



**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na  
Prevenção da Queda na Pessoa com Ferida Complexa  
dos Membros Inferiores**

Rehabilitation Nursing Interventions to Prevent Falls in People with Complex  
Wounds of the Lower Limbs

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

---

**Lisboa**  
**2024**



**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na  
Prevenção da Queda na Pessoa com Ferida Complexa  
dos Membros Inferiores**

Rehabilitation Nursing Interventions to Prevent Falls in People with Complex  
Wounds of the Lower Limbs

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

Orientadora: Professora Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

---

**Lisboa**  
**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **Pensamento**

*"It takes a child one year to acquire independent movement and ten years to acquire independent mobility.*

*An old person can lose both in a day..."*

Professor Bernard Isaacs (1924-1995)

## **Dedicatória**

*Ao Hélio, ao Dinis e à Julieta*

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os doentes e profissionais de saúde  
que me ajudaram a ser a enfermeira que sou hoje;

Às minhas Chefias de serviço pela ajuda e colaboração;

Aos meus colegas do 1º Curso de Mestrado, principalmente à Estela e à Beatriz,  
pelos momentos de partilha, colaboração e apoio!

À Senhora Professora Doutora Cristina Baixinho,  
pelo apoio incondicional, pelo conhecimento e pela disponibilidade,  
constituindo um alicerce neste meu percurso;

Aos meus orientadores de estágio, pela sua dedicação, disponibilidade, apoio e partilha;

Aos meus amigos: vocês sabem o quanto foram e são importantes!

À minha família, por toda a ajuda, apoio e encorajamento, por acreditarem tanto ou  
mais do que eu... esta etapa também é vossa;

Ao Hélio, por tudo o que fizeste e continuas a fazer...  
pela paciência e pelo amor, por estares sempre ao meu lado...

Ao Dinis e à Julieta...por todas as ausências... e pela capacidade de compreensão...

Foi por mim..., mas foi principalmente por vocês que embarquei nesta aventura!

Quero que se orgulhem de mim, que saibam que podemos sempre  
acreditar e lutar, ser mais e melhores!

Muito Obrigado!

## **Lista de siglas**

AVD - Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMR – Centro de Medicina e Reabilitação

CR – Cadeira de Rodas

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MI – Membro Inferior

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OSF – *Open Science Framework*

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reeducação da Função Respiratória

SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA) localizado num

SWOT - *Strenghts, Weaknesses, Opportunities & Threats*

TUGT – *Time Up and Go Test*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UP – Úlcera de Perna

UPP – Úlcera por Pressão

## Resumo

O presente relatório de estágio teve como objetivos desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores e desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Como referencial teórico de enfermagem foi mobilizada a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A presença de ferida complexa nos membros inferiores provoca, entre outros, redução da mobilidade, dor, alterações no padrão do sono, deformação e compromisso funcional, resultando em perda de força e massa muscular, diminuição da mobilidade das articulações dos membros inferiores, problemas da marcha e agravamento da dor, fatores associados a elevado risco de queda. Considerando as quedas como um problema de saúde pública com graves consequências para a pessoa, para os sistemas de saúde e para a sociedade, torna-se fundamental unir esforços na sua prevenção. Considerando o elevado risco de queda em que se encontram as pessoas com ferida complexa dos membros inferiores, definiu-se como questão de investigação: “Quais as intervenções de reabilitação na gestão da queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores?”

Neste sentido foi realizada uma *Scoping Review* com o objetivo de mapear a evidência, tendo sido encontrados dois artigos que cumpriam os critérios de inclusão, sugerindo a necessidade de mais pesquisa que produza evidência científica relevante direcionada para esta temática.

Este relatório descreve as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos que permitiram dar resposta aos objetivos estipulados e assim alcançar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e as competências de mestre.

**Palavras-Chave:** Ferida Complexa, Queda, Prevenção, Enfermagem de Reabilitação, Scoping Review

## **Abstract**

This internship report aimed to develop the skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in the elderly people with complex wounds of the lower limbs and to develop common skills of the specialist nurse and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. Afaf Meleis' Theory of Transitions was used as a theoretical framework for nursing.

The presence of a complex wound in the lower limbs causes, among others, reduced mobility, pain, changes in sleep patterns, deformation, and functional impairment, resulting in loss of strength and muscle mass, decreased mobility of the joints of the lower limbs, gait problems and worsening of pain, factors associated with a high risk of falling. Considering falls as a public health problem with serious consequences for the person, health systems and society, it is essential to join efforts in their prevention. Considering the high risk of falls among people with complex wounds of the lower limbs, the following research question was defined: "What are the rehabilitation interventions in the management of falls in the older persons with complex wounds of the lower limbs?"

In this sense, a Scoping Review was carried out with the aim of mapping the evidence, and two articles were found that met the inclusion criteria, suggesting the need for more research that produces relevant scientific evidence directed to this theme.

