



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**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 PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Ganhos Sensíveis aos Cuidados de  
Enfermagem de Reabilitação, na pessoa com  
65 e mais anos de idade: Um Programa de  
Reabilitação Estruturado na Comunidade**

**Cátia Andreia Resende Gonçalves**

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*  
Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**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 PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Ganhos Sensíveis aos Cuidados de  
Enfermagem de Reabilitação, na pessoa com  
65 e mais anos de idade: Um Programa de  
Reabilitação Estruturado na Comunidade**

**Cátia Andreia Resende Gonçalves**

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*  
Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente de Júri: Professora Doutora Alice Ruivo

Arguente: Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

Orientador: Professor Doutor César Fonseca

Setúbal, 2023

## PENSAMENTO

*Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.*

*Ricardo Reis, in “Odes”  
(Pessoa, 1999)*

## DEDICATÓRIA

Ao meu filho João, que conseguiu perceber que é capaz de tudo em que acredita!  
Com amor!

## AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso, várias pessoas contribuíram para que este desafio se tornasse possível, assim, gostaria de expressar o meu agradecimento:

- Ao meu orientador pedagógico, Professor Doutor César Fonseca, pela sua disponibilidade e incentivo;

- Às minhas orientadoras clínicas, Enfermeira Ana Penetra e Enfermeira Maria João Morais, que demonstraram grande disponibilidade, investimento, acompanhamento e confiança no meu trabalho;

- À equipa da UCC Palmela, pela compreensão, incentivo e por terem assegurado o serviço nas minhas ausências: Isabel Santos; José Vida; Andreia Sousa; Andreia Verdelho; Susana Pimentel; Vânia Carvalho; Célia Serra; Sílvia Saraiva, Miguel Serra e Florbela Estevão;

- A todos os profissionais com quem me cruzei nos locais de estágio, pela simpatia e acolhimento;

- A todos os utentes, pelo carinho e disponibilidade com que sempre me receberam e me deram o privilégio de aprender com eles;

- A todos os colegas que encontrei durante este percurso, quer no tronco comum quer na especialidade, que o tornaram bem mais agradável, em especial, que ficarão para a vida: Carina Santos, Joana Madeira, Telma Calixto, Maria José Gonçalves, Sónia Baptista e Rita Ribeiro;

- Aos professores, que tive o privilégio de conhecer durante o percurso académico, em especial ao Professor Doutor Henrique Oliveira, do Instituto Politécnico de Beja, pela sua disponibilidade e orientação com a elaboração da metanálise e à professora Doutora Elisabete Alves, da Universidade Évora, pela revisão e reestruturação do artigo científico para publicação;

- A todos os meus amigos, que de forma direta, ou indireta, tornaram este desafio possível.

Por fim, o meu muito obrigada à minha família, pelo apoio, pela compreensão e simultaneamente, a quem peço desculpa pelas ausências e distância... e pelos momentos que perdemos... em especial: João e José.

## RESUMO

O envelhecimento saudável é um desafio e uma preocupação para as sociedades, necessitando de estratégias promotoras de envelhecimento com saúde, com maior capacidade funcional, autonomia, bem-estar e qualidade de vida. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, concebe e implementa planos de enfermagem de reabilitação, visando a promoção de saúde, a qualidade de vida e bem-estar.

**Objetivo:** Adquirir competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação e identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nas pessoas idosas, através de um programa de reabilitação estruturado, na comunidade.

**Metodologia:** Implementação de projeto de intervenção baseado na Teoria de AC de Orem, no Modelo de AC de Fonseca, na Teoria de Médio Alcance de Lopes, e nas Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através da utilização do instrumento *Elderly Nursing Core Set*.

**Resultados:** Obtiveram-se ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na melhoria da Capacidade Funcional, Autocuidado e Capacidade de Conhecimento.

**Conclusão:** Foram adquiridas as competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação e identificados os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Comunidade; Capacidade funcional; Autocuidado; Idoso.

## ABSTRACT

Healthy aging is a challenge and a concern for societies, requiring strategies to promote healthy aging, with greater functional ability, autonomy, well-being and quality of life. Thus, the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing designs and implements rehabilitation nursing plans aimed at promoting health, quality of life and well-being.

**Objective:** To acquire competencies as a Nurse Specialist and Master in Rehabilitation Nursing and identify the sensitive gains that are to provided by Rehabilitation Nursing to older people through a structured rehabilitation program in the community.

**Methodology:** Implementation of an intervention project based on Orem's Theory of Self-Care, Fonseca's Model of Self-Care, Lopes' Middle Range Theory, and the Competencies of the a Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, through the use of the Elderly Nursing Core Set.

**Results:** Sensitive gains in Rehabilitation Nursing were obtained in improving Functional Ability, Self-Care, and Knowledge Capacity.

**Conclusion:** The competencies of a Nurse Specialist and Master in Rehabilitation Nursing were acquired and the sensitive gains to Rehabilitation Nursing were identified.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Community; Functional Ability; Self-Care; Aged.

## ABREVIATURAS

n.º	número
p.	página
s/p.	sem página
vs	<i>versus</i>

## ACRÓMIOS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ERPI	Estabelecimento Residencial Para Idosos
INE	Instituto Nacional de Estatística
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
MIF	Medida Independência Funcional
PEG	<i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis</i>
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SARS-Cov-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SIGLAS

AC	Autocuidado
----	-------------

ACSS, I.P.	Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
AUCC	Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade
CEER	Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação
CH	Centro Hospitalar
CMA	<i>Comprehensive Metanalysis</i>
CMSA	<i>Case Management Society of America</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DAC	Doença Arterial Coronária
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ENSC	<i>Elderly Nursing Core Set</i>
ER	Enfermagem de Reabilitação
GC	Grupo de Controlo
GEPF	Gabinete de Estudo, Planeamento e Formação
GI	Grupo de Intervenção
HTA	Hipertensão Arterial
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MCEER	Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PEO	Programa de Exercícios de <i>Otago</i>
PR	Programa de Reabilitação
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SF-36	<i>Short-Form Health Survey-36</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SpO <sub>2</sub>	Saturação periférica de Oxigénio
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VNI	Ventilação Não Invasiva

## SÍMBOLO

cm	centímetro
h	hora
kg	quilograma
km <sup>2</sup>	quilómetro quadrado
L/min	Litros/ minuto
m	metros
O <sub>2</sub>	Oxigénio
®	marca registada
s	segundos

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. APRECIÇÃO DE CONTEXTO – LOCAIS DE ESTÁGIO.....</b>	<b>17</b>
2.1 Serviço de Ortopedia.....	17
2.2 Unidade de Cuidados na Comunidade .....	22
<b>3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....</b>	<b>29</b>
3.1 Enquadramento Conceptual .....	29
3.2 Quais os Ganhos Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, de um Programa de Reabilitação Estruturado, em Domicílio, nas Pessoas Idosas – Revisão Sistemática de Literatura com Metanálise.....	35
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
4.1 População Alvo .....	50
4.2 Considerações Éticas.....	51
4.3 Instrumento de Avaliação Diagnóstica .....	53
4.4 Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação .....	54
<b>5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>89</b>
5.1 Resultados Obtidos.....	89
5.2 Discussão de Resultados .....	95
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>	<b>101</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>122</b>
APÊNDICE I: Norma de Procedimento Interno – “Indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais” .....	123
APÊNDICE II: Apresentação da Norma de Procedimento Interno e do “Indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais” .....	128

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Metodologia de pesquisa, tipo <i>PRISMA</i> (Adaptado de: Page, M. et al. (2021). <i>The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 372(71). doi: 10.1136/bmj.n71</i> ).....	38
<b>Figura 2.</b> Gráfico metanálise – Qualidade de vida relacionada com a saúde <i>Short-Form Health Survey 36: Physical Components Summary</i> .....	44
<b>Figura 3.</b> Gráfico metanálise – Qualidade de vida relacionada com a saúde <i>Short-Form Health Survey 36: Mental Components Summary</i> .....	44
<b>Figura 4.</b> Gráfico1 – Percentagem da população relativamente ao género; Gráfico 2 – Percentagem da população relativamente às habilitações literárias (autoria própria) ....	89
<b>Figura 5.</b> Relação entre estado civil e agregado familiar dos participantes (autoria própria).....	90

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Síntese dos resultados dos artigos analisados (autoria própria) .....	38
<b>Tabela 2</b> – Síntese das Intervenções promotoras de AC (autoria própria).....	42
<b>Tabela 3</b> – Síntese dos Ganhos Sensíveis aos CEER (autoria própria).....	43
<b>Tabela 4</b> – Plano de Intervenção de ER – com alteração da funcionalidade e limitação no AC, com alteração da função osteoarticular, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER, 2015b), no Core de Indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade do Cuidados de ER (MCEER, 2015a) na CIPE® (2018); e Modelo de AC de Fonseca (2013) (autoria própria).....	58
<b>Tabela 5</b> – Plano de Intervenção de ER – com alteração da funcionalidade e limitação no AC, em contexto comunitário, com alteração da função motora, cardiorrespiratória, neurológica e cognitiva, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER, 2014), na CIPE® (2018); e Modelo de AC de Fonseca (2013) (autoria própria). .....	77
<b>Tabela 6</b> – Perfil Funcional – ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) (autoria própria).....	91
<b>Tabela 7</b> – Domínios – ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) (autoria própria).....	92

## 1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio tem como finalidade a obtenção do grau de mestre na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação, integrado no 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, com o tema «Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na pessoa com 65 e mais anos de idade: Um Programa de Reabilitação Estruturado na Comunidade».

Com este documento, pretendemos demonstrar todo o percurso académico que termina com o Estágio Final, desde a aquisição dos conhecimentos teóricos como, das experiências vividas, durante os ensinamentos clínicos, nas diferentes áreas da reabilitação: musculoesquelética, cardiorrespiratória e neurológica. Pretendemos igualmente demonstrar, de forma refletida, a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Para a elaboração do presente documento, contribuíram o Estágio Final, que teve uma duração de 16 semanas, com início a 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e o Estágio em Enfermagem de Reabilitação, com a duração 6 semanas num Serviço de Ortopedia, integrado num Centro Hospitalar (CH), que decorreu de 16 de maio a 24 de junho de 2022.

A escolha do tema deste Relatório deve-se a um conjunto de fatores, como: o interesse pela área de Enfermagem de Reabilitação (ER), a motivação pessoal de investir na formação, de adquirir novas competências e habilidades profissionais e pela realidade do nosso dia-a-dia, onde nos deparamos com a escassez de recursos e uma resposta insuficiente dos recursos existentes (Melo et al., 2022). Desta forma, consideramos importante a necessidade de ir ao encontro da pessoa no seu meio, de modo a tornar os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (CEER) personalizados e acessíveis à população (World Health Organization [WHO], 2022); Gaspar et al., 2021), realçando ganhos sensíveis aos CEER, através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no contexto real da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

Assim, pretendemos contribuir para uma resposta mais ajustada às necessidades das pessoas idosas, de modo a maximizar a sua capacidade funcional e autonomia, de forma a promover um envelhecimento saudável (WHO, 2021a).

O envelhecimento da população a nível mundial, reflete-se pelo aumento da esperança média de vida ao nascimento, devido à diminuição da taxa de mortalidade associada a uma baixa taxa de natalidade, que contribui para o aumento da população idosa, tornando as sociedades envelhecidas.

Uma vez que se trata de um fenómeno mundial, a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2015; WHO, 2021a) identifica a necessidade de implementação de políticas de saúde promotoras de um envelhecimento saudável, ajustadas às reais necessidades da população, de modo a possibilitar a adaptação das sociedades a estas alterações demográficas.

Em Portugal, o Índice de Envelhecimento situava-se, em 2021, em 182,1%<sup>1</sup>, o que significa, que na nossa sociedade existem cerca de 182,1 pessoas com 65 e mais anos de idade por cada 100 jovens, sendo, igualmente, uma sociedade envelhecida (PORDATA, 2023).

Na literatura internacional, considera-se a idade de 60 anos como referência na transição de adulto para idoso, contudo, são considerados idosos, pessoas com 65 e mais anos de idade, nas sociedades desenvolvidas (WHO, 2021a). Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2006), considera, igualmente, a idade de 65 anos, como idade de transição de adulto para idoso. Desta forma, consideramos os 65 anos como idade de referência para a implementação do projeto que contribui para a execução deste Relatório.

O conceito de envelhecimento saudável não reflete apenas a presença/ ausência de doença, é considerado um “processo contínuo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (WHO, 2021a, p.4). Com esta definição, a WHO (2021a), descreve os componentes biopsicossociais do envelhecimento, sendo estes: a capacidade intrínseca da pessoa, a sua capacidade funcional e a sua interação com ambiente.

Desta forma, torna-se importante criar estratégias que contribuam para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida e bem-estar, promovendo a capacidade

---

<sup>1</sup> Atualizado a 31/03/2023

<sup>2</sup> “...the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age” (WHO, 2021a, p. 4)

funcional da população idosa, de acordo com as suas características específicas, quer a nível das limitações causadas pelo processo fisiológico de envelhecimento quer a nível da fragilidade que lhe está associada (Santos et al., 2020).

O EEER alicerça a sua prática com base na evidência, orientando-a para os resultados, de modo a dar resposta as necessidades específicas das pessoas, assim como, a dar resposta às novas exigências de cuidados especializados, com base nos ganhos sensíveis aos CEER (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019). Segundo Petronilho & Machado (2017), a produção de conhecimento deverá ocorrer através de modelos de intervenção, adequados às necessidades de Autocuidado (AC), com base na funcionalidade e na promoção de autonomia e bem-estar da pessoa.

Assim, o AC é tido como foco central dos CEER, sendo que, para o EEER é fundamental a capacitação funcional da pessoa no desempenho das Atividades de Vida Diárias (AVD), assim como das Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD), implementando programas de reabilitação (PR) ajustados e personalizados ao contexto real da pessoa, tornando-a ativa e participativa no seu plano de intervenção (Vigia, et al., 2017).

Orem, (2001), defende que a pessoa possui capacidade intrínseca de satisfazer as suas necessidades de AC e/ou as dos seus dependentes, tendo desenvolvido a Teoria do Défice de Autocuidado, que inclui três teorias inter-relacionadas: a Teoria do AC; a Teoria do Défice de AC e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

O desempenho do AC, depende da capacidade funcional da pessoa, sendo esta, influenciada pela funcionalidade, que consiste numa interação dinâmica entre os fatores contextuais (fatores ambientais, ou pessoais) e a condição de saúde, sendo que, ocorrendo uma alteração num dos elementos, pode influenciar um ou vários (OMS & DGS, 2004). É a capacidade funcional que permite o desempenho eficaz as AVD e as AIVD (Botelho, 2005).

Neste sentido, recorreremos ao Modelo de AC de Fonseca, (2013), desenvolvido para pessoas com 65 e mais anos de idade, que assenta em três conceitos fundamentais: o AC, a Capacidade Funcional e a Capacidade de Conhecimento. Este modelo tem como objetivo avaliar o estado funcional da população idosa portuguesa, identificar os recursos que possam ser necessários e promover o processo de cuidados de enfermagem com vista à “manutenção da autonomia e/ou à promoção dos processos de readaptação em relação

aos défices de AC e das atividades de participação, considerando as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais” (Lopes & Fonseca, 2013).

Assim, este relatório está alicerçado, tendo por base a Teoria de AC de Orem, (2001) o modelo de AC de Fonseca, (2013) e a Teoria de Médio-Alcance (TMA) de Lopes, (2006) que consiste na relação terapêutica enfermeiro-pessoa, baseada na confiança, com vista a alcançar os objetivos estabelecidos em conjunto (Nascimento, 2019) e com base no Regulamento das Competências Específicas do EEER. Assim o EEER, intervém a nível do AC, na realização AVD e AIVD, concebendo “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”, elaborando e implementando “programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”, em todos os contextos (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019, p. 13567).

A escolha da comunidade, para a implementação do projeto, prende-se com o facto de ser neste contexto que os profissionais de saúde, nomeadamente os EEER, têm acesso privilegiado ao contexto individual, familiar, social e comunitário das pessoas, permitindo uma visão holística das necessidades reais da pessoa, família e cuidadores, contribuindo para o planeamento de cuidados mais abrangentes, ajustados e adaptados, mobilizando os recursos existentes na comunidade, de forma a satisfazer as necessidades da família/cuidadores, no seu meio, permitindo alcançar ganhos na maximização do potencial real de reabilitação, na reeducação, recuperação e inserção na comunidade, (Oliveira et al., 2021), indo ao encontro das orientações da WHO (2022).

Tendo em conta o acima descrito, iremos utilizar os modelos e os referenciais teóricos, numa perspetiva exploratória e descritiva, de acordo com o método de estudos de casos múltiplos de Yin (2018). Esta metodologia, permite-nos estudar determinado fenómeno social complexo, num contexto real, através da definição de objetivos, seleção dos casos, recolha de dados, tratamento e análise dos dados recolhidos e emitir conclusões obtidas.

Assim, definimos como objetivo geral, para este Relatório de Estágio: descrever o processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação; como objetivos específicos: elaborar e implementar um

plano de intervenção de ER, estruturado, na comunidade, a pessoas com 65 e mais anos de idade e identificar os ganhos sensíveis aos CEER.

O presente Relatório encontra-se dividido em 7 capítulos. No capítulo seguinte, faremos uma apreciação do contexto onde foram realizados os estágios; no terceiro capítulo, apresentamos a Estratégia de Intervenção Profissional, fazendo o enquadramento conceptual e apresentaremos uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) com metanálise, desenvolvida com o objetivo de identificar os ganhos sensíveis aos CEER, de um PR estruturado, na comunidade, para pessoas idosas, que permitiu orientar a nosso plano de intervenção de ER; no quarto capítulo, apresentaremos a metodologia, onde se incluem a população alvo, as considerações éticas, o instrumento de apreciação diagnóstica, os planos de intervenção de ER, no quinto capítulo apresentamos os resultados e a discussão dos mesmos; no sexto capítulo, apresentaremos uma análise reflexiva da aquisição das competências de enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem de Reabilitação, terminando, por último, nas considerações finais.

A elaboração deste Relatório de Estágio cumpre as normas da *American Psychological Association* - 7ª edição (Arco et al., 2018) e está em conformidade com o novo acordo ortográfico.

## 2. APRECIACÃO DE CONTEXTO – LOCAIS DE ESTÁGIO

Neste capítulo, faremos uma apreciação dos contextos onde se realizaram os estágios, que contribuíram para a realização deste Relatório de Estágio e para o desenvolvimento de competências de EEER à pessoa com patologia osteoarticular, cardiorrespiratória e neurológica, de forma a ir de encontro aos objetivos traçados para o Estágio em ER e para o Estágio Final, que consistem: na avaliação da funcionalidade, no diagnóstico das alterações que implicam a limitação da atividade e a incapacidade; na implementação de programas de treino a nível motor, adaptado às limitações/ restrições da mobilidade, maximizando a autonomia e qualidade de vida; no diagnóstico, planeamento, execução e avaliação de intervenções de ER à pessoa com alterações musculoesqueléticas (de natureza traumática ou ortopédica), neurológicas e cardiorrespiratória; na capacitação da pessoa com incapacidade, restrição ou limitação, promovendo a sua reinserção na comunidade, autonomia e exercício de cidadania; no desenvolvimento de programas de treino de AVD otimizando a utilização de produtos de apoio; na gestão dos cuidados e dos projetos de forma a otimizar, potenciando o resultado das equipas multidisciplinares onde o EEER se insere; e na produção de resultados sensíveis aos CEER (Fonseca et al., 2021; Maia et al., 2007).

O Estágio em ER, com duração de 6 semanas, decorreu em contexto hospitalar, num serviço de Ortopedia de um CH do Grupo C (Administração Central dos Sistemas de Saúde, I. P. [ACSS, I. P. ], 2022), com início a 16 de maio e término a 24 de junho de 2022.

O Estágio Final com uma duração de 16 semanas, decorreu de 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, numa UCC, integrada nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo umas das Unidades Funcionais (UF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), sob a direção da Administração Regional de Saúde (ARS) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008).

### 2.1 Serviço de Ortopedia

O Serviço de Ortopedia, onde decorreu o Estágio em ER, integra-se num CH. Este CH é uma unidade de cuidados saúde diferenciados, constituído por dois hospitais

públicos, de natureza empresarial, que pertence ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), e encontra-se integrado numa rede hospitalar, com personalidade jurídica, autonomia financeira, administrativa e patrimonial (ACSS, I.P., 2022). Tem como missão “a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos (...) dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados”, apresenta como visão “ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional” regendo-se pelos valores da “humanização e não discriminação; respeito pela dignidade individual de cada doente, atualização face aos avanços da investigação e da ciência, excelência técnico-profissional; ética profissional; promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo ambiente” (SNS, 2022, s/p.)

O serviço de Ortopedia, é um serviço de internamento misto, com 30 camas, sendo 9 destinadas a mulheres com patologia ginecológica, 17 a pessoas com patologia ortopédica e 3 camas, situadas em quartos individuais, geridas pelas duas especialidades.

Este serviço de internamento hospitalar, conta com uma equipa multidisciplinar que inclui médicos ortopedistas e ginecologistas, dezassete enfermeiros de cuidados gerais, dois enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (encontrando-se, um deles, em funções de chefia), seis EEER, doze assistentes operacionais e duas assistentes técnicas.

Conta com o apoio de assistentes sociais, nutricionista e fisioterapeutas e articula com as outras especialidades existentes no CH e com a Equipa de Gestão de Altas (EGA), de modo a preparar antecipadamente a continuidade de cuidados após alta hospitalar.

Os EEER não estão afetos exclusivamente aos CEER, sendo que, dois dos EEER, praticam o horário de turnos rotativos (manhãs: 8h-16h; tardes: 15h30 – 23h30 e noites: 23h – 8h30) e os restantes, estão distribuídos entre os turnos da manhã e da tarde, de segunda a domingo.

Segundo o Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE<sup>3</sup> - Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015),

O Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem a quem foi atribuído competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem

---

<sup>3</sup> Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei.º 104/98, de 21 de abril, republicado em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (n.º3, do artigo 4º, do capítulo II, p. 99)

Assim, o EEER, intervém em todas as pessoas admitidas no serviço, quer sejam da área ginecológica ou da área ortopédica, trabalhando a nível do bem-estar, na prevenção de complicações e na readaptação funcional da pessoa, de modo a maximizar e potencializar a sua capacidade funcional, quer a nível musculoesquelético através do fortalecimento muscular e aumento da resistência ao exercício físico, como a nível respiratório, nas situações de anestesia geral e/ou imobilidade para prevenção de complicações respiratórias (Lourenço et al., 2021).

A nível de recursos materiais, este serviço, possui alguns produtos de apoio, que permitem os CEER, nomeadamente, aparelho de movimento passivo contínuo ou artromotor (Lourenço et al., 2021), cintos de transferência, elevador, diferentes auxiliares de marcha, como tripé, canadianas e andarilho e escada de treino, para treino de subir e descer escadas (OE, 2013).

Neste serviço, as situações clínicas mais comuns do foro ginecológico são as histerectomias por via abdominal ou via vaginal, salpingectomias, ooforectomias, e curetagens uterinas. As situações clínicas mais comuns do foro ortopédico são as doenças osteoarticulares decorrentes de doença degenerativa ou traumática, em que o tratamento cirúrgico passa pela artroscopia, artroplastia total do joelho, anca e ombro ou osteossíntese em fraturas dos ossos da perna ou braço. Em ambas as especialidades a abordagem terapêutica é com recurso à cirurgia, sob anestesia geral, nas patologias ginecológicas e ortopédicas do membro superior, recorrendo-se à raquianestesia, nas patologias ortopédicas do membro inferior. Este tipo de tratamento irá refletir-se em situações de dependência no AC de forma temporária ou permanente, sendo o AC um foco central da intervenção do EEER e dos cuidados de ER (Lourenço et al., 2021).

Em ambas especialidades há cirurgias eletivas e urgentes. No âmbito da Ginecologia, as situações urgentes são as curetagens ou salpingectomias por abortos ou gravidez ectópica. Relativamente às situações do foro osteoarticular, temos como situações urgentes as fraturas resultantes de quedas da própria altura, acidentes de viação entre outros. Contudo, importa ressaltar, que no âmbito da ortopedia, parte das cirurgias consideradas de carácter urgente, a pessoa é internada no Serviço de Ortopedia, permanecendo em repouso absoluto no leito, com tração cutânea para imobilização da fratura antes da cirurgia. A pessoa fica preparada para cirurgia e aguarda vaga do Serviço

de Urgência para ir ao Bloco Operatório, que pode ocorrer, ou não, nesse dia. Já as cirurgias eletivas, são programadas, com data e hora marcadas. Ambas situações permitem uma abordagem pré-operatória pelos EEER, que por um lado, facilita processos de intervenções personalizados, a adesão ao PR, e conseqüentemente a uma melhor recuperação, por outro lado, a cirurgia pode não ocorrer nas primeiras 48h, o que potencia a ocorrência de complicações da imobilização, principalmente em pessoas idosas (Lourenço et al., 2021).

Pelo anteriormente descrito, este serviço é rico na diversificação de patologias quer do foro ortopédico, como ginecológico, sendo que o EEER intervém de acordo com a avaliação do potencial da pessoa, numa visão holística e abordagem individualizada envolvendo-a no seu processo de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

Como assumido anteriormente, este relatório de estágio encontra-se subordinado ao tema «Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na pessoa com 65 e mais anos de idade: um Programa de Reabilitação Estruturado na Comunidade», assim sendo, dar-se-á mais enfoque à pessoa idosa com patologia ortopédica, neste contexto clínico, para aquisição de competências de EEER, sendo que a nossa intervenção ocorreu, nos dois contextos, indo ao encontro das competências específicas de EEER, “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de setembro, 2019, p. 13566).

Para Lourenço et al., (2021), o EEER assume um papel fundamental nos cuidados à pessoa em processo cirúrgico de foro ortopédico, desde o período pré-operatório, passando pelo pós-operatório, até ao planeamento do regresso a casa, promovendo a continuidade e acompanhamento por EEER em contexto domiciliário.

Desta forma, as intervenções do EEER baseiam-se no ensinar, assistir, instruir, treinar a pessoa de forma ao desenvolvimento e maximização das suas capacidades, envolvendo-a e motivando-a para o seu processo de reabilitação e para a prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021). Compete ao EEER promover a capacidade funcional da pessoa idosa com patologia ortopédica, minimizar as incapacidades e a dependência, aumentar a sua autonomia e qualidade de vida, com a implementação de planos de intervenção individualizados, de acordo não só com as necessidades

encontradas, mas também com o potencial que a pessoa apresenta e a sua capacidade para melhorar. Nesta etapa, torna-se fundamental o envolvimento dos cuidadores informais, frequentemente familiares, pois poderá ser necessário capacitá-los para ajudar a assistir a pessoa no seu AC e/ ou poderá existir a hipótese, de terem de a substituir (Lourenço et al., 2021).

A evidência científica demonstra que a implementação de intervenções pelos EEER produz ganhos sensíveis aos CEER, como a diminuição da dor, a melhoria da amplitude de movimento articular, aumento da força muscular, do equilíbrio estático e dinâmico, melhoria na resistência ao exercício físico, desta forma, a intervenção do EEER irá contribuir para uma maior capacidade funcional da pessoa, no seu desempenho de AC, na sua qualidade de vida e redução do tempo de internamento (Sousa & Carvalho, 2017).

Com base no acima descrito, os EEER do serviço, após a realização da avaliação inicial de cada pessoa, elaboram o plano de intervenção, individualizado de acordo com o potencial apresentado pela pessoa, na sua capacidade para melhorar de acordo com as limitações funcionais anteriores, com as restrições implícitas decorrentes do ato cirúrgico, com foco nos objetivos individuais do processo de recuperação (Petronilho et al., 2021). Estas intervenções iniciam-se com atividades terapêuticas no leito, durante o período pré-operatório e pós-operatório imediato. O levante é realizado nas 24h do pós-operatório, para cadeira de rodas ou cadeirão, com treino de transferências e treino do uso do sanitário. Após remoção de drenos e/ ou de ligaduras do tipo de Robert Jones, realiza-se o primeiro treino de marcha com auxiliar de marcha, treino de AVD e treino de subir e descer escadas, de modo à maximização do potencial de funcionalidade da pessoa, através do desenvolvimento das suas capacidades (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

Para tal, os EEER do serviço, na sua prática clínica utilizam escalas validadas, como a Escala Numérica para avaliação da dor (DGS, 2003), Escala de Braden (DGS, 2011), o Índice de Barthel, para avaliação do grau de dependência na realização de AVD/ funcionalidade; Medical Research Council (MRC) para avaliação de força muscular segmentar e goniómetro, para avaliação de amplitudes articulares (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER], 2016).

A orientadora clínica deste Estágio em ER, mostrou-se sempre disponível, quer no acompanhamento e supervisão clínica, como na atribuição dos utentes, de modo a

selecionar os casos mais interessantes e/ ou a manter a distribuição dos mesmos de forma a dar continuidade ao plano de intervenção de ER implementado, contribuindo favoravelmente para a aquisição de competências.

Existe, neste serviço, um guia de acolhimento, um guia orientador ao cuidador informal, assim como um documento de ensino sobre cirurgia à anca (regresso a casa), que foram utilizados no acolhimento da pessoa de modo a preparar a sua alta, como documentos orientadores e promotores de literacia em saúde para a pessoa e para o cuidador, indo ao encontro das competências específicas do EEER, na capacitação da pessoa com deficiência ou limitação da atividade, à sua reinserção e ao exercício da cidadania, através de ensino à pessoa e/ou ao seu cuidador, sobre técnicas e tecnologias promotoras do AC, através do ensino, supervisão e adequação de produtos de apoio, para obtenção do seu potencial máximo de capacidade funcional, descritas no Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio (2019).

## **2.2 Unidade de Cuidados na Comunidade**

As UCC, são UF dos ACeS, sendo que estes últimos, têm como missão assegurar a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica. São constituídos por várias UF, que prestam cuidados de saúde diretos à população, como: as UCC, as Unidades de Saúde Familiares (USF); as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); as Unidades de Saúde Pública (USP); e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008).

As UCC articulam-se com as várias UF do ACeS e com as instituições da comunidade, como as Autarquias, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Forças Policiais, Organizações Não Governamentais (ONG) e Associações Locais e de modo a “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e (...) para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra” (Despacho n.º 10147/2009, de 16 de abril, 2009).

As UCC, prestam

cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis,

em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (n.º 1, do artigo 11.º, do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008, p. 1184).

Às “UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados” (n.º 4, do artigo 11.º, do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008, p. 1184), que é uma tipologia domiciliária da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI, constituída em 2006, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, (2006)<sup>4</sup>, surge como um modelo de cuidados de saúde intermédio, entre os cuidados de saúde hospitalares e os CSP, de modo a dar respostas ajustadas às pessoas em situação de dependência, por doença aguda ou decorrentes de doença crónica e em situação de vulnerabilidade social. Tem como objetivo de saúde: promover a autonomia e a participação das pessoas em situação de dependência, potenciando a funcionalidade, de modo a prevenir, reduzir e adiar as incapacidades. Simultaneamente, tem como objetivo social: apoiar as famílias e os cuidadores informais, reforçar as capacidades e competências das famílias, facilitando a situação de acompanhamento de um familiar dependente com a atividade profissional e laboral.

