus e a espasticidade muscular; este efeito é particularmente prolongado porque a camada de tecido adiposo retarda o aquecimento do músculo.

Protocolo- Crioterapia

- A aplicação estática do frio induz um arrefecimento progressivo dos tecidos, desde a superfície até à profundidade. O arrefecimento dos tecidos profundos, fenómeno mais durável do que o aquecimento, ocorre pela vasoconstrição dos tecidos profundos e isolamento térmico por parte do tecido adiposo, que impede o reaquecimento rápido. Após 20 minutos de aplicação de frio, a temperatura no tecido cutâneo diminui 3,8 °C e no subcutâneo a 1 cm de profundidade 2,5 °C. Este efeito obtém-se por vasoconstrição, com desvio do fluxo sanguíneo para tecidos mais profundos (mais de 2 cm abaixo da superfície), cuja temperatura permanece inalterada. Com a retirada da fonte de frio, os tecidos superficiais iniciam uma sequência de trocas hemodinâmicas com os tecidos mais profundos, que atuam como fonte de calor. Desta forma, ocorre um decréscimo da temperatura dos tecidos profundos, após a cessação da aplicação do frio, à medida que os tecidos superficiais vão aquecendo. Estas trocas hemodinâmicas contribuem para a redução da dor e do edema, ao promover a remoção de fluidos e metabolitos acumulados nos tecidos.

Protocolo- Crioterapia

4. INDICAÇÕES E MODOS DE APLICAÇÃO

A crioterapia envolve a aplicação de frio na pele ao redor dos tecidos moles que sofreram algum tipo de lesão e na cirurgia articular, causando uma redução na temperatura intra-articular, reduzindo o fluxo sanguíneo local, devido a vasoconstrição e, portanto, a reação inflamatória local, o inchaço e, a sensação de calor (Silva, 2020). Ao atrasar a condução de sinais nervosos, reduz também a transmissão de dor.

Alguns autores dividem os métodos de aplicação de crioterapia em três grupos. O primeiro resume-se à aplicação de gelo e placas de gel crio preservadas, um segundo grupo que implica dispositivos que induzem a circulação de água gelada dentro de mangas compressivas em torno da articulação e, por fim, uma terceira que implica o controlo e manutenção de temperatura constante com sistemas computadorizados de monitorização conectados a mangas compressivas (Pereira, 2020).

Segundo Pereira (2020), a crioterapia está indicada em várias condições clínicas como por exemplo, no controlo da inflamação aguda e na recuperação depois de um traumatismo, na diminuição da inflamação secundária a lesões músculo-esqueléticas e intervenções cirúrgicas e, a doenças inflamatórias crónicas. Reduz também a intensidade de mialgias de começo tardio, e a hemorragia após um traumatismo. A crioterapia controla o edema associado à inflamação aguda, quando associada ao repouso, compressão e elevação do membro afetado, controla a dor, modifica a espasticidade, diminui o metabolismo celular e, é ainda usada em criocinética e crioalongamento (Pereira, 2020).

Em contexto do Ensino Clínico, e na área de Orto traumatologia, a Crioterapia tem como principais efeitos terapêuticos controlo da dor, edema e hemorragia (Pereira, 2020).

Controlo da Dor

Uma das implicações mais relevantes da crioterapia no período pós-operatório é o controlo da dor. "A relação entre a diminuição da dor e a temperatura no local da agressão prende-se com a redução da velocidade de transmissão do sinal através do sistema nervoso periférico, o que reduz o número e intensidade dos impulsos transmitidos ao sistema nervoso central. Este efeito induz um limiar de dor superior e, consequentemente, maior tolerância à dor por parte do paciente" (Pereira, 2020:21).

Protocolo- Crioterapia

O uso da crioterapia apresenta-se como uma medida complementar do controlo da dor, com a adição a outros métodos analgésicos (Pereira,2020).

Controlo Hemorrágico

O mecanismo através do qual a crioterapia previne a perda sanguínea assenta na vasoconstricção periférica provocada pela diminuição da temperatura local. A Artroplastia é uma cirurgia geralmente agressiva, no que concerne a perdas sanguíneas, contudo, existem já diversas abordagens de controlo hemorrágico, quer no pré-operatório, quer no intraoperatório (Pereira,2020).

Prevenção do Edema

A capacidade de mobilização do joelho no período pós-operatório tem uma relação próxima com a intensidade do edema gerado pela cirurgia, segundo várias literaturas. "As perdas sanguíneas insensíveis por todo o tecido peri articular exercem uma função potenciadora do edema. Pelas razões anteriormente mencionadas, o uso da crioterapia no pós-operatório tem a intenção de reduzir o processo inflamatório" (Pereira,2020:28).

5. PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Existem diversos fatores que influenciam a transferência de calor e a modalidade de crioterapia, entre eles: diferença entre a temperatura corporal e a modalidade de crioterapia; dimensões da modalidade de crioterapia (tamanho da área de contacto); superfície corporal em contacto com a modalidade de crioterapia; localização anatómica (tecido adiposo subcutâneo e massa muscular; capacidade de armazenamento do calor da modalidade de crioterapia; capacidade térmica da modalidade da crioterapia; entalpia de fusão; duração da aplicação; a interface; a variabilidade individual e a crioterapia com compressão (Ribeiro,2020).