This report describes the activities carried out over the different clinical teachings that allowed responding to the stipulated objectives and thus achieving the common and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, and master skills.

**Key words:** Complex Wound, Fall, Prevention, Rehabilitation Nursing, Scoping Review

## Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma de extração dos artigos .....	27
----------	--	----

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1	Critérios de elegibilidade para a amostra bibliográfica.....	26
Tabela 2	Artigos da amostra bibliográfica .....	28

# ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	15
<b>1. Metodologia Empírica</b> .....	20
1.1. Enquadramento .....	20
1.2. Metodologia .....	25
1.2.1. Questão de investigação .....	25
1.2.2. Critérios de elegibilidade .....	25
1.3. Resultados .....	27
1.4. Discussão dos resultados .....	29
1.5. Conclusão .....	30
<b>2. Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas</b> .....	31
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	31
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	32
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	33
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	36
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	39
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	40
2.2.1. J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....	40
2.2.2. J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	45
2.2.3. J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	48
2.3. Competências de Mestre .....	52
<b>3. Avaliação da Aprendizagem</b> .....	53
3.1. Aspetos Positivos e Negativos .....	53
3.1.1. <i>Strenghts</i> .....	53
3.1.2. <i>Weaknesses</i> .....	54
3.1.3. <i>Opportunities</i> .....	54

3.1.4. <i>Threats</i> .....	55
3.2. Contributos para a prática de Enfermagem de Reabilitação .....	56
<b>Considerações finais</b> .....	58
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	61

## **Anexos**

Anexo I – *Scoping Review Protocol*

Anexo II - Certificado de participação formação em serviço contexto Orto Traumatologia: “Prevenção de Quedas”

Anexo III – Certificado de participação e apresentação de póster no Webinar ESEL: “Transição entre Ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador”

Anexo IV - Certificado de participação e apresentação de póster no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação da APER

Anexo V – Certificado de conferencista nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Ferida Complexa de Sintra

## **Apêndices**

Apêndice I – Sessão de Formação UCC: “Úlceras por Pressão – Classificação e Intervenção do EEER”

Apêndice II – Póster contexto neurológico: “Cuidador Informal”

Apêndice III – Póster contexto neurológico: “Prevenção de Quedas”

Apêndice IV – Folheto contexto neurológico: “Reeducação Músculos da Face”

Apêndice V – Sessão de educação contexto cardiorrespiratório: “Reeducação da Função Respiratória – Porquê?”

Apêndice VI – Sessão de educação contexto cardiorrespiratório: “Queda: Vamos prevenir?”

Apêndice VII - Jornal de Aprendizagem contexto comunidade: “Consequências da Queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores”.

Apêndice VIII – Jornal de Aprendizagem contexto Orto Traumatológico: “Humanidade nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia”

Apêndice IX – Jornal de Aprendizagem contexto neurológico: “Contenção mecânica como forma de prevenção de queda”

Apêndice X – Jornal de Aprendizagem contexto cardiopulmonar: “Reabilitação Cardíaca – Fase II: e agora?”

Apêndice XI – Estudo de Caso: Contexto Neurológico

Apêndice XII – Estudo de Caso: Contexto Cardiopulmonar

## Introdução

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi redigido o presente relatório de estágio, que pretende explicar o trajeto de formação e desenvolvimento pessoal e profissional de competências, definidas no plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem de Reabilitação da ESEL, preconizadas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, e o percurso de desenvolvimento de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento nº 140/2019) e no Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Regulamento nº 392/2019), desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos.

Segundo o Regulamento nº 392/2019 a Enfermagem de Reabilitação (ER) compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem como objetivo prestar a ajuda que a pessoa necessita, visando maximizar o seu potencial funcional e a independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida.

A elaboração deste relatório insere-se num processo de aquisição de competências e teve por base o projeto de estágio desenvolvido na Unidade Curricular (UC) Projeto, onde foi selecionada e contextualizada a temática: “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na prevenção da queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores”, com base numa revisão narrativa da literatura, sustentada na melhor evidência disponível.

A escolha desta temática prende-se com a minha afinidade ao mesmo, considerando o meu desenvolvimento profissional e investimento pessoal na área da gestão e tratamento da pessoa com ferida complexa. Encontrando-me em exercício de funções numa consulta de Ferida Complexa de um hospital da região de Lisboa desde 2015, tenho presente o impacto das feridas complexas na vida da pessoa e família, e o desafio desta problemática para os sistemas de saúde.

A presença de ferida complexa nos membros inferiores provoca, entre outros, redução da mobilidade, dor, alterações no padrão do sono, deformação e compromisso

funcional (Jorge, et al., 2021; Reeves, et al., 2019), resultando em perda de força e massa muscular, diminuição da mobilidade das articulações dos membros inferiores, problemas da marcha e agravamento da dor, fatores associados a elevado risco de queda (OMS, 2021; Reeves, et al., 2019).