Apesar da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ser uma equipa domiciliária da RNCCI, encontra-se inserida na UCC, deste modo, é através da UCC que os ACeS integram a RNCCI, em contexto dos CSP (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006)<sup>4</sup>.

A ECCI presta cuidados domiciliários de enfermagem, médicos e de reabilitação, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora, paliativa e apoio psicossocial, a pessoas com dependência funcional, em situação de fragilidade com necessidade de cuidados complexos, que não reúnam critérios de internamento, contudo, encontram-se incapacitadas de se deslocarem aos serviços de saúde de forma autónoma. A ECCI tem como função a educação para a saúde, o apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das AVD e AIVD, treinando as pessoas, que se encontram em situação de dependência, envolvendo os seus familiares e cuidadores informais (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006<sup>4</sup>; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2023).

---

<sup>4</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho; Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro e Decreto-Lei n.º 116/2021, de 29 de dezembro.

A UCC, onde decorreu o Estágio Final, abrange 4 freguesias, com cerca de 95,50 Km<sup>2</sup> de área geográfica, onde se situam cinco bairros sociais. Em 2021, a população residente era de cerca de 166 507<sup>5</sup> habitantes (PORDATA, 2023), dos quais 12 904 são estrangeiros (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF]/ Gabinete de Estudo, Planeamento e Formação [GEPF], 2022).

Apresenta um índice de envelhecimento de 146,3%<sup>4</sup>(por 100 jovens) e um índice de dependência de 34%<sup>4</sup>(PORDATA, 2023).

Esta UCC, sendo uma equipa multidisciplinar, é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e das várias especialidades de Enfermagem: Reabilitação, Comunitária e de Saúde Pública; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna e Obstétrica. Conta com um fisioterapeuta e um Assistente Técnico a tempo inteiro. Os outros profissionais que compõem a equipa multidisciplinar, como: Assistente Social, Nutricionista, Terapeuta da Fala e Psicólogo, pertencem à URAP e têm horas, por semana, atribuídas à UCC. A UCC articula, também, com os respetivos médicos de família dos utentes (ACSS, I. P., 2022).

Para além da ECCI, a UCC integra vários projetos comunitários como a Saúde Escolar, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens de Risco, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Risco, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos, Rendimento Social de Inserção, Conselho Local de Ação Social, Unidade Móvel, projetos de promoção da saúde à população residente nos Bairros, promoção de Saúde Mental e preparação para a parentalidade (ACSS, I. P., 2022).

A ECCI, atua na área preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa com a finalidade de promover a autonomia e o bem-estar das pessoas em situação de fragilidade, dependência funcional, em processo de convalescença ou com doença terminal, de acordo com uma avaliação multidisciplinar de forma contínua e integrada (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006)<sup>6</sup>.

Ou seja, no contexto domiciliário, a ECCI tem uma visão pluridimensional que engloba a reabilitação, a reinserção social e a readaptação, promovendo a funcionalidade, antecipando e minimizando as incapacidades, participando ativamente na inserção da

---

<sup>5</sup> Atualizado a 31/03/2023

<sup>6</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho; Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro e Decreto-Lei n.º 116/2021, de 29 de dezembro.

pessoa com dependência funcional, na comunidade e na família, através da sua inclusão e da família/ cuidador no plano de intervenção de ER (Oliveira et al., 2021).

Os utentes são referenciados para ECCI, através do sistema informático da RNCCI, pelas EGA hospitalar ou das UF dos ACeS. Esta referenciação necessita de uma avaliação médica, de enfermagem e social (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, 2006)<sup>7</sup>. De forma a rentabilizar os recursos humanos da UCC, foi estabelecido pela equipa que os utentes de ECCI, do foro ortotraumatológico são atribuídos à fisioterapeuta e os do foro neurológico e respiratório aos EEER, sendo que, há uma estreita articulação entre estes profissionais.

Os utentes referenciados, encontram-se impossibilitados, de forma temporária ou permanente, de se deslocarem para outros recursos na comunidade, com uma grande incidência de doenças crónicas, progressivas e incapacitantes, por vezes já com limitações/ incapacidades e complicações da imobilidade instaladas e irreversíveis a nível da funcionalidade, do desempenho de AVD/ AIVD e do AC, com necessidade CEER de longa duração e manutenção para a vida toda (WHO, 2022). Desta forma a atuação do EEER tem como objetivo a manutenção, prevenção de novas complicações, promoção de qualidade de vida, conforto e capacitação, quando possível, do cuidador/ família, gerindo as suas expectativas (Santos, 2019).

Na UCC, o EEER, realiza ações preventivas, através da sua participação nos projetos com os parceiros comunitários e atua, em contexto de visita domiciliária, na ECCI, de forma sistematizada, prestando cuidados à pessoa com alteração da sua capacidade funcional, défice de AC e limitação no desempenho de AVD e AIVD. Esta abordagem, é de extrema importância, pois, permite ao EEER, ter um conhecimento mais profundo da pessoa, no seu ambiente familiar, permitindo a identificação das dinâmicas da família, assim como, estabelecer uma relação terapêutica e de proximidade com a pessoa e família/ cuidador (Oliveira et al., 2021).

Para Boylan & Buchanan (2011), o EEER na comunidade e no seio familiar da pessoa, deve intervir com a pessoa e não para a pessoa, deve ter em conta as suas prioridades, obtendo a real perceção das suas necessidades, contribuindo para a sua reintegração na sociedade/ comunidade, promovendo a sua autonomia e a qualidade de

---

<sup>7</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho; Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro e Decreto-Lei n.º 116/2021, de 29 de dezembro.

vida. Para Reis & Bule, (2017), na comunidade, o EEER tem um acesso privilegiado, pela sua proximidade à pessoa, inserida no seu contexto social e familiar, possibilitando uma intervenção dinâmica, envolvendo não só a pessoa, como a família/ cuidador. Esta proximidade permite identificar as necessidades dos diferentes intervenientes, gerindo os serviços e recursos adequados disponíveis na comunidade, que promovam a autonomia e reintegração na sociedade, assim como, prevenindo risco de complicações evitando reinternamentos ou hospitalizações.

Neste contexto, o EEER, implementa um plano de intervenção de ER personalizado, individualizado, de acordo com as reais necessidades da pessoa e família/ cuidador, após avaliação da funcionalidade, das capacidades da pessoa para desempenhar o AC e as AVD/ AIVD, através de uma colheita de dados que permita a elaboração dos diagnósticos de ER de acordo com as alterações identificadas, permitindo estabelecer os objetivos reais, com a pessoa, família/ cuidador, incluindo-os na tomada de decisão, tornando-os participantes ativos no processo de reabilitação (Santos, 2017).

Esta forma de atuação, exige do EEER competências relacionais e criatividade para capacitar a pessoa e a família/ cuidador, gerir as suas expectativas, com objetivo de maximizar a capacidade funcional, minimizar o impacto das limitações/ incapacidades, promover a independência, a autonomia e qualidade de vida (Reis & Bule, 2017).

A implementação do plano de intervenção de ER inclui o ensino, o treino e a demonstração da tarefa ou técnica a realizar (Santos, 2017), que de acordo com a Teoria de AC de Orem (2001), as intervenções podem ser compensatórias, parcialmente compensatórias ou de ensino/ educação. A sua implementação obedece a um conjunto de etapas, a uma abordagem sistematizada, contínua, regular, prolongada e sequencial, com foco nos objetivos inicialmente traçados (Santos, 2017).

Por fim, o EEER avalia sistematicamente a implementação do plano de intervenção de ER, reajustando-o de acordo com as necessidades identificadas e com a evolução da pessoa e família/ cuidador. Esta forma de atuação permite redução dos riscos, reeducação funcional, otimização da função e treino (Santos, 2017).

Durante este Estágio, tivemos a oportunidade de experienciar a importância dos cuidados de proximidade, estabelecidos entre o EEER, a pessoa e a família/ cuidador, através do método de gestor de caso, na adesão ao plano de intervenção de ER. Este método de trabalho é o modelo atual e central dos cuidados na comunidade, centrado na

pessoa e na família, em que a pessoa é elemento ativo e participativo do seu plano de cuidados (Uittenbroek et al., 2018).

O gestor de caso deve dotar-se de estratégias com o objetivo de melhorar os cuidados à pessoa, tornando-os flexíveis, humanos e inovadores. Deve ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e a família/ cuidador e a equipa multidisciplinar, ter criatividade no planeamento das atividades, de modo, a ajustá-las à rotina da pessoa, família/ cuidador, sendo o elemento de referência para estes, dotando-se de um conhecimento profundo da sua situação, das suas dinâmicas familiares, dos seus valores, crenças e objetivos de vida, tornando-se também capaz de prevenir e antecipar possíveis complicações (Case Management Society of América [CMSA], 2021; Uittenbroek et al., 2018).

Numa UCC, o EEER realiza um trabalho de cooperação em equipa multidisciplinar, com o objetivo de satisfazer as necessidades físicas, sociais, psíquicas e emocionais, entre outras, da pessoa, família/ cuidador, exigindo um trabalho de articulação e cooperação da equipa, para dar resposta às necessidades encontradas (Oliveira et al., 2021).

Durante este percurso foi possível avaliar a funcionalidade, fazer o levantamento de diagnósticos para as alterações identificadas e/ou incapacidades da pessoa, planeamento e implementação de intervenções de ER, estabelecendo objetivos em articulação com a pessoa, família/ cuidador, com vista à obtenção de ganhos sensíveis aos CEER, através de um plano de intervenção de ER, na reeducação motora, cardiorrespiratória, cognitiva, treino de AC, AVD e AVID.

Contudo, existiram algumas limitações e condicionamentos, nesta experiência. Um estudo a nível nacional, recente, realizado pela Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC), em colaboração com a Universidade Católica, revelou que existem várias fragilidades que condicionam o desempenho das UCC, como a carência de recursos humanos e materiais. Esta UCC, à semelhança da realidade nacional, carece de recursos humanos suficientes, para dar resposta quer às necessidades identificadas, pela complexidade da população da sua área de abrangência, como a todos os programas e projetos de prevenção da doença e promoção da saúde que integra (Melo et al., 2022). Segundo o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, (2019), a OE prevê um rácio de um enfermeiro em ECCI para cada 5 utentes, sendo que os EEER devem corresponder a 60% da dotação da equipa. Esta ECCI, tem atribuídas 45 vagas, com uma taxa de

ocupação de 100%, sendo que, atualmente, por ausência de um EEER por tempo prolongado, conta apenas com um EEER (SNS, 2023).

Outra limitação identificada é o tempo disponível de viatura e número de viaturas atribuído para que os profissionais se possam deslocar para ir ao encontro às necessidades da população, de modo a manterem o compromisso assumido com os parceiros comunitários e garantirem a execução desses projetos/ programas. A indisponibilidade de viaturas suficientes, condiciona a organização do trabalho da equipa e implica o reajuste constante da programação das visitas.

Os recursos materiais, para a prática de CEER, são outra limitação encontrada, sendo que, os existentes foram comprados pelos profissionais ou doados por pessoas/ familiares, como equipamento de avaliação de Pressão Arterial (PA) e cicloergómetro, canadianas e andarilho.

Os sistemas informáticos e a rede informática também causam transtorno no dia-a-dia desta equipa, uma vez que o servidor, onde é descarregada a informação confidencial do processo clínico dos utentes e do Sistema Informático da RNCCI, está constantemente sobrecarregado, levando a falhas informáticas e perda de informação registada o que acarreta dispêndio de tempo dos elementos da equipa, para os registos de enfermagem.

Tendo em conta todas as condicionantes acima descritas, aproveitámos da melhor forma todas as oportunidades, de modo a ir ao encontro aos objetivos estabelecidos para este ensino clínico e para o desenvolvimento de competências de EEER. De salientar, a preciosa colaboração da orientadora clínica, na triagem de casos que pudessem ser pertinentes, das sugestões, orientações e explicações ao longo deste percurso.

Este campo de estágio conta com uma equipa unida, competente, dinâmica, criativa e empenhada, oferecendo boas condições para o desenvolvimento de competências do EEER, permitindo verificar a importância que este elemento tem, em contexto comunitário e na equipa multidisciplinar, conseguindo ir ao encontro das reais necessidades da pessoa, família/ cuidador, através de uma relação terapêutica, permitindo o seu envolvimento nos objetivos traçados de forma realista, implementando planos de intervenção que permitam alcançar ganhos em saúde, disponibilizando os recursos adequados existentes na comunidade, promovendo o AC, autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

### 3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo, iremos abordar de forma sucinta alguns conceitos importantes, de modo a contextualizar a estratégia de intervenção profissional adotada, apresentaremos a RSL com metanálise que elaborámos com os objetivos de: identificar os ganhos sensíveis aos CEER, da implementação de um PR estruturado, na comunidade, para pessoas idosas, que irá contribuir para orientar o plano de intervenção de ER implementado nos 2 Estágios.

#### 3.1 Enquadramento Conceptual

No seguimento do referido anteriormente, o **envelhecimento** demográfico da população é considerado um fenómeno mundial, principalmente a nível das sociedades desenvolvidas, devido aos avanços da medicina, a melhores condições socioeconómicas, habitacionais, educativas, de saneamento básico e ambientes salubres, sendo considerado como uma conquista das sociedades (Reis et al., 2021).

O envelhecimento é um processo de transição, dinâmico, diferenciado e progressivo caracterizado por perdas, limitações e declínio, variável ao longo do ciclo de vida, sendo determinado pela experiência individual e pelo ritmo biológico (Marques-Vieira et al., 2017; Santos et al., 2020).

O envelhecimento saudável, segundo a WHO (2021a) é um conceito biopsicossocial, condicionado pela capacidade intrínseca, pela capacidade funcional e pelo ambiente. A capacidade intrínseca e a capacidade funcional, não são constantes e tendem a diminuir com o avançar da idade, desta forma, o declínio da capacidade física e mental dos idosos tem um impacto negativo para a população e para as sociedades, tornando-se importante a promoção da capacidade funcional nos idosos, potenciando as suas capacidades, através da promoção da saúde, na adoção de hábitos de vida saudáveis, na prevenção de doenças, de modo a evitar ou retardar o seu aparecimento.

O aumento da longevidade, significa que vivemos mais anos, contudo, isso não significa que vivamos da melhor forma. Na Europa, 35% das pessoas com 16 anos ou mais, sofrem de uma doença crónica e/ou prolongada, em Portugal, este indicador situa-

se nos 43,2%. Relativamente às pessoas com 65 e mais anos de idade, verificamos que 60,8% das pessoas, apresentam limitações na realização das suas atividades habituais do dia-a-dia, devido a problemas relacionados com a saúde, dos quais 20,8% apresentam limitação grave (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).

Nas sociedades desenvolvidas as principais causas de morte foram resultantes de doenças crónicas de natureza cardiovascular, respiratória, neurológica e oncológica (WHO, 2021b). Em Portugal, a realidade é semelhante, sendo que o peso das doenças crónicas na mortalidade atribui-se às doenças cardiovasculares, respiratórias e oncológicas (OCDE/ Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Segundo a WHO, (2005) as doenças crónicas são doenças não transmissíveis, permanentes, que acarretam incapacidade/ deficiência e são irreversíveis. O aumento da incidência de doença crónica e prolongada, principalmente na população idosa, contribui para um agravamento da prevalência de incapacidade funcional (Maresova et al., 2019). O envelhecimento e os fatores de risco comportamentais, como o consumo de álcool e tabaco, a obesidade e a reduzida prática de exercício físico, contribuem para o aumento da prevalência de doenças crónicas e reduzem a capacidade física e mental dos idosos, aumentando a sua dependência, reduzindo a sua autonomia e participação social (OCDE/ Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Desta forma, o envelhecimento adquiriu uma dimensão social, pelos custos de saúde e sociais que acarretam, pela perda da capacidade funcional, consequentemente, aumento da dependência e hospitalizações, tornando-se importante que, com o aumento da longevidade, esses anos sejam vividos da melhor forma possível, com qualidade de vida e bem-estar, saúde física e mental, de forma ativa e socialmente participativa (Pontes, 2017). Para tal, é fundamental a adoção de políticas de incentivo económico e social a nível dos vários setores da comunidade, que potenciem uma atitude positiva e proativa face ao envelhecimento (Forjaz, 2018).

Segundo a OMS, (2015) a capacitação funcional das pessoas idosas, deve ser considerado pelas sociedades como um investimento, promovendo assim a capacidade máxima das pessoas, o seu bem-estar, a sua autonomia e a sua dignidade ao longo da vida e reduzindo a sobrecarga dos sistemas de saúde e sociais.

Melhorar a **capacidade funcional** da população idosa é o objetivo da WHO (2020), para a década 2021-2030, que inclui melhorar: a capacidade de desempenho das AVD; a

capacidade de aprendizagem e fomentar a autonomia; a mobilidade; a capacidade de se relacionar e a capacidade contributiva dos idosos na sociedade.

É a capacidade funcional que permite à pessoa o desempenho das AVD e AIVD, essenciais para a satisfação do AC (MCEER, 2018).

O AC é definido, segundo a WHO (2022 p. xiii), como “habilidade dos indivíduos, família e comunidade para promover e manter a saúde, prevenir a doença, lidar com a doença e incapacidade com ou sem suporte dos sistemas de saúde”<sup>8</sup>, conseguido, através de ações que incluam “a promoção da saúde, a prevenção e controlo de doença, a automedicação, o recurso aos cuidados hospitalares, especializados e primários, quando necessário, a reabilitação, incluindo os cuidados paliativos”<sup>9</sup>. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ([CIPE<sup>®</sup>], 2018) é 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.”

Assim, o AC é tido como foco central dos CEER, que segundo Vigia, et al. (2017) para o EEER, é fundamental a capacitação funcional da pessoa no desempenho das AVD, assim como, das AIVD, implementando PR relativos ao contexto real da pessoa, tornando-a ativa e participativa no seu plano de intervenção.

Segundo (Orem, 2001), a pessoa possui potencial para aprender e desenvolver capacidades de modo a satisfazer as suas necessidades de AC e/ou as dos seus familiares. Contudo, ao longo da vida, por diversas razões, as necessidades de AC excedem essa capacidade, sendo considerado como um desvio de saúde, ocorrendo assim, um défice de AC. É neste contexto que a intervenção da Enfermagem ocorre, sendo o enfermeiro visto como um agente terapêutico, assumindo uma intervenção especializada de enfermagem à pessoa com limitação ou incapacidade, porque as necessidades de AC excedem os cuidados básicos (Wills, 2016).

O referencial teórico que Orem (2001) desenvolveu, inclui três teorias inter-relacionadas: a Teoria do AC, no centro; a Teoria do Déficit de AC, que engloba a Teoria do AC; e envolvendo as duas teorias anteriores, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

---

<sup>8</sup> “...is the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health and cope with illness and disability with or without the support of a health worker” (WHO, 2022, p. xiii)

<sup>9</sup> “... health promotion, disease prevention and control, self-medication, giving care to dependent people, seeking hospital, specialist or primary care when needed, and rehabilitation, including palliative care.” (WHO, 2022, p. xiii).

Dentro da Teoria do AC, Orem (2001) criou três sistemas de intervenção: totalmente compensatório, em que pessoa tem necessidade de ser substituída no desempenho do AC; parcialmente compensatório, a pessoa é assistida na realização do AC, permitindo que a pessoa possa realizar as atividades que é capaz e ser assistida nas que apresenta dificuldade ou limitação; e de apoio e educação, em que a pessoa é capaz de desempenhar o seu AC, necessitando de instrução e orientação de forma a maximizar as suas capacidades.

Com base nesta teoria, o EEER avalia o déficit de AC de modo a adequar a sua intervenção de acordo com a necessidade da pessoa, conferindo-lhe um papel ativo na sua capacitação com vista à sua independência, considerando-a com potencial para “aprender” alternativas de realizar o AC de forma eficaz (Silva et al., 2018). Assim a pessoa deve ser envolvida, tornando-se corresponsável e participando ativamente e no seu plano de reabilitação (Orem, 2001).

Segundo Ventura et al. (2021), é através da criação de uma relação terapêutica entre o EEER e a pessoa, família/cuidador, envolvendo-os no seu processo de reabilitação, que o EEER consegue intervir indo ao encontro da satisfação das necessidades destes.

Neste seguimento, adotamos, para o desenvolvimento do projeto de intervenção, a **Teoria de Médio-Alcance** de Lopes, (2006), que explica a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, baseada na confiança, com vista a alcançar os objetivos estabelecidos em conjunto (Nascimento, 2019), constituída por duas componentes que se complementam: a natureza da relação e o processo em que esta ocorre.

A primeira componente da Teoria de Médio-Alcance de Lopes (2006) é *a natureza da relação*, que ocorre por dois processos: a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica de enfermagem. O processo de avaliação diagnóstica integrado nos cuidados de enfermagem, ocorre de forma sistemática, contínua e dinâmica, com foco na pessoa e na família/ cuidador, avaliando e reavaliando a sua situação, sendo o processo de intervenção terapêutico de enfermagem o conjunto de todas as intervenções realizados pelos enfermeiros à pessoa, família/ cuidador, tendo em conta o contexto, as interações e o papel desenvolvido por cada um na comunidade onde se encontram inseridos (Lopes, 2006).

A segunda componente, *o processo da relação* é constituído por três fases: o início, o desenvolvimento e o fim da relação. Estas três fases da relação não apresentam um limite cronológico exatamente definido.

Desta forma consideramos que, o início da relação ocorre na entrevista de avaliação inicial da pessoa, onde simultaneamente se desenvolve o processo de *avaliação diagnóstica*, através da colheita de dados sobre o conhecimento da pessoa, sobre a situação, sobre a sua situação de saúde anterior, as suas dúvidas e o reconhecimento das suas estratégias e capacidades para lidar com a sua doença/ incapacidade, iniciando-se o *processo de intervenção terapêutico de enfermagem* e a segunda fase. Esta, considerada o corpo da relação, ocorre na conceção e implementação das intervenções do enfermeiro, dando seguimento ao processo de intervenção terapêutica de enfermagem. O fim da relação ocorre ao serem atingidos os objetivos traçados, encontrando-se a pessoa, família/cuidador capacitados, ou pelo término da necessidade de intervenção, como a morte da pessoa. Desta forma, termina de igual modo, o processo de intervenção terapêutico de enfermagem (Lopes, 2006).

Assim, com base nas Competências Específicas do EEER, este, intervém na realização do AC, AVD e AIVD, concebendo “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”, elaborando e implementando “programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019, p. 13567), intervindo de forma sistematizada e intencional na capacitação e na maximização do potencial da pessoa na aquisição de independência no AC (Ribeiro et al., 2021).

Indo ao encontro ao acima descrito, Fonseca (2013), desenvolveu um modelo de AC para pessoas com 65 e mais anos de idade, com base na Teoria de AC de (Orem, 2001) e nas teorias que o integram, na Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) (OMS & DGS, 2004) e no modelo de qualidade de cuidados com base nas Teorias de Donabedian (2003) e Doran & Pringle (2011). Assim, o **Modelo de AC de Fonseca** (2013), alicerça-se em três pilares fundamentais: a capacidade funcional, o AC e a capacidade de conhecimento, como indicadores de resultado, traduzindo-se em ganhos em saúde (Fonseca, 2013).

Segundo a MCEER, (2018, p. 5) a excelência dos CEER, produz **ganhos em saúde** através da “prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes habilitando a pessoa a uma maior autonomia”, deste modo, a ER responde às necessidades da população e às exigências de cuidados atuais, contribuindo para a produção de ganhos em saúde, sendo prioritário a monitorização desses resultados e a elaboração de indicadores **sensíveis aos CEER**, através de programas de melhoria contínua dos cuidados prestados.

Donabedian (2003), desenvolveu, de forma a avaliar a qualidade em saúde, um mapa conceptual, identificando indicadores de processo, estrutura e resultado. Segundo esta autora, a qualidade dos cuidados em saúde, depende do desenvolvimento do conhecimento e da sua aplicação na prática clínica. Na sua visão, os cuidados de enfermagem, produzem resultados, contribuindo para a efetividade, eficácia, eficiência, aceitabilidade, equidade, otimização e legitimidade dos sistemas de saúde.

Com base no trabalho desenvolvido por Donabedian (2003) nas teorias de AC e no modelo de transição saúde/ doença, a MCEER (2015a) desenvolveu um documento orientador, com base nos Enunciados Descritivos do Padrões de Qualidade dos CEER, que acrescentou aos indicadores identificados por Donabedian (2003), indicadores epidemiológicos. Assim, para os CEER temos indicadores de Estrutura, de Processo, de Resultado e Epidemiológicos, integrados nas categorias dos enunciados descritivos, sendo estas: “a satisfação do utente, promoção da saúde; prevenção de complicações, bem-estar e AC; readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão Social e organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação” (MCEER, 2015a, p.5).

No seguimento do acima descrito, desenvolvemos uma RSL com metanálise, com a finalidade de identificarmos os benefícios de um PR estruturado, na comunidade, para idosos e identificar os ganhos sensíveis aos CEER, que passamos a apresentar.

### **3.2 Quais os Ganhos Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, de um Programa de Reabilitação Estruturado, em Domicílio, nas Pessoas Idosas – Revisão Sistemática de Literatura com Metanálise**

As intervenções baseadas em evidência científica, são o alicerce e a base orientadora que permite ao EEER dar resposta às necessidades concretas das pessoas, assim como, às novas exigências de cuidados especializados, com base nos ganhos sensíveis aos CEER (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

A RSL agrega, em si mesma, a evidência científica que dá resposta aos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos, de modo a responder a uma pergunta de investigação, reduzindo o risco de viés, ao utilizar métodos explícitos, sistemáticos e reproduzíveis (Chandler et al., 2021). A metanálise permite-nos observar, através da combinação dos resultados semelhantes dos vários estudos individuais, o efeito de uma intervenção (Apóstolo, 2017).

Pretendemos assim, através desta RSL com metanálise, procurar encontrar a melhor evidência dos benefícios de um PR estruturado, na comunidade, para pessoas idosas e identificar os ganhos sensíveis aos CEER.

Para tal, seguindo a metodologia PICO (P – Participantes; I – Intervenção; C – Contexto/Controlo; O – (*Outcomes*) Resultados), em que : P – pessoas com 60 ou mais anos de idade; I – a realizar programa de reabilitação estruturado; C – em domicílio/cuidados habituais; O – ganhos sensíveis aos CEER (Joanna Briggs Institute [JBI], 2020, 2021), formulamos a questão de investigação: «Quais os ganhos sensíveis aos CEER, de um programa de reabilitação estruturado, em domicílio, na pessoa com 60 ou mais anos de idade, comparativamente com os cuidados habituais?».

A presente RSL com metanálise foi desenvolvida com os critérios metodológicos PRISMA (*Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analysis*) e realizado o registo na PROSPERO (*International Propetive Register of Systematic Reviews*) com o número de registo: CRD42022378207 (Page et al., 2021). Para a metanálise, utilizou-se o *software Comprehensive Meta-Analysis* (CMA). As medidas obtidas das avaliações da escala da qualidade de vida relacionada com a saúde, nos estudos incluídos nesta RSL, foram analisadas através do cálculo de *Standard difference*

*in means*, com um intervalo de confiança de 95%. Assim, os resultados avaliados nos estudos individuais, foram combinados numa metanálise cujos resultados foram apresentados através de gráficos tipo *forest plot* (Cantley, 2016).

Os critérios de inclusão, foram definidos com base nos critérios do JBI (2020). Estes permitam-nos orientar a seleção dos estudos que dessem resposta à nossa questão de investigação.

Realizamos pesquisa na plataforma *EBSCO Host – Research Databases*, em agosto de 2022, selecionando as bases de dados: *CINAHL; MEDLINE and Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Utilizamos os descritores validados MeSH (*Medical Subject Heading*): *[nursing]; [nursing interventions]; [nursing care]; [rehabilitation]; [domiciliary care]; [home care]; [outcomes]; e [randomized controlled trials]*, utilizando os booleanos «AND» e «OR», formando a seguinte frase booleana: *([nursing] OR [nursing intervention] OR [nursing care]) AND ([rehabilitation], OR [domiciliary care] OR [home care]) AND ([outcomes] OR [randomized controlled trials])*.

Foram definidos e respeitados os critérios de inclusão definidos para a pesquisa: disponibilidade do texto integral, idioma inglês, publicações entre o ano 2019 e 2022.

A pesquisa resultou num total de 985 artigos, após eliminação de resultados duplicados, obtivemos 862 artigos. Após leitura do título e resumo, obtivemos 87 artigos que foram selecionados para análise de texto completo, tendo sido eliminados: 77 que não se enquadrarem na temática do estudo e 4 porque não cumpriram os critérios de inclusão, resultando num total de 6 artigos, aqui incluídos, que cumpriam os critérios de inclusão para a realização desta RSL com metanálise.

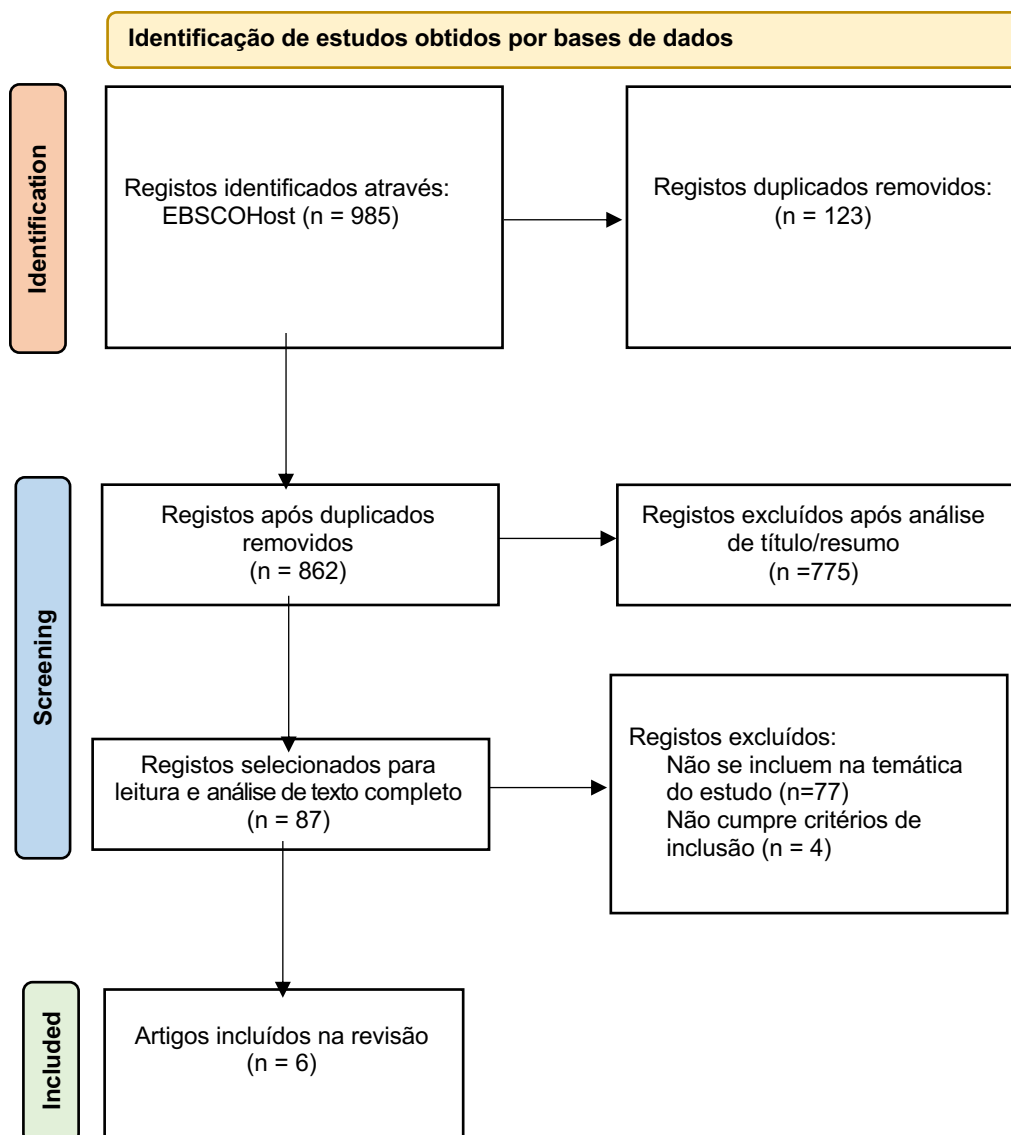
Os artigos foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica e níveis de evidência de *JBI Critical Appraisal Tools*, satisfazendo mais de 50% dos critérios de qualidade propostos (JBI, 2020, 2021). Todos os artigos foram analisados por 2 avaliadores independentes, para a redução do viés, sendo que, um terceiro avaliador seria envolvido em caso de discordância entre os dois avaliadores.