Protocolo- Crioterapia

Na nossa prática de enfermagem diária, os aspetos que consideramos mais relevantes à aplicação da crioterapia são a duração da aplicação, a sua frequência, bem como, as interfaces disponíveis e as mais utilizadas.

No que diz respeito à duração, "quanto mais prolongada for a crioterapia, maior é o tempo disponível para a troca de energia térmica" (Ribeiro,2022:11). Assim, com períodos prolongados de crioterapia obtêm-se temperaturas corporais mais baixas. Para isto acontecer, a modalidade de crioterapia tem que ter capacidade térmica necessária para estabelecer este equilíbrio. O tempo de aplicação pode variar de 15 a 30 minutos dependendo da situação e da técnica utilizada (Silva *et al*, 2021).

"A aplicação da crioterapia pode ser feita por contato direto com bolsas de gelo (natural ou químico), bolsas de frio, bolsas com gelo picado, sprays a vapor e outros tipos de aparelhos mais sofisticados" (Silva, 2020:9). O uso do spray é usado para lesões mais superficiais e de curta duração. No caso de existir uma lesão mais profunda o tratamento com crioterapia terá que se mais prolongado, utilizando "o contato direto no tecido por 20 a 30 minutos, respeitando um intervalo de aplicação a cada duas horas na fase aguda" (Silva, 2020:9).

A crioterapia tem efeitos clínicos positivos significativos, contudo não está totalmente isenta de perigos, sabe-se que a queimadura por frio ocorre a temperaturas cutâneas inferiores a 10°C e que o arrefecimento prolongado inferior a 5°C pode induzir necrose celular e trombose" (Thacoor e Sandifor, 2019). As contraindicações para o uso da crioterapia são as seguintes: doença de Raynaud, crioglobulinemia, flebite, trombose venosa profunda dos membros inferiores, tromboembolismo pulmonar, urticária ao frio, crioemoglobinúria, hipersensibilidade ao frio, intolerância ao frio e vasculopatia periférica (Pereira, 2020).

Interfaces

A interface na crioterapia é o material que fica entre a modalidade de crioterapia e a pele, com o intuito de evitar queimaduras pelo frio (Ribeiro, 2022). A presença ou a ausência de interface na crioterapia, bem como as suas características influenciam o arrefecimento corporal, ou seja, interfaces de grande espessura ou com pouca condutibilidade térmica, irão funcionar como obstáculo à passagem do calor corporal comprometendo o arrefecimento. (Ribeiro,2022).