As quedas são definidas como um evento em que ocorre a alteração da posição corporal de um nível superior para um nível inferior, motivado por desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2017). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2019), trata-se de um problema de saúde pública, que comporta graves problemas a nível físico e psicológico para a pessoa, contribuindo para a redução da funcionalidade e da qualidade de vida.

Enquanto mestrande em ER, sensibilizada para esta problemática, apercebi-me do elevado risco de queda que se encontram as pessoas com Ferida Complexa, muitas das quais, já com história de queda prévia. O EEER, enquanto detentor de um conjunto de competências específicas, com conhecimento técnico e científico, surge como o profissional de eleição para a realização da avaliação e identificação das pessoas com ferida complexa dos membros inferiores (MI) com elevado risco de queda, de forma a poder planear, estratificar e implementar planos de intervenção de forma a prevenir ou reduzir a sua ocorrência.

A teoria de Transições de Meleis afirma que as pessoas, ao longo do seu ciclo vital, passam por diferentes transições, sendo a enfermagem responsável por identificar as mesmas e facilitá-las, através da promoção dos recursos da comunidade e da sociedade (Meleis, 2010). Ainda segundo a mesma autora, ajudar as pessoas a gerir as transições de vida é uma função primordial da enfermagem. O cliente alvo de cuidados dos enfermeiros, é o ser humano, pessoa, família e outros grupos, que têm necessidades e estão em constante interação com o ambiente e têm a capacidade de se adaptar ao mesmo (Chick & Meleis, 1986).

A pessoa com ferida complexa dos membros inferiores vive momentos de transição saúde/doença e/ou situacionais que, associados ao risco de queda, podem trazer graves problemas a nível físico e psicológico, contribuindo para a redução da funcionalidade e da qualidade de vida, aumentando o risco de imobilidade, de isolamento social e de institucionalização. A intervenção do EEER passa pela capacitação da pessoa,

pela educação para a saúde, de forma a gerir o risco de queda e possibilitar a vivência de uma transição saudável.

Os ensinamentos clínicos decorreram em dois momentos distintos. Um primeiro ensino clínico (EC) em contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, realizado de 15 de maio a 14 de julho de 2023, num total de nove semanas, e um segundo EC desenvolvido ao longo de dezanove semanas, entre os dias 26 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024, que incluíram estágio em contexto neurológico, contexto cardiorrespiratório, e estágios de observação em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e pediatria.

O primeiro EC decorreu de 15 de maio a 7 de junho numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região de Lisboa e Vale do Tejo, mais concretamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Esta UCC foi criada em 2011 e conta com uma equipa constituída por dez enfermeiros e mais sete profissionais, abrangendo uma população de cerca de 74310 utentes de um concelho do distrito de Lisboa. Tem como missão a promoção da saúde da população do concelho, em articulação com diferentes parcerias e recursos da comunidade, de forma a garantir acesso a cuidados de saúde, apoio psicológico e social às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em maior risco e/ou dependência, atuando a nível da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

O EC em contexto Orto Traumatológico decorreu de 12 de junho a 7 de julho num serviço de ortopedia de um centro hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo. Trata-se de um Centro Hospitalar criado em 2012, tem como missão a prestação de cuidados de saúde com rigor e excelência técnica, científica e organizativa, baseados na ética profissional e justiça social, de forma a prestar a cada doente os cuidados necessários, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma utilização adequada dos recursos existentes.

O EC em contexto neurológico decorreu entre os dias 26 de setembro e 10 de novembro, e foi realizado num serviço de reabilitação de adultos (SRA) localizado num Centro de Medicina e Reabilitação (CMR) da região de Lisboa, vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência física, motora ou multideficiência congénita e adquirida, de todas as idades, e provenientes de todo o país. O CMR tem como missão promover a máxima funcionalidade, valorizar e potenciar as capacidades de cada indivíduo, contribuir para formação de profissionais, para a investigação científica

e para prestar cuidados em medicina física e reabilitação com elevado grau de humanização e qualidade em tempo útil. Para além da prestação de cuidados de saúde, contribui para a formação de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e de saúde, bem como para a investigação científica no domínio da reabilitação.

O EC em contexto cardiorrespiratório foi realizado no Centro de Reabilitação Cardíaca, Fase II, do Departamento de Coração e Vasos do Serviço de Cardiologia de um hospital da região de Lisboa, entre os dias 13 de novembro de 2023 e o dia 12 de janeiro de 2024. Trata-se de uma unidade constituída por uma equipa multiprofissional composta por médicos cardiologistas, EEER, médicos fisiatras, psicólogos, fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, nutricionistas, médicos internistas e administrativas, e tem como objetivo principal a recuperação funcional do doente vítima de um evento cardiovascular para melhoria da qualidade de vida e redução dos fatores de risco cardiovascular, de forma a prevenir a recorrência de complicações cardiovasculares.