Para a leitura integral, foram definidos como critérios de inclusão: população alvo idade média igual ou superior a 60 anos; estudos que apresentavam como intervenção a implementação de um PR em contexto comunitário/ domicílio, comparativamente com os cuidados habituais. Como critérios de exclusão: população alvo com idade média inferior a 60 anos; intervenção de PR em Estabelecimentos Residenciais para Idosos

(ERPI), unidades de internamento ou clínicas em regime ambulatorio; critérios de avaliação metodológica inferior a 50%.

De forma sistematizada, o fluxograma apresentado na Figura 1, infra, representa de forma detalhada o trajeto de pesquisa.

**Figura 1.** Metodologia de pesquisa, tipo *PRISMA* (Adaptado de: Page, M. et al. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ* 372(71). doi: 10.1136/bmj.n71)



## Resultados

Concluído o processo de pesquisa, seleção e avaliação metodológica dos artigos, incluídos nesta RSL com metanálise, obtivemos 6 artigos, dos quais, 5 são estudos

randomizados controlados e um estudo retrospectivo pré-teste/ pós-teste. Os estudos selecionados apresentam um bom nível de evidência científica e demonstram os ganhos sensíveis aos CEER de um PR estruturado, para pessoas idosas: após fratura da anca (Soukkio et al., 2021); após AVC (Deng et al., 2020); com déficit de AC devido a Doença Arterial Coronária (Yildiz & Kaşıkçı, 2020); com déficit cognitivo ligeiro ou demência (Trapuzzano et al., 2020); antecedentes de quedas (Bjerk et al., 2019); fragilidade (Hsieh et al., 2019).

Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos através dos estudos, na Tabela 1, infra, apresentamos a síntese dos resultados obtidos dos artigos analisados, decorrentes da pesquisa realizada:

**Tabela 1** – Síntese dos resultados dos artigos analisados (autoria própria)

<b>Título/ Ano/ País Autores</b>	<b>Objetivos/ Participantes/ Duração</b>	<b>Avaliação/ Resultados / Conclusões</b>	<b>Metodologia / Nível de evidência</b>
<p><b>Título:</b> <i>Effects of Home-Based Physical Exercise on Days at Home, Health Care Utilization, and Functional Independence among Patients With Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial.</i></p> <p><b>Ano:</b> 2021</p> <p><b>País:</b> Finlândia</p> <p><b>Autores:</b> Paula k. Soukkio; Sara Suikkanen; Eeva M. Aartolahti; Hannu Kautiainen; Sanna M. Kääriä; Markku T. Hupli; Kaisu H. Pitkälä; Sarianna Sipilä; Katriina T. Kukkonen-Harjula</p> <p>(Soukkio et al., 2021)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Avaliar os efeitos que um programa de exercício físico, em domicílio, tem para pessoas com fratura da anca, nos dias vividos em casa sem necessidade de internamento ou integração em equipamentos residenciais para idosos, na utilização e nos custos dos cuidados de saúde e sociais, na mortalidade e na independência funcional.</p> <p><b>Participantes:</b> Participaram 121 pessoas, com diagnóstico de fratura da anca. Foram alocados 60 participantes para o grupo de controlo (GC) e 61 para o grupo de intervenção (GI). O grupo de intervenção realizou um programa de exercício físico supervisionado duas vezes por semana, durante 12 meses e acompanhamento telefónico por mais 12 meses. O grupo de controlo recebeu os cuidados habituais.</p> <p><b>Duração do estudo:</b> dezembro de 2014 a dezembro de 2019</p>	<p><b>Avaliação:</b> Nº de dias vividos em casa; mortalidade; custos com serviços de saúde e sociais e Medida da Independência Funcional (MIF).</p> <p><b>Resultados:</b> Não foram encontradas diferenças no número de dias vividos em casa ou na mortalidade entre os grupos, após 24 meses de intervenção. Relativamente aos custos médios totais dos serviços de saúde e sociais, foram neutros aos 24 meses. Ambos os grupos apresentaram melhoria da independência funcional aos 12 meses de intervenção, sendo significativa no GI.</p> <p><b>Conclusões:</b> O programa de exercício físico em domicílio, teve efeito significativo na independência funcional a 12 meses, não teve efeito no número de dias vividos em casa e na mortalidade, durante 24 meses, em pessoas com fratura da anca. A intervenção teve um custo neutro.</p>	<p>Estudo Randomizado Controlado I.c</p>
<p><b>Título:</b> <i>Effects of an integrated transitional care</i></p>	<p><b>Objetivo:</b> Avaliar o efeito de um programa integrado de cuidados de transição na saúde de pessoas após</p>	<p><b>Avaliação:</b> - <i>Short-Form Health Survey-36 (SF-36); Modified</i></p>	<p>Estudo Randomizado Controlado</p>

<p><i>program for stroke survivors living in a rural community: a randomized controlled trial.</i></p> <p><b>Ano:</b> 2020</p> <p><b>País:</b> China</p> <p><b>Autores:</b> Aiwen Deng; Sidong Yang et Ribo Xiong (Deng et al., 2020)</p>	<p>AVC numa comunidade em Lishui, China.</p> <p><b>Participantes:</b> Participaram 98 pessoas com diagnóstico de AVC, 8 semanas após alta hospitalar. O estudo teve a duração de 8 semanas.</p> <p>GI e GC = 49 participantes cada</p> <p>Todos os participantes receberam tratamento na fase aguda em unidade de AVC, que incluiu tratamento médico, reabilitação precoce e educação para a saúde. O GI beneficiou de reabilitação contínua, em domicílio, por uma equipa multidisciplinar, constituída por fisioterapeutas, médicos de clínica geral enfermeiros. O GC, recebeu ensino para a saúde para prevenção de AVC.</p> <p><b>Duração do estudo:</b> outubro de 2018 a março de 2019</p>	<p><i>Barthel Index; Caregiver Strain Index</i></p> <p><b>Resultados:</b> O GI apresentou melhoria, após 4 e 8 semanas de intervenção, na qualidade de vida relacionada com a saúde, no nível de dependência e diminuição do desgaste do cuidador no GI após 8 semanas de intervenção, sem diferença entre os grupos nas primeiras 4 semanas.</p> <p><b>Conclusões:</b> O programa integrado de transição provou ser viável e benéfico na melhoria dos resultados relacionados com a saúde das pessoas, após AVC.</p>	<p>1.c</p>
<p><b>Título:</b> <i>Impact of Training Based on Orem's Theory on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease.</i></p> <p><b>Ano:</b> 2020</p> <p><b>País:</b> Turquia</p> <p><b>Autores:</b> Fatma Tok Yildiz &amp; Mağfıret Kaşıkçı (Yildiz &amp; Kaşıkçı, 2020)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Determinar o impacto de um programa de treino, baseado na Teoria de AC de Orem, na gestão do AC e qualidade de vida em pessoas com Doença Arterial Coronária (DAC).</p> <p><b>Participantes:</b> Participaram 102 pessoas, com DAC.</p> <p>GI e GC = 51 participantes cada</p> <p>O estudo teve uma duração de 6 meses. Os GI e GC realizaram 8 entrevistas e realizaram consultas hospitalares de <i>checkup</i> aos 3 e 6 meses. Ao GI foi-lhe fornecido um caderno de informação e registo, com os 3 níveis de AC e documentado o ensino e o treino de AC realizados. Foram realizadas 6 sessões de treino de AC, em domicílio de acordo com as necessidades de cada participante e cuidador as suas dúvidas e sugestões. As visitas tinham uma duração aproximada de 30 a 45 minutos.</p> <p>O GC, recebeu a cada entrevista, esclarecimento de dúvidas e aconselhamento. Tiveram acesso ao documento de informação no fim do estudo.</p>	<p><b>Avaliação:</b> <i>Self-Care Agency Scale; MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire (MacNew); e Quality of Life Questionnaire (15D)</i></p> <p><b>Resultados:</b> O GI apresentou melhoria significativa do AC, da qualidade de vida cardíaca e da qualidade de vida, comparativamente ao GC, que apresentou uma melhoria do AC e uma diminuição da qualidade de vida cardíaca, comparativamente com os valores pré-intervenção.</p> <p><b>Conclusão:</b> O programa de treino baseado na Teoria de AC de Orem, contribuiu para a melhoria do AC, melhoria da qualidade de vida de pessoas com DAC. A utilização deste método pelos profissionais de saúde, é uma ferramenta eficaz na organização do conhecimento, na sistematização e planeamento dos cuidados. Pode ser usado como guia desde admissão hospitalar, preparação da alta e acompanhamento após alta.</p>	<p>Estudo Randomizado Controlado 1.d</p>

<p><b>Título:</b> <i>Investigating the Effects of an Otago-Based Program among Individuals Living with Dementia.</i></p> <p><b>Ano:</b> 2020</p> <p><b>País:</b> Estados Unidos da América</p> <p><b>Autores:</b> Ashleigh Trapuzzano, Lise McCarthy &amp; Nicole Dawson</p> <p>(Trapuzzano et al., 2020)</p>	<p><b>Duração do estudo:</b> janeiro de 2015 a fevereiro de 2017</p> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar o efeito de um programa de exercício baseado no Programa de Exercícios de Otago (PEO) na capacidade física de doentes com compromisso cognitivo leve ou demência, em contexto domiciliar.</p> <p><b>Participantes:</b> Seleccionados 34 participante que frequentavam um centro de reabilitação em ambulatório, com compromisso da funcionalidade, com demência ligeira ou Doença de Alzheimer; que receberam treino de exercícios de fortalecimento e treino de equilíbrio PEO.</p> <p>Os participantes receberam o PEO, ajustado de forma individual, com a progressão baseada no desempenho, conforme o protocolo do programa, durante aproximadamente 2 meses, 3 vezes por semana com sessões de 15 a 45 minutos. Fornecidos aos participantes livro de registo dos exercícios prescritos e do PR.</p> <p><b>Duração do estudo:</b> abril de 2014 e outubro de 2017</p>	<p><b>Avaliação:</b> <i>Four-Stage Balance test; Tinetti-Performance Oriented Mobility Assessment, Time-Up &amp; Go e 30-Second Chair Stand Test.</i></p> <p><b>Resultados:</b> Foram verificadas melhorias significativas no equilíbrio e mobilidade funcional, não foram encontradas melhorias na força dos membros inferiores.</p> <p><b>Conclusões:</b> Um programa de exercícios, individualizado, em domicílio, baseado no PEO, melhora o desempenho no equilíbrio e mobilidade funcional em idosos com compromisso cognitivo leve ou demência. A sua participação num programa de exercícios estruturados torna-se benéfico pois contribui para reduzir o risco de quedas, através da utilização de estratégias cognitivas e motoras.</p>	<p>Análise retrospectiva sem grupo de controlo. 2.d</p>
<p><b>Título:</b> <i>Health-related quality of life in home care recipients after a falls prevention intervention: a 6 months follow-up.</i></p> <p><b>Ano:</b> 2019</p> <p><b>País:</b> Noruega</p> <p><b>Autores:</b> Maria Bjerk; Therese Brovold; Jennifer C. Davis; Dawn A. Skelton; Astrid Bergland</p> <p>(Bjerk et al., 2019)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Avaliar o efeito de um programa de exercício físico de prevenção de quedas em domicílio, na promoção da qualidade de vida relacionada com a saúde.</p> <p><b>Participantes:</b> Participaram no estudo, 155 pessoas com 67 anos ou mais, com histórico de quedas.</p> <p>GI = 77 e GC = 78.</p> <p>O estudo teve uma duração de 6 meses, sendo 3 meses de intervenção e 3 meses de acompanhamento posterior.</p> <p>O GI recebeu PEO para a prevenção de quedas, centrado em exercícios de fortalecimento muscular e treino de equilíbrio, educação para a saúde sobre prevenção de quedas, segurança do exercício e treino de AVD. GC, recebeu os cuidados habituais.</p>	<p><b>Avaliação:</b> <i>Short Form 36 Health Survey (SF-36); Bergs Balance Scale (BBS); 4-m walking test (4MWT); 30-s sit-to-stand (STS) e Falls Efficacy Scale-International (FES-I)</i></p> <p><b>Resultados:</b> O GI apresentou uma melhoria significativa da qualidade de vida relacionada com a saúde, a nível da componente física vs GC Contudo, a nível da componente mental, GC obteve uma melhoria, vs GI.</p> <p>GI apresentou redução do n.º de quedas vs GC.</p> <p>Ambos os grupos obtiveram melhoria do equilíbrio velocidade da marcha, força dos membros inferiores comparativamente com as avaliações iniciais.</p> <p><b>Conclusões:</b> O programa de exercício físico traz benefícios na prevenção de quedas, melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, principalmente a nível da</p>	<p>Estudo Randomizado Controlado 1.d</p>

	<b>Duração do estudo:</b> fevereiro de 2016 a setembro de 2017	componente física. A longo prazo, contribui para mudanças no comportamento, melhorando a adesão à prática de exercício físico regular.	
<p><b>Título:</b> <i>Individualized home-based exercise and nutrition interventions improve frailty in older adults: a randomized controlled trial.</i></p> <p><b>Ano:</b> 2019</p> <p><b>Pais:</b> Tailândia</p> <p><b>Autores:</b> Tsung-Jen Hsieh; Shin-Chang Su; Chun-Wei Chen; Yan-Wen Kang; Ming-Hsia Hu; Li-Lin Hsu; Szu-Yun Wu; Likwang Chen; Hsing-Yi Chang; Shao-Yuan Chuang; Wen-Harn Pan; Chih-Cheng Hsu</p> <p>(Hsieh et al., 2019)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Avaliar a eficácia do exercício físico e plano nutricional na melhoria da fragilidade, qualidade de vida relacionada com a saúde na componente física e mental em idosos.</p> <p>Participantes: Participaram 319 idosos de Taiwan. O estudo teve a duração de 6 meses.</p> <p>GC =80; GI exercício = 79 GI nutrição = 83 GI combinado (exercício e nutrição) = 77</p> <p>O GC recebeu apenas visitas para avaliação e telefonemas de acompanhamento. O GI exercício físico, recebeu programa de exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, flexibilidade e resistência personalizado e progressivo de acordo com as capacidades de cada participante. O GI nutrição, recebeu plano alimentar, loções personalizadas e suplementos nutricionais. O GI combinado, recebeu as mesmas intervenções do grupo de exercício e do grupo de nutrição.</p> <p>Os 3 grupos de intervenção receberam material educativo.</p> <p><b>Duração do estudo:</b> outubro de 2015 a janeiro de 2017</p>	<p><b>Avaliação:</b> <i>Geriatric Depression Scale (GDS); 12 Item Short Form Health Survey mental component summary (SF-12 MCS); Handgrips strength (Kg); 10-m walk test (seconds); Back Scratch Test (cm); Chair Sit and Reach Test (cm) e Standing heel-rise Test (number)</i></p> <p><b>Resultados:</b> Os GI de exercício físico, nutrição e combinado, apresentaram uma pontuação estatisticamente significativa na melhoria da fragilidade, na força de apreensão manual, na velocidade de marcha, na flexibilidade e na força dos membros inferiores, após 6 meses de acompanhamento. Todos os GI's, apresentaram melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, componente mental, com destaque para o GI nutrição.</p> <p><b>Conclusão:</b> O exercício individualizado e as intervenções nutricionais em domicílio, diminuem a fragilidade nos idosos, melhoram o desempenho físico, contribuem para adoção de melhores hábitos alimentares e de prática de exercício físico regular. A intervenção nutricional mostrou-se útil para melhoria da saúde mental em idosos frágeis.</p>	Estudo Randomizado Controlado 1.d

Dos resultados obtidos, extraímos 20 intervenções promotoras de AC, que foram agrupadas, com base no Modelo de AC de Fonseca (2013), em 13 intervenções dirigidas para a capacidade funcional e AC, sendo 7 direcionadas para a capacidade de conhecimento. Para facilitar a análise dos resultados, apresentamos as intervenções direcionadas para a Capacidade Funcional e AC, em conjunto, devido à sua sobreposição e, uma vez que, o desempenho do AC depende da Capacidade Funcional. Na Tabela 2, infra apresentamos as intervenções promotoras de AC implementadas pelos estudos incluídos nesta RSL com metanálise.

**Tabela 2** – Síntese das Intervenções promotoras de AC (autoria própria)

<b>Intervenções promotoras de AC</b>		
	<b>Intervenção</b>	<b>Autores</b>
Capacidade funcional e Autocuidado	Exercícios de treino de força e resistência muscular	Bjerk et al., 2019; Deng et al., 2020; Hsieh et al., 2019; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz & Kaşikçi, 2020
	Exercícios de treino de equilíbrio e flexibilidade	
	Exercícios de treino de mobilidade	
	Treino de marcha	Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Trapuzzano et al., 2020
	Exercícios de reeducação funcional e treino do AC/AVD	Bjerk et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz & Kaşikçi, 2020
	Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa	Yildiz & Kaşikçi, 2020
	Estratégias cognitivas de comunicação	Bjerk et al., 2019; Trapuzzano et al., 2020
	Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa	
	Consciencialização e automatismos do movimento associados ao ritmo	
	Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade do movimento e postura corporal	
	Exercícios de treino de força de apreensão manual	Hsieh et al., 2019
	Manutenção do peso adequado	
	Apropriada ingestão calórica e proteica	
	Capacidade de conhecimento	Disponibilização de material educativo
Disponibilização de documento de planeamento e registo das sessões		
Ensino sobre atividade física		Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz & Kaşikçi, 2020
Ensino sobre a importância de uma nutrição adequada		Hsieh et al., 2019; Soukkio et al., 2021; Yildiz & Kaşikçi, 2020
Ensino sobre obstipação		Yildiz & Kaşikçi, 2020
Ensino sobre ingestão hídrica adequada		
Ensino sobre prevenção da obstipação		
Ensino sobre importância da socialização		
Ensino sobre segurança no exercício		Bjerk et al., 2019
Ensino sobre prevenção de quedas		Bjerk et al., 2019; Trapuzzano et al., 2020
Ensino sobre gestão do regime terapêutico		Deng et al., 2020; Yildiz & Kaşikçi, 2020
Ensino sobre a autogestão da doença		

Na Tabela 3, infra, descrevemos os ganhos sensíveis aos CEER, obtidos pelos resultados dos estudos analisados, com base no Modelo de AC de Fonseca (2013), mantendo o mesmo princípio de análise, semelhante ao da extração das intervenções na tabela anterior.

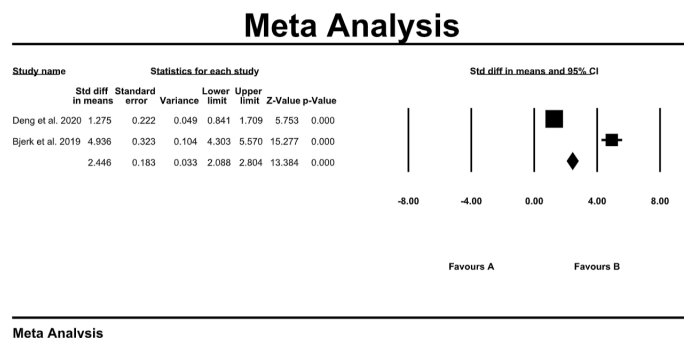
**Tabela 3** – Síntese dos Ganhos Sensíveis aos CEER (autoria própria)

<b>Ganhos Sensíveis aos CEER</b>		
	<b>Intervenção</b>	<b>Autores</b>
Capacidade funcional e Autocuidado	Melhoria na independência funcional	Soukkio et al., 2021
	Melhoria na mobilidade funcional	Trapuzzano et al., 2020
	Melhoria no desempenho físico e força de apreensão manual	Hsieh et al., 2019
	Aumento da flexibilidade dos membros inferiores	
	Diminuição do nível de dependência	
	Melhoria no equilíbrio	Bjerk et al., 2019; Trapuzzano et al., 2020
	Aumento da força dos membros inferiores	
	Redução do risco de quedas	
	Melhoria no desempenho de AC	Yildiz & Kaşikçi, 2020
Aumento da velocidade de marcha	Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019	
Capacidade de conhecimento	Redução do nível de fragilidade do idoso	Hsieh et al., 2019
	Diminuição do índice de sobrecarga do cuidador	
	Promoção de melhores hábitos alimentares	
	Não acrescenta custos aos serviços de saúde ou sociais	
	Melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde	Bjerk et al., 2019; Deng et al., 2020; Hsieh et al., 2019; Yildiz & Kaşikçi, 2020
	Adoção de hábitos de prática de exercício físico regular	Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019

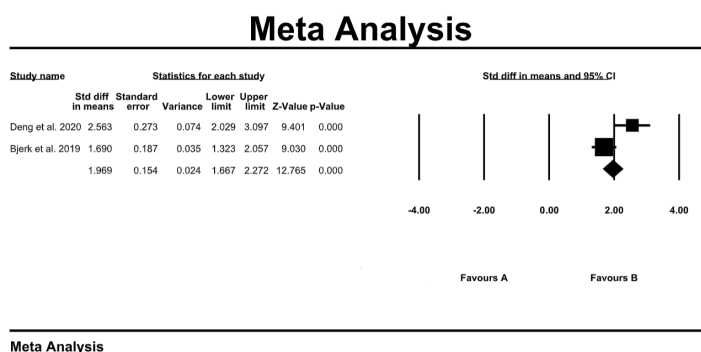
O estudo de Soukkio et al. (2021) revelou não existir efeito entre a implementação do PR no número de dias vividos em casa e não teve influência na mortalidade. Relativamente aos custos de saúde e sociais, teve um efeito neutro.

Relativamente à variável qualidade de vida relacionada com a saúde, podemos verificar que 5 dos estudos incluídos nesta RSL com metanálise, referem melhoria, contudo apenas 2 estudos, os desenvolvidos por Bjerk et al. (2019) e Deng et al. (2020), avaliaram a variável qualidade de vida relacionada com a saúde, através da escala *Short-Form Health Survey 36* (SF-36), que se encontra dividida em dois grupos: componente física e componente mental, o que nos permitiu realizar a metanálise apresentada, infra, pelas Figuras 2 e 3, sendo que, a Figura 2, refere-se à componente física e a Figura 3, à componente mental.

**Figura 2.** Gráfico metanálise – Qualidade de vida relacionada com a saúde *Short-Form Health Survey36: Physical Components Summary*



**Figura 3.** Gráfico metanálise – Qualidade de vida relacionada com a saúde *Short-Form Health Survey 36: Mental Components Summary*



## Discussão

Nos estudos selecionados para esta RSL com metanálise, os PR eram estruturados, supervisionados, progressivos e personalizados de acordo com a capacidade e evolução da pessoa, a sua realidade, envolvendo os cuidadores. Estas características dos PR, são corroboradas pela revisão sistemática da literatura com metanálise desenvolvida por Lacroix et al. (2017), onde concluem que, a prática de exercício físico, em pessoas idosas, no domicílio, através de um programa estruturado, orientado e supervisionado representa uma estratégia positiva na manutenção da funcionalidade e na sua independência. Num estudo transversal, semiestruturado, desenvolvido por Krishnan et al. (2017), revelam que o envolvimento da pessoa e dos cuidadores no programa de reabilitação, facilita a perceção concreta das suas preferências e capacidades, permitindo a sua personalização promovendo cuidados centrados na pessoa. Por sua vez, Orem (2001) reforça a

importância da motivação da pessoa envolvendo o cuidador, tornando-os participativos no seu PR.

Na análise dos resultados, identificamos as intervenções realizadas nos PR, promotoras de AC e agrupamo-las nas áreas da *Capacidade Funcional e AC* e na *Capacidade de Conhecimento* de acordo com os pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013). Dentro das áreas da *Capacidade Funcional e Autocuidado* identificamos 13 intervenções de reabilitação direcionadas para as funções motora, cardiorrespiratória, neurológica e cognitiva, nutricional e social, que vão ao encontro ao defendido por Pereira (2017), que refere que o EEER, implementa intervenções aos níveis das funções respiratória, cardíaca, neurológica e ortopédica.

Na área da *capacidade de conhecimento*, identificamos 11 intervenções, direcionadas para a promoção de ensino, educação e literacia em saúde. Estas intervenções previstas no Sistema de Apoio-Educação, dentro da Teoria do AC de Orem (2001), promovem o empoderamento da pessoa, contribuindo para a sua autonomia, sendo que, a intervenção de enfermagem, ocorre no sentido de apoio, instrução ou orientação, tornando a pessoa capaz de realizar as melhores escolhas em saúde. Similarmente, Faria et al. (2021), desenvolveram uma revisão integrativa, com o objetivo de caracterizar um programa de envelhecimento saudável na comunidade, em que concluem, que este deve ser constituído por duas componentes: componente educacional e a componente física. A componente educacional relaciona-se com estratégias de ensino, literacia e educação para a saúde, promotoras de adoção de hábitos alimentares e de vida saudáveis. Já a componente física, está relacionada com o exercício físico e treino cognitivo. Dento do exercício físico, as autoras identificaram intervenções relacionadas com implementação de exercícios de força, resistência, equilíbrio, flexibilidade e fortalecimento muscular.

Nos resultados obtidos pelos estudos, observamos uma associação positiva entre a implementação do PR estruturado e as variáveis que identificam ganhos em saúde. Assim, dentro da área da *Capacidade Funcional e AC*, todos os estudos demonstraram resultados positivos na melhoria do desempenho físico, da capacidade funcional, na promoção da independência, mobilidade, equilíbrio, força, flexibilidade e redução do risco de quedas. Estes resultados são sustentados por Faria et al. (2021), que no seu estudo, concluíram que, um programa de envelhecimento ativo e saudável na comunidade, apresenta

resultados positivos na capacidade funcional, na diminuição da fragilidade do idoso e na qualidade da vida. No seguimento da revisão integrativa, as mesmas autoras, apresentam um projeto piloto, com o objetivo de promover a saúde e bem-estar na população idosa, maximizar a sua autonomia, promovendo um envelhecimento ativo, na comunidade, indo ao encontro das suas necessidades reais. O projeto piloto baseado em quatro pilares: exercício físico; estimulação cognitiva, alimentação e gestão do regime terapêutico, mostrou associação positiva na capacidade funcional, equilíbrio estático e dinâmico, força muscular, e redução de episódios de tristeza, tendo contribuído de forma positiva na gestão do stress e na adoção de hábitos de vida saudáveis. Similarmente, Lacroix et al. (2017) referem que a prática de exercício físico, através de um programa estruturado, orientado e supervisionado, apresenta melhoria no equilíbrio e na força muscular.

Relativamente à área da *Capacidade de Conhecimento*, os ganhos em saúde extraídos dos resultados dos estudos incluídos nesta RSL com metanálise, refletem uma relação significativamente positiva entre o efeito das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis, na autogestão da doença e na diminuição do nível de fragilidade dos idosos. Estes dados são corroborados por Faria et al. (2021), sendo que, na revisão integrativa observam uma associação positiva na diminuição da fragilidade dos idosos, e, no estudo piloto, na adoção de hábitos de vida saudáveis. Relativamente à variável da qualidade de vida, vários autores associam a QV relacionada com a saúde à capacidade funcional, à independência e à autonomia (Reis & Bule, 2017; WHO, 2020), assim como observado no estudo desenvolvido por Faria et al. (2021). Embora os estudos, de uma forma geral, apresentem, resultados positivos entre a implementação do PR estruturado a uma melhor perceção de QV, apenas os estudos de Bjerk et al. (2019) e Deng et al. (2020), avaliaram esta variável através da escala SF-36, que permitiu a realização de metanálise, apresentadas anteriormente, pelas Figuras 2 e 3. Ambos estudos revelam melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida relacionada com a saúde na componente física e na a componente mental, pois os resultados apresentam-se à direita da linha de efeito nulo ou linha vertical zero. Contudo, esta melhoria é mais evidente no estudo desenvolvido por Bjerk et al. (2019) na componente física, contrariamente, no estudo de Deng et al. (2020), esta melhoria é mais evidente na componente mental. Ao analisarmos os dois gráficos, permite-nos concluir que um PR estruturado, supervisionado, personalizado, em domicílio, tem um efeito estatisticamente significativo

na melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, em ambas as componentes, física e mental, pois a combinação dos resultados obtidos nos dois estudos, permanece à direita da linha de efeito nulo ou linha vertical zero. Já no estudo de Hsieh et al. (2019), verifica-se resultados estatisticamente positivos na qualidade de vida na componente mental da para o GI nutricional, não se tendo verificado o mesmo, no GI combinado ou de exercício físico, sendo que, neste estudo a componente física da qualidade de vida, não foi avaliada. Num estudo realizado por Xie et al. (2021) com o objetivo de explorar o efeito da intervenção precoce da ER, a pessoas no período de convalescença após AVC, observam resultados positivos entre a intervenções de ER e a qualidade de vida, em todas dimensões: na componente física, mental, social e material.

Deng et al. (2020), verificaram, no seu estudo, uma diminuição da sobrecarga do cuidador evidente às oito semanas de intervenção, mas sem resultado na avaliação às quatro semanas, sendo que, aqui podemos verificar a importância do tempo na aquisição de competência e no desenvolvimento de estratégias eficazes, assim como, a importância de se estabelecer uma relação terapêutica, segura e de confiança entre o enfermeiro-pessoa e família/ cuidador, potenciando a adesão ao PR, promovendo a sua capacitação, contribuindo para a alteração de hábitos e mudança de comportamento (Lopes, 2006; Ventura et al., 2021).