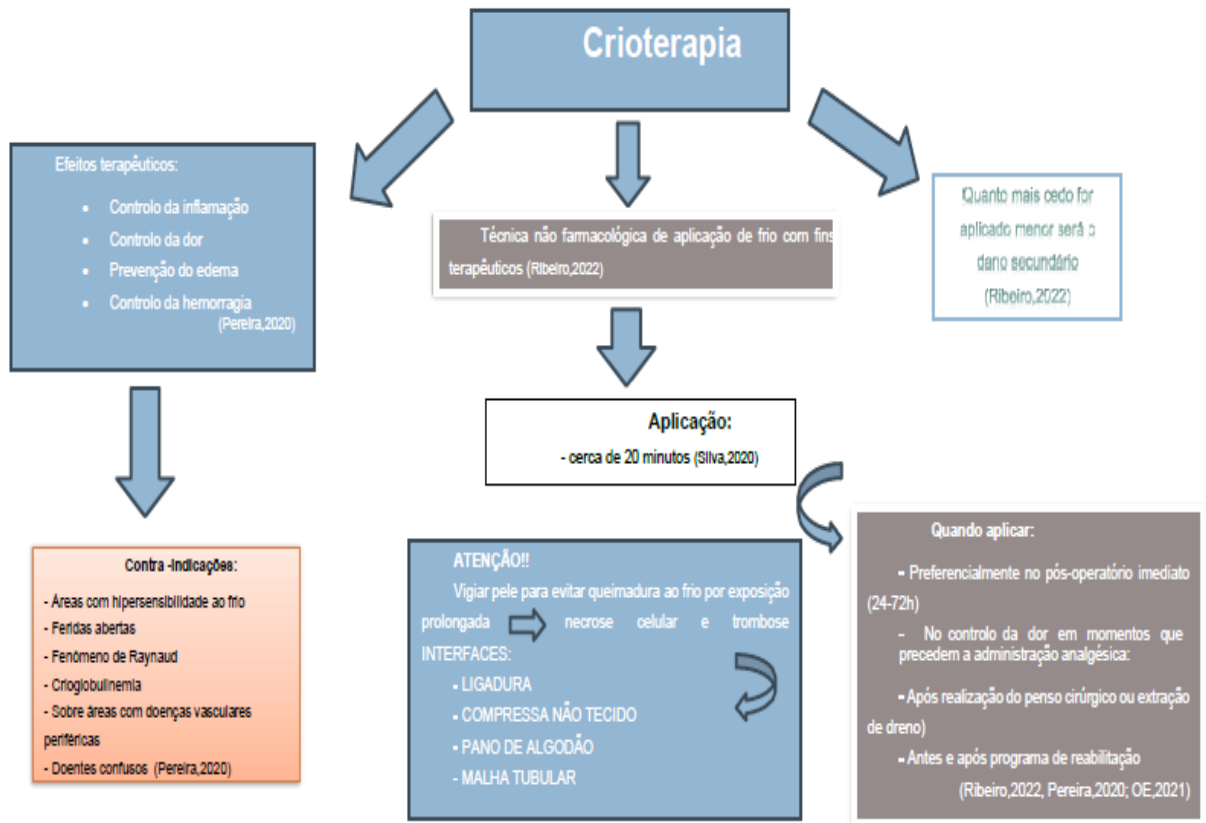
Protocolo- Crioterapia

O apósito colocado entre a ferida operatória e a modalidade de crioterapia, será a primeira interface. De forma a evitar e minimizar os efeitos secundários da crioterapia no tecido tegumentar, nomeadamente as queimaduras pelo frio, são muitas vezes utilizados outros dispositivos entre a primeira interface e o apósito clínico, como por exemplo, compressas, ligaduras, panos, toalhas, etc. (segunda interface).

Segundo Ribeiro, e o estudo que realizou do efeito da crioterapia sobre a temperatura superficial cutânea do joelho da pessoa submetida a Artroplastia Total, as interfaces mais utilizadas em hospitais e serviços de Ortopedia em Portugal, são ligadura Robert Jones modificada (LRJ), malha tubular (MT), pano fino de algodão tipo fronha da almofada (PA) e a compressa não tecido 15X20cm desdobrada (CNT) (Ribeiro,2020). Este mesmo estudo, refere ainda que a crioterapia aplicada com saco de gelo no joelho submetido a Artroplastia total sobre LRJ no pós-operatório não tem nenhum efeito terapêutico (Ribeiro,2020). Este resultado tem extrema importância, na prática de enfermagem, uma vez que, "os efeitos da crioterapia na pessoa com o joelho submetido a AT (menos a dor), estão afetos aos três dias de pós-operatório, onde a interface mais utilizada é a LRJ" (Ribeiro, 2020:153). Pensamos ser importante repensar esta prática de enfermagem, nomeadamente na modalidade de crioterapia aplicada e as interfaces disponíveis.

Protocolo- Crioterapia

6. FLUXOGRAMA



Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de

Protocolo- Crioterapia

7. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho e a revisão de literatura efetuada permitiu-nos entender que a modalidade de crioterapia é uma intervenção autónoma utilizada quer de forma profissional, quer em casa por qualquer cidadão comum. Dentro do meio hospitalar é usada com conhecimentos científicos e efeitos terapêuticos estudados, contudo, não é um procedimento uniformizado, o que nos levou à elaboração deste protocolo.

A crioterapia tem efeitos benéficos em doentes submetidos a cirurgia orto traumática, contudo, é um tema envolto em controvérsia, no que diz respeito a resultados significativos na área de investigação, com vários relatos da sua pouca evidência científica.

A sua modalidade e eficácia está dependente de vários fatores, como, as interfaces utilizadas, o modo de aplicação e a sua frequência.

No serviço de Ortopedia onde decorreu o Ensino Clínico, não existe uma máquina de gelo, existem apenas as comuns placas de gel, que têm de ser reutilizadas de doente para doente, o que em termos de controlo de infeção hospitalar nunca será o ideal. A existência deste tipo de equipamento seria de extrema importância num serviço onde se realizam cirurgias traumáticas, com uma acessibilidade mais rápida e consequentemente maior eficiência da aplicação da crioterapia. A existência de modalidades de crioterapia de segunda geração, como dispositivos de fluxo contínuo de frio em que é controlada a temperatura, também seriam uma mais valia, contudo, pensamos serem de difícil acesso relativamente à crioterapia de primeira geração.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Branco, P.S., Martelo, D., Constantino, H., Lopes, M., José, R., Tomás, R. & Carvalho, T. (2005). *Tema de reabilitação agentes físicos: Crioterapia, Termoterapia, Diatermia, Electroterapia*. Medesign- Edições e Design de Comunicação, Lda.
- Ferreira, A.A.S., & Fernandes, D.S.S.L. (2012). *Influência da crioterapia e do calor ultrassónico na paralisia cerebral: Relato de caso*. *Revista Neurocienc*, 20 (4),552- 9. <https://doi.org/10.4181/RNC.2012.20.710.8>
- Freitas, C., & Luzardo, R. (2013). *Crioterapia: efeitos sobre as lesões musculares*. *Revista Epist Transversalis*, 4(1), 1-7.
- Leventhal, L., Bianchi, R., Oliveira, S. (2010). *Ensaio clínico comparando três modalidades de crioterapia em mulheres não grávidas*. *Revista Esc Enferm USP*. 44(2), 339- 45. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200014>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). Autonomia do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação para a realização de Termoterapia, Crioterapia e Implementação de Dispositivos Auxiliares da Mobilidade. Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Reabilitação nº 02/2021, 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21926/parecermceer_022021_autonomia_eerrealiztermoterapiacrioterapiaimpledisposauxmobilidade.pdf
- Pereira, H. (2020). A Crioterapia na Artroplastia Total do Joelho. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2512/1/Hugo_Pereira.pdf
- Ribeiro, V. (2022). Efeito da Crioterapia sobre a temperatura superficial cutânea do joelho da pessoa submetida a Artroplastia total. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade do Minho-Escola Superior de Enfermagem]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/81383/1/Vasco%20Aurelio%20Machado%20Ribeiro.pdf>