Os objetivos definidos foram transversais em todos os ensinamentos clínicos e desenvolvidos ao longo do presente relatório. Deste modo, foram definidos como objetivos gerais deste percurso formativo:

- Desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção da queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores;
- Desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

Foram também delineados como objetivos específicos:

- Integrar as equipas de cuidados nos locais de ensino clínico de forma a conhecer a sua estrutura em termos organizacionais e funcionais, e identificar o campo de intervenção do EEER;
- Aprofundar conhecimentos técnico-científicos na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores, com ênfase na prevenção de queda e na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Caracterizar a intervenção do EEER no âmbito da prevenção de quedas, nomeadamente na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores;

- Prestar cuidados de enfermagem especializados gerais e específicos nos diferentes contextos dos ensinos clínicos, nomeadamente à pessoa idosa em risco de queda com ferida complexa dos membros inferiores, tendo em vista a prevenção da queda;
- Capacitar a pessoa idosa em risco de queda com ferida complexa dos membros inferiores e a sua família para o programa de reabilitação;
- Refletir sobre a eficácia e eficiência das aprendizagens e das intervenções do EEER realizadas na prevenção da queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores.

Em todos os contextos foram desenvolvidas atividades de acordo com os objetivos definidos, integrando a equipa multidisciplinar, e de forma a iniciar o desenvolvimento de competências, quer as comuns do EE, definidas pelo Regulamento n.º 140/2019, quer as específicas do EEER, definidas pelo Regulamento n.º 392/2019. Em todos os campos de estágio foi fundamental o papel do orientador, EEER, que através do apoio e suporte dado à mestranda, possibilitou o desenvolvimento de atividades no domínio da supervisão, ensino, instrução, treino, aconselhamento e avaliação, que promoveram o desenvolvimento de competências que vão desde a habilidade instrumental à tomada de decisão baseada na evidência (Madeira et al., 2021).

No que diz respeito à organização do relatório este tem início nesta introdução, seguindo-se a metodologia empírica no ponto 1, onde são apresentados os resultados da *Scoping Review*, realizada de forma a mapear o conhecimento. No ponto 2 será realizada a descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos e das competências do EE e do EEER. Segue-se a avaliação do percurso formativo através da metodologia SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats), dando também relevo aos contributos para a enfermagem de reabilitação, e as considerações finais do trabalho. Por fim, as referências bibliográficas que serviram de base para a construção deste relatório de estágio.

# 1. Metodologia Empírica

A fundamentação conceptual do Projeto de Estágio, decorreu da realização de uma revisão narrativa da literatura, com base na questão de investigação: “Quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores?”.

Recorreu-se então à pesquisa nas bases de dados eletrónicas EBSCO – CINAHL e MEDLINE, ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), pesquisa em artigos de revistas científicas, livros, teses académicas, sites de entidades governamentais e não governamentais, e definiram-se como palavras-chave: “Queda”, “População idosa”, “Ferida Complexa”, “Úlcera de perna”, “Úlcera venosa”, “Úlcera diabética”, “Úlcera arterial”, “Intervenções de Enfermagem”, “Especialista de Reabilitação”, “Prevenção”.

Atendendo à falta de evidência que relacione a pessoa com ferida complexa dos membros inferiores e o risco de queda, foi realizada uma *Scoping Review*, já com protocolo registado na *Open Science Framework* (OSF) com o DOI:10.17605/OSF.IO/G3QBW com o título Fall prevention in the person with complex wound of the lower limbs – rehabilitation nursing interventions: a Scoping Review Protocol.

A realização desta *Scoping Review* teve como objetivos mapear toda a evidência disponível, suportar o Projeto de Estágio através da identificação das áreas de intervenção de enfermagem de reabilitação na prevenção da queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, e permitir o desenvolvimento de competências de investigação e de utilização da evidência.

## 1.1. Enquadramento

A evolução tecnológica e consequente evolução da medicina levou ao aumento da esperança média de vida assistindo-se a um aumento da população idosa, o que comporta elevada incidência de doenças associadas ao envelhecimento.

De acordo com Organização das Nações Unidas (ONU) (2019) o envelhecimento da população mundial está a tornar-se numa das alterações sociais mais significativas do século XXI, com repercussões em todos os setores da sociedade. Em Portugal as previsões

do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020) apontavam para um aumento do número de idosos (65 e mais anos) de 2,2 para 3,0 milhões entre os anos de 2018 e 2080.