No estudo de Hsieh et al. (2019), não encontraram diferença nos custos com serviços de saúde e sociais, entre os grupos, nos 24 meses de duração do estudo. Este, é um fator a considerar na implementação de políticas de saúde, como estratégia para melhorar a capacidade funcional e bem-estar da população idosa, como promovido pela WHO (2021a), uma vez que, os PR em domicílio, apresentam ganhos em saúde sem sobrecarregarem os sistemas de saúde e a sociedade.

## **Conclusão**

A presente RSL com metanálise foi elaborada com base na metodologia científica através de uma pesquisa estruturada, que consideramos importante para identificação de intervenções promotoras do AC, que se traduzem em ganhos sensíveis aos CEER, a nível da Capacidade Funcional, AC e Capacidade de Conhecimento.

Os PR devem ser estruturados, personalizados, supervisionados e adaptados às reais necessidades da pessoa e da família/ cuidador.

Destacamos, como ganhos sensíveis aos CEER, melhorias a nível da funcionalidade, no desempenho do AC, da autonomia e uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida relacionada com a saúde nas componentes física e mental das pessoas idosas. Observamos, igualmente, que o PR estruturado, em contexto comunitário, não exacerba os custos de saúde e sociais, podendo ser considerado como estratégia promotora do envelhecimento saudável.

Com a elaboração desta RSL com metanálise, consideramos que atingimos os objetivos propostos e demos resposta à questão de investigação inicialmente colocada.

Contudo, importa referir que existe uma elevada heterogeneidade relativamente às escalas utilizadas, ao número de participantes, à duração do período de intervenção, à população em estudo, sendo que, pelo n.º reduzido de estudos incluídos nesta RSL com metanálise, consideramos que estes resultados devem ser analisados com alguma reserva.

## 4. METODOLOGIA

Neste capítulo, na sequência do acima descrito, iremos apresentar a metodologia do projeto de intervenção de ER implementado nos contextos de Estágio.

A elaboração deste projeto tem como base de suporte a Teoria do Défice de AC de Orem (2001), a Teoria de Médio-Alcance de Lopes (2006), o Modelo de AC de Fonseca (2013) e a metodologia qualitativa de estudo de caso, pelo método de estudos de casos múltiplos de Yin (2018).

A Teoria de Média-Alcance de Lopes (2006), como referimos anteriormente, define e caracteriza a relação terapêutica entre enfermeiro-pessoa. Esta relação torna-se essencial para a adesão ao plano de intervenção de ER, pois é uma relação estabelecida com base na confiança e segurança, envolvendo a pessoa família/cuidador no processo de reabilitação, através de dois processos: a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica de enfermagem, de modo a serem atingidos os objetivos traçados em conjunto com a pessoa, família/ cuidador, numa perspetiva de se obterem ganhos em saúde.

O Modelo de AC de Fonseca, que compreende três pilares fundamentais: a *Capacidade Funcional*; o *AC* e a *Capacidade de Conhecimento*, como indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem; permite: identificar e priorizar as necessidades de cuidados de enfermagem, nas pessoas com 65 e mais anos de idade e promover a adoção de comportamentos de AC, com vista à obtenção de ganhos sensíveis aos CEER, (Fonseca, 2013).

Para Fortin (2009), o estudo de caso permite melhorar o conhecimento sobre um indivíduo ou grupo, permitindo a formulação de hipóteses e/ou estudar as alterações que podem ocorrer, no indivíduo ou grupo, ao longo do tempo. Segundo Yin (2018), a metodologia de estudo de caso apresenta credibilidade científica, na medida em que, permite isolar as alterações ocorridas, através de múltiplas observações e de uma análise profunda, num contexto real e através de uma perspetiva holística.

Assim, a metodologia de estudos de caso múltiplos Yin (2018), permite-nos obter um maior número de resultados, através de uma seleção criteriosa dos casos, com objetivo de se obterem resultados passíveis de serem comparáveis, obtendo um maior número de conclusões e aumentando o rigor dos resultados obtidos.

Desta forma, optou-se por uma abordagem qualitativa, dando-se maior enfoque à análise do conteúdo dos dados colhidos, com base nas experiências vividas pelas pessoas (Fortin, 2009).

Os estudos de caso incluídos neste Relatório foram selecionados nos Estágios de ER e Final, que contabilizam um total de 8 estudos de caso, sendo 3 referentes ao primeiro Estágio e 5 ao segundo, numa perspetiva transversal e holística dos CEER, na implementação de um plano de intervenção de ER, estruturado, para pessoas idosas.

Definimos como pergunta de investigação para este projeto: «Quais os ganhos sensíveis aos CEER, obtidos através da implementação de um plano de intervenção de ER estruturado, na pessoa com 65 e mais anos de idade, na comunidade?».

Face ao acima descrito, a organização dos CEER e as intervenções de EEER, encontram-se fundamentadas pelas Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019), pelos Padrões de Qualidade dos CEER (MCEER, 2018), pelo Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (MCEER, 2015b) e pelo Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de ER ([PQCER], MCEER, 2015a).

#### **4.1 População Alvo**

Para Coutinho (2023), a população alvo é o conjunto de pessoas ou elementos que partilham uma característica comum, a quem se pretende generalizar os resultados, sendo a amostragem o processo de seleção dos participantes em estudo.

Assim, foram considerados os casos mais interessantes para a aquisição das Competências de EEER e que se adequaram à problemática em estudo, através de uma amostragem não probabilística e acidental, constituída por uma seleção voluntária, permitindo assim, a obtenção de participantes suficientes para a elaboração do presente projeto (Coutinho, 2023).

Como critérios de inclusão, definimos: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade; inseridas nas unidades de saúde onde se realizaram os Estágios, com alterações da funcionalidade e do AC, com necessidade de CEER do foro ortotraumatológico,

cardiorrespiratório ou neurológico de acordo com a orientação dos enfermeiros supervisores nos locais de estágio.

A identificação dos participantes, foi efetuado por um conjunto de letras e números para assegurar o seu anonimato e confidencialidade. Independentemente do género, todos os participantes, familiares e/ou cuidadores, serão referenciados no masculino.

Como acima referido, foram selecionados 3 participantes no Estágio de ER, realizado no Serviço de Ortopedia, identificados com os Códigos: **O1**; **O2** e **O3**. Estes três participantes, apresentavam alterações da funcionalidade e limitação do desempenho no AC, devido a fratura traumática do fémur, tendo sido submetidos a cirurgia eletiva, apresentando compromisso da função musculoesquelética.

No Estágio Final, que decorreu numa UCC, foram selecionados 5 participantes, identificados com os Códigos **R1**; **R2**; **N1**; **N2** e **M1**, apresentando igualmente, alterações da funcionalidade e do AC, encontrando-se no domicílio, admitidos em ECCI, com necessidades de CEER, sendo que: os participantes representados pela letra R, apresentam compromisso da função cardiorrespiratória; os representados pela letra N, da função neurológica e cognitiva; e o participante representado pela letra M, da função motora.

Face ao exposto, podemos afirmar que, todos os participantes apresentavam alterações da funcionalidade e limitação no AC, devido a doença do foro ortopédico, cardiorrespiratório ou neurológico. Nos participantes selecionados no Estágio de ER, o plano de intervenção de ER, desenvolveu-se em contexto hospitalar, intervindo precocemente no pré e no pós-operatório, assegurando a continuidade de cuidados na alta clínica. Nos participantes selecionados no Estágio Final, o plano de intervenção de ER, foi realizado em contexto comunitário, no seu domicílio.

## **4.2 Considerações Éticas**

O enfermeiro é considerado um agente de cuidados e humanizador, estabelecendo uma relação terapêutica com quem cuida, sendo nesse cuidado que emerge a necessidade de uma atitude ética e responsável (Vasconcelos, 2021).

Quando se trata de investigação científica e da sua importância para o desenvolvimento do conhecimento, quer da comunidade científica, quer da sociedade, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências de Vida ([CNECV], 2018) reforça a importância da utilização de uma metodologia alicerçada na ciência e na ética, tendo em conta os padrões e princípios éticos como a confiabilidade, a honestidade, o respeito e a responsabilidade.

De acordo com o REPE<sup>10</sup> (2015), o enfermeiro deve ser um agente na “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (n.º1, artigo 99º, p. 8102), atuar com “respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (alínea b), n.º 3, artigo 99º, p. 8102) e pela “excelência do exercício” da profissão” (artigo 109º, p. 8103); respeitando, defendendo e promovendo “o direito da pessoa ao consentimento informado” (alínea b) do artigo 105º, p. 8103) garantindo “o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (alínea d) do artigo 106º, p. 8103), respeitando a sua intimidade, de forma a proteger a sua privacidade, assegurando especial proteção “da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (alínea c), do artigo 102º, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, 2015, p. 8102).

Atendendo ao acima descrito, todos os participantes consentiram livremente a sua participação no projeto. Foram esclarecidos, com linguagem clara e precisa, sobre as fases do projeto e as implicações para si e para a sua família. Foi, igualmente, solicitado a cada participante, a autorização para envolver a família/ cuidador no plano de intervenção de ER, garantindo o princípio do respeito pela privacidade, autonomia e pela liberdade de escolha, na medida, em que o consentimento previamente concedido, poderia ser revogado a qualquer momento, sem que essa decisão, acarretasse qualquer tipo de implicações ou consequências para o próprio, família/ cuidador.

Assim sendo, durante a realização do projeto, foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes, através de códigos alfanuméricos para a sua identificação, sendo do conhecimento exclusivo do investigador, sendo que, todos os participantes,

---

<sup>10</sup> Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei.º 104/98, de 21 de abril, republicado em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

familiares/ cuidadores serão referenciados no masculino (Deodato, 2017; Vasconcelos, 2021).

### 4.3 Instrumento de Apreciação Diagnóstica

A escolha dos instrumentos de avaliação, é um procedimento importante no processo de investigação, minimizado o risco de viés na recolha dos dados e dos resultados obtidos. Desta forma, o instrumento de avaliação selecionado para avaliar determinada função ou variável, deve reunir um conjunto de características psicométricas como a reprodutividade, a responsividade, a validade e a sensibilidade, para além da sua aplicabilidade em contexto clínico (Sousa et al., 2017).

A utilização de instrumentos de avaliação universais, permite, não só, a documentação e a continuidade dos CEER, como também, o desenvolvimento de boas práticas no âmbito de projetos investigação passíveis de serem replicados (MCEER, 2016).

Uma vez que a população em estudo, é a população idosa, consideramos a utilização do instrumento Elderly Nursing Core Set (ENCS), de Lopes & Fonseca (2013), desenvolvido para a monitorizar a funcionalidade das pessoas idosas, identificar as necessidades de intervenção de enfermagem e avaliar os resultados da implementação do plano de intervenção de ER (Fonseca, 2013).

Este instrumento cumpre os requisitos psicométricos, como a confiabilidade, a consistência e validade interna, com um *alfa de Cronbach* de 0,96, traduzindo-se numa elevada fiabilidade para os itens considerados, mostrando-se uma ferramenta útil na avaliação da funcionalidade e na identificação das necessidades de CEER das pessoas com 65 e mais anos de idade (Fonseca et al., 2019).

O ENCS é constituído por duas partes, sendo que: na primeira parte, é feita uma colheita de dados sociodemográficos da pessoa como a idade, o género, as habilitações literárias, o estado civil e o diagnóstico médico; na segunda parte, constituída por 25 questões com base na CIF, avalia 4 domínios: AC; Aprendizagem e Funções Mentais, a Comunicação e o Relacionamento Social.

No total este instrumento, integra 29 códigos sendo que a resposta se realiza através de escala tipo Likert com 5 pontos: Sendo: (1) Não há problema: 0-4%; (2) Problema

ligeiro: 5-24%; (3) Problema moderado: 25-49%; (4) Problema grave: 50-95%; (5) Problema completo: 96-100%. Quanto menor a pontuação, melhor será o perfil funcional da pessoa, em apreço (Fonseca, et al., 2021).

No *Domínio do AC*, o ENCS avalia a capacidade em: beber e comer, vestir-se, lavar-se, cuidar de partes do corpo, andar, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, realizar a rotina diária, mudar a posição básica do corpo, manter a posição do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço. Já no *Domínio das Aprendizagem e Funções Mentais*, dá enfoque às funções de orientação, emocionais, de atenção, de consciência, de memória e cognitivas de nível superior. Relativamente ao *Domínio da Comunicação*, relaciona-se com a capacidade para conversar, falar, comunicar, receber mensagens orais/ escritas e estabelecer/ manter relações familiares. Por fim, no *Domínio das Relação Sociais*, estabelece o tipo de relação existente com os prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos (Lopes & Fonseca, 2013).

Assim, associando a Teoria de Médio-Alcance de Lopes (2006) e a utilização do ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) na *fase de avaliação diagnóstica* recolhemos a informação relativamente à pessoa, avaliando o seu perfil funcional, que nos dará um défice de AC, podendo ser um défice terapêutico ligeiro, moderado, grave ou completo, que nos permitirá definir e hierarquizar as prioridades de acordo com o nível de défice encontrado. Posteriormente, passamos à *fase de intervenção de enfermagem*, concebendo e implementando um plano de intervenção de ER, de acordo com os diagnósticos efetuados. Posteriormente, após a implementação das intervenções, reavalia-se, permitindo, por um lado, reajustar o plano de intervenção de ER, por outro, identificar os ganhos sensíveis aos CEER, tendo em conta a qualidade e segurança dos cuidados prestados (MCEER, 2015b).

#### **4.4 Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**

Com o envelhecimento da população e a prevalência de doenças crónicas causadoras de perda da capacidade funcional e limitação no AC, a ER é considerada como um serviço de saúde essencial para as pessoas, quer durante a fase de agudização, como, nos cuidados

de longa duração, pois enquanto especialidade multidisciplinar, constituída por um conjunto de procedimentos e conhecimentos específicos, com vista à promoção da independência, à maximização da funcionalidade, preservando a autoestima e o bem estar das pessoas (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de setembro, 2019); minimiza o impacto de uma doença ou incapacidade, promovendo a melhoria da funcionalidade, a independência no AC e qualidade de vida (WHO, 2020), através da conceção, implementação e monitorização dos planos de intervenção de ER. O EEER, pelas suas competências reconhecidas, possui um nível de conhecimento elevado, capacitando-o para intervir na maximização do potencial da pessoa, na promoção de saúde, na prevenção de complicações, no tratamento e na sua reabilitação, readaptação e reinserção na sociedade (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

Com base na RSL com metanálise, desenvolvida neste Relatório, o plano de intervenção ER deve ser estruturado, supervisionado, personalizado e adaptado às necessidades da pessoa, família/cuidador. Deste modo, de acordo com a Teoria do Défice de AC de Orem (2001), a Teoria de Médio-Alcance de Lopes (2006), o Modelo de AC de Fonseca (2013), as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista e Mestre em ER, os Padrões de Qualidade dos CEER, o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (MCEER, 2015b) e os indicadores de resultado (MCEER, 2015a), iremos, neste subcapítulo, apresentar um plano de intervenção de ER, em contexto hospitalar e outro, em contexto comunitário, referentes aos Estágios em ER e Final, respetivamente.

Os planos de intervenção de ER, foram elaborados em linguagem CIPE® (2018), onde se encontram identificados os focos de intervenção que, pelo compromisso apresentado na *avaliação diagnóstica* através da aplicação do ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), deram origem aos diagnósticos de ER que foram agrupados de acordo com os pilares do Modelo da AC de Fonseca (2013), na *Capacidade Funcional, AC e Capacidade de Conhecimento*. As intervenções que o constituem são dirigidas para as funções musculoesquelética, cardiorrespiratória, neurológica e cognitiva. Apresentamos, no plano, os resultados esperados, igualmente, em linguagem CIPE® (2018) e incluímos os indicadores de resultado (MCEER, 2015a).

A utilização da Linguagem CIPE® (2018), prende-se com o facto do sistema informático existente, para a realização dos registos de enfermagem, quer no Estágio em

ER, quer no Estágio Final, ser o SClínico, onde o processo de enfermagem é parametrizado com base na linguagem CIPE®.

A utilização dos sistemas informáticos padronizados, permite documentar os cuidados prestados pelos EEER, dando visibilidade ao seu contributo nos ganhos em saúde, monitorizando de forma sistemática, a qualidade dos CEER e promovendo a sua melhoria contínua (MCEER, 2015b).

Os diagnósticos de enfermagem, de acordo com a CIPE® (2018), estão relacionados com: o compromisso na execução da ação; potencial para melhorar a capacidade para: usar dispositivo auxiliar e/ ou executar técnica de adaptação; potencial para melhorar o conhecimento sobre, quer da pessoa como do prestador de cuidados, uma vez que o alvo dos CEER é a pessoa e a família /cuidador (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de setembro, 2019).

As intervenções de enfermagem implementadas pelo EEER, relacionadas com as *necessidades de conhecimento*, passam por avaliar; ensinar e providenciar; as intervenções relacionadas com a *capacitação*, prendem-se com avaliar, instruir, treinar e executar (MCEER, 2015b). Assim, as intervenções implementadas para um *défice terapêutico ligeiro do AC*, são no âmbito das necessidades de conhecimento, com base no ensinar e providenciar; para um *défice terapêutico moderado*, encontram-se relacionadas com a *capacitação*, com base no instruir; para um *défice terapêutico elevado*, são com base no instruir e treinar; e, para um *défice terapêutico completo*, são com base no executar.

### **Estágio em Enfermagem de Reabilitação – Serviço de Ortopedia**

Neste estágio, todos os participantes selecionados, foram internados no serviço a aguardar cirurgia ortopédica, o que permitiu a implementação de CEER, no pré e no pós-operatório.

Segundo Lourenço et al. (2021), as patologias do foro orto traumatológico provocam situações geradoras de incapacidade de dependência na realização do AC, assim as intervenções do EEER têm como objetivos gerais: a prevenção de complicações a promoção do AC, do bem-estar e a readaptação funcional. Assim, no pré-operatório as intervenções de ER têm como objetivo: promover a relação terapêutica enfermeiro/

pessoa; *minimizar a ansiedade* de pessoa sobre o seu processo de recuperação e reabilitação através do esclarecimento de dúvidas, permitindo o seu envolvimento e adesão ao plano de reabilitação delineado; *avaliar o potencial de reabilitação*, o potencial para aquisição do conhecimento e capacidades; *minimizar as complicações* associadas à imobilidade; *promover o envolvimento o prestador de cuidados*, antecipando a sua necessidade de conhecimento e capacitação; e *promover a continuidade de cuidados de reabilitação* após a alta (Lourenço et al., 2021; Sousa & Carvalho, 2017). Já no pós-operatório, os objetivos são: *promover* o controlo da dor, do edema, da inflamação, infeção dos tecidos; *promover* o fortalecimento muscular e a amplitude de movimento articular; *promover* a capacitação para o AC; *promover* a consciencialização da pessoa das limitações/ restrições funcionais impostas pelo tratamento cirúrgico; e, *prevenir* as complicações cirúrgicas (Lourenço, et al, 2021; Sousa & Carvalho, 2017).

Desta forma, a reeducação funcional da pessoa com fratura do fémur, no período pré e pós-operatório, inclui: a reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora e num dos casos selecionados a reeducação funcional cognitiva (Lourenço, et al, 2021; Sousa & Carvalho, 2017).

Neste seguimento, consideramos os focos de enfermagem, em linguagem CIPE®: Andar com Auxiliar de Marcha; Autocuidado: arranjar-se; Autocuidado: higiene; Autocuidado: ir ao sanitário; Autocuidado: vestuário: Equilíbrio Corporal; Intolerância à Atividade; Movimento Muscular; Posicionar-se; Pôr-se de pé; Transferir-se e Ventilação (MCEER, 2015b).

A Tabela 5, infra, apresenta de forma esquemática e global, os focos e respetivos diagnósticos, as intervenções implementadas e os resultados esperados (MCEER, 2015b), de acordo com as fases pré e pós-operatória e em paralelismo com os indicadores de resultado dos CEER (MCEER, 2015a) e os pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013): *Capacidade Funcional, AC e Capacidade de Conhecimento*. Salvaguardamos, que o plano foi individualizado e ajustado a cada pessoa, de acordo com as suas necessidades e os objetivos a alcançar, traçados em conjunto.

**Tabela 4** – Plano de Intervenção de ER – com alteração da funcionalidade e limitação no AC, com alteração da função osteoarticular, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER, 2015b), no Core de Indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade do Cuidados de ER (MCEER, 2015a) na CIPE® (2018); e Modelo de AC de Fonseca (2013) (autoria própria).

<b>Foco (MCEER, 2015b)</b>	<b>Fase</b>	<b>Diagnóstico (MCEER, 2015b)</b>	<b>Intervenções (MCEER, 2015b)</b>	<b>Resultados esperados (MCEER, 2015b)</b>
<b>Andar com auxiliar de marcha</b>	Pré-operatório	<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b>		
		Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (MEER, 2015a)		
	<i>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento do prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Ensinar</b> o prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. eliminar tapetes do chão, cabos de fios e afastar mobiliário das zonas de passagens (Lourenço et al., 2021)</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha, melhorado	
	<i>Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar auxiliar de marcha</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre andar com auxiliar de marcha;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. cuidados a ter com auxiliar de marcha com: ajuste da altura, verificar estado de conservação das borrachas antiderrapantes (Lourenço et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, melhorado	
	<i>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Ensinar</b> o prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. auxiliar e orientar a pessoa, nos cuidados a ter com auxiliar de marcha com: ajuste da altura, verificar estado de conservação das borrachas antiderrapantes (Lourenço et al., 2021)</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento do prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha, melhorado	
	<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>			

		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade para andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre andar com auxiliar de marcha: andarilho e canadianas – pequenas e médias distâncias, subir e descer escadas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. com andarilho, em plano: técnica de três pontos: 1. mover andarilho, 2. membro operado, 3. Membro não operado (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. canadianas, subir e descer escadas: para subir – subir o membro não operado, subir o membro operado e subir as canadianas; para descer – descer as canadianas; descer o membro operado e descer o membro não operado (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Treinar a marcha (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Trapuzano et al., 2020);</li> <li>. Consciencialização e automatismos do movimento associados ao ritmo (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez (andar; subir e descer escadas; contornar obstáculos) (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> a andar com auxiliar de marcha: andarilho e canadianas – pequenas e médias distâncias, subir e descer escadas.</li> </ul>	<p>Capacidade para andar com auxiliar de marcha, melhorada</p>
		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade do prestador de cuidados para assistir a andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Instruir</b> o prestador de cuidados a assistir a andar com auxiliar de marcha;             <ul style="list-style-type: none"> <li>. auxiliar e orientar a pessoa a cumprir a sequencia: <u>1º - técnica de três pontos, andar com andarilho em plano</u>: 1. mover andarilho, 2. membro operado, 3. Membro não operado; <u>2º - subir e descer escadas, com canadianas</u>: para subir – subir o membro não operado, subir o membro operado e subir as canadianas; para descer – descer as canadianas; descer o membro operado e descer o membro não operado (Lourenço, et al, 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> o prestador de cuidados a assistir a andar com auxiliar de marcha.</li> </ul>	<p>Capacidade do prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha, melhorada</p>

<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b>			
<p><b>Autocuidado: arranjar-se</b></p> <p><b>Autocuidado: higiene</b></p> <p><b>Autocuidado: ir ao sanitário</b></p> <p><b>Autocuidado: vestuário</b></p>	<p>Pré-operatório</p>	<p>Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>higiene; ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)</p>	
		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento do <u>prestador de cuidados</u> sobre adaptação do domicílio para os AC: <b>arranjar-se; higiene e ir ao sanitário</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento do prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para os AC: arranjar-se; higiene/ ir ao sanitário/ vestuário</li> <li>. <b>Ensinar</b> o prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o AC:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>arranjar-se:</b> necessidade temporária ou permanente de executar a tarefa na posição de sentado (Loureço et al., 2021).</li> <li>. <b>higiene:</b> utilização de dispositivos de segurança como barras metálicas onde a pessoa se possa segurar, colocação de tapete antiderrapante, verificar necessidade de ajustar a altura do lavatório, a necessidade de tábua ou cadeira para banheira, ou cadeira higiénica para duche em poliban, tendo em conta a restrição de movimentos imposta pela cirurgia (Araújo et al., 2021; Lourenço et al., 2021);</li> <li>. <b>ir ao sanitário:</b> verificar a necessidade de adaptação ou aquisição de produtos de apoio como alteadores de sanitas, barras laterais, cadeira higiénica, tendo em conta a restrição de movimentos imposta pela cirurgia (Lourenço et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>

		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário; vestuário</b></i></p>	<p>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário;                  . <b>Ensinar</b> sobre dispositivo auxiliar para os AC:                  . <b>arranjar-se:</b> identificar os dispositivos auxiliares para o AC: arranjar-se e verificar com o utente qual o que mais se adequa à sua capacidade e necessidade (OE, 2009).                  . <b>higiene:</b> informar sobre os dispositivos existentes para AC: higiene e verificar com a pessoa o que melhor se adequa à situação, devido à imobilização no leito imposta pela tração cutânea (Vigia et al., 2017).                  . <b>ir ao sanitário:</b> informar sobre os dispositivos existente e verificar com a pessoa o que melhor se adequa à situação ou produtos absorventes, devido à imobilização no leito imposta pela tração cutânea (Araújo et al., 2021).                  . <b>vestuário:</b> verificar a necessidade de adaptação ou aquisição de produtos de apoio que facilitem a tarefa, roupas largas e elásticas, calçadores de meias, tendo em conta a restrição de movimentos imposta pela imobilização do membro fraturado (Lourenço et al., 2021);                  . <b>Providenciar</b> material educativo.</p>	<p>Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se, higiene; ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorado</p>
		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b></i></p>	<p>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: ir ao sanitário e vestuário;                  . <b>Ensinar</b> sobre técnica de adaptação para os AC:                  . <b>ir ao sanitário:</b> adaptar à realidade da pessoa, às suas necessidades e adequar técnica adaptativa à situação devido à imobilização no leito imposta pela tração cutânea (Araújo et al., 2021).                  . <b>vestuário:</b> iniciar o vestir pelo membro imobilizado e iniciar o despir pelo membro não lesado, tendo em conta a restrição de movimentos imposta pela imobilização do membro fraturado (Lourenço et al., 2021).                  . <b>Providenciar</b> material educativo.</p>	<p>Conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorado</p>
	Pós-operatório	<p><i>Potencial para melhorar conhecimento do <u>prestador de cuidados</u> sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>higiene; ir ao sanitário e vestuário</b></i></p>	<p>. <b>Avaliar</b> o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: higiene; ir ao sanitário e vestuário;                  . <b>Ensinar</b> o prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: higiene; ir ao sanitário; vestuário;                  . auxiliar e orientar a pessoa, a utilizar corretamente o dispositivo auxiliar para os AC: higiene, ir ao sanitário e vestuário, tendo em conta a restrição de movimentos imposta pela cirurgia (Vigia et al., 2017; Araújo et al., 2021);                  . <b>Providenciar</b> material educativo.</p>	<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>higiene; ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorado</p>

<b>Capacidade Funcional e Autocuidado (Fonseca, 2013)</b>	
	<p>Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)</p>
<p><i>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar nos AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário; vestuário</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade de para usar dispositivo auxiliar para os AC: arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre o uso de dispositivo auxiliar para os AC: <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>arranjar-se:</b> utilização de espumas para engrossar cabos; cabos longos, pinças, colocação do espelho a uma altura adequada (Vigia et al., 2017; Araújo et al., 2021).</li> <li>. <b>higiene:</b> utilização de cabos longos e de espelhos posicionados para autovigilância dos cuidados de higiene quer na lavagem como na secagem, (Lourenço et al., 2021; OE, 2009);</li> <li>. <b>ir ao sanitário:</b> utilização de alteador de sanita, para evitar a flexão da articulação coxofemoral acima dos 90° (Loureço et a., 2021);</li> <li>. <b>vestuário:</b> utilização de pinças de cabo ou pegas, utilizar vestuário largo e elástico para facilitar os movimentos, utilização de calcadeiras de cabo longo e evitar sapatos com atacadores, tendo em conta as restrições de movimento impostas pela cirurgia (Lourenço et al., 2021).</li> <li>. Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trappuzano et al., 2020; Bjerck et al., 2019), devido às restrições impostas pela cirurgia.</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez (lavar-se; secar-se) (Trappuzano et al., 2020; Bjerck et al., 2019);</li> <li>. Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa (Trappuzano et al., 2020; Bjerck et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> o uso dos dispositivos auxiliares para os autocuidados: arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário: <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios de reeducação funcional e treino de AC/ AVD, com dispositivos auxiliares para os AC: arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário (Bjerck et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukkio et al., 2021; Trapuzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020)</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Capacidade para usar dispositivo auxiliar no AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorada</p>

		<p><i>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação nos AC: <b>ir ao sanitário; vestuário</b></i></p>	<p>. <b>Avaliar</b> a capacidade para usar técnica de adaptação para os AC: ir ao sanitário e vestuário;</p> <p>. <b>Instruir</b> sobre o uso de técnica de adaptação para os AC:</p> <p>. <b>ir ao sanitário:</b> de costas para a sanita, fletir o joelho do membro não operado e deixar deslizar o membro operado para a frente, até se sentar (Lourenço et al. 2021);</p> <p>. <b>vestiário:</b> iniciar o vestir pelo membro operado e iniciar o despir pelo membro não operado, tendo em conta a restrição de movimentos imposta pela cirurgia (Lourenço et al., 2021).</p> <p>. <b>Treinar</b> o uso da técnica de adaptação para os AC: ir ao sanitário e vestuário:</p> <p>. exercícios de reeducação funcional e treino de AC/ AVD, com dispositivo auxiliar para AC: ir ao sanitário e vestuário (Bjerk et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020)</p>	<p>Capacidade para usar técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorada</p>
<b>Equilíbrio corporal</b>	Pós-operatório	<p><b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b></p> <p>Taxa de resolução equilíbrio corporal comprometido (MCEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal (MCEER, 2015a)</p>		

		<p>Equilíbrio corporal <i>comprometido</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Aplicar</b> dispositivo auxiliar (cinto de transferências)</li> <li>. <b>Avaliar</b> equilíbrio corporal: equilíbrio estático e dinâmico nas posições de sentado e em ortostatismo;</li> <li>. <b>Estimular</b> a manter o equilíbrio corporal: correção postural:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Correção postural da pessoa na posição de sentada e em pé, treinando com a pessoa, para que esta consiga ao longo do dia corrigir a sua postura sem ajuda ou com ajuda mínima, tendo em conta as restrições de movimento impostas pela cirurgia (Araújo et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Executar</b> técnica de treino de equilíbrio corporal: apoio unipodal no membro não operado; exercícios de coordenação de movimentos; contorno de obstáculos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. treino de equilíbrio e flexibilidade (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. exercícios de mobilidade (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. Treino de equilíbrio estático sentado com transferência de peso para os braços; treino de equilíbrio dinâmico sentado com carga no cotovelo ou com recurso a bola; treino proprioceptivo; treino de equilíbrio dinâmico em pé com contorno de obstáculos, mudança e rotação, tendo em conta as restrições de movimento impostas pela cirurgia (Araújo et al., 2021);</li> <li>. Consciencialização e automatismos do movimento associados ao ritmo (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. utilizar estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez: realizar pausas entre as tarefas (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Executar</b> técnica de treino de equilíbrio corporal: apoio unipodal; exercícios de coordenação de movimentos; contorno de obstáculos.</li> </ul>	<p>Equilíbrio corporal não comprometido</p>
--	--	--	---	---