Protocolo- Crioterapia

- Rosa, C. G. S., Silva, N., & Gomes, V. A. (2021). Os Efeitos da Crioterapia no tratamento fisioterapêutico das Lesões Musculares. *Singular. Saúde e Biológicas*, 1(2), 18-22. <https://doi.org/10.33911/singularsb.v1i2.118>
- SILVA, J. L. (2020). Crioterapia nas lesões ortopédicas. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 8, 93-106. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/crioterapia>
- Starkey, C. (2001). *Recursos Terapêuticos em Fisioterapia* (2.ed.). Editora Manole.
- Thacoor, A., & Sandiford, N. A. (2019). Cryotherapy following total knee arthroplasty: What is the evidence?. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*, 27(1), 2309499019832752. <https://doi.org/10.1177/2309499019832752>

APÊNDICE II - Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, inserida no VII Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Reabilitação, em associação entre as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Castelo Branco, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, no âmbito da unidade curricular de Estágio Final, desenvolvido no Hospital do Espírito Santo de Évora – Hospitalização Domiciliária Polivalente (UHDP), encontro-me a desenvolver um estudo na qual o convido a participar.

Título do estudo: "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas".

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas em contexto de internamento domiciliário.

Convido-o a participar neste estudo, através da sua participação nos cuidados de enfermagem de reabilitação, integrando sessões de exercício físico presenciais e não presenciais. Estas incluem treino aeróbio, treino de força muscular, treino de musculatura respiratória, treino de equilíbrio e alongamentos musculares, durante o tempo de internamento domiciliário. A humanização dos cuidados de saúde, a participação ativa de todos os intervenientes no processo de cuidar e o empoderamento da pessoa e cuidadores, são preditores de maximização e independência da capacidade funcional da pessoa adulta na fase transitória saúde/doença e melhoria da sua qualidade de vida.

- A sua participação é de elevada importância para que possa atingir os objetivos do estudo;
- A sua participação é voluntária. Se não pretender participar, poderá recusar sem qualquer implicação com o seu atendimento;
- Os seus dados são anónimos. Os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial, nunca colocando em causa a sua privacidade e identidade.

Agradeço, desde já a sua colaboração.

Declaro que li e compreendi este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e concordo em participar neste estudo. Permito a utilização dos dados que forneci de forma voluntária confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Data: _____ Local: _____

Assinatura: _____

Investigador: Carina Maria Charrua Bico

Contacto: karinaamieira@gmail.com

APÊNDICE III – Questionário de colheita de dados

Questionário de Colheita de Dados

Avaliação Inicial / Colheita de Dados

Data __/__/__

Data de admissão __/__/__

Masculino ☐ Feminino ☐

Idade: __ anos Nacionalidade: _____ Peso: ____ Kg Altura: ____ m

Diagnóstico: _____

Antecedentes Pessoais:

Alergias:

Hábitos Tabágicos: Não ☐ Sim ☐ _____ cigarros/dia

Hábitos Etílicos: Não ☐ Sim ☐ _____ Quantidade.

Situação Profissional: _____

Hábitos de Exercício Físico: Não ☐ Sim ☐

Se sim, quais? _____

Agregado Familiar:

Medicação no domicílio:

APÊNDICE IV - Folhetos de apoio

Objetivos

- Promover a participação social e adoção de estilos de vida saudáveis;
- Melhorar e ou manter a capacidade funcional da pessoa;
- Melhorar a coordenação motora e prevenir o risco de queda;
- Aumentar a amplitudes de movimentos;
- Melhorar da tolerância ao esforço e da qualidade de vida;
- Melhorar a capacidade de realização das AVD's (DGS, 2019).

Realize os exercícios propostos ao seu ritmo, de acordo com sua Sensação de Esforço

Escala de Borg

Demasiado Leve	1	
Muito Leve	2	
Muito Leve - Leve	3	
Leve	4	
Leve-moderado	5	
Moderado	6	
Moderado-intenso	7	
Intenso	8	
Muito intenso	9	
Exaustivo	10	



Hospital
Espírito Santo E.P.E.
Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Médica Responsável - Dr^a Ireneia Lino
Enfermeiro Responsável - João Rocha

Telemóvel: 967083420

Correio Electrónico:
uhdp@hevora.min-saude.pt
www.hevora.min-saude.pt

Se tiver alguma dúvida contacte a sua equipa de hospitalização domiciliária.