Considerando que o envelhecimento está associado às doenças degenerativas, o estudo de doenças e síndromes associadas ao mesmo é fundamental, de forma que o atraso ou mesmo inibição do aparecimento destas, poderá permitir que a pessoa idosa mantenha qualidade de vida.

As quedas são definidas como um evento em que ocorre a alteração da posição corporal de um nível superior para um nível inferior, motivado por desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2017)). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), 2019)), trata-se de um problema de saúde pública, que comporta graves problemas a nível físico e psicológico para a pessoa, contribuindo para a redução da funcionalidade e da qualidade de vida.

De acordo com Baixinho e Dixe (2017) em 51,2% dos casos as quedas apresentaram consequências, sendo as mais frequentemente descritas, escoriações e hematomas. Segundo as mesmas autoras, também podem incluir fratura, medo de cair, ansiedade, depressão e perda de confiança, conduzindo a uma maior incapacidade, dependência e isolamento.

As quedas resultam como consequência de alterações relacionadas com a marcha e o equilíbrio, a polimedicação e um conjunto complexo de fatores que isolados ou em conjunto levam a que esta evento aconteça ao longo da vida do ser humano. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021), os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais traduzindo uma variedade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Estes fatores podem ser biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, sendo que o risco de queda é maior quanto mais fatores de risco uma pessoa detenha. Alguns fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

De acordo com Deandrea et al (2010) alguns dos fatores de risco associados às quedas são equilíbrio reduzido, mobilidade comprometida, dor, medo de queda, limitações funcionais, fraqueza muscular e história de quedas.

Rehm (2016) refere que a maioria das quedas são causadas pela interação de múltiplos fatores de risco, sendo que, quanto mais fatores de risco uma pessoa tem,

maior o risco de queda. Segundo o mesmo autor a maioria dos fatores de risco envolvem problemas de equilíbrio e/ou fraqueza muscular, alterações cognitivas, visuais e psicológicas, e alterações ambientais. Os fatores de risco associados às quedas são também classificados como intrínsecos ou extrínsecos. Ainda segundo Rehm (2016), os fatores intrínsecos incluem a idade avançada, quedas anteriores, déficit visual, alterações da marcha e do equilíbrio, neuropatia periférica, disfunção vestibular associada a tontura postural, fraqueza muscular particularmente a nível dos membros inferiores, compromisso funcional e cognitivo (como por exemplo a demência), quadros depressivos, hipotensão postural, doenças crônicas como diabetes mellitus (DM), artrite, acidente vascular cerebral sequelar, doença de Parkinson e incontinência. Os fatores extrínsecos comportam complicações associadas ao uso de calçado desadequado, uso inadequado de dispositivos auxiliares de marcha e dispositivos de contenção, e o ambiente físico.

O conceito de ferida complexa ou de difícil cicatrização, diz respeito a toda a ferida, aguda ou crônica, que fica estagnada em qualquer uma das fases do processo de cicatrização (hemostase, inflamação, proliferação e maturação) considerando-se por um período de seis ou mais semanas, sem que se atinja o objetivo pretendido que é a cicatrização (Menoita, 2015). Segundo Ferreira et al. (2006) os principais grupos de feridas complexas correspondem às Úlceras por Pressão (UPP), Úlceras de Perna (UP) e Pé Diabético. De acordo com Gogia (2003), as úlceras presentes nos membros inferiores, chamadas de úlceras de perna, dividem-se em úlceras venosas, úlceras arteriais e úlceras diabéticas.

A prevalência das feridas complexas é considerada um problema crescente a nível mundial. Numa revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais de Martinengo et al. (2018), as feridas crônicas de etiologia mista mostraram uma prevalência combinada de 2,21 por 1.000 habitantes, e as úlceras crônicas de perna a prevalência foi estimada em 1,51 por 1.000 habitantes.

De acordo com Ferris e Harding (2020) existe uma elevada prevalência de feridas complexas, incluindo UPP, UP e lesões do pé diabético na pessoa idosa, relacionada como uma manifestação das comorbilidades e fragilidade, comum nesta faixa etária. Num estudo realizado na Alemanha (Wicke et al., 2009), as patologias como insuficiência venosa crônica, diabetes mellitus e doença arterial periférica são as mais prevalentes na

população idosa e causam o aparecimento de úlceras crônicas, além de influenciarem o processo de cicatrização.

Como comorbilidades mais frequentes na pessoa portadora de ferida complexa encontramos a idade avançada, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, desnutrição, tabagismo, doença vascular, aterosclerose, doença cardíaca, insuficiência arterial e venosa, ou secundárias a fármacos e forças de pressão e fricção com influência negativa na cicatrização (Trøstrup et al., 2013).