		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade de usar técnica de equilíbrio corporal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de equilíbrio corporal: equilíbrio estático e dinâmico nas posições de sentada e em ortostatismo</li> <li>. <b>Treinar</b> sobre técnica de equilíbrio corporal: equilíbrio estático e dinâmico nas posições de sentada e em ortostatismo.</li> </ul>	<p>Capacidade de usar técnica de equilíbrio corporal, melhorada</p>
<p><b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b> Ganhos em conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (MCEER, 2015a)</p>				
		<p><i>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnicas de equilíbrio corporal:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. sobre segurança na realização da técnica, tendo em conta as restrições impostas pela cirurgia (Bjerk, et al., 2019)</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal, melhorado</p>
<p><b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b> Taxa de resolução da intolerância à atividade (MCEER, 2015a) Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação de conservação de energia (MCEER, 2015a)</p>				
<b>Intolerância à atividade</b>	Pós-operatório	Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a intolerância á atividade;</li> <li>. <b>Gerir</b> atividade física;</li> <li>. <b>Informar</b> sobre equipamento adaptativo para exercício:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. utilização de halteres ou bandas elásticas para fortalecer os membros livres (Lourenço, et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Negociar</b> atividade física;</li> <li>. <b>Planear</b> atividade física;</li> <li>. <b>Planear</b> repouso;</li> <li>. <b>Providenciar</b> equipamento;</li> <li>. <b>Supervisionar</b> resposta ao exercício.</li> </ul>	Intolerância à atividade física ausente
		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de conservação de energia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade para usar técnica de conservação de energia;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de conservação de energia:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. verificar com a pessoa a relação entre a atividade física e o repouso (Lourenço et al., 2021).</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> o uso da técnica de conservação de energia</li> </ul>	<p>Capacidade para usar técnica de conservação de energia, melhorada</p>

		<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b>		
		Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação de conservação de energia (MCEER, 2015a) Ganhos em conhecimento sobre hábitos de exercício físico (MCEER, 2015a)		
		<i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre técnicas de conservação de energia;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnicas de conservação de energia:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. ensino sobre segurança do exercício físico (Bjerk et al., 2019)</li> <li>. ensino sobre atividade física ((Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. ensino sobre importância da socialização (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020)</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de conservação de energia, melhorado
		<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>		
<b>Movimento muscular</b>	Pré-operatório	Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a) Ganhos em melhoria do movimento muscular (MCEER, 2015a) Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a)		

		<p>Movimento muscular <i>diminuído</i> membro inferior fraturado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Executar</b> técnica de exercícios musculares passivos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. flexão plantar e dorsiflexão da articulação tibiotársica; e flexão/extensão dos metatarsos do pé, do membro fraturado (Lourenço, et al, 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Ensinar</b> exercícios musculares             <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios isométricos (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. mobilizações ativas-resistidas dos membros superiores e membro inferior não lesado (Lourenço, et al, 2021; Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020; Soukkio et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Instruir</b> exercícios musculares             <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios isométricos (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. utilizar estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez; realizar pausas entre as tarefas (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> exercícios musculares             <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios isométricos no membro fraturado (Lourenço, et al, 2021).</li> <li>. exercícios de treino de força e resistência do membro inferior não operado e dos membros superiores (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020; Soukkio et al., 2021);</li> <li>. exercícios de treino de força de apreensão manual (Hsieh et al., 2019).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Movimento muscular mantido ou movimento muscular aumentado</p>
--	--	--	---	---

	Pós-operatório	Movimento muscular <i>diminuído</i> membro inferior operado	<p>. <b>Executar</b> técnica de exercícios musculares passivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. com atenção às limitações impostas pela cirurgia, movimentos musculares e articulares passivos da articulação coxofemoral: flexão/ extensão; abdução/ adução; rotação lateral/ rotação medial; quando a pessoa já conseguir realizar algum movimento, passar para movimentos musculares e articulares ativos-assistidos, até conseguir realizar movimentos musculares e articulares ativos-resistidos (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. exercícios musculares e articulares ativos-resistidos dos membros superiores e membro inferior não lesado (Lourenço, et al, 2021; Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Trappuzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020; Soukkio et al., 2021);</li> </ul> <p>. <b>Ensinar</b> exercícios musculares;</p> <p>. <b>Instruir</b> exercícios musculares;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios isométricos (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. utilizar estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez; realizar pausas entre as tarefas (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> <p>. <b>Treinar</b> exercícios musculares: ativos-assistidos.</p>	Movimento muscular mantido ou movimento muscular aumentado
	Pré e pós-operatório	<i>Potencial para melhorar a capacidade</i> para executar técnica de exercício muscular e articular	<p>. <b>Avaliar</b> capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular;</p> <p>. <b>Instruir</b> sobre técnica de exercício muscular e articular: auto mobilizações; mobilizações ativas resistidas; exercícios de fortalecimento muscular – segmentos livres (Lourenço, et al, 2021);</p> <p>. <b>Treinar</b> sobre técnica de exercício muscular e articular: auto mobilizações; mobilizações ativas resistidas; exercícios de fortalecimento muscular – segmentos livres.</p>	Capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular, melhorada
<p><b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b> Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a)</p>				

		<i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnicas de exercício muscular e articular (exercício muscular e articular ativo, exercício muscular e articular ativo resistido - segmentos livres (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular, melhorado
<b>Pôr-se de pé</b>	<b>Pós-operatório</b>	<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b> Taxa de resolução de pôr-se de pé comprometido (MCEER, 2015a) Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação em pôr-se de pé (MCEER, 2015a)		
		<i>Pôr-se de pé comprometido</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a pessoa a pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Incentivar</b> a pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Orientar</b> a pessoa para pôr-se de pé:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>. com as restrições impostas pela cirurgia para prótese total da anca, mantendo o membro operado em extensão evitando a flexão da articulação coxofemoral acima do 90° e evitando o movimento de adução do membro, para além da linha medial sagital (Lourenço et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Planear</b> para pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Supervisionar</b> a pessoa a pôr-se de pé.</li> </ul>	Pôr-se de pé não comprometido
		<i>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;                         <ul style="list-style-type: none"> <li>. Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez, tendo em conta as restrições de movimento impostas pela cirurgia (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> técnica de adaptação para pôr-se de pé.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>. com as restrições impostas pela cirurgia para prótese total da anca, mantendo o membro operado em extensão evitando a flexão da articulação coxofemoral acima do 90° e evitando o movimento de adução do membro, para além da linha medial sagital (Lourenço et al., 2021).</li> </ul> </li> </ul>	Capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé, melhorada
		<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b> Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação em pôr-se de pé (MCEER, 2015a)		

		<i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação pôr-se de pé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. ensinar a pessoa sobre restrições impostas pela cirurgia ortopédica de modo a evitar complicações (Lourenço et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de adaptação pôr-se de pé, melhorada
<b>Transferir-se</b>	Pós-operatório	<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>		
		Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se (MCEER, 2015a)		
		<i>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de adaptação para transferir-se:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. reforçar a importância de manter o membro operado em extensão durante a transferência cama/ cadeira, para se sentir mais segura e evitar a adução além da linha média sagital poderá utilizar uma almofada entre os joelhos; verificar com a pessoa qual o lado mais fácil para se transferir e adaptar a técnica de acordo com a necessidade da pessoa (Lourenço et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> técnica de adaptação para transferir-se:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios de reeducação funcional e treino de AC/ AVD: transferir-se (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşıkçı, 2020; Soukkio et al., 2021).</li> </ul> </li> </ul>	Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, melhorada
		<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b>		
Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se (MCEER, 2015a)				
		<i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnica de adaptação para transferir-se:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. reforçar a importância de cumprir as restrições de movimento impostas pela cirurgia ortopédica, para evitar complicações, como a luxação da prótese (Lourenço et al., 2021).</li> <li>. ensino sobre autogestão da doença (Deng et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşıkçı, 2020)</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, melhorado
<b>Posicionar-se</b>	Pré e pós opera	<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>		
Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se (MCEER, 2015a)				
Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se (MCEER, 2015a)				

		<p><i>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de adaptação para posicionar-se: <ul style="list-style-type: none"> <li>. reforçar com a pessoa a importância de manter o membro operado em extensão evitando a flexão da coxa acima dos 90°, assim com colocar uma almofada entre os joelhos para evitar a adução para além da linha média sagital, evitar nas primeiras semanas, dormir para o lado do membro operado (Lourenço et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> sobre técnica de adaptação para posicionar-se.</li> </ul>	<p>Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, melhorada</p>
		<p><i>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se: <ul style="list-style-type: none"> <li>. utilização de almofadas entre os joelhos para evitar a adução do membro inferior operado para além da linha média sagital (Lourenço et, al., 2021);</li> <li>. Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. utilizar estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se <ul style="list-style-type: none"> <li>. utilização de almofadas entre os joelhos para evitar a adução do membro inferior operado para além da linha média sagital (Lourenço et, al., 2021);</li> </ul> </li> </ul>	<p>Capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorada</p>
<p><b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b>  Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se (MCEER, 2015a)  Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se (MCEER, 2015a)</p>				
		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnica de adaptação para posicionar-se: <ul style="list-style-type: none"> <li>. reforçar a importância da utilização de almofada entre os joelhos, para prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se, melhorado</p>
		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se: <ul style="list-style-type: none"> <li>. reforçar a importância da utilização de almofada entre os joelhos, para prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorado</p>

		<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>		
		Taxa de resolução de ventilação ineficaz (MCEER, 2015a)		
		Ganhos em capacidade para autocontrole do padrão respiratório (MCEER, 2015a)		
		Ganhos em capacidade para usar técnicas respiratórias (MCEER, 2015a)		
<b>Ventilação</b>	Pré e pós-operatório	<i>Ventilação comprometida</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Auscultar</b> tórax;</li> <li>. <b>Observar</b> tórax;</li> <li>. <b>Executar</b> cinesiterapia respiratória: abertura costal global; abertura costal seletiva à direita; abertura costal seletiva esquerda;</li> <li>. <b>Executar</b> técnica de posicionamento: posicionamento de descanso e relaxamento; correção postural;</li> <li>. <b>Executar</b> técnicas respiratórias: reeducação abdominodiafragmática; dissociação dos tempos respiratórios; expirações com os lábios semicerrados (Lourenço et al., 2021)</li> <li>. <b>Incentivar</b> uso de técnicas respiratórias;</li> <li>. <b>Incentivar</b> repouso;</li> <li>. <b>Planear</b> atividade física;</li> <li>. <b>Vigiar</b> ventilação: tipo, ritmo, amplitude, expansão torácica; tempos respiratórios; ruídos;</li> <li>. <b>Vigiar</b> respiração: esforço; pele e mucosas;</li> <li>. <b>Monitorizar</b> frequência respiratória;</li> <li>. <b>Monitorizar</b> saturação periférica O<sub>2</sub>.</li> </ul>	<i>Ventilação não comprometida</i>

	Pré e pós-operatório	<i>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação: inspirações profundas; técnica de relaxamento; dissociação dos tempos respiratórios; respirações abdominodiafragmáticas (Lourenço et al., 2021);             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez (dissociação dos tempos respiratórios; expirações com os lábios semicerrados) (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação: inspirações profundas; técnica de relaxamento; dissociação dos tempos respiratórios; respirações abdominodiafragmáticas (Lourenço et al., 2021)</li> </ul>	Capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação, melhorada
	<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b> Ganhos em conhecimento sobre autocontrole do padrão respiratório (MCEER, 2015a) Ganhos em conhecimento sobre técnica de posicionamento (MCEER, 2015a) Ganhos em conhecimento sobre técnica respiratória (MCEER, 2015a)			
	Pré-operatório	<i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação;             <ul style="list-style-type: none"> <li>. inspirações profundas; técnica de relaxamento; dissociação dos tempos respiratórios; respirações abdominodiafragmáticas (Couto et al., 2021; Lourenço et al., 2021)</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação, melhorada.

## Estágio Final – Unidade de Cuidados na Comunidade

Os participantes selecionados no Estágio Final, encontravam-se no domicílio e todos tinham família/ cuidador de referência.

Neste contexto, foram selecionados um participante com alteração da função motora **M1**, um participante com alteração da função cardiorrespiratória **R1**, um participante com alteração respiratórias, cognitivas e motoras **R2**, dois participantes com alterações neurológicas e motoras **N1** e **N2**.

Todos os participantes apresentavam multipatologias causadoras de alterações da funcionalidade e limitação no desempenho do AC, tornando-se importante, pela visão holística que a ER defende, desenvolver um plano de reabilitação estruturado, com intervenções direcionadas à reeducação/ readaptação da função motora, cardiorrespiratória e cognitiva, ajustado à incapacidade que causava, do ponto de vista da pessoa, família/ cuidador, maior limitação no seu dia-a-dia (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

Desta forma, optamos por apresentar um plano de intervenção de ER, global, salvaguardando, que este foi sempre ajustado às características individuais da pessoa, adaptado às suas necessidade, personalizado de acordo com os objetivos traçados em conjunto e com o projeto de vida individual de cada pessoa, respeitando a sua autonomia e liberdade de escolha, pelo consentimento informado, livre e esclarecido e com a autorização expressa do envolvimento da família/ cuidador no plano de intervenção de ER (Vasconcelos, 2021).

Os objetivos propostos na implementação do plano de intervenção de ER, neste contexto foram: *desenvolver o conhecimento e a capacidade da pessoa*, para realizar de forma independente o AC e a autogestão da doença crónica (Deng et al., 2020; Lourenço et al., 2021; Yildiz & Kaşikçi, 2020); *identificar estratégias facilitadoras da realização do AC, AVD e AIVD*, como adoção de técnicas adaptadas de realização AC, através da correta utilização de produtos de apoio (Bjerk et al., 2019; Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019; Soukkio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz & Kaşikçi, 2020); *minimizar o impacto das limitações* no dia-a-dia, capacitando a pessoa para uma correta gestão dos períodos de atividade com períodos de repouso, controlando o cansaço e a sensação de dispneia (Couto et al., 2021; Yildiz & Kaşikçi, 2020); *capacitar o cuidador*

*a assistir a pessoa no AC*, encontrando, com este, estratégias de estimulação da pessoa, para que esta consiga desempenhar, de forma independente o AC, auxiliando apenas, no que a pessoa não consegue realizar (Henriques & Ávila, 2017; Lourenço et al., 2021); *evitar complicações*, dotando a pessoa de conhecimentos para identificar sinais e sintomas de alerta, promovendo a adoção de hábitos de prática de exercício físico e melhores hábitos alimentares, da importância de cumprir o esquema terapêutico instituído, capacitando-a e empoderando-a a tomar melhores decisões sobre si e sobre a sua saúde; e *promover o bem-estar, o AC, a readaptação e/ ou reeducação funcional* a nível motor, cardiorrespiratório e cognitivo (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019). No caso de incapacidade total e permanente da pessoa, para realizar de forma independente o AC, *capacitar a família/ cuidador para a realização do AC*; a *manter o equilíbrio familiar* e a *encontrar estratégias para diminuir a sua sobrecarga* (Henriques & Ávila, 2017; C. A. S. Santos, 2019).

Neste seguimento, consideramos os seguintes focos de enfermagem: Andar com Auxiliar de Marcha; Autocuidado: arranjar-se, Autocuidado: higiene, Autocuidado: ir ao sanitário, Autocuidado: vestuário; Equilíbrio Corporal; Espasticidade, Intolerância à Atividade; Limpeza das vias aéreas; Movimento Muscular; Pôr-se de Pé e Ventilação, sendo que, neste plano, optamos por identificar o alvo dos cuidados: pessoa ou família/ cuidador.

Pelo acima descrito, podemos constatar que há focos que se sobrepõem com o plano de intervenção de ER, apresentado na Tabela 5, pelo que, sempre que se tratar de intervenções idênticas e sobreponíveis, faremos a ligação com o plano anteriormente apresentado.

Neste contexto, todos os cuidadores foram envolvidos no plano de reabilitação, sendo que, dependendo do défice terapêutico encontrado, com a aplicação do ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), as intervenções de ER eram: dirigidas à pessoa, quando esta apresentava potencial para melhorar a capacidade e potencial para melhorar o conhecimento; e, ao cuidador, no sentido de melhorar o seu conhecimento e capacidade para assistir a pessoa, (evitando fazer por esta), de forma a maximizar o potencial de reabilitação da mesma (Orem, 2001). Nos participantes que apresentavam um défice terapêutico completo no AC, e/ ou não apresentavam potencial para melhorar a capacidade ou potencial para melhorar o conhecimento, as intervenções de ER dirigidas à pessoa eram na base do

executar e as dirigidas à família/cuidador, na base do treinar, instruir e ensinar, para dotar a família/ cuidador de conhecimento e capacidade de substituir a pessoa no AC, dando continuidade aos cuidados que esta necessita (Orem, 2001).

A Tabela 6, infra, apresentamos o plano implementado neste contexto em similaridade com o plano anteriormente apresentado na Tabela 5.

**Tabela 5** – Plano de Intervenção de ER – com alteração da funcionalidade e limitação no AC, em contexto comunitário, com alteração da função motora, cardiorrespiratória, neurológica e cognitiva, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER, 2014), na CIPE® (2018); e Modelo de AC de Fonseca (2013) (autoria própria).

Foco (MCEER, 2015b)	Alvo de cuidados	Diagnóstico (MCEER, 2015b)	Intervenções (MCEER, 2015b)	Resultados esperados (MCEER, 2015b)
Andar com auxiliar de marcha	Pessoa	<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>		
		<i>Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade para andar com auxiliar de marcha</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre andar com auxiliar de marcha: pequenas e médias distâncias, subir e descer escadas               <ul style="list-style-type: none"> <li>. andarilho, em plano: técnica de três pontos: 1. mover andarilho, 2. membro com menor força muscular, 3. Membro com maior força muscular (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. canadianas, subir e descer escadas: para subir – subir o membro com maior força muscular, subir o membro com menor força muscular e subir as canadianas; para descer – descer as canadianas; descer o membro com menor força muscular e descer o membro com maior força muscular (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Treinar a marcha (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Trapuzzano et al., 2020);</li> <li>. Consciencialização e automatismos do movimento associados ao ritmo (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez (andar; subir e descer escadas; contornar obstáculos) (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> andar com auxiliar de marcha: andarilho e canadianas – pequenas e médias distâncias, subir e descer escadas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>. dentro e fora da habitação (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> </ul>	Capacidade para andar com auxiliar de marcha, melhorada

	Família/ Cuidador	<i>Potencial para melhorar a capacidade</i> do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade do prestador de cuidados para assistir a andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Instruir</b> o prestador de cuidados a assistir a andar com auxiliar de marcha:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. auxiliar e orientar a pessoa a cumprir a sequência: <u>1º - técnica de três pontos, andar com andarilho em plano</u>: 1. mover andarilho, 2. membro com menor força muscular, 3. Membro com maior força muscular; <u>2º - subir e descer escadas, com canadianas</u>: para subir – subir o membro com maior força muscular, subir o membro com menor força muscular e subir as canadianas; para descer – descer as canadianas; descer o membro com menor força muscular e descer o membro com maior força muscular (Lourenço, et al, 2021);</li> <li>. <b>Treinar</b> o prestador de cuidados a assistir a andar com auxiliar de marcha.</li> </ul> </li> </ul>	Capacidade do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha melhorada
	Pessoa	<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b>		
		Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (MEER, 2015a) Ganhos em conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (MEER, 2015a)		
		<i>Potencial para melhorar conhecimento</i> sobre andar auxiliar de marcha	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre andar com auxiliar de marcha:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. cuidados a ter com auxiliar de marcha com: ajuste da altura, verificar estado de conservação das borrachas antiderrapantes (Lourenço et al., 2021);</li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul> </li> </ul>	Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, melhorado
	<i>Potencial para melhorar o conhecimento</i> sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. eliminar tapetes do chão, cabos de fios e afastar mobiliário das zonas de passagens (Lourenço et al., 2021)</li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul> </li> </ul>	Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha melhorado	
Família/ Cuidador	<i>Potencial para melhorar conhecimento</i> do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha	Intervenções; Resultados esperados (MCEER, 2015b) iguais ao plano de intervenção de ER, apresentado na Tabela 5.		
	<i>Potencial para melhorar o conhecimento</i> do prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade do prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha;</li> <li>. <b>Ensinar</b> o prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. encontrar estratégia de estimulação da pessoa a executar a marcha com o auxiliar de marcha de forma correta (Lourenço et al., 2021);</li> <li>. Providenciar material educativo.</li> </ul> </li> </ul>	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no andar com auxiliar de marcha, melhorada	

<b>Capacidade Funcional e Autocuidado (Fonseca, 2013)</b>			
		Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário; vestuário</b> (MEER, 2015a) Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)	
<p><b>Autocuidado: arranjar-se</b></p> <p><b>Autocuidado: higiene</b></p> <p><b>Autocuidado: ir ao sanitário</b></p> <p><b>Autocuidado: vestuário</b></p>	Pessoa	<p><i>Potencial para melhorar capacidade</i> para usar dispositivo auxiliar nos AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade de para usar dispositivo auxiliar para os AC: arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre o uso de dispositivo auxiliar para o AC:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>arranjar-se:</b> utilização de espumas para engrossar cabos; cabos longos, pinças, colocação do espelho a uma altura adequada (Vigia et al., 2017; Araújo et al., 2021).</li> <li>. <b>higiene:</b> utilização de cabos longos e de espelhos posicionados para autovigilância dos cuidados de higiene quer na lavagem como na secagem, (Lourenço et al. 2021; OE, 2009);</li> <li>. <b>ir ao sanitário:</b> utilização de dispositivos auxiliar como alteadores de sanitas ou barras laterais (Loureço et a., 2021; Araújo et al., 2021);</li> <li>. <b>vestuário:</b> utilização de pinças de cabo ou pegas, utilizar vestuário largo e elástico para facilitar os movimentos, utilização de calcadeiras de cabo longo e evitar sapatos com atacadores (Lourenço et al., 2021).</li> <li>. Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial e postura corporal (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez (lavar-se, secar-se) (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. <b>Treinar</b> o uso do dispositivo auxiliar para os AC:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios de reeducação funcional e treino de AC/ AVD, com dispositivo auxiliar para os AC: arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário (Bjerk et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukko et al., 2021; Trapuzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020)</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> o uso do dispositivo auxiliar para os AC.</li> </ul> </li></ul>
			<p>Capacidade para usar dispositivo auxiliar no AC: <b>arranjar-se, higiene; ir ao sanitário e vestuário,</b> melhorada</p>

		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade para usar técnica de adaptação para os AC: ir ao sanitário e vestuário;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre o uso da técnica de adaptação para os AC:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>ir ao sanitário</b>: utilizando cadeira higiênica, arrastadeira ou urinol, quando não é seguro a utilização do sanitário, por limitação funcional ou barreiras arquitetônicas da habitação (Lourenço et al., 2021).</li> <li>. <b>vestuário</b>: de acordo com a situação da pessoa, encontrar com esta estratégias adequadas, podendo fazê-lo na posição de sentado ou recorrendo aos planos inclinados da cama (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> o uso da técnica adaptada para o autocuidado: ir ao sanitário e vestuário</li> </ul>	<p>Capacidade para usar técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorada</p>
<p><b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b></p> <p>Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário; vestuário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em conhecimento sobre adaptação do domicílio para os AC: <b>arranjar-se; higiene e ir ao sanitário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para os AC: <b>arranjar-se; higiene e ir ao sanitário</b> (MEER, 2015a)</p> <p>Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>higiene; ir ao sanitário e vestuário</b> (MEER, 2015a)</p>				
		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário.</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre dispositivo auxiliar para os AC: arranjar-se; higiene, ir ao sanitário e vestuário:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Informar sobre os dispositivos existentes e verificar com a pessoa o que melhor se adequa à situação, por limitação funcional ou barreiras arquitetônicas da habitação (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorado</p>
		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: ir ao sanitário e vestuário;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnica de adaptação para os AC: ir ao sanitário e vestuário;             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Adaptar à realidade da pessoa, às suas necessidades e adequar técnica adaptativa à situação, quer por limitação funcional ou por barreiras arquitetônicas da habitação (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre técnica de adaptação para os AC: <b>ir ao sanitário e vestuário</b>, melhorado</p>

		<p><i>Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para os AC: <b>arranjar-se; higiene e ir ao sanitário</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre adaptação do domicílio para os AC: arranjar-se; higiene e ir ao sanitário</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre adaptação do domicílio para os AC:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>arranjar-se:</b> verificar com a pessoa a colocação de barras metálicas de apoio e a necessidade de ajustar a altura da mesa ou lavatório e dos espelhos (Araújo et al., 2021);</li> <li>. <b>higiene:</b> utilização de dispositivos de segurança como barras metálicas onde a pessoa se possa segurar, colocação de tapete antiderrapante, verificar necessidade de ajustar a altura do lavatório, a necessidade de tábua ou cadeira para banheira, ou cadeira higiênica para duche em poliban (Lourenço et al., 2021; Araújo et al., 2021).</li> <li>. <b>ir ao sanitário:</b> verificar a necessidade de aquisição ou adaptação de produtos de como alteadores de sanitas, barras laterais, cadeira higiênica, etc. (Lourenço et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre adaptação do domicílio para os AC: <b>arranjar-se; higiene e ir ao sanitário</b>, melhorado.</p>
Família/ Cuidador		<p><i>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para AC: <b>arranjar-se; higiene; ir ao sanitário</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para os AC: arranjar-se; higiene e ir ao sanitário</li> <li>. <b>Ensinar</b> o prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para os AC:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>arranjar-se:</b> auxiliar e orientar a pessoa na colocação de barras metálicas de apoio e na necessidade de ajustar a altura do lavatório ou mesa e dos espelhos (Araújo et al., 2021).</li> <li>. <b>higiene:</b> verificar com a pessoa a necessidade de dispositivo de segurança como barras metálicas; tapetes antiderrapantes; necessidade de tábua ou cadeira higiênica tendo em atenção a altura da mesma, de modo a facilitar a execução da tarefa (Araújo et al., 2021; Lourenço et al., 2021);</li> <li>. <b>ir ao sanitário:</b> verificar a necessidade de adaptação ou aquisição de produtos de apoio como alteadores de sanitas, barras laterais, cadeira higiênica (Lourenço et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para os AC: <b>arranjar-se, higiene e ir ao sanitário</b>, melhorado.</p>

		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento</i> do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: <b>higiene; ir ao sanitário e vestuário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: higiene; ir ao sanitário e vestuário;</li> <li>. <b>Ensinar</b> o prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para os AC: higiene; ir ao sanitário e vestuário: <ul style="list-style-type: none"> <li>. auxiliar e orientar a pessoa, a utilizar corretamente os dispositivos auxiliares para os AC (Vigia et al., 2017; Araújo, et al., 2021; Lourenço et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para AC: <b>higiene; ir ao sanitário e vestuário, melhorado</b></p>
<b>Equilíbrio corporal</b>	Pessoa	<p><b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>  Taxa de resolução equilíbrio corporal comprometido (MCEER, 2015a)  Ganhos em capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal (MCEER, 2015a)</p>		

		Equilíbrio corporal <i>comprometido</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Aplicar</b> dispositivo auxiliar (cinto de transferências)</li> <li>. <b>Avaliar</b> equilíbrio corporal: equilíbrio estático e dinâmico nas posições de sentada e em ortostatismo;</li> <li>. <b>Estimular</b> a manter o equilíbrio corporal: correção postural;             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Correção postural da pessoa na posição de sentada e em pé, treinando com a pessoa, para que esta consiga ao longo do dia corrigir a sua postura sem ajuda ou com ajuda mínima (Araújo et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Executar</b> técnica de treino de equilíbrio corporal: apoio unipodal; exercícios de coordenação de movimentos; contorno de obstáculos             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Treino de equilíbrio estático sentado com transferência de peso para os braços; treino de equilíbrio dinâmico sentado com carga no cotovelo ou com recurso a bola; treino de equilíbrio dinâmico em pé com alternância de carga nos membros inferiores ou alternância unipodal; treino propriocetivo; treino de equilíbrio dinâmico em pé com contorno de obstáculos, mudança de rotação (Araújo et al., 2021).</li> <li>. treino de equilíbrio e flexibilidade (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. exercícios de mobilidade (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Soukio et al., 2021; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. Consciencialização e automatismos do movimento associados ao ritmo (Trapuzzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trapuzzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez; realizar pausas entre as tarefas (Trapuzzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019).</li> </ul> </li> </ul>	Equilíbrio corporal não comprometido
		<i>Potencial para melhorar a capacidade de usar técnica de equilíbrio corporal</i>	Intervenções; Resultados esperados (MCEER, 2015b) iguais ao plano de intervenção de ER, apresentado na Tabela 5.	
			<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b> Ganhos em conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (MCEER, 2015a)	
		<i>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnicas de equilíbrio corporal             <ul style="list-style-type: none"> <li>. sobre segurança na realização da técnica (Bjerk, et al., 2019)</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal, melhorado

<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>				
Ganhos em melhoria da espasticidade (MCEER, 2015a)				
Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a)				
Ganhos em capacidade para executar técnicas de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade (MCEER, 2015a)				
Ganhos em capacidade do prestador de cuidados posicionar em padrão inibitório de espasticidade (MCEER, 2015a)				
<b>Espasticidade (OE, 2014)</b>	Pessoa	<p>Espasticidade em grau: <i>Elevado</i> <i>Moderado</i> <i>Reduzido</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Aplicar</b> frio;</li> <li>. <b>Aplicar</b> calor;</li> <li>. <b>Executar</b> técnica de massagem;</li> <li>. <b>Executar</b> técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios de treino de mobilidade (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020; Soukkio et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Executar</b> técnica de exercício muscular passivo;</li> <li>. <b>Executar</b> técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. em posição de sentado e deitado (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Executar</b> técnica de relaxamento;</li> <li>. <b>Incentivar</b> execução de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p>Espasticidade em grau: Moderado Reduzido</p>
		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnicas de exercício muscular e articular;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Verificar com a pessoa a relação entre os exercícios e o tônus muscular (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> sobre técnicas de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p>Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada</p>
		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Verificar com a pessoa a relação entre posicionamento em padrão inibitório e o tônus muscular na posição de sentado/ deitado (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.</li> </ul>	<p>Capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade, melhorada</p>