Autor: Carina Bico (aluna da especialidade de reabilitação).
Orientador: Enf.^a Elsa Pires (Especialista de Reabilitação).

Exercícios de Equilíbrio e Força Muscular



INFORMAÇÃO PARA O
UTENTE / CUIDADOR

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente do HESE



Sentado, com as mãos apoiadas, realize a flexão plantar e retome a posição inicial. Qu fique na ponta dos pés e volte à posição inicial

Séries _____

Repetições _____



Sentado numa cadeira com as mãos apoiadas suba o joelho em direção ao peito e desce.

Séries _____

Repetições _____



Levantar e sentar de uma Cadeira com ou sem apoio de braços

Séries _____

Repetições _____



Sentado numa cadeira Estique o dobre o joelho alternadamente.

Séries _____

Repetições _____



Em pé, com as mãos apoiadas, afaste e junte a perna, alternadamente.

Séries _____

Repetições _____



Em pé, com as mão apoiadas, dobre o joelho para trás e estique. Qu dobre o joelho em direção às nádegas e volte à posição inicial.

Séries _____

Repetições _____



Em pé, com os braços apoiados, dobre os joelhos levemente e levante.

Séries _____

Repetições _____

REALIZE 1 OU 2X POR DIA NO CONFORTO DA SUA CASA

Objetivos

- Promover a participação social e adoção de estilos de vida saudáveis;
- Melhorar e ou manter a capacidade funcional da pessoa;
- Melhorar a coordenação motora e prevenir o risco de queda;
- Aumentar a amplitudes de movimentos;
- Melhorar da tolerância ao esforço e da qualidade de vida;
- Melhorar a capacidade de realização das AVDs (DGS, 2019).

Realize os exercícios propostos ao seu ritmo, de acordo com sua Sensação de Esforço

Escala de Borg

Demasiado Leve	1	
Muito Leve	2	
Muito Leve - Leve	3	
Leve	4	
Leve-moderado	5	
Moderado	6	
Moderado-intenso	7	
Intenso	8	
Muito intenso	9	
Exaustivo	10	



Hospital
Espírito Santo e P.E.
Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

Médica Responsável - Dr^a Ireneia Lino
Enfermeiro Responsável - João Rocha

Telemóvel: 967083420

Correio Electrónico:
uhdp@hevoramin-saude.pt
www.hevoramin-saude.pt

Se tiver alguma dúvida contacte a sua equipa de hospitalização domiciliária.

Autor: Carina Bico (aluna da especialidade de reabilitação).
Orientador: Enf.^a Elsa Pires (Especialista de Reabilitação).

Exercícios de Força e Resistência Muscular



INFORMAÇÃO PARA O
UTENTELE /CUIDADOR

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente do HESE

Exercícios de Força e Resistência Muscular

Sentado, dobre (flexão) os cotovelos, levantando o peso ao ombro, enquanto expira. Volte à posição inicial (extensão) enquanto inspira.

Séries: _____
Repetições: _____

Levante os braços à altura dos ombros, dobre os cotovelos. De seguida estique os braços em direção ao teto enquanto expira. Regresse à posição inicial enquanto inspira.

Séries: _____
Repetições: _____

Coloque uma bola entre os joelhos. Inspire sem apertar a bola. De seguida expire apertando os joelhos contra a bola.

Séries: _____
Repetições: _____

Coloque uma banda elástica, debaixo do pé. Dobre (flexão) o joelho enquanto inspira. Estique (extensão) o joelho enquanto expira.

Séries: _____
Repetições: _____

Com os pés paralelos coloque a banda elástica debaixo dos pés. Segure a banda com os braços ao longo do corpo. Expira quando abre os braços à largura dos ombros. Inspira regressa à posição inicial.

Séries: _____
Repetições: _____

Inspira quando levanta a banda elástica (loalha) acima da cabeça. Expira quando retomar com os braços a posição inicial.

Séries: _____
Repetições: _____

Na posição de sentado, coloque a banda elástica ao redor das costas. Cotovelos alinhados junto ao corpo. Inspira, dobre o cotovelo. Expira estica o cotovelo.

Séries: _____
Repetições: _____

Realize uma caminhada todos os dias, durante 10,15 ou 30 min. Consoante a sua tolerância ao esforço.

Séries: _____
Repetições: _____

Objetivos do Reabilitação Respiratória

- Promover a participação social e adoção de estilos de vida saudáveis;
- Melhorar as condições físicas e psicológicas das pessoas com doenças respiratórias agudas/crónicas.
- Fortalecimentos da musculatura respiratória ;
- Melhorar a mobilidade torácica, facilitando as respirações profundas;
- Melhorar da tolerância ao esforço e da qualidade de vida;
- Aumentar a capacidade para a realização de AVD's (DGS, 2019).

Realize os exercícios propostos ao seu ritmo, de acordo com sua Sensação de Esforço

Demasiado Leve	1	
Muito Leve	2	
Muito Leve - Leve	3	
Leve	4	
Leve-moderado	5	
Moderado	6	
Moderado-intenso	7	
Intenso	8	
Muito intenso	9	
Exaustivo	10	

Escala de Borg



Hospital
Espírito Santo, E.P.E.
Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Médica Responsável - Dr.^a Ireneia Lino
Enfermeiro Responsável - Nelson Mestrinho

Telemóvel: 967083420

Correio Electrónico:
uhdp@hevora.min-saude.pt
www.hevora.min-saude.pt

Se tiver alguma dúvida contacte a sua equipa de hospitalização domiciliária.