A presença de ferida complexa nos membros inferiores provoca, entre outros, redução da mobilidade, dor, alterações no padrão do sono, deformação e comprometimento funcional (Reeves, et al., 2019; Jorge, et al., 2021), resultando em perda de força e massa muscular, diminuição da mobilidade das articulações dos membros inferiores, problemas da marcha e agravamento da dor, fatores associados a elevado risco de queda (Reeves, et al., 2019; OMS, 2021).

Uma vez que a ocorrência de queda é um problema real na nossa sociedade, com graves consequências para a população idosa e suas famílias, é imperativo reunir esforços para a sua prevenção.

Segundo Costa-Dias et al. (2014), a avaliação do risco de queda ou a avaliação do doente em risco é um elemento fundamental de qualquer programa de prevenção de quedas, cuja finalidade é identificar quais os doentes em risco, de forma a corrigir a situação e prevenir a ocorrência de quedas. A prevenção das quedas é também um dos nove objetivos estratégicos definidos pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, nomeadamente no eixo estratégico seis, objetivo que se prolonga no novo Plano 2021-2026, nomeadamente no pilar 5, objetivos estratégicos 5.1 e 5.2. (Despacho nº 9390/2021, 2021).

A prevenção da queda na pessoa idosa é considerada, segundo Miller (2018), uma base fundamental para a manutenção da mobilidade e segurança, sendo que a avaliação e intervenção do EEER deve ter como foco a compreensão do fenómeno da queda e intervir de forma a eliminar ou reduzir os fatores de risco, o que poderá ser traduzido em ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida da população idosa. Os défices de equilíbrio e marcha são alguns dos fatores de risco mais preditivos de queda (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2010).

Na implementação de um programa de prevenção de quedas na pessoa idosa, o EEER deve realizar uma avaliação multifatorial do risco (Fernandes et al., 2020) e implementar intervenções individualizadas e ajustadas a cada pessoa (Lee & Kim, 2017). O pilar de qualquer programa de intervenção de quedas deve ser a identificação de quem tem ou não risco de queda (Baixinho & Dixe, 2017).

Segundo as *World Guidelines for falls preventions and management for older adults: a global initiative* (Montero-Odasso et al., 2022) a identificação da pessoa idosa em risco de queda deve ser realizada de acordo com o algoritmo para estratificação, avaliação e gestão/intervenção de risco para idosos em comunidade, que nos diz que numa primeira avaliação, que pode ser realizada através da descoberta numa avaliação oportunista da pessoa (por exemplo em consulta anual) ou numa ida a um serviço de saúde motivada por episódio de queda ou por lesão secundária a queda, deve ser realizada a pergunta “Caiu nos últimos 12 meses?” ou, de forma a aumentar a sensibilidade, devem ser realizadas “3 Key Questions” (3KQ): Caiu no último ano? Sente desequilíbrio ao ficar de pé ou a caminhar? Tem medo de cair? Após resposta positiva a uma destas perguntas devem ser avaliados os défices de equilíbrio e marcha, sendo que um dos testes recomendados é o *Timed Up and Go Test* (TUGT). Trata-se de um teste com boa sensibilidade e especificidade, fácil de aplicar e que demora cerca de três a quatro minutos a completar, considerando-se como valor de referência TUGT >15s.

De acordo com Fernandes et al. (2020), os programas de reabilitação devem ser desenvolvidos de acordo com os fatores de risco identificados de forma a eliminar ou diminuir a influência dos mesmos, sendo comprovadas as intervenções educacionais direcionadas para alteração do risco ambiental e para as que promovem o fortalecimento muscular, o equilíbrio, o treino da marcha e a capacidade para a realização das atividades de vida diária (AVD).

Os programas de intervenção do EEER que incluem intervenções educacionais direcionadas para a alteração do risco ambiental, nomeadamente a eliminação de obstáculos no domicílio, uso de calçado apropriado e utilização e adequação dos dispositivos de apoio, revelaram ser eficazes enquanto componente de um programa de prevenção de quedas na pessoa idosa (Bebiano & Baixinho, 2020; Oliveira et al., 2018). Também suportado pela evidência encontramos programas intervenção que incluem o treino de equilíbrio e fortalecimento muscular, que demonstraram ter resultados

favoráveis na capacidade de execução do autocuidado e no equilíbrio, contribuindo também para a diminuição da queda (Gomes et al., 2019).

## 1.2. Metodologia

A *Scoping Review* foi realizada com base nas orientações definidas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) para este tipo de revisão de literatura científica (Peters et al., 2020).

### 1.2.1. Questão de investigação

“Quais as intervenções de reabilitação na gestão da queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores?”