	Família/ Cuidador	<i>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para posicionar em padrão inibitório de espasticidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>. <b>Instruir</b> o prestador de cuidados para posicionar em padrão inibitório de espasticidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>. em posição de sentado e deitado (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> o prestador de cuidados para posicionar em padrão inibitório de espasticidade.</li> </ul>	Conhecimento do prestador de cuidados para posicionar em padrão inibitório de espasticidade, melhorado
	Pessoa	<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b>		
		Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a)		
		Ganhos em conhecimento técnicas de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade (MCEER, 2015a)		
		<i>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnicas de exercício muscular e articular; <ul style="list-style-type: none"> <li>. Verificar com a pessoa a relação entre a realização dos exercícios e o tônus muscular (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular melhorado
		<i>Potencial para melhorar o conhecimento sobre posicionamento em padrão inibitório de espasticidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Verificar com a pessoa a relação entre posicionamento em padrão inibitório e o tônus muscular na posição de sentado/ deitado (Araújo et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade melhorado
<b>Intolerância à atividade (OE, 2014)</b>	Diagnósticos; Intervenções; Resultados esperados (MCEER, 2015b) e indicadores de resultado (MCEER, 2015a) iguais ao plano de intervenção de ER, apresentado na Tabela 5, relativamente ao mesmo Foco (MCEER, 2015b), dentro dos pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013).			
	<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>			
	Taxa de resolução limpeza das vias aéreas ineficazes			

<b>Limpeza das vias aéreas (OE, 2014)</b>		Limpeza das vias aéreas ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> reflexo de tosse: reflexo ausente; reflexo presente, mas ineficaz; reflexo de tosse presente e eficaz;</li> <li>. <b>Aspirar</b> secreções;</li> <li>. <b>Executar</b> cinesiterapia respiratória: abertura costal global; abertura costal seletiva à direita; abertura costal seletiva à esquerda; exercício de rotação de escapulo umeral; expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa; Técnica de drenagem postural modificada; técnica de percussão torácica; técnica de vibrocompressão torácica; técnica de vibração torácica;</li> <li>. <b>Executar</b> terapêutica inalatória através de inalador;</li> <li>. <b>Executar</b> técnica de posicionamento;</li> <li>. <b>Vigiar</b> expetoração;</li> <li>. <b>Supervisionar</b> ventilação.</li> </ul>	Limpeza das vias aéreas eficaz
<b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b>				
Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a)				
Ganhos em melhoria do movimento muscular (MCEER, 2015a)				
Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a)				
<b>Movimento muscular</b>	Pessoa	Movimento muscular <i>diminuído</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Executar</b> técnica de exercícios musculares ativos-assistidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>. membros superiores e membros inferiores (Couto et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Executar</b> técnica de exercícios musculares ativos-resistidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>. membros superiores e membros inferiores, com recurso a halteres, banda elástica ou cicloergómetro (Couto et al., 2021);</li> </ul> </li> <li>. <b>Monitorizar</b> força muscular através de escala;</li> <li>. <b>Supervisionar</b> o movimento muscular.</li> </ul>	Movimento muscular mantido ou aumentado

		<p><i>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de exercício muscular e articular: auto mobilizações; mobilizações ativas resistidas; exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, exercícios de agachamento; exercícios de motricidade fina;             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Técnicas para melhorar a consciência viso-espacial da amplitude articular, qualidade de movimento e postura corporal (Trappuzzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. utilizar estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez; realizar pausas entre as tarefas (Trappuzzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> sobre técnica de exercício muscular e articular: auto mobilizações; mobilizações ativas resistidas; exercícios de fortalecimento muscular; exercícios de agachamento; exercícios de motricidade fina:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. exercícios isométricos (Lourenço, et al, 2021).</li> <li>. exercícios de treino de força e resistência dos membros inferiores e dos membros superiores (Bjerk et al., 2019; Hsieh et al., 2019; Deng et al., 2020; Trapuzzano et al., 2020; Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020; Soukkio et al., 2021);</li> <li>. exercícios de treino de força de apreensão manual (Hsieh et al., 2019).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular, melhorada</p>
<p><b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b> Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (MCEER, 2015a)</p>				
		<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnicas de exercício muscular e articular:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Verificar com a pessoa a relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento corporal (Couto et al., 2021).</li> </ul> </li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular, melhorado</p>
<b>Pôr-se de pé</b>	<b>Pessoa</b>	<p><b>Capacidade Funcional (Fonseca, 2013)</b> Taxa de resolução de pôr-se de pé comprometido (MCEER, 2015a) Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação em pôr-se de pé (MCEER, 2015a)</p>		

		Pôr-se de pé <i>comprometido</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a pessoa a pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Incentivar</b> a pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Orientar</b> a pessoa para pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Planear</b> para pôr-se de pé; <ul style="list-style-type: none"> <li>. colocar-se em posição de sentado, com os pés bem assentes no chão;</li> </ul> </li> <li>inclinor o tronco para a frente e com os braços fazer força para de elevar.</li> <li>. <b>Supervisionar</b> a pessoa a pôr-se de pé.</li> </ul>	Pôr-se de pé não comprometido
		Potencial para melhorar <i>capacidade</i> para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> a capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Instruir</b> sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé; <ul style="list-style-type: none"> <li>. verificar com a pessoa e identificar estratégias que permitam colocar-se de pé autonomamente, como a utilização de cadeirão com elevação;</li> <li>. Orientação para a tarefa/ demonstração da tarefa (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> <li>. Manutenção de padrão respiratório adequado à tarefa (Yildiz &amp; Kaşikçi, 2020);</li> <li>. Estratégias cognitivas de comunicação: orientação espaciotemporal, ordens simples; explicar uma tarefa de cada vez, (Trappuzano et al., 2020; Bjerk et al., 2019);</li> </ul> </li> <li>. <b>Treinar</b> técnica de adaptação para pôr-se de pé: <ul style="list-style-type: none"> <li>. colocar-se em posição de sentado, com os pés bem assentes no chão;</li> </ul> </li> <li>inclinor o tronco para a frente e com os braços fazer força para de elevar.</li> </ul>	Capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé, melhorada
		<b>Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013)</b> Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação em pôr-se de pé (MCEER, 2015a)		
		Potencial para melhorar <i>conhecimento</i> sobre técnica de adaptação pôr-se de pé	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Avaliar</b> o conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Ensinar</b> sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;</li> <li>. <b>Providenciar</b> material educativo.</li> </ul>	Conhecimento sobre técnica de adaptação pôr-se de pé, melhorada
<b>Ventilação</b>	Diagnósticos; Intervenções; Resultados esperados (MCEER, 2015b) e indicadores de resultado (MCEER, 2015a) iguais ao plano de intervenção de ER, apresentado na Tabela 5, relativamente ao mesmo Foco (MCEER, 2015b), dentro dos pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013).			

## 5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, iremos apresentar os dados obtidos pela aplicação do ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), na avaliação inicial e após a implementação do plano de ER nos contextos de Estágio, e faremos a discussão dos mesmos. De forma a manter o anonimato e a proteger a identidade dos participantes, iremos proceder ao tratamento de dados por sistemas de codificação abrangentes, como referido anteriormente, mas que nos permitam a recolha de informação pertinente, para dar resposta os nossos objetivos (Coutinho, 2023).

Os dados apresentados e a discussão, têm como base a Teoria do Déficit de AC de Orem (2001), a Teoria de Médio-Alcance de Lopes (2006), o Modelo de AC de Fonseca (2013) e as Competências do EEER (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de setembro, 2019).

### 5.1 Resultados Obtidos

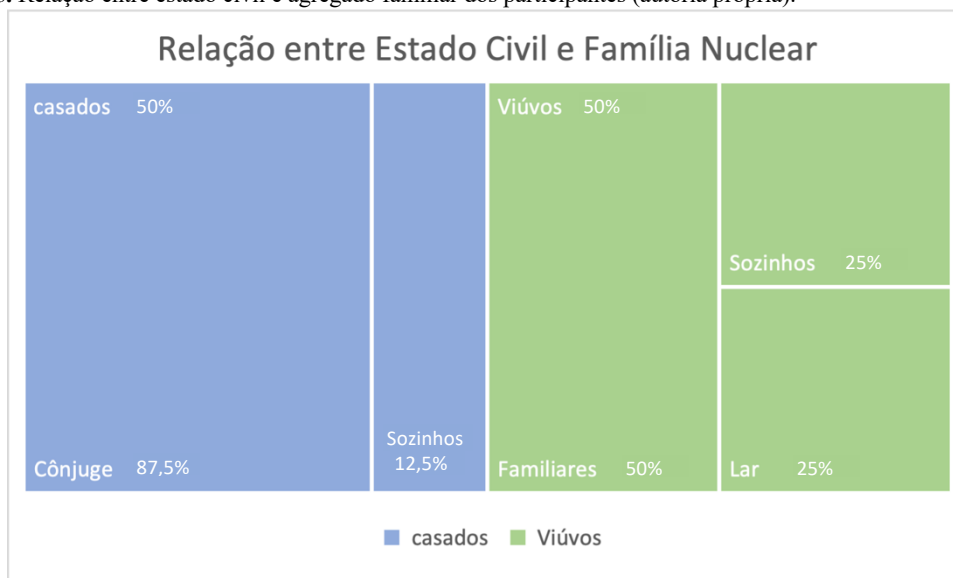
Iniciaremos com a apresentação dos dados, relativamente às características sociodemográficas dos participantes selecionados. Assim, podemos afirmar que eram todos portugueses; reformados; idosos, apresentando uma idade média de 83,4 anos, compreendidos entre 65 e 92 anos de idade, maioritariamente do género feminino, com 62,5%, sendo que, 87,5% da nossa população, sabiam ler e escrever, apenas 12,5% eram analfabetos, como podemos verificar no Gráfico 1 e 2, apresentados, infra, pela Figura 4.

**Figura 4.** Gráfico 1 – Percentagem da população relativamente ao género; Gráfico 2 – Percentagem da população relativamente às habilitações literárias (autoria própria)



Metade da nossa população é casada e a outra metade viúva, em que 87,5% dos participantes casados, viviam com os cônjuges e 12,5% viviam sozinhos, por dependência cônjuge, que se encontrava já a residir com familiares. Dos participantes viúvos, 50% viviam com familiares, 25% viviam sozinhos e os restantes 25%, em lar, como podemos verificar pela Figura 5, infra.

**Figura 5.** Relação entre estado civil e agregado familiar dos participantes (autoria própria).



Os dados obtidos pela utilização do ENCS (Lopes & Fonseca (2013), permitiu-nos obter o Perfil Funcional dos nossos participantes. Na Tabela 7, infra, apresentamos os Perfis Funcionais obtidos na avaliação inicial e final, sendo que, na terceira coluna, da tabela, apresentamos a diferença entre os valores obtidos inicialmente e após a implementação dos planos de intervenção de ER. Esta diferença, consideramos como ganhos na melhoria do Perfil Funcional dos participantes, pela implementação dos planos de intervenção de ER.

**Tabela 6** – Perfil Funcional – ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) (autoria própria)

<b>Perfil Funcional dos Participantes – ENCS (Lopes &amp; Fonseca, 2013)</b>			
<b>Participante</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>	<b>Ganhos</b>
O1	38,3%	28,3%	10%
O2	37,9%	25,8%	12,1%
O3	49,2%	40,4%	8,8%
M1	32,9%	27%	6%
N1	70%	53,8%	16%
N2	69,6%	48,8%	20,8%
R1	42,5%	28,8%	13,7%
R2	87,5%	85,5%	2%

Optamos por colocar uma cor roxa a delimitar os resultados referentes aos participantes **O1**, **O2** e **O3**, que foram selecionados no Estágio em ER, que passaremos a considerar como Grupo 1, uma vez neste grupo a intervenção ocorreu em contexto hospitalar. Os restantes participantes, designados como Grupo 2, foram selecionados em contexto comunitário, durante o Estágio Final.

Pela análise da Tabela 7, podemos verificar, que todos os participantes apresentam melhorias do Perfil Funcional, após a implementação do plano de intervenção de ER.

Na Tabela 8, infra, apresentamos detalhadamente os resultados das avaliações iniciais e finais, nos 4 domínios do ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), que contribuem para o Perfil Funcional, sendo que, à semelhança da tabela anterior, apresentamos, igualmente, a diferença entre a avaliação inicial e a avaliação final, após a implementação do plano de intervenção de ER, em cada domínio, considerada como ganhos.

Tabela 7 – Domínios – ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) (autoria própria)

	Autocuidado			Aprendizagens e Funções Mentais			Comunicação			Relações Sociais		
	Inicial	Final	Ganhos	Inicial	Final	Ganhos	Inicial	Final	Ganhos	Inicial	Final	Ganhos
O1	Problema grave 75%	Problema ligeiro 48,33%	26,67%	Sem problema 23,33%	Sem problema 20%	3%	Sem problema 20%	Sem problema 20%	0%	Problema ligeiro 35%	Sem problema 25%	10%
O2	Problema grave 83,33%	Problema ligeiro 25,83%	57,50%	Sem Problema 23,33%	Sem problema 20%	3%	Sem problema 20%	Sem problema 20%	0%	Sem problema 25%	Sem problema 25%	0%
O3	Problema grave 81,67%	Problema moderado 50%	32%	Problema moderado 50%	Problema moderado 46,67%	3%	Problema moderado 40%	Problema moderado 40%	0%	Sem problema 25%	Sem problema 25%	0%
M1	Problema grave 66,70%	Problema moderado 48,33%	18%	Sem problema 20%	Sem problema 20%	0%	Sem problema 20%	Sem problema 20%	0%	Sem problema 25%	Sem problema 20%	5%
N1	Problema grave 95%	Problema grave 83,33%	12%	Problema grave 80%	Problema moderado 56,67%	23%	Problema grave 60%	Problema moderado 40%	20%	Problema moderado 45%	Problema ligeiro 35%	10%
N2	Problema grave 80,00%	Problema moderado 55,00%	25%	Problema grave 80%	Problema moderado 57%	23%	Problema grave 73%	Problema moderado 53%	20%	Problema moderado 45%	Sem problema 30%	15%
R1	Problema grave 66,67%	Problema moderado 41,67%	25%	Problema moderado 47%	Sem problema 23,33%	23%	Sem problema 26,67%	Sem problema 20%	7%	Sem problema 30%	Sem problema 30%	0%
R2	Problema completo 100,00%	Problema completo 100,00%	0%	Problema completo 100%	Problema completo 100%	0%	Problema completo 100%	Problema completo 100%	0%	Problema moderado 50%	Problema moderado 45%	5%

Ao analisarmos, de forma rápida a Tabela 8, verificamos que, em ambos os Grupos, o domínio do AC, é o que apresenta maior compromisso. No Grupo 2, este, é seguido do domínio da Aprendizagens e Funções Mentais, Comunicação, sendo o domínio das Relações Sociais, o que apresenta menor compromisso. Já o Grupo 1, apenas um participante apresenta compromisso a nível dos domínios da Aprendizagem e Funções Mentais e da Comunicação.

Os participantes do Grupo 1, sofreram uma queda da própria altura, que resultou na fratura da extremidade superior do fémur, tendo sido submetidos a cirurgia eletiva para colocação de prótese total da anca, o que permitiu intervenção de ER no período pré e pós-operatório.

Como características particulares: **O1** apresentou teste positivo para SAR-Cov-2, tendo ficado em isolamento, o que prolongou o tempo de espera até a realização de cirurgia; **O2**, tinha como antecedentes pessoais: alterações da memória a curto prazo por depressão major, com tentativas de suicídio anteriores, encontrando-se estável do ponto de vista psiquiátrico sob medicação; **O3**, tinha como antecedentes pessoais: Doença de Alzheimer, apresentado limitação da capacidade de aprendizagem, alterações da funcionalidade e limitações no AC.

Relativamente aos participantes selecionados no Estágio Final, podemos verificar que é um grupo mais heterogéneo. Todos apresentavam limitações da funcionalidade e alterações do desempenho do AC, que impediam a sua deslocação para fora da habitação de forma independente ou com ajuda de familiares, apenas era possível, com recurso a transporte especializado disponibilizado pelos bombeiros, aquando da avaliação diagnóstica. Todos apresentavam comorbilidades por multipatologia crónica e encontravam-se polimedicados.

Como características particulares: **M1** apresentava um compromisso musculoesquelético por fratura distal do fémur, tendo sido submetido a prótese do joelho, como intercorrência, aumento do comprimento da perna. Apresentava como antecedentes pessoais: AVC medular que provocou paraparésia dos membros inferiores, com diminuição acentuada da força muscular à direita e Hipertensão Arterial (HTA), síndrome de apneia do sono a realizar Ventilação Não Invasiva (VNI) no período noturno e história de quedas de repetição por alterações do equilíbrio, da sensibilidade e da força muscular. **N1**, apresentava alterações da cognição e do humor (avaliado e medicado pela psiquiatria

em contexto de internamento), após internamento prolongado por cirurgia abdominal, que teve como intercorrência, infecção respiratória, deiscência da ferida cirúrgica abdominal e 2 úlceras por pressão, com necessidade de tratamento diário. Não eram conhecidos antecedentes pessoais prévios. **N2**, síndrome de imobilidade por internamento prolongado por doença osteoporótica D1, L3/L4, com subluxações em L3/L4 e L4/L5, sem déficit sensitivo. Como antecedentes pessoais: doença cerebrovascular, síndrome demencial, dislipidemia e HTA. **R1**, foi submetido a cirurgia cardíaca para substituição de válvula cardíaca, como intercorrência sépsis; mediastinite com instabilidade esternal; *delirium* hiperativo, internamento prolongado superior a 5 meses, do quais, 2 meses em unidade de cuidados intensivos. Como antecedentes pessoais: doença de Crohn e mieloma múltiplo em remissão após quimioterapia, que, como intercorrência, desenvolveu tremor essencial mais acentuado na mão direita. **R2**, internamento prolongado por pneumonia de aspiração, tendo sido submetido a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) para alimentação, O<sub>2</sub> por óculos nasais a 2L/min nas 24h e aspirador de secreções, SpO<sub>2</sub> inferior a 90% sob oxigenoterapia. Como antecedentes pessoais: síndrome demencial com evolução superior a 10 anos, com rigidez articular, espasticidade e adoção de posições viciosas já instaladas anteriormente, totalmente dependente, acamado, sem vida de relação.

A utilização do ENCS, permite-nos verificar de forma rápida os domínios com maior déficit terapêutico, permitindo priorizar as intervenções de enfermagem (Lopes e Fonseca, 2013).

Neste sentido, na Tabela 8, verificamos que o *Domínio do AC* é o que apresenta, a avaliação inicial, maior compromisso, sendo que, todos os participantes apresentam um déficit terapêutico grave, exceto no caso **R2**, que apresenta um déficit terapêutico completo. De igual modo, é o que apresenta maiores ganhos na relação entre a avaliação inicial e a final, exceto no caso **R2**.

Segue-se o *Domínio da Aprendizagem e Funções Mentais* em que, na avaliação inicial, **N1 e N2** apresentam um déficit terapêutico grave, **O3 e R1** um déficit terapêutico moderado e **R2** um déficit terapêutico completo, sendo que, **N1, N2 e R1** apresentaram ganhos neste domínio, na avaliação final.

No *Domínio da Comunicação*, verificamos que, na avaliação inicial **N1 e N2**, apresentam um déficit terapêutico grave, **O3** um déficit terapêutico moderado e **R2** um

défice terapêutico completo, em que **N1** e **N2**, obtiveram ganhos neste domínio, na avaliação final.

Por fim, no *Domínio das Relações Sociais*, **O1** apresenta um défice terapêutico ligeiro e **N1**, **N2** e **R2**, apresentam um défice terapêutico moderado, sendo que **O1**, **N1** e **N2**, obtiveram ganhos neste domínio, na avaliação final.

O processo de envelhecimento implica por si só, uma diminuição da capacidade funcional, causando limitação das AVD e AC (Garcia et al., 2021) sendo que, a incidência de multipatologia crónica associada ao envelhecimento e as alterações do sistema musculoesquelético com necessidade de intervenção cirúrgica, acrescentam maior dependência funcional (Maresova et al., 2019; Lourenço et al., 2021).

Indo ao encontro do referencial teórico de Orem (2001) e ao Modelo de AC de Fonseca (2013), no *défice terapêutico completo* a pessoa encontra-se incapacitada de desenvolver o AC, sendo que, a intervenção de enfermagem ocorre, na substituição da pessoa na realização do seu AC. Nesta situação o envolvimento da família, é importante, no sentido de a capacitar, para que possam substituir a pessoa, dando continuidade aos cuidados que esta necessita (Demoro et al., 2018). No *défice terapêutico grave e moderado*, a intervenção de enfermagem ocorre em complementaridade às necessidades da pessoa, substituindo-a nas ações que esta não consegue realizar de forma independente, procurando, com esta, estratégias facilitadoras e adaptadas para maximizar as capacidades existentes (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019). Nestas situações, o envolvimento da família/ cuidador é de igual modo importante, de modo a encontrar estratégias, para que este, estimule e auxilie a pessoa no seu AC e não a substitua (Henriques & Ávila, 2017; Lourenço et al., 2021). No *défice terapêutico ligeiro*, a pessoa é capaz de realiza o seu AC, necessitando de apoio, orientação ou supervisão (Orem, 2001), sendo este o contexto da implementação dos planos de intervenção de ER, anteriormente descritos.

## 5.2 Discussão de Resultados

Neste subcapítulo iremos analisar os dados obtidos com a implementação no plano de intervenção de ER, nos contextos de estágio, à luz da Teoria de Déficit de AC de Orem (2001); da Teoria de Médio-Alcance de Lopes (2006), do Modelo de AC de Fonseca

(2013) e das Competências de EEER (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de setembro, 2019), relacionado com os dados obtidos pela RSL com metanálise, desenvolvida com suporte para a implementação do plano de intervenção de ER, de modo a evidenciar os ganhos sensíveis aos CEER, nos domínios da Capacidade Funcional, no AC e na Capacidade de Conhecimento (Fonseca, 2013).

Neste seguimento, fazendo um paralelismo com os Domínios do ENCS (Lopes & Fonseca 2013), verificamos que: o *domínio AC*, relaciona-se com o compromisso na ação e com *potencial para melhora e capacidade para*. O *domínio da Aprendizagem e Funções Mentais*, assim como o *domínio da Comunicação*, prendem-se com o *potencial para melhorar o conhecimento sobre*. O *domínio das Relações Sociais*, encontram-se relacionados com o *potencial para melhorar a capacidade e potencial para melhorar o conhecimento* do prestador de cuidados.

Pela avaliação final do ENCS verificamos que o *domínio do AC*, foi que apresentou maior compromisso na avaliação inicial e melhores resultados, na avaliação final. Estando este domínio relacionado com a ação, o seu compromisso, relaciona-se com **Capacidade Funcional e AC**, pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013) e com o *potencial para melhorar a capacidade para*.

Relativamente ao *domínio da Aprendizagem e Funções Mentais* e ao *domínio da Comunicação*, que se prendem com o potencial para melhorar o conhecimento da pessoa, e o *domínio das Relações Sociais*, com a capacidade e conhecimento do prestador de cuidados, relacionam-se com a **Capacidade de Conhecimento**, pilar do Modelo de AC de Fonseca (2013).

Segundo Orem (2001), as pessoas apresentam capacidade para satisfazerem as suas necessidades de AC, assim como as dos seus familiares, contudo, essa capacidade pode ficar comprometida, ocorrendo os desvios de saúde, que podem ser temporários ou permanentes, necessitando nesse momento da intervenção de enfermagem. Assim, o EEER, intervém na realização do AC, AVD e AIVD, concebendo “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”, elaborando e implementando “programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019, p. 13567), intervindo de forma sistematizada e intencional

na capacitação e na maximização do potencial da pessoa na aquisição de independência no AC (Ribeiro et al., 2021), através da criação de uma relação terapêutica entre o EEER e a pessoa, família/cuidador, envolvendo-os ativamente no seu processo de reabilitação (Lopes, 2006).

Segundo Silva et al. (2020), a pessoa tem capacidade de aprender novas formas de desempenhar o AC. Desta forma a intervenção do EEER, passa, não só pela substituição ou assistência da pessoa, como, por desenvolver com esta, estratégias de ultrapassar as dificuldades sentidas, dotando-a de conhecimento e capacidade para o desempenho do seu AC, de forma independente ou com a mínima ajuda possível (Petronilho & Machado 2017).

Contudo, as alterações cognitivas ou antecedentes demenciais, podem dificultar a capacidade funcional e a capacidade de conhecimento, devendo o EEER ter em consideração, não só a condição física atual da pessoa, mas, de igual modo, a condição de saúde anterior (Araújo et al., 2021; Lourenço et al., 2021). Deste modo é fundamental o envolvimento da família/ cuidadores no plano de intervenção (Santos, 2019), sendo que os ganhos em saúde, serão relativos à aquisição do conhecimento e capacidade do prestador de cuidados (MCEER, 2015a).

Face ao acima descrito, abordaremos, em primeiro, os domínios da *Aprendizagem e Funções Mentais*, da *Comunicação* e das *Relações Sociais*, domínios estes, que se encontram relacionados a **Capacidade de Conhecimento**, pilar do Modelo de AC de Fonseca (2013).

Deste modo, na **Capacidade Conhecimento**, verificamos que: **O1**, **O2**, **M1** e **R1** apresentaram melhoria na autogestão da doença e de complicações, sendo que em **O1** e **O2**, prende-se com o cumprimento das restrições de movimento impostas pelo ato cirúrgico, (Lourenço et al. 2021) e melhoria no conhecimento de técnicas adaptativas do desempenho do AC, na utilização de estratégias para a realização do AC e na correta utilização dos produtos de apoio (Silva et al, 2020).

**M1** e **R1**, na adoção de prática de exercício físico regular; na manutenção de peso adequado; na ingestão hídrica adequada; na adoção de melhores hábitos alimentares e na segurança na realização de exercício físico, sendo que, o cuidador de **R1** voltou à sua atividade laboral, apresentando diminuição da sobrecarga do cuidador. Estes resultados

sustentam o que os autores Bjerk et al. (2019), Hsieh et al. (2019), Soukkio et al. (2021), Trapuzzano et al. (2020), Yildiz & Kaşıkçı (2020), relatam nos seus estudos.

**O3, N1, N2 R2** devido às limitações e incapacidades previamente existentes, relacionadas com os antecedentes pessoais de cada um dos participantes, anteriormente descritos, não apresentavam capacidade para aquisição de conhecimento, apresentando compromisso a nível destes domínios na avaliação final. Estes resultados são espectáveis como nos referem Araújo et al. (2021) e Lourenço et al. (2021).

Assim deste modo os resultados esperados com a implementação do plano de intervenção de ER, eram relativos à aquisição de conhecimento e capacidade dos familiares/ cuidadores de **O3, N1, N2 e R2**, que, na avaliação final, apresentavam conhecimento e capacidade para assistir a pessoa na no seu AC, na utilização correta dos dispositivos auxiliares de AC e na correta execução da técnica adaptada para o AC (Lourenço et al., 2021; Henriques & Ávila, 2017; Orem, 2001), nos casos de **O3, N1 e N2**; e no caso de **R2** a substituir na realização do AC, a manter o equilíbrio familiar, tendo desenvolvido estratégias para diminuir a sua sobrecarga (Henriques & Ávila, 2017; Santos, 2019, Hsieh et al., 2019).

Estes resultados contribuem no seu conjunto, para a melhoria dos indicadores de resultado nos *ganhos em conhecimento*, nos casos de **O1, O2, M1 e R1**; e *ganhos em conhecimento e em capacidade do prestador de cuidados*, nos casos de **O3, N1, N2 e R2** (MCEER, 2015a).

Relativamente ao *domínio do AC*, transpondo para os pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013), na **Capacidade Funcional** e no **AC**, verificamos que: **O1, O2** apresentaram melhoria no desempenho do AC, na independência e mobilidade funcionais realizando de forma independente, com supervisão, a utilização do sanitário, os cuidados de higiene no duche, tendo desenvolvido de estratégias adaptativas para se vestirem, transferirem-se, porem-se de pé e posicionarem-se, corroborando o encontrado nos estudos de Soukkio et al. (2021), Trappuzano et al. (2020) e Yildiz & Kaşıkçı (2020).

**O3, M1, N1 e N2; R1** apresentaram melhorias no desempenho do AC e na mobilidade funcional, sendo que **M1 e R1** necessitavam de apoio do cuidador para ir ao sanitário, realizar os cuidados de higiene no duche, no vestir e despir, já **O3, N1 e N2** conseguiam realizar determinadas tarefas simples nos AC arranjar-se, vestir-se e despir-se com

estimulação, orientação e assistência do cuidador, indo de encontro aos resultados obtidos por Trappuzano et al. (2020) e Yildiz & Kaşikçi (2020).

**O1, O2, N2 e R1** apresentaram melhoria do equilíbrio estático e dinâmico, força muscular dos membros inferiores e flexibilidade dos membros inferiores sendo, que **O1** e **O2** encontravam-se capazes de realizar marcha com andarilho, contornar obstáculos e subir e descer escadas, mantendo um padrão respiratório adequado à atividade, fazendo pausas quando necessário, **N2** conseguia andar com andarilho com assistência do cuidador, dentro e fora de casa, em plano, e entrar no carro, já **R1** conseguia com auxílio de canadianas e supervisão do cuidador, subir e descer escadas, apresentando tolerância à atividade física, incluindo marcha no exterior com declives e escadas. Estes resultados foram igualmente relatados por Hsieh et al. (2019); Trappuzano et al. (2020) e Bjerk et al. (2019).

**M1** apresentou melhoria no equilíbrio ortostático estático e melhoria na força dos membros inferiores, conseguindo com assistência do cuidador em pôr-se de pé, manter equilíbrio ortostático estático com auxílio de duas canadianas e independência no transferir-se, como referido nos estudos de Trappuzano et al. (2020) e Bjerk et al. (2019).

**R1** apresentou aumento da velocidade da marcha e melhoria da força de apreensão manual, como verificado nos estudos desenvolvidos por Bjerk et al. (2019) e Hsieh et al. (2019). Estes resultados contribuem no seu conjunto, para a melhoria dos indicadores de resultado nos *ganhos em capacidade para* (MCEER, 2015a), traduzindo-se na diminuição do nível de dependência dos participantes (Hsieh et al., 2019).

Contudo, na avaliação final neste domínio, apesar dos ganhos apresentados, **O3; M1; N1; N2 e R1**, ainda permaneciam com défice terapêutico a nível do AC. **R2**, permaneceu com défice terapêutico completo no AC, após a implementação do plano de ER, mas importa referir, suspendeu aporte de O<sub>2</sub>, apresentando SpO<sub>2</sub> de 98% em ar ambiente, sem necessidade de aspiração de secreções.

Consideramos estes resultados expectáveis, pois é fundamental ter em conta, não só a condição física atual da pessoa, mas de igual modo, a condição de saúde anterior, como nos referem Araújo et al. (2021) e Lourenço et al. (2021), sem esquecer a importância do envolvimento da família/ cuidadores, no plano de intervenção, como nos refere Santos (2019), sendo que os ganhos em saúde, estarão igualmente relacionados com o conhecimento e a capacidade do prestador de cuidados (MCEER, 2015a).

Durante a implementação do plano de intervenção de ER, nenhum dos participantes apresentou episódio de queda, corroborando o que nos referem Trappuzano et al. (2020) e Bjerck et al. (2019), uma vez que as quedas, são uma preocupação acrescida, pelas limitações, morbidade e mortalidade que causam, afetam não só a qualidade de vida das pessoas com sobrecarregam os serviços de saúde e são responsáveis por institucionalização precoce dos idosos (Trappuzano et al., 2020), consideramos este facto, como ganhos em saúde.