Autor: Carina Bico (aluna da especialidade de reabilitação).
Orientador: Enf.^a Elsa Pires (Especialista de Reabilitação).

Exercícios de Reeducação Funcional na doença Respiratória



INFORMAÇÃO PARA O
UTENTETE /CUIDADOR

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente do HESE

Exercícios de Controlo Ventilatório

EXERCÍCIO 1 CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RESPIRAÇÃO/ DISSOCIAÇÃO DOS TEMPOS



Fonte: <https://br.dreamstime.com>

Inspirar pelo nariz e expirar pela boca

Séries: _____

Repetições: _____

EXERCÍCIO 2 RESPIRAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA



Fonte: <https://br.dreamstime.com>

Sentado numa cadeira, costas apoiadas e pés assentes no chão. Coloca mão no abdómen (barriga) e inspira lentamente pelo nariz elevando o abdómen (aguentar 3 segundos). Depois expirar pela boca com lábios semicerrados (como se estivesse a assobiar) empurrando levemente abdómen para dentro.

Nota—Exercício pode ser realizado também na posição de deitado.

Séries: _____

Repetições: _____

EXERCÍCIO 3 PALHINHA EM GARRAFA DE ÁGUA



Fonte: <https://br.dreamstime.com>

Utilizar uma garrafa com água no fundo com uma palhinha. Inspire lentamente pelo nariz. Expire através da palhinha fazendo bolhas na água, aguentado 5 segundos.

Nota—Este exercício também pode ser realizado com um balão.

Séries: _____

Repetições: _____

Exercícios de Expansibilidade Torácica

EXERCÍCIO 4



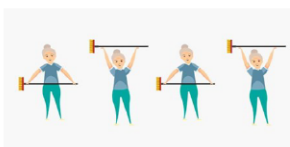
Fonte: <https://br.dreamstime.com>

Sentado numa cadeira com as costas apoiadas, elevar o braço acima da cabeça, enquanto inspira pelo nariz, e baixar o braço ao expirar pela boca (fazer o mesmo para o outro lado).

Séries: _____

Repetições: _____

EXERCÍCIO 5



Fonte: <https://br.dreamstime.com>

Inspirar quando levantar o bastão (cabo da vassoura) acima da cabeça. Expirar quando retornar com os braços à posição inicial.

Nota: Caso seja difícil levantar o bastão (cabo da vassoura) acima da cabeça, levantar o bastão ao nível dos ombros.

Séries: _____

Repetições: _____

EXERCÍCIO 6



Fonte: <https://br.dreamstime.com>

Colocar as mãos atrás da cabeça com os cotovelos juntos. Inspirar enquanto afasta os cotovelos. Expirar quando aproxima os cotovelos.

Nota: O exercício pode ser realizado sentado ou deitado.

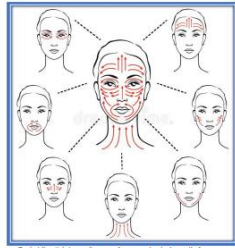
Séries: _____

Repetições: _____

Massagem Facial

Uma massagem facial adaptada a cada pessoa pode ajudar a melhorar:

- ◊ Circulação sanguínea;
- ◊ Aliviar a tensão nos músculos faciais;
- ◊ Reduzir a dor.



Fonte: <https://pt.pinterest.com/pin/4479006>

A massagem facial pode ser realizada duas vezes ao dia, com uma duração máxima de 15 minutos.



Hospital do Espírito Santo e.P.E.
Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente

Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

Médica Responsável - Dr.^a
Ireneia Lino
Enfermeiro Responsável - João
Rocha

Telemóvel: 967083420

Correio Electrónico:
undp@hevora.min-saude.pt
www.hevora.min-saude.pt

Se tiver alguma dúvida contacte a sua equipa de hospitalização domiciliária.

Autor: Carina Bico (aluna da especialidade de reabilitação).

Orientador: Enf.^a Elsa Pires (Especialista de Reabilitação).

Exercícios de Reabilitação Facial



INFORMAÇÃO PARA O
UTENTE/CUIDADOR

Unidade de Hospitalização
Domiciliária Polivalente do HESE

Paresia Facial

Ocorre uma interrupção da informação motora para a musculatura facial, afetando o nervo facial responsável pela musculatura mímica da face. As paralisias faciais podem ser classificadas em paralisia facial central, e paralisia facial periférica. (Menoita, 2012).

Reabilitação no domicílio

Estes são alguns dos exercícios que pode realizar em casa: Sente-se em frente a um espelho e tente movimentar os músculos da face paralisada:

1



Sorrir

Objetivo: Reforçar o músculo risorius.
Nota: Este exercício também deve ser realizado sem mostrar os dentes.

2



Unir as sobrancelhas

Objetivo: Reforçar o músculo supraciliar.