### 1.2.2. Critérios de elegibilidade

A formulação da questão de investigação baseou-se no acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto). Deste modo, como população foram considerados todos artigos que incluem idosos com uma ferida complexa dos membros inferiores. Do conceito foram considerados todos os estudos que incluem intervenções de reabilitação tais como: avaliação de risco ambiental, aconselhamento sobre modificações, adaptação de espaços e equipamentos, aconselhamento na aquisição de produtos de apoio e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentem a segurança dos idosos na utilização do espaço físico da casa; e programas de intervenção que incluem treino de equilíbrio e fortalecimento muscular. Por último o contexto definido foram estudos cujas intervenções ocorrem na comunidade (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de elegibilidade para a amostra bibliográfica

<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>População:</b> Idosos (>65 anos) com ferida complexa dos membros inferiores	<b>População:</b> Crianças e adultos (<65 anos), idosos com ferida complexa em região corporal que não os membros inferiores
<b>Conceito:</b> Intervenções de reabilitação: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio; e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa	<b>Conceito:</b> Intervenções para prevenção de queda que não se incluam nas competências das equipas de reabilitação Estudos sobre medicação e polimedicação Estudos Pluripatologia
<b>Contexto:</b> Comunidade	<b>Contexto:</b> Internamento, urgência, nursing homes
<b>Idioma dos artigos:</b> Português, Inglês e Espanhol.	<b>Idioma dos artigos:</b> Todos os outros.
<b>Intervalo de anos:</b> Janeiro de 2018 a julho de 2023.	<b>Intervalo de anos:</b> Todos os outros.
<b>Outros:</b> Texto completo disponível.	<b>Outros:</b> Artigos pagos.

Conforme as recomendações da JBI, a estratégia de pesquisa foi desenvolvida e implementada em três fases, tendo sido realizada entre maio e setembro de 2023, nas bases MEDLINE (via plataforma PubMed), CINAHL, Scopus e Web of Science, utilizando-se termos em linguagem natural e descritores utilizados na indexação de cada base de dados. Relativamente ao tipo de fontes, foi considerada toda a literatura existente, desde pesquisas primárias até secundárias, como revisões sistemáticas. Os artigos foram limitados a texto completo gratuito disponível em inglês, português e espanhol de janeiro de 2018 a julho de 2023.

### 1.3. Resultados

A seleção dos artigos incluídos foi um processo minucioso e organizado. Com recurso ao software Rayyan foram eliminados os artigos duplicados. Ainda com este programa dois investigadores, de forma independente e cega, procederam à escolha de artigos por título e resumo. Um terceiro investigador foi utilizado em situações de discordância. Posteriormente, foram então eliminados os artigos que não cumpriram os critérios de inclusão, tendo sido registado o motivo de exclusão. Numa segunda fase os artigos selecionados foram integralmente lidos e foi confirmada a sua adequação ao estudo.

De forma a organizar a informação recorreu-se ao modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021), sendo que este evidencia o processo de pesquisa, de exclusão e de seleção de artigos encontrados.