Outro dado, que consideramos relevante, foi o facto de que nenhum dos participantes teve necessidade de internamento por agudização. Segundo Henriques & Ávila (2017), as doenças crónicas e as demências, pela sua cronicidade e morbidade associadas, exacerbam os custos sociais e de saúde, provocando sobrecarga da sociedade e das famílias, com múltiplos internamentos por agudização. Desta forma, consideramos que, a implementação do plano de intervenção de ER, teve um efeito positivo na autogestão da doença crónica, que consideramos como ganhos em saúde, indo ao encontro dos resultados obtidos no estudo desenvolvido por Hsieh et al. (2019), que revelou que PR, apresentou melhoria da capacidade funcional dos idosos sem acrescentar custos aos sistemas de saúde e sociais.

Desta forma, tendo em conta os objetivos traçados, os resultados obtidos e os ganhos observados pela diferença entre os perfis funcionais iniciais e os perfis funcionais finais, consideramos que a implementação do plano de intervenção ER teve efeito positivo, que se traduziu em ganhos sensíveis aos CEER, **melhoria do AC**, na **melhoria da Capacidade Funcional** e na **melhoria da Capacidade de Conhecimento**, de acordo com os pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013) e dos indicadores de resultados em *ganhos em conhecimento e capacidade da pessoa e do prestador de cuidados* (MCEER, 2015a), contribuindo, positivamente para a qualidade de vida dos participantes, da sua família/ cuidadores, como nos referem Deng et al. (2020), Yildiz & Kaşıkçı (2020), Bjerck et al. (2019) e Hsieh et al. (2019), sem sobrecarregarem os sistemas de saúde e sociais (Hsieh et al., 2019).

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O desenvolvimento de competências, é considerado como um conjunto de conhecimentos, atitudes comportamentais e habilidades técnicas que possuímos. Deste modo, *o conhecimento* refere-se aos conteúdos teóricos aprendidos no percurso académico; *as atitudes comportamentais*, estão associadas ao comportamento humano, relacionando-se com os valores pessoais, emoções, sentimentos e experiências vidas; por último, *as habilidades técnicas*, dizem respeito ao domínio técnico adquirido na prática profissional. No seu conjunto, estes três componentes, orientam-nos na busca da excelência dos cuidados de enfermagem especializados (Martins, 2021).

Neste capítulo, desenvolvemos uma análise reflexiva referente à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, de mestre e específicas do EEER adquiridas pela realização dos Estágio em ER e Estágio Final, refletindo sobre estas na prática clínica.

O Enfermeiro Especialista (EE) é o profissional de saúde a quem foi reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” envolvendo as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744).

Pretende-se, com as **competências comuns do EE**, que a intervenção do EE, reflita os domínios das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais de forma mais aprofundada. Assim, as competências comuns dos EE, são transversais a qualquer área de especialidade em Enfermagem, sendo demonstrada através de intervenções que reflitam uma excelente capacidade de conceção, supervisão e gestão de cuidados e suportando os cuidados especializados em enfermagem em prática baseada em evidência através da investigação, formação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Ido ao encontro da **competência de grau de mestre**, *ser detentor de conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos*

conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, 2006, p. 2246<sup>11</sup>).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), as competências comuns ao EE integram quatro domínios: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados; e competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Refletindo sobre a **competência comum dos EE** no *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*, o EE releva um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745). Deste modo, o EE, revela um conhecimento do enquadramento ético, deontológico e jurídico na tomada de decisão, assim como da situação, tendo em vista a adequação de estratégias para solucionar o problema. Isto permite uma tomada de decisão refletida, ponderada e partilhada em equipa na qual está inserido, de modo a adequar as intervenções de enfermagem especializadas às necessidades encontradas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p. 4746). Assim, presente na prática do exercício profissional no contexto dos estágios, foi com base no dever ético, deontológico e jurídico da profissão, no respeito e na promoção da proteção dos direitos humanos, através da adoção de uma atitude promotora de segurança, privacidade e dignidade pela pessoa e família/ cuidador, que desenvolvemos a nossa prestação de cuidados.

Tendo em consideração, que os planos de intervenção de ER apresentados neste Relatório, foram dirigidos a pessoas com 65 e mais anos de idade, consideramos importante a sua vulnerabilidade e a sua fragilidade, garantindo uma prestação de cuidados de excelência, com base no respeito pelos valores éticos e deontológicos, da solidariedade e da justiça (CNECV, 2018). De acordo, com Vasconcelos (2021), a pessoa

---

<sup>11</sup> Alterado pelos: Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho; Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro; Declaração de Retificação n.º 81/2009, de 27 de outubro; Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto; Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro; Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto; Decreto-Lei n.º 27/2021, de 16 de abril e Decreto-Lei n.º 13/2022, de 12 de janeiro.

com limitação/ incapacidade é um ser humano, igualmente detentor de direitos e de dignidade, que por alteração/ limitação funcional, apresenta alterações da sua capacidade funcional e não na sua capacidade de decisão. Em determinadas situações, devido ao grau de dependência da pessoa em realizar o AC, tornou-se importante envolver a família / cuidador no plano de intervenção de ER, para que estes adquirissem conhecimento e capacidade de a substituir ou assistir, no desempenho do seu AC, quando esta não é capaz (Santos, 2021). Contudo, o envolvimento da família/cuidador, foi sempre discutido com a pessoa, respeitando o seu direito à privacidade, pois a sua condição de saúde pertence a si próprio (Vasconcelos, 2021). Para tal, outro aspeto a considerar, foi o respeito pelo princípio da autonomia, pela liberdade de decisão, através do direito ao consentimento informado, da transmissão de informação clara e precisa do plano de intervenção de ER, das intervenções planeadas, negociando com o utente e família/ cuidador os objetivos a estabelecer tendo em conta a sua cultura, crenças, valores e projeto de vida, aplicando o princípio da beneficência e não maleficência pela obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, percebendo os papéis que cada um representa no seio familiar. Em situações em que, por alterações neurológicas ou cognitivas, a pessoa se encontrava incapaz de decidir, o envolvimento da família foi ao encontro do respeito pela dignidade da pessoa, na medida, em que a família é detentora de conhecimento da pessoa, das suas preferências, da sua cultura e do seu projeto de vida, transmitindo-nos essa informação, para que os CEER, fossem prestados de forma personalizada através de uma visão holística da pessoa e não apenas das necessidades afetadas (Vasconcelos, 2021).

Desta forma, com o desenvolvimento desta competência, foi-se ao encontro da aquisição da **competência de grau de mestre**: Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, 2006, p. 2246<sup>12</sup>).

Relativamente à segunda **competência comum dos EE**, no domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE apresenta capacidade de mobilizar conhecimentos e

---

<sup>12</sup> Alterado pelos: Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho; Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro; Declaração de Retificação n.º 81/2009, de 27 de outubro; Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto; Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro; Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto; Decreto-Lei n.º 27/2021, de 16 de abril e Decreto-Lei n.º 13/2022, de 12 de janeiro.

habilidades que permitam desenvolver e implementar estratégias e projetos institucionais de melhoria contínua, promovendo práticas de qualidade, colaborando e gerindo programas institucionais em função dos resultados e ganhos em saúde, garantindo um ambiente seguro, terapêutico através da gestão dos riscos (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Esta competência comum vai ao encontro da **competência de grau de mestre**: *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo* (Decreto-Lei n. 74/2006, de 24 de março, 2006, p. 2246<sup>12</sup>)

Refletindo sobre estas competências, nas UCC, o EE tem uma intervenção ativa na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. AS UCC contratualizam, o plano de ação anual, internamente com os ACeS. Esta contratualização, tem por base a melhoria contínua em áreas específicas, organizadas numa matriz multidimensional, através de ferramentas de gestão disponibilizadas pelo Portal dos Bilhetes de Identidade dos CSP. Esta matriz multidimensional das UCC, compreende as áreas: desempenho assistencial, que inclui as subáreas: da gestão de saúde, gestão da doença, acesso e intervenção comunitária; serviços, que inclui as subáreas: da atividade de caráter assistencial e da atividade de caráter não assistencial; qualidade organizacional, que inclui as subáreas: da melhoria contínua dos cuidados; a segurança e a centralidade no cidadão; formação profissional, que inclui as subáreas: da formação interna e externa; e atividade científica, que inclui as subáreas: da autoria de artigos escritos, apresentações de comunicações e participação em conferências e trabalhos de investigação (ACSS, 2022). Todas estas áreas, contribuem, através do desempenho setorial, para o desempenho Global da UCC, avaliado pelo índice do desempenho global, que é calculado pelos indicadores associados a cada uma das dimensões.

Nas UCC, os CEER contribuem de forma positiva em todas as áreas, contudo é na área de desempenho assistencial, dentro da subárea da gestão da doença, na subdimensão Reabilitação, Doença Crónica e ECCI, que encontramos o único indicador que avalia os resultados sensíveis aos CEER, através do “*Indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais*” (ACSS, 2022).

Durante a realização do Estágio Final, realizamos uma Norma de Procedimento Interno (Apêndice I), com o objetivo de uniformizar os registos de enfermagem e

contribuir para melhoria contínua dos registos de enfermagem da UCC, tendo sido realizado uma Ação de Formação Interna, para apresentação da norma e do indicador (Apêndice II).

Indo ao encontro da terceira **competência comum do EE**, no *domínio da gestão dos cuidados*, o EE revela capacidade de gestão dos cuidados de enfermagem, potenciando as respostas de enfermagem e da equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade e segurança das tarefas que delega, adequado os recursos necessários à prestação de cuidados de forma a garantir a excelência da qualidade dos mesmos (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

O EE baseia a sua prática profissional em evidência científica, tendo presente os padrões de qualidade quer dos cuidados de enfermagem gerias, como dos cuidados de enfermagem especializados.

Sendo o AC um foco fundamental da ER, o EEER deve assumir-se como enfermeiro de referência na gestão de cuidados às pessoas com limitação/ alteração ou défice no AC, promovendo a formação dos parceiros, quer da equipa de enfermagem como da família/ cuidador de modo, a que, a continuidade e a qualidade dos cuidados sejam asseguradas de forma eficaz. O EEER apresenta um conjunto de conhecimento e habilidades que lhe permitem, de forma autónoma, desenvolver diagnósticos de enfermagem dentro da sua área de especialidade e de implementar intervenções de enfermagem, tornando-se um elemento de referência nas equipas multidisciplinares na gestão dos cuidados (Santos, 2021), indo ao encontro da **competência de grau de mestre**: *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades* (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, p. 2246<sup>13</sup>).

Durante a realização dos Estágios, era de extrema importância a gestão dos cuidados, dos recursos materiais e dos recursos na comunidade para assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados de reabilitação. No Estágio em ER, verificamos a importância de se iniciar um plano de intervenção de ER no pré-operatório e o mais precocemente no pós-operatório. Eram identificadas as condições socioeconómicas, habitacionais e sociais

---

<sup>13</sup> Alterado pelos: Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho; Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro; Declaração de Retificação n.º 81/2009, de 27 de outubro; Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto; Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro; Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto; Decreto-Lei n.º 27/2021, de 16 de abril e Decreto-Lei n.º 13/2022, de 12 de janeiro.

da pessoa e os recursos que disponibilizava aquando da alta. Nas passagens de turno, era apresentado, à equipa de enfermagem, o plano de intervenção de ER proposto e em equipa, eram definidos os critérios de continuidade de cuidados, que posteriormente, em articulação com o médico responsável e com assistente social do serviço, solicitava-se a colaboração da EGA para referenciação da pessoa para a RNCCI, de acordo com a tipologia mais adequada às necessidades identificadas, como as Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação ou para a ECCI.

Na comunidade, a gestão dos cuidados passa pelo trabalho em equipa, quer com a equipa de enfermagem, como com a equipa multidisciplinar, e acima de tudo com a pessoa e família/ cuidador. Este trabalho em equipa é fundamental para promover a continuidade de cuidados e ajustá-los à realidade da pessoa e família de acordo com a sua cultura, valores, crenças e projetos de vida. Para além da gestão dos cuidados, o EEER tem uma intervenção importante a nível das acessibilidades públicas e habitacionais, assim como, na da adequação dos produtos de apoio, com a finalidade de maximizar as capacidades existentes e promover a independência funcional, no desempenho do AC e das AVD, ensinando e treinando a sua utilização (Oliveira et al., 2021).

Durante o Estágio Final, articulamos sempre que necessário com o médico de família e com a assistente social, para a prescrição dos produtos de apoio adequados e dos produtos de apoio para a acessibilidade, de acordo com o Despacho n.º 7197/2016, de 1 de junho (2016). Verificamos as acessibilidades a nível do acesso exterior da habitação, como no seu interior e orientamos as adaptações necessárias, para facilitar a realização do AC, promover a independência funcional e o desempenho das AVD. Negociamos o plano de intervenção de ER com a pessoa família/cuidador, envolvendo-os no mesmo, incentivando-os a replicar alguns exercícios, ao longo do dia. Para tal, era fornecido, em suporte de papel, imagens explicativas dos exercícios a realizar, depois de treinados com o utente e família/cuidador, sendo que, na sessão seguinte, verificávamos a sua realização, esclarecíamos as dúvidas e ajustávamos o plano de intervenção de ER sempre que necessário. Articulamos, de acordo com as necessidades identificadas, com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, para gestão e controlo de sintomas decorrentes de doenças crónicas; com as várias UF; com as IPSS, no sentido de ajustarem os cuidados de higiene, transferências e posicionamentos adaptados às necessidades da pessoa, família/cuidador, sensibilizando os cuidadores formais para a importância de,

sempre que possível, assistir a pessoa no AC, em vez de fazer por ela (Lourenço et al., 2021; Henriques & Ávila, 2017; Orem, 2001).

Relativamente à quarta **competência comum dos EE**, no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, o EE revela assertividade e autoconhecimento, baseando a sua prática no conhecimento científico. O EE deve ter consciência de si próprio, conhecer a suas limitações e fragilidades assim como os seus pontos fortes, sendo capaz de gerir sentimentos e emoções, antecipando eventuais situações de conflito ou de pressão, discutindo em equipa, de forma assertiva, em local e momento oportunos, com vista à busca de uma resposta eficaz para a resolução do problema. Esta atitude perante si próprio, permite que o EE, identifique fatores que possam influenciar a relação que estabelece com a pessoa, família/ cuidador, como, com a equipa, esperando-se uma grande capacidade de adaptabilidade e flexibilidade quer individual como organizacional (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Assim, na comunidade, este domínio adquire uma importância fundamental uma vez que o EE não se encontra no seu ambiente de conforto, mas sim em casa da pessoa. Neste contexto de cuidados, é exigido que o EE tenha capacidade de inovar, adaptar e flexibilizar os cuidados, estabelecendo uma relação terapêutica, com base na confiança com a pessoa, família/ cuidador e com a equipa multidisciplinar onde se integra (CSMA, 2021; Uittenbroek et al., 2018). Baseando a sua prática, em evidência científica, o EE é um agente de formação, quer para a equipa onde se insere, quer na capacitação da pessoa família/ cuidador, através de ensino e literacia em saúde, recorrendo ao conhecimento científico para fundamentar a sua prática (Oliveira et al., 2021).

De salientar que, durante a realização dos estágios, procuramos a melhor evidência científica, para suportar a implementação das intervenções de ER, de acordo com as necessidades e características de cada pessoa família/ cuidador. Desta forma, realizamos a RSL com metanálise, apresentada neste Relatório, para identificar os ganhos sensíveis aos CEER, na implementação de PR estruturado, no domicílio, para pessoas idosas, contribuindo assim, para a produção de conhecimento científico na área da ER, através da elaboração de um artigo de investigação, intitulado “*Health-related outcomes of structured home-based rehabilitation programs among older adults: A systematic literature review*”, que aguarda publicação na revista científica *HealthCare*, indo, desta forma, ao encontro da competência de grau de mestre: *revelar competências que lhes*

permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n. 74/2006, de 24 de março, 2006, p. 2246<sup>14</sup>).

A Reabilitação, em Portugal, enquanto “especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o potencial funcional e independência.” (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019, p. 13565). Assim, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.”, dotado de um nível de conhecimentos elevado e experiência acrescida que permite a tomada de decisões “relativas a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”, melhorando a função, promovendo a independência, minimizando o impacto da incapacidade e procurando a satisfação da pessoa, através da sua intervenção especializada, com vista à reintegração da pessoa na sua família, comunidade, com respeito pelo direito à dignidade, assim como, promovendo a qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019, p. 13665).

Assim, de acordo com as **competências específicas do EEER**, este cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, identificando necessidades de intervenções especializadas “no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, em todas as idades, que estão impossibilitadas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária” (p. 13565). Acresce ainda a importância da intervenção do EEER na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico do compromisso na função que incapacita, limita ou impede a atividade da pessoa, concebendo e implementando planos de intervenção que promovam a adaptação para a realização do AC e autocontrolo, através de intervenções com o objetivo de potenciar ou reeducar a função, a nível motor, cognitivo e sensorial, cardiorrespiratório, da sexualidade e da eliminação, avaliando os resultados da sua intervenção; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, analisando a questão da

---

<sup>14</sup> Alterado pelos: Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho; Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro; Declaração de Retificação n.º 81/2009, de 27 de outubro; Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto; Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro; Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto; Decreto-Lei n.º 27/2021, de 16 de abril e Decreto-Lei n.º 13/2022, de 12 de janeiro.

deficiência de forma pormenorizada, assim como o seu impacto na limitação da atividade e no impedimento da participação da pessoa em sociedade, elaborando e implementando PR de treino de AC e AVD, através de treino de técnicas adaptativas, adequando os produtos de apoio necessários, de modo a potencializar a máxima capacidade funcional, promovendo a acessibilidade, a mobilidade e a participação social da pessoa com vista a maximizar a sua autonomia e promovendo a sua qualidade de vida; e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, interagindo com a pessoa de modo ao desenvolvimento de atividades que maximizem a sua capacidade funcional, permitindo assim, melhorias no desempenho a nível motor e cardiorrespiratório, de modo a potenciar o seu rendimento e o seu desenvolvimento, através da conceção e implementação de programas de reabilitação que visam o treino motor e cardiorrespiratório, avaliando e reformulando o PR implementado de acordo com os objetivos traçados e os resultados esperados (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

Refletindo sobre as **competências específicas do EEER**, indo ao encontro do acima descrito, em contexto da prática clínica durante os estágios, apesar do tema deste Relatório e da colheita de dados serem direcionados para a população idosa, tivemos a oportunidade, quer no Estágio de ER, quer no Estágio Final, de prestar CEER a pessoas em diferentes faixas etárias, com alterações da funcionalidade agudas ou crónicas, do foro ortotraumatológico, neurológico, cardiorrespiratório e da sexualidade. Pela diversidade de contextos socioculturais, económicos, profissionais e projetos de vida, os planos de intervenção de ER foram elaborados em conjunto com a pessoa, família/cuidador, personalizados de acordo com as suas prioridades e objetivos. Para a sua elaboração, procedemos à avaliação da funcionalidade de forma sistematizada, através da utilização de instrumento ENCS (Lopes & Fonseca, 2014), que permitiu a colheita de dados, na avaliação diagnóstica, que nos possibilitou a elaboração de diagnósticos relacionados com as alterações da funcionalidade, na implementação de intervenções de ER e onde sustentamos a tomada de decisão com vista à melhoria continua da qualidade dos CEER. Os planos de intervenção de ER, tinham como objetivos a promoção do desenvolvimento de estratégias adaptativas de AC e autocontrolo, capacitação no uso de dispositivos auxiliares para AC, potencializando e melhorando a funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, 2019).

Os planos de intervenção de ER concebidos e implementados durante os estágios, envolviam intervenções promotoras da *Capacidade Funcional* e *AC*, através de intervenções com vista a reeducação funcional motora, cardiorrespiratória e cognitiva, minimização do impacto da limitação através de treino de estratégias adaptativas, com adequação de produtos de apoio, para o desempenho do AC e intervenções promotoras da *Capacidade de Conhecimento* através de literacia e educação para a saúde promotoras da adoção de melhores hábitos alimentares, gestão da doença e do regime terapêutico, prevenção de complicações, com vista à promoção da autonomia e da qualidade de vida de acordo com o Modelo de AC de Fonseca (2013), possível através da existência de uma relação terapêutica entre o EEER e a pessoa, família/cuidador (Lopes, 2006), de forma a potenciar a adesão ao plano de intervenção de ER (Ventura et al., 2021).

A implementação dos planos de intervenção de ER estruturados, personalizados, adaptados, com base nos três pilares do Modelo de AC de Fonseca (2013), permitiram obter melhorias na funcionalidade, no desempenho do AC, na capacitação para a utilização de estratégias e conhecimentos promotores de uma maior mobilidade, assim como, o conhecimento da legislação para a atribuição de produtos de apoio e produtos de apoio para a acessibilidade, promovendo o trabalho em equipa, pela articulação e envolvimento da equipa multidisciplinar na sua prescrição e aquisição, considerando que foram fatores facilitadores para promover a reinserção e a participação da pessoa na sociedade.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo, sendo o último, conclui este Relatório e encerra um percurso académico que permitiu a aquisição de competências acrescidas, de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvidas por um conjunto de aquisições teóricas e práticas, aprofundadas em contextos dos estágios desenvolvidos.

O desenvolvimento do projeto que deu origem a este Relatório, permitiu a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, permitindo de igual modo, identificar os ganhos sensíveis aos CEER, na implementação de um plano de intervenção estruturado na comunidade, na pessoa idosa.

O desenvolvimento dos planos de intervenção de ER, foi fundamentado em conhecimento científico, através da realização de uma RSL com metanálise, tendo como alicerce o Modelo de AC de Fonseca, a Teoria de Médio-Alcance de Lopes, a Teoria do Défice de AC de Orem e as Competências do EEER, sendo igualmente, a sua base de implementação, do tratamento e discussão dos resultados obtidos, que se traduziram em ganhos sensíveis aos CEER, na melhoria da Capacidade Funcional, no AC e na Capacidade de Conhecimento.

O envelhecimento, por si só apresenta um declínio nas capacidades físicas e mentais, dos idosos, sendo que, a incidência das doenças crónicas e as comorbilidades a elas associadas, sobrecarregam os custos com a saúde e sociais, colocando sérios desafios às sociedades atuais. Deste modo, as sociedades precisam de encontrar estratégias de envelhecimento saudável, diminuindo a sua sobrecarga a nível social e dos serviços de saúde, permitindo que a população idosa viva mais anos, mas com melhor qualidade de vida, capacidade funcional e de forma ativa na sociedade.

De salientar, com a implementação dos planos de intervenção de ER, na comunidade, dirigidos à população idosa, apresentam-se como uma estratégia eficaz na melhoria da sua Capacidade Funcional, no desempenho do AC e na Capacidade de Conhecimento, sendo que o EEER, pelas suas competências reconhecidas, intervém de forma especializada, maximizando as funções preservadas, minimizando o impacto das limitações existentes, promovendo a capacitação da pessoa contribuindo para a sua reinserção na família e na sociedade, com isto, contribui para a sua autonomia, bem-estar e qualidade de vida.

Desta forma, consideramos que atingimos os objetivos inicialmente propostos.

Como limitações, consideramos a sobrecarga, que a exigência dos trabalhos académicos, acrescenta à vida profissional, pessoal e familiar e pela dificuldade do reconhecimento do estatuto de trabalhador-estudante pelas Entidades Patronais, assim como pelas Instituições de Ensino.

Como pontos fortes, consideramos que este Relatório cumpre os critérios de rigor científico, tendo-se procurado a melhor evidencia existente para sua elaboração.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Sistemas de Saúde, I. P. [ACSS, I. P.]. (2022). *ACSS referencial de contratualização 2022*. República Portuguesa. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ACSS-Operacionalizacao\\_CSP\\_2022\\_Final.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2022_Final.pdf)
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Escola Superior de enfermagem de Coimbra.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/ idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 164–233). Lidel.
- Arco, A. R., Arco, H., Lucindo, I. M. L., & Martins, M. O. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. IP Portalegre - Escola Superior de Saúde.
- Bjerk, M., Brovold, T., Davis, J. C., Skelton, D. A., & Bergland, A. (2019). Health-related quality of life in home care recipients after a falls prevention intervention: A 6 months follow-up. *The European Journal of Public Health, 30*(1), 64–69. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cKz106>
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos Idosos. Em C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia de Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp. 51–71). Climepsi Editores.
- Boylan, L. N., & Buchanan, L. C. (2011). Reabilitação de Base Comunitária. Em S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª, pp. 187–199). Mosby Inc.
- Cantley, N. (2016). *Tutorial: How to read a forest plot*. A network for students interested in evidence-based health care. <https://s4be.cochrane.org/blog/2016/07/11/tutorial-read-forest-plot/>
- Case Management Society of América [CMSA]. (2021). *What Is A Case Manager?* Case Management Society of América [CMSA]. <https://cmsa.org>
- Chandler, N., Cumpston, M., Thomas, J., Higgins, J., Deeks, J., & Charles, M. (2021). Chapter I: Introduction. Em J. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. Page, & V. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2. Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-i>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2018). *CIPE® – Português*. CIPE®. (2018) [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV]. (2018). *Integridade na Investigação Científica—Recomendação*. CNECV. [https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/integridade-na-investigacao?download\\_document=8885&token=ad2aa3079891a6d6dc9556ee18bde5f5](https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/integridade-na-investigacao?download_document=8885&token=ad2aa3079891a6d6dc9556ee18bde5f5)

- Coutinho, C. (2023). *Metodologia de Investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. (2.<sup>a</sup> ed.). Almedina.
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/ idosa com compromisso cardiorrespiratório. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1<sup>a</sup>, pp. 234–280). Lidel.
- Demoro, C., Fontes, C., Trettene, A., Cianciarullo, T., & Lazarini, I. (2018). Applicability of Orem: Training of caregivers of infant with Robin Sequence. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 71, 1469–1473. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0562>
- Deng, A., Yang, S., & Xiong, R. (2020). Effects of an integrated transitional care program for stroke survivors living in a rural community: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(4), 524–532. <https://doi.org/10.1177/0269215520905041>
- Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35–39). Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). *A dor como 5º sinal Vital. Resisto sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº09/DGCG, de 14 de junho*. Ministério da Saúde [MS]. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011, de 19 de maio*. Ministério da Saúde [MS]. [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford.
- Doran, D. D., & Pringle, D. (2011). *Patients outcomes as accountability*. (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Faria, A., Martins, M. M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2021). Programa de Envelhecimento Ativo e Saudável em Contexto Comunitário. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1<sup>a</sup>, pp. 483–493). Lidel.
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem*. [Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058\\_td\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058_td_tese.pdf)
- Fonseca, C., Ferrinho, R., Maia, C. M. L., Grilo, E., Bule, M. J., & Vieira, J. V. (2021). *Estágio Final: Planeamento de Atividades*. IP Setúbal; U Évora; IP Bela; IP Portalegre; IP Castelo Branco.
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Mónico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. Em J. Garcia-Alonso & C. Fonseca

- (Eds.), *Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science* (Vol. 1016). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13)
- Fonseca, C., Pinho, L. G., Marques, M. C., & Garcia-Alonso, J. (2021). The Elderly Nursing Core Set and the cognition of Portuguese older adults: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, *108*. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-1>
- Forjaz, M. J. (2018). Prefácio. Em *Manual do Envelhecimento Ativo* (2ª). Lidel.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 495–508). Lidel.
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1º, pp. 12–18). Lidel.
- Henriques, C. M. A. D., & Ávila, R. F. A. (2017). A Pessoa com Demência: Uma Perspetiva da Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidado de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 587–604). Lusodidacta.
- Hsieh, T.-H., Su, S.-C., Chen, C.-W., Kang, Y.-W., Hu, M.-H., Hsu, L.-L., Wu, S.-Y., Chen, L., Chang, H.-Y., Chuang, S.-Y., Pan, W.-H., & Hsu, C.-C. (2019). Individualized home-based exercise and nutrition interventions improve frailty in older adults: A randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *16*, 119–134. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0855-9>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatística da Saúde 2020—Edição 2022* (Lisboa). INE. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2)
- Joanna Briggs Institute. (2020). *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools*. JBI. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Joanna Briggs Institute. (2021). *The Joanna Briggs Institute EBP Database Guide*. JBI EBP Database Guide. <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>
- Krishnan, S., Pappadis, M., Weller, S., Stearnes, M., Kumar, A., Ottenbacher, K., & Reistetter, T. (2017). Needs of stroke survivors as perceived by their caregivers: A scoping review. *Am J Phys Med Rehabil.*, *96*, 487–505. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000717>
- Lacroix, A., Hortobágyi, T., Beurskens, R., & Granacher, U. (2017). Effects of Supervised vs. Unsupervised Training Programs on Balance and Muscle Strength in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*, *47*, 2341–2361. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0747-6>
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Proposta de uma Teoria de Médio-Alcance* (1ª). Formasau.