3



Encher a boca

Objetivo: Reforçar os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento.

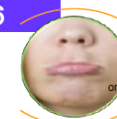
4



Depressão do lábio inferior

Objetivo: reforçar os músculos orbicular dos lábios e quadrado do mento.

6



Cuidados a ter:

- ♦ Massajar suavemente a face paralisada;
- ♦ Sempre que sair de casa use óculos de sol;
- ♦ Evite temperaturas extremas;
- ♦ Se notar que o seu olho está a ficar vermelho ou com ardor, deve consultar o seu Médico;
- ♦ Deve cumprir a medicação prescrita.

Fonte: Imagem: <https://iStockphoto.com>, adaptação por carina Bico

Texto: Araújo, P., Duarte, A., Ribeiro, D. & Martins, M. (2021). Protocolo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta com comprometimento do sistema nervoso. In: C. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Contribuição à Qualidade de Vida*, pp. 184-203. Lda

Diário Miccional									
Dia 1 - ____/____/____									
Hora	Volume de Urina no WC (ml)	Perdas de urina			O que estava a fazer quando perdeu urina?	Sentiu urgência para urinar?			Quantos pensos utilizou ou dispositivos absorventes?
									
						Não	Pouca	Muita	

ANEXOS

ANEXO I - Pedido de autorização ao Conselho de Administração

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Presidente do Conselho de Administração

EPE.

Exmo. Sr. Eng.

Assunto: Solicitação de parecer.

Eu, Carina Maria Charrua Bico, n.º 8709, integrada no VII curso de Mestrado em Enfermagem, em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Castelo Branco, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, pretendo realizar o projeto estágio final, no serviço de Hospitalização Domiciliária.

Trata-se de um trabalho académico, que se enquadra no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, que versa sobre a temática "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas". Objetivando a avaliação da eficácia/ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas em contexto de internamento não convencional (domiciliário).

O desenho do projeto, deterá uma abordagem de natureza descritiva e exploratória, baseada numa metodologia qualitativa. Para seleção da amostra serão considerados os casos que sejam mais ricos e que se adequem à problemática através de uma amostragem não probabilística (onde não se consegue especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população), e acidental, constituída por voluntários que se ofereçam para participar, sendo uma forma de amostragem que permite conseguir de forma fácil sujeitos suficientes para o projeto de intervenção (Coutinho, 2020).

A recolha de dados será efetuada a através de uma entrevista estruturada individual e instrumentos de medida para avaliação dos dados. Ressalvo que os instrumentos de avaliação aqui explanados, têm em conta o projeto que se prevê implementar. Ainda assim, pode existir a necessidade de substituir algum instrumento, bem como acrescentar outro que se considere pertinente no momento da implementação do projeto de reabilitação.

O tratamento e análise dos dados recolhidos serão trabalhados através da estatística descritiva, nomeadamente com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de variabilidade. Tendo sempre em atenção, os princípios éticos onde serão assegurados, aos participantes que nesta investigação serão mantidas a confidencialidade e o anonimato dos seus dados, considerando que consagramos como obrigação e dever o sigilo profissional. Toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial. Neste sentido, a confidencialidade será assegurada através da remoção de nomes e outras informações de identificação de transcrições e análises. A identidade dos participantes nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com o estudo, a menos que seja autorizado pelo participante por escrito e devidamente fundamentado. Salientamos que a estratégia na gestão da informação, inclui a atribuição de um código único a cada participante. A lista da codificação dos participantes será mantida em acesso restrito aos investigadores do estudo, não possibilitando o acesso a outras pessoas. A proteção dos dados estende-se desde a seleção dos participantes, à colheita, análise e divulgação dos resultados dos estudos. Em momento algum serão colocadas variáveis que possam identificar os diferentes participantes.

Para que se afigure num trabalho credível, adequado e pertinente venho por este meio solicitar o parecer a V.exa. para a concretização do projeto supracitado.

Portalegre, 10 de outubro de 2023

O Requerente



Assinado por: Carina Maria
Chamua Bico
Identificação: 80221113885
Data: 2023-10-10 às 15:22:35

(Carina Maria Chamua Bico)

ANEXO II - Parecer favorável das Comissões de Ética



PARECER

Nº. Pedido 28/ Data 12/10/2023

Ref. SC/2023/12019

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 27 de outubro deliberou emitir *Parecer Positivo* relativamente às questões éticas envolvidas no estudo *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas*, no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da responsabilidade da investigadora Carina Maria Charrua Bico, sob a orientação do Sr. Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Assinado por: **ANA PAULA CALADO BAPTISTA
ENES DE OLIVEIRA**
Num. de Identificação: 07308138
Data: 2023.11.03 12:46:12+00'00'



Ana Paula Enes de Oliveira

03-11-2023

Hospital do [REDACTED]

[REDACTED] 11.12.23 12h

COMISSÃO DE ÉTICA [REDACTED] EPE [REDACTED] EPE

José Manuel [REDACTED]
Enfermeiro Diretor

Parecer da CES nº 053/23
Nº entrada nº [REDACTED] 1994 de 16/11/2023

Título do Projeto: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta com alterações da mobilidade com comorbilidades associadas

Investigador Principal: Carina Maria Charrua Bico

Local: Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

Enquadramento: Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Tipo de Estudo:

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão ☒ Sim ☐ Não
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados ☒ Sim ☐ Não
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos ☒ Sim ☐ Não
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes ☒ Sim ☐ Não

Parecer da Comissão de Ética do [REDACTED] EPE:

Favorável ☒ X ☐ Não

Condicional ☐ Não

NOTAS: A quantidade de escalas a aplicar poderá diminuir a adesão e a qualidade das respostas

Data: 05/12/2023

[REDACTED]
Presidente da Comissão de Ética

Autorizado
ATA N.º 50 em 11/12/2023
O Conselho de Administração

[REDACTED]
Vice
Enfermeiro Diretor

[REDACTED]
Vice
Diretor Clínica

525 anos
a cuidar
da sua saúde

Telefone: [REDACTED] | Fax: [REDACTED]
[REDACTED]@saude.pt | [REDACTED]@min-saude.pt

Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial [REDACTED]
sob o n.º 508 085 888 | NIPC/NIF: 508 085 888 | Capital Estatutário: 40.280.000,00 euros

ANEXO III - Instrumentos de Recolha de Dados

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

GCS EYES
VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

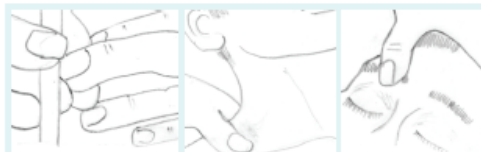
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos Pinçamento do trapézio Incisura supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneesk

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

Para informação adicional e demonstração em vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Graphic design by Margaret Fong based on layout and illustrations from Medical Illustration 5(1) - 2008/02
(c) Sir Graham Teasdale 2015

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ____/____/____ HD: ____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOILETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
1. O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo. 2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. 3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. 4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. 5. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
1. Totalmente dependente para deambular. 2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. 3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. 4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. 5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.
Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas. 2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. 3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. 4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados. 5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).
Não se aplica aos pacientes que deambulam.
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico. 2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. 3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. 4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. 5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestinal	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

Índice de Tinetti	
Equilíbrio estático	Equilíbrio dinâmico
<u>Equilíbrio sentado</u> 0 – inclina-se ou desliza na cadeira 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2- Estável, seguro	Instruções: o sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até a cadeira. Devera utilizar os seus auxiliares de marcha habituais. Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida) 0 Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 Sem hesitação
<u>Levantar-se</u> 0 Incapaz ou sem ajuda ou perde o equilíbrio 1 Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz flexão do tronco e não consegue a 1 tentativa 2 Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	Largura do passo (pé direito) 0 Não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 Ultrapassa o pé esquerdo em apoio
<u>Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)</u> 0 Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) 1 Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se 2 Estável sem qualquer tipo de ajudas	Altura do passo (pé direito) 0 O pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1 O pé direito eleva-se completamente do solo
<u>Equilíbrio em pé com os pés paralelos</u> 0 Instável 1 Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha com apoio 2 Pés próximos sem ajudas	Largura do passo (pé esquerdo) 0 Não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 Ultrapassa o pé direito em apoio
<u>Pequenos desequilíbrios na mesma posição</u> (sujeito de pé com pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão 3 vezes ao nível do esterno) 0 Começa a cair 1 Vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2 Estável	Altura do passo (pé esquerdo) 0 O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo 1 O pé esquerdo eleva-se completamente do solo
<u>Fechar os olhos na mesma posição</u> 0 Instável 1 Estável	Simetria do passo 0 Comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 Comprimento do passo aparentemente simétrico

Volta de 360° (2 vezes) 0 Instável (agarra-se, vacila) 1 Estável, mas dá passos descontínuos 2 Estável e passos contínuos	Continuidade do passo 0 Para ou dá passos descontínuos 1 Passos contínuos
Apoio unipodal (aguenta-se pelo menos 5 segundos de forma estável) 0 Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto 1 Aguenta 5 segundos de forma estável	Percurso de 3 metros (previamente marcado) 0 Desvia-se da linha marcada 1 Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 Sem desvios e sem ajudas
Sentar-se 0 Pouco seguro ou cai da cadeira ou calcula mal a distância 1 Usa os braços ou movimento não harmonioso 2 Seguro, movimento harmonioso	Estabilidade de tronco 0 Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2 Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
	Base de sustentação durante a marcha 0 Calcanhares muito afastados 1 Calcanhares próximos, quase se tocam
Pontuação: ____/16	Pontuação: ____/12
Pontuação <u>total</u> : ____/28	

Elaboração própria |

Medical Council Research Muscle Scale	
Grade	Muscle State
0	Sem contração muscular palpável ou visível;
1	Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro;
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular;
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência;
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade;
5	Força normal

(UK Research and Innovation, 2023)

Escala de Borg Modificada	
Avaliação	Intensidade
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco Intensa
5 - 6	Intensa
7 - 8	Muito Intensa
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

(Cavallazzi et al, 2005)