- Lopes, M., & Fonseca, C. (2013). Processo de Construção do Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging and Innovation*, 2, 121–131.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2018). *Manual & Instrumento Elderly Nursing Core Set: Short Form*.
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/ idosa com compromisso musculoesquelético. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 281–328). Lidel.
- Maia, C. M. L., Ferrinho, R., Grilo, E., Reis, G., Fonseca, C., Bule, M. J., Vieira, J. V., & Nascimento, V. (2007). *Palneamento «Estágio em Enfermagem de Reabilitação»—Ano Letivo 2021-2022*. IP Setúbal; U Évora; IP Bela; IP Portalegre; IP Castelo Branco.
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Husic, J. B., Tomone, S., krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. *BMC Public Health*, 19(1), 1431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa Com Acidente Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465–473). Lusodidacta.
- Martins, M. M. (2021). Afinal o que nos diferencia dos outros enfermeiros e dos outros profissionais? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 4–5. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.181>
- Melo, P., Lima, J., Nunes, I., Pombal, F., Maia, E., Santos, S., Lourenço, M. C., Seixo, L., Claro, F., & Martins, A. (2022). Unidades de Cuidados na Comunidade—Diagnóstico de situação na perspetiva dos coordenadores. *Journal of Aging and Innovation*, 11(1), 43–53. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v11i1-3>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER]. (2016). *Enfermagem de Reabilitação – Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros [OE]. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER]. (2018). *Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER]. (2015a). *Core de Indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER)*. Ordem dos Enfermeiros [OE]. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core\\_Indicadores\\_por\\_Categoria\\_de\\_Enunciados\\_Descrit\\_PQCER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf)

- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER]. (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros [OE]. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, n.º Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, 2242 (2006). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, n.º Diário da República, Série I-A, n.º 109/2006 de 2006-06-06, Ministério da Saúde [MS], 3856 (2006). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, n.º Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, publicado e Diário da República, Série I, n.º 38/2008 de 2008-02-22, Ministério da Saúde [MS], 1182 (2008).
- Despacho n.º 10147/2009, de 16 de abril, n.º Diário da República, Série II n.º 74/2009 de 2009-04-16, Governo e administração direta e indireta do Estado, 15438 (2009). [https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310?\\_ts=1667864301955](https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310?_ts=1667864301955)
- Nascimento, V. R. D. (2019). *Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com défice no autocuidado em processo cirúrgico* [Mestrado em Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal; Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Castelo Branco]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28865/3/Dissertac%cc%a7a%cc%83o%20Va%cc%82nia%20Nascimento%20-%20versa%cc%83o%20definitiva.pdf>
- OCDE/ Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE*. OCDE, Paris/ Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf)
- Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 654–670). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática—Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade—Posicionamentos, transferências e treino de Deambulação*. Ordem dos Enfermeiros [OE].
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, n.º Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, Assembleia da República, 8059 (2015). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, n.º Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, Entidades administrativas independentes e Administração autónoma, 4744 (2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, n.º Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, E - Entidades administrativas independentes e

- Administração autónoma, 128 (2019).  
<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2009). *Guia de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*. Ordem dos Enfermeiros [OE].
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros [OE].  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, n.º Diário da República n.º85, Série II de 2019-05-03, Entidade administrativa independente e Administração autónoma, 13565 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direção-Geral da Saúde.  
<https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. OMS.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15\\_01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf?sequence=6)
- Organização Mundial da Saúde [WHO]. (2005). *Prevenção de Doenças Crónicas um investimento vital*. Public Health Agency of Canada.  
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1852.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., & Murlow, C. D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *71*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pessoa, F. (1999). *Odes de Ricardo Reis*. Editorial Presença.
- Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. Em C. Vieira-Marques & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 101–111). Lusodidacta.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 3–14). Lusodidacta.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 67–75). Lidel.
- Pontes, M. M. (2017). Doença Crónica. Em *Cuidado de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 487–500). Lusodidacta.
- PORDATA. (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. PORDATA - Porta de Estatística sobre Portugal e Europa - Fundação Francisco


- Manuel dos Santos.  
<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Vieira-Marques & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57–65). Lusodidacta.
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 154–163). Lidel.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores de exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 48–57). Lidel.
- Santos, C. A. S. (2019). *O papel do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal—Revisão da Literatura* [Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu].  
[https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5465/1/CristinaAlexandraSilvaSantos\\_DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5465/1/CristinaAlexandraSilvaSantos_DM.pdf)
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15–23). Lusodidacta.
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de eabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 19–27). Lidel.
- Santos, P., Pestana, S., Santana, M. R., & Ferreira, A. I. (2020). Reabilitação no Envelhecimento. Em *Visões sobre o Envelhecimento* (pp. 31–47). IP Beja Editorial.
- SEF/ GEPF. (2022). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2021.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2021). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde 2021: Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE*. Serviço Nacional de Saúde [SNS]. [http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/307/relatorio\\_acesso21.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/307/relatorio_acesso21.pdf)
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022). *Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE*. Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE. <http://www.chbm.min-saude.pt>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023). *BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3151651/Pages/default.aspx>
- Silva, E., Figueirado, J., Dutra, P., Maia, S., Prado, R., Borrajo, A., Sales, D., & Fialho, A. (2020). Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39740–397450. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-496>

- Silva, N. R. F., Farias, D. C., de Sousa, J. R., Bezerra, F. M. C., Ferreira, L. S., & de Carvalho, P. M. G. (2018). Teorias de Enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: Contributos para uma prática clínica do Enfermeiro. *Revista Uningá*, 55(2), 59–71.
- Soukkio, P. K., Suikkanen, S. A., Aartolahti, E. M., Kautiainen, H., Kääriä, S. M., Hupli, M. T., Pitkälä, K. H., Sipilä, S., & Kukkonen-Harjula, K. T. (2021). Effects of Home-Based Physical Exercise on Days at Home, Health Care Utilization, and Functional Independence among Patients With Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. *Archives of physical Medicine and Rehabilitation*, 102, 1692–1699. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.04.004>
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421–431). Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113–121). Lusodidacta.
- Despacho n.º 7197/2016, de 1 de junho., n.º Diário da República n.º 105/2016, Série II de 2016-06-01, Governo e Administração direta e indireta do Estado, 17168 (2016). <https://files.dre.pt/2s/2016/06/105000000/1716817185.pdf>
- Trapuzzano, A., McCarthy, L., & Dawson, N. (2020). Investigating the Effects of an Otago-Based Program among Individuals Living with Dementia. *Physical & Occupational therapy in Geriatrics*, 38(2), 185–198. <https://doi.org/10.1080/02703181.2020.1716131>
- Uittenbroek, R. J., Van der Mei, S. F., Slotman, K., Reijneveld, S. A., & Wynia, K. (2018). Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: A qualitative study on embrace. *Plos One*, 11(13), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207109>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2023). *Guia Prático—Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto da Segurança Social, I.P. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rnci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rnci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 34–37). Lidel.
- Ventura, J., Martins, M. M., Tindade, L. L., & Ribeiro, O. (2021). Processo de Trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Em *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª, pp. 28–33). Lidel.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. Em C. Vieira-Marques & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351–664). Lusodidacta.

- Wills, E. (2016). Grandes Teóricas de Enfermagem Baseadas nas Necessidades Humanas. Em E. Wills & M. McEwen (Eds.), *Bases Teóricas de Enfermagem* (4ª, pp. 133–161). Artmed.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Un Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030*. World Health Organization [WHO]. <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>
- World Health Organization [WHO]. (2021a). *Decade of Healthy Ageing Baseline Report*. World Health Organization [WHO]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization [WHO]. (2021b). *World Health Statistics 2021: Monitoring Health For The SDGs Sustainable development goals*. World Health Organization [WHO]. [https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2021-monitoring-health-sdgs?gclid=EAIaIQobChMI-MGT8OuA\\_gIVeYIYCh0jrAHwEAAYASAAEgKqyvD\\_BwE](https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2021-monitoring-health-sdgs?gclid=EAIaIQobChMI-MGT8OuA_gIVeYIYCh0jrAHwEAAYASAAEgKqyvD_BwE)
- Xie, R., Chen, Y., Chen, K., & Chen, Z. (2021). Intervention Effect of Rapid Rehabilitation Nursing Combined with Continuous Nursing after Discharge on Patients with Cerebral Infarction in Recovery Period and the Changes in Motor Function, Mental State, and Quality of life. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021, 8. <https://doi.org/10.1155/2021/8065868>
- Yildiz, F. T., & Kaşıkçı, M. (2020). Impact of Training Based on Orem's Theory on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. *The Journal of Nursing Research*, 28(6). <https://doi.org/10.79/JRN.0000000000000406>
- Yin, R. K. (2018). *Case Satudy Research and Applications: Desing and Methods* (6th ed.). Sage.


## APÊNDICES

**APÊNDICE I: Norma de Procedimento Interno – “Indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais”**

 <b>8. NORMA DE PROCEDIMENTOS INTERNOS N.º</b> <b>X</b> <b>TÍTULO: Indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais</b>	Elaborado em:	06/10/2022
	Revisão em:	_/_/_
	Próxima Revisão	_/_/_

**INATÁRIOS:** Todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)  xal

**OBJETIVO GERAL:** Compreender a forma de operacionalização do indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais.

**Objetivos específicos:** Uniformizar o registo de enfermagem de avaliação dos focos “equilíbrio corporal” e “movimento muscular” em SClínico, pelos enfermeiros da UCC do  aos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

#### **CONTEXTUALIZAÇÃO:**

Um dos indicadores na área de Desempenho Assistencial das UCC's, na subárea da Gestão da Doença e na dimensão Reabilitação, é o Indicador nº 387 intitulado “Proporção de utentes com melhorias funcionais”.<sup>1,2</sup>

Para que este indicador contribua de forma positiva para o desempenho assistencial da UCC, é necessário que os enfermeiros levantem diagnósticos de enfermagem com os focos “equilíbrio corporal” e movimento muscular”, em SClínico, aos utentes da ECCI.<sup>1</sup>

Para cumprir os critérios do indicador, o sistema informático avalia, no período em análise, a diminuição do score obtido entre a primeira e a última avaliações dos focos “equilíbrio corporal” e “movimento muscular”, independentemente do nº de consultas na UCC ou do nº de integrações, do utente, em ECCI.<sup>1</sup>

Para avaliação deste indicador são contabilizados no denominador, todos os utentes com pelos menos uma consulta na UCC, com diagnóstico de enfermagem relacionado com compromisso dos focos “equilíbrio corporal” e “movimento muscular”, nos últimos 12 meses. Assim, para o denominador, são elegíveis os diagnósticos de enfermagem: relacionados com o foco “equilíbrio corporal”: “equilíbrio corporal comprometido em grau reduzido”; “equilíbrio corporal comprometido em grau moderado” e “equilíbrio corporal comprometido a nível elevado”; e relacionados com o “movimento muscular”: “movimento muscular comprometido em grau reduzido”; “movimento muscular comprometido em grau moderado” e “movimento muscular comprometido a nível elevado”.<sup>1</sup>

Para o numerador, são contabilizados todos os utentes com diminuição dos scores relacionados com as avaliações do “equilíbrio corporal” e “movimento muscular”, entre a última avaliação e a avaliação inicial, nos últimos 13 meses que antecedem a data de referência de avaliação do indicador. Para o numerador, são elegíveis os mesmos diagnósticos do denominador e ainda “Sem equilíbrio corporal comprometido” e “Sem movimento muscular comprometido”.<sup>1</sup>

Só são elegíveis para este indicador, os utentes com uma inscrição ativa no ACES, onde se integra a UCC.<sup>1</sup>

#### **AValiação DO FOCO “EQUILIBRIO CORPORAL”:**

O **equilíbrio corporal**, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2018, p. 57), é definido como “segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se”.<sup>3</sup> A avaliação do “equilíbrio corporal”, em SClínico, pode ser subdividida em 3 grupos: equilíbrio corporal, coordenação motora e exame físico, com resposta dicotómica: sim/não, conforme imagem infra:

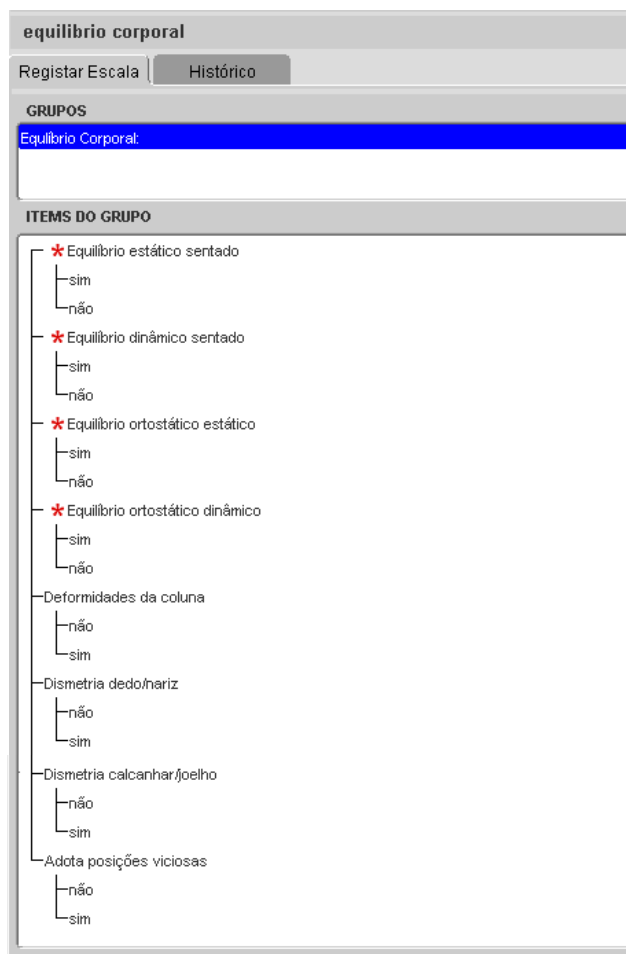


Imagem 1: Avaliação do equilíbrio – SClínico

O “**equilíbrio corporal**”, é uma das componentes mais importantes do ser humano para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD’s). Consiste num processo complexo que permite que a pessoa mova o seu corpo em relação ao meio que a rodeia, resistindo aos efeitos desestabilizadores provocados pela gravidade.<sup>4</sup>

Para que isto seja possível, existe e integração de 3 sistemas sensoriais: a visão, que capta a informação da relação entre a posição do corpo e o meio; a propriocepção, que recolhe a informação dos recetores sensoriais existentes na pele, músculos, tendões, cápsulas articulares e ligamentos que permitem determinar a posição dos membros no espaço, a amplitude articular e a velocidade de movimento e o sistema vestibular que se localiza no ouvido e permite identificar a posição da cabeça em relação ao corpo e ao meio. Este conjunto de informações são processados no Sistema Nervoso Central (SNC), que gera uma resposta motora coordenada, de modo a manter a posição do corpo em relação ao meio.<sup>4</sup>

O equilíbrio, também pode ser definido como estático que é capacidade de o corpo manter a posição sobre uma base de sustentação e dinâmico, quando a pessoa é capaz de manter a posição do corpo na vertical e a base de sustentação é sujeita a oscilações. Poderá ser, ainda, na posição de sentado ou em ortostatismo, com apoio bipodal ou unipodal.<sup>4</sup>

Assim, podemos considerar que o utente apresenta **equilíbrio estático sentado**, quando este, consegue ficar com o tronco em posição ereta, com os pés bem assentes no chão, os joelhos alinhados em relação à anca e ombros, sem suporte nas costas. Se o utente, para além do descrito, conseguir inclinar-se para a frente e para trás, para a direita e para a esquerda, mantendo o tronco na posição ereta, podemos considerar que apresenta **equilíbrio dinâmico sentado**.

Na posição ortostática, a pessoa apresenta **equilíbrio ortostático estático**, quando consegue manter o corpo, na posição ereta de pé. A pessoa apresenta **equilíbrio ortostático dinâmico**, quando a base de sustentação sofre

oscilações, o utente consegue manter o corpo ereto, por exemplo alternar o apoio para um dos pés levantando o outro pé do chão.

A **coordenação motora** é uma resposta muscular e articular coordenada para desenvolver um determinado movimento. Esta resposta envolve a coordenação dos músculos agonistas e antagonistas do movimento que irão trabalhar simultânea e coordenadamente definindo a amplitude articular e a velocidade do movimento.<sup>4</sup>

O teste dedo-nariz com os olhos fechados ou o teste calcanhar Joelho, fazem parte do exame neurológico completo. As dismetrias destes testes, sugerem ataxias de movimento, que podem ser centrais, a nível do SNC ou periféricas, a nível do Sistema Nervoso Periférico (SNP).<sup>6</sup>

Para avaliar o teste dedo-nariz, devemos pedir ao utente que, na posição de sentado, em pé ou em decúbito dorsal, leve o indicador direito ao nariz e, em seguida, repita o movimento com o indicador esquerdo. Depois, solicitamos para que realize os mesmos movimentos, mas de olhos fechados.<sup>6</sup>

Para avaliar o teste calcanhar-Joelho, devemos pedir ao utente que, em decúbito dorsal, coloque o calcanhar direito no joelho esquerdo e o faça deslizar sobre a tibia, de seguida realiza o mesmo movimento com o calcanhar esquerdo. Por fim, solicitamos que efetue os mesmos movimentos de olhos fechados.<sup>6</sup>

O **exame físico** é a observação da fisionomia corporal da pessoa e serve para detetar alterações da postura corporal, deformidades ou compensações. Deve ser avaliada, preferencialmente de pé, mas na sua impossibilidade, poder-se-á fazê-lo na posição de sentado ou em decúbito dorsal. Esta avaliação tem sempre por base de comparação a posição anatómica do corpo humano. Esta inspeção física do utente, permite-nos identificar a presença de **deformidades da coluna** vertebral, como: a hiper cifose torácica, a escoliose e a hiperlordose lombar; e **adoção de posições viciosas** ou mecanismos compensatórios, como: contrabalanço, cabeça proteída; hipo ou hiper mobilidade articular, arqueamentos dos ombros, etc..<sup>6,7</sup>

#### AValiação DO MOVIMENTO MUSCULAR:

O **movimento muscular**, segundo a CIPE (2018, p. 87), é definido como “Processo do sistema musculoesquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações.”<sup>3</sup> A avaliação do “movimento corporal”, em SClínico, baseia-se na aplicação da Escala de avaliação da Força Muscular, por exemplo a Medical Research Council Muscle Scale (MRC), (sugerida pela Ordem dos Enfermeiros, sem necessidade de validação para a população Portuguesa),<sup>8</sup> conforme tabela infra:

movimentoMuscular

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Força muscular

ITEMS DO GRUPO

- \* [FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO:]
  - Sem movimentos visíveis.
  - Esboço de contração visível ou palpável mas sem movimento.
  - Movimenta a articulação, não vence a gravidade.
  - Movimentos contra a gravidade, não vence a resistência.
  - Movimentos ativos contra a gravidade e resistência. Força menor que o esperado.
  - Força normal

Imagem 2: Avaliação do movimento muscular - SClínico

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	RESPONSABILIDADE	
<p>1- Proceder a avaliação, na primeira visita, dos focos “equilíbrio corporal” e “movimento muscular” na admissão do utente em ECCL, que cumpram critérios para reabilitação, em caso de dúvida, optar pela pontuação inferior.</p> <p>2- Assumir o diagnóstico de enfermagem sugerido pelo SClínico, após a avaliação.</p> <p>3- Aquando da alta do utente, proceder à reavaliação dos diagnósticos e assumir o diagnóstico sugerido pelo SClínico, antes de dar termo ao diagnóstico e às intervenções.</p>	<p><b>Enfermeiros UCC</b></p>	
<b>OBSERVAÇÕES:</b>		
<b>REFERÊNCIAS:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Administração Central dos Sistemas de Saúde, I.P., (2022). <i>Operacionalização da Contratação nos Cuidados de Saúde Primários 2022</i>. Ministério da Saúde. <a href="#">ACSS-Operacionalizacao CSP 2022 Final.pdf</a></li><li>2. Service Desk Manager (s.d.). <i>Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratação</i>. Ministério da Saúde. <a href="#">sdm.min-saude.pt/</a></li><li>3. CIPE, (2018). CIPE – Português. <a href="#">CIPE-Portuguese_translation.pdf</a></li><li>4. Garcia, S.; Cunha, M. &amp; Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Ed), <i>Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas</i> (pp. 494-508). Lidel.</li><li>5. Spirduso, W. (2005). <i>Physical dimensions of aging</i>. 2ª Ed. Champaign, Illinois: Human Kinetics</li><li>6. Hoeman, S.P; Liszener, K. &amp; Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S. P. Hoeman (Ed), <i>Enfermagem de Reabilitação</i> (pp. 209-270). Lusodidacta</li><li>7. Olson, R. S. (2011). Função Músculoesquelética. In S. P. Hoeman (Ed), <i>Enfermagem de Reabilitação</i> (pp. 411-442). Lusodidacta</li><li>8. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). <i>Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação</i>. Ordem dos Enfermeiros. <a href="#">OE_InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf</a></li></ol>		
<b>Elaborado por:</b> <p>Cátia Gonçalves Estudante da Especialidade em Enfermagem de reabilitação com Mestrado Integrado</p>	<b>Revisto por:</b> <p>Maria João Morais Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação</p>	<b>Aprovado pelo coordenador:</b>

**APÊNDICE II: Apresentação da Norma de Procedimento Interno e do  
“Indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias  
funcionais”**

REPÚBLICA PORTUGUESA | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | arsi|vt

## PROPORÇÃO DE UTENTES COM MELHORIAS FUNCIONAIS

INDICADOR 387

ESTUDANTE  
CÁTIA GONÇALVES

ORIENTADORA CLÍNICA  
EER MARIA JOÃO MORAIS

ORIENTADOR  
PROF. DR. CÉSAR FONSECA

outubro de 2022

### BI - INDICADOR

Numerador:	Utentes com: · pelo menos uma consulta na UCC; · um diagnóstico de enfermagem inicial com compromisso relacionado com os focos "equilíbrio corporal" ou "movimento muscular" · um segundo diagnóstico de enfermagem com diminuição do score, relacionado com "equilíbrio corporal" ou "movimento muscular", comparativamente com o da avaliação inicial
Denominador:	Utentes com: · pelo menos uma consulta na UCC; · um diagnóstico de enfermagem inicial que manifeste compromisso associado aos focos "equilíbrio corporal" ou "movimento muscular"
Período em análise:	Numerador: 13 meses Denominador: 12 meses

### OBJECTIVOS

#### Geral

- Compreender o indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais

#### Específicos

- Uniformizar registo de enfermagem de avaliação do foco "equilíbrio corporal"
- Uniformizar registo de enfermagem do foco "movimento muscular"

## BI - INDICADOR



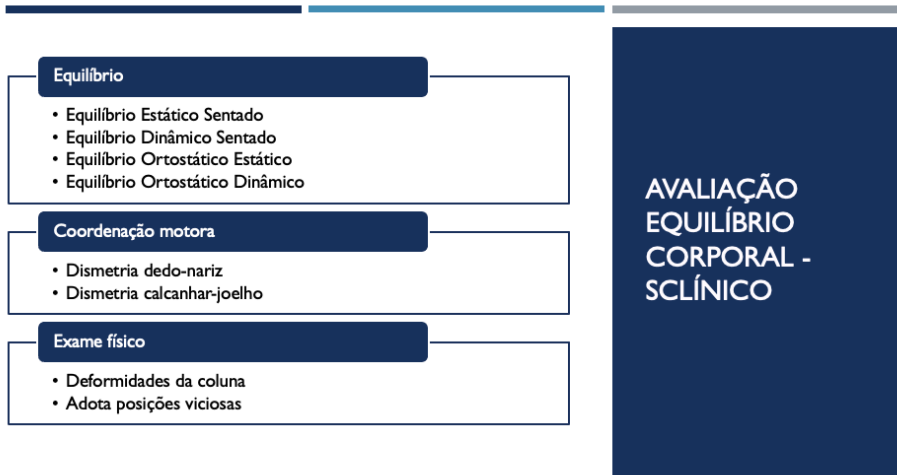
## BI - INDICADOR



### Observações:

- Utente com uma inscrição ativa no ACES, à qual a UCC pertence;
- Apenas são contabilizados os utentes, cuja soma do Score das avaliações de "equilíbrio corporal" ou "movimento muscular" seja inferior ao Score da primeira avaliação;
- São contabilizados no denominador os diagnósticos de enfermagem:
  - Equilíbrio corporal comprometido: em grau reduzido; em grau moderado; a um nível elevado;
  - Movimento muscular comprometido: em grau reduzido; em grau moderado; a um nível elevado.
- São contabilizados no numerador, os descritos anteriormente e:
  - Sem equilíbrio corporal comprometido
  - Sem movimento muscular comprometido



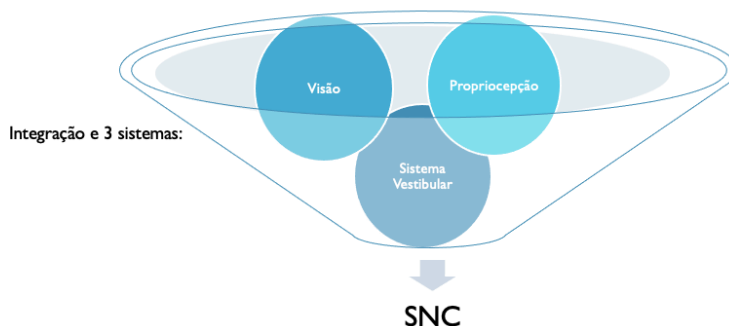


## EQUILÍBRIO CORPORAL

O **equilíbrio corporal**, é uma das componentes mais importantes do ser humano para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's). Consiste num processo complexo que permite que a pessoa mova o seu corpo em relação ao meio que a rodeia, resistindo aos efeitos desestabilizadores provocados pela gravidade.

Garcia et al. (2021)

## EQUILÍBRIO CORPORAL

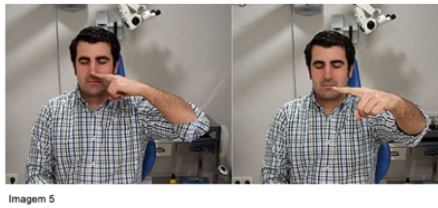


## EQUILÍBRIO CORPORAL



## COORDENAÇÃO MOTORA

### Dismetria dedo-nariz

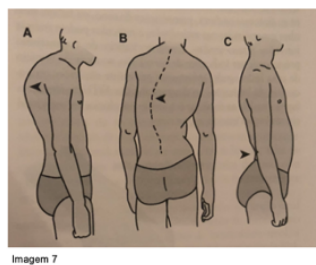


### Dismetria calcanhar Joelho

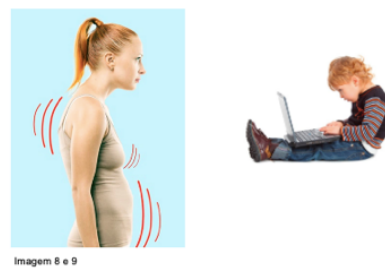


## EXAME FÍSICO

### Deformidades da coluna

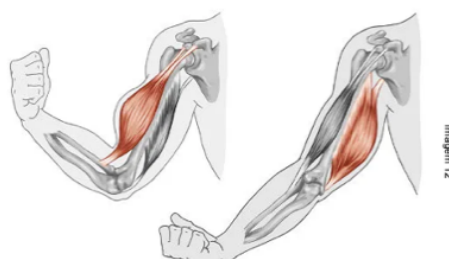
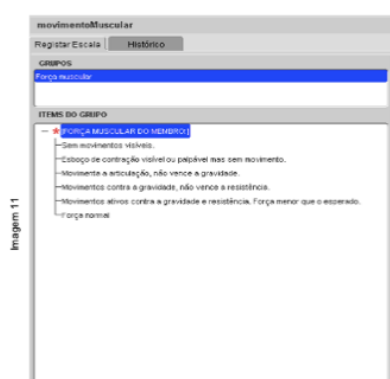


### Adota posições viciosas





## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO



## CLIQUE PARA ADICIONAR UM TÍTULO

Proceder a avaliação, na primeira visita, dos focos “equilíbrio corporal” e “movimento muscular” na admissão do utente em ECCI, que cumpram critérios de reabilitação. Em caso de dúvida, optar pela pontuação inferior.

Assumir o diagnóstico de enfermagem sugerido pelo SClínico, após a avaliação.

Aquando da alta do utente, proceder à reavaliação dos diagnósticos e assumir o diagnóstico sugerido pelo SClínico, antes de dar termo ao diagnóstico e às intervenções.

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



OBRIGADA

## BIBLIOGRAFIA

1. Administração Central dos Sistemas de Saúde, I.P., (2022). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários 2022*. Ministério da Saúde. [ACSS-Operacionalizacao CSP 2022 Final.pdf](#)
2. Service Desk Manager (s.d.). *Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização*. Ministério da Saúde. [sdm.min-saude.pt/](#)
3. CIPE, (2018). CIPE – Português. [CIPE-Portuguese translation.pdf](#)
4. Garcia, S.; Cunha, M. & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 494-508). [Lidel](#).
5. Spirduso, W. (2005). *Physical dimensions of aging*. 2ª Ed. Champaign, Illinois: Human Kinetics
6. Hoeman, S.P; Lizenner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S. P. Hoeman (Ed), *Enfermagem de Reabilitação* (pp. 209-270). [Lusodidacta](#)
7. Olson, R. S. (2011). Função Músculoesquelética. In S. P. Hoeman (Ed), *Enfermagem de Reabilitação* (pp. 411-442). [Lusodidacta](#)
8. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [OE\\_InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](#)

## BIBLIOGRAFIA IMAGENS

Pesquisa efetuada a 05/10/2022

1. <https://hardcore.com.br/confira-seis-exercicios-para-melhorar-o-equilibrio/>
2. <https://www.clinicaregenera.com.br/single-post/2018/06/14/postura-correta-do-corpo>
3. [https://www.google.com/search?q=equilibrio+est%C3%A1tico+sentado&tbm=isch&ved=2ahUKEwjuh7\\_C8sn6AhUDIRoKHePxChsQ2-cCegQIABAA&oeq=equilibrio+est%C3%A1tico+sentado&gs\\_lcp=CgNpbWcQAZoECAAQzoECAAQHjoGCAAQHhAHogclABCABBATogYIABAE6BM6ggAEB4QBToGCAAQHhAIUJ4QW0saYIYgaABwAHgAgAFsiAHOBpIBAZyUm5gBAKABAAoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&scient=img&ej=h-Q9Y66c4QqauPjq9gB&bih=635&biw=976#imgrc=zb\\_](https://www.google.com/search?q=equilibrio+est%C3%A1tico+sentado&tbm=isch&ved=2ahUKEwjuh7_C8sn6AhUDIRoKHePxChsQ2-cCegQIABAA&oeq=equilibrio+est%C3%A1tico+sentado&gs_lcp=CgNpbWcQAZoECAAQzoECAAQHjoGCAAQHhAHogclABCABBATogYIABAE6BM6ggAEB4QBToGCAAQHhAIUJ4QW0saYIYgaABwAHgAgAFsiAHOBpIBAZyUm5gBAKABAAoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&scient=img&ej=h-Q9Y66c4QqauPjq9gB&bih=635&biw=976#imgrc=zb_)
4. <https://www.institutoorl-iom.com/exploracion-clinica-del-paciente-otoneurologico/prueba-dedo-nariz/>
5. <http://ibmexporio.com.br/material-suplementar/roteiro-pedagogico-para-exame-neurologico.pdf>
6. Hoeman, S.P.; Liszener, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S. P. Hoeman (Ed), *Enfermagem de Reabilitação* (pp. 209-270). Lusodidacta
7. [https://www.google.com/search?q=alteracoes-posturais-e-gordura-localizada.png&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQtrGA8n6AhUSyRoKHYUzDVUQ2-cCegQIABAA&oeq=alteracoes-posturais-e-gordura-localizada.png&gs\\_lcp=CgNpbWcQAZoGCAAQHhAHogQIABAEogYIABAEAg6BggAEB4QBToFCAAQgARQ4QRYzRtgyRoAHAAeAGAAWuIAYINkgEEMTguIMZgBAKABAAoBC2d3cy13aXotaW1nsAEAwAEB&scient=img&ei=COU9Y5CSPJKSa4XntKgF&bih=635&biw=976#imgrc=U7\\_K04Qp\\_uTi0M](https://www.google.com/search?q=alteracoes-posturais-e-gordura-localizada.png&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQtrGA8n6AhUSyRoKHYUzDVUQ2-cCegQIABAA&oeq=alteracoes-posturais-e-gordura-localizada.png&gs_lcp=CgNpbWcQAZoGCAAQHhAHogQIABAEogYIABAEAg6BggAEB4QBToFCAAQgARQ4QRYzRtgyRoAHAAeAGAAWuIAYINkgEEMTguIMZgBAKABAAoBC2d3cy13aXotaW1nsAEAwAEB&scient=img&ei=COU9Y5CSPJKSa4XntKgF&bih=635&biw=976#imgrc=U7_K04Qp_uTi0M)
8. <https://blogpilates.com.br/alteracoes-posturais-e-gordura-localizada/>
9. <https://rsaude.com.br/cuiaba/materia/alteracoes-posturais-e-o-desenvolvimento-infanto-juvenil/9095>
10. <https://blog.portaleducacao.com.br/musculos-caracteristicas-funcionais/>
11. Sclínico
12. <https://brasilescola.uol.com.br/biologia/contracao-musculos-esqueleticos.ht>
13. <https://smslabore.com.br/blog/entenda-procedimento-operacional-padrao-pop/>