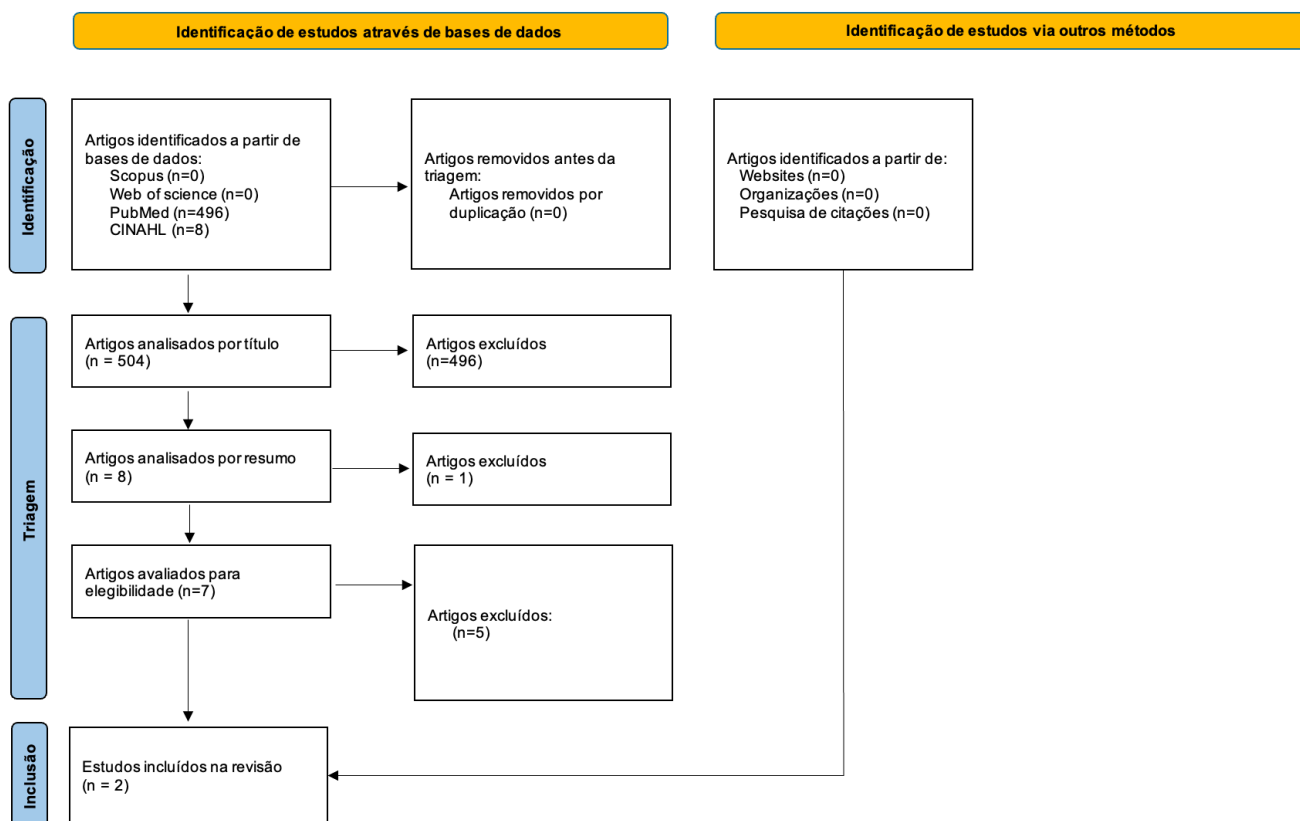


Figura 1. Fluxograma de extração dos artigos

Foi então elaborada uma tabela (tabela 2) que inclui o autor do artigo, ano, método, objetivo e intervenções.

Tabela 2 – Artigos da amostra bibliográfica

**Artigo 1 – Sensory-Motor Mechanisms Increasing Falls Risk in Diabetic Peripheral Neuropathy**

<b>Autores</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>
Reeves, N.D., Orlando, G. & Brown, S.J. (2021)	Artigo de revisão	Descrever de que forma os déficits sensoriais e motores associados à polineuropatia diabética conduzem a alterações biomecânicas no padrão de marcha, que contribuem para diminuição do equilíbrio subjacente às quedas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de treino motor através do aumento da força dos músculos dos membros inferiores;</li> <li>• Programa de treino visual e exercício motor de forma a melhorar o equilíbrio.</li> </ul>

**Artigo 2 – Falls, fear of falling, and related factors in patients with diabetic foot disease**

<b>Autores</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>
Seo, H., Yoon, J. & Cho, O. (2023)	Estudo transversal e correlacional	Estabelecer a relação para o desenvolvimento de intervenções efetivas de prevenção de quedas através da identificação da queda, medo de queda e fatores relacionados com a queda na pessoa com doença de pé diabético (DPD).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenção individualizada e ajustada a cada pessoa;</li> <li>• Avaliação cognitiva e sensoriomotora frequente;</li> <li>• Promover redes sociais de apoio;</li> <li>• Treino do uso de dispositivos de apoio</li> <li>• Treino para melhorar a função física, equilíbrio e marcha.</li> </ul>

#### 1.4. Discussão dos resultados

Tendo como o objetivo mapear as intervenções de enfermagem de reabilitação na prevenção da queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, esta *Scoping Review* encontrou dois artigos que cumpriam os critérios de inclusão, o que sugere a necessidade de mais pesquisa que produza evidência científica relevante direcionada para esta temática.

Deste modo esta revisão pode ser classificada como uma *empty review* ou *near-empty review*, identificando deste modo uma área do conhecimento com necessidade de mais pesquisa baseada em evidência (Gray, 2021).

De referir ainda que ambos os artigos identificados englobam intervenções direcionadas para a pessoa com úlcera diabética.

De acordo com Seo et al. (2023) na apreciação da pessoa com ferida de pé diabético devem ser incluídas a avaliação cognitiva e sensoriomotora e as intervenções devem ser individualizadas e ajustadas a cada pessoa, o que vai de encontro às recomendações sustentadas por Fernandes et al. (2020) e Lee e Kim (2017).

Os mesmos autores reforçam a necessidade de identificação de redes sociais de apoio uma vez que se verificou, no estudo realizado, que o risco de queda era maior nos idosos com úlcera diabética que residiam sozinhos.

Um dos achados considerado relevante é referente à ausência de intervenções educacionais direcionadas para a prevenção de queda por 85,7% dos participantes no estudo de Reeves et al. (2021). Fernandes et al. (2020) sustentaram a importância de intervenções educacionais direcionadas para alteração do risco ambiental e para as que promovem o fortalecimento muscular, o equilíbrio, o treino da marcha e a capacidade para a realização das AVD, que revelaram ser eficazes enquanto componente de um programa de prevenção de quedas na pessoa idosa. O mesmo veio reforçado nas *World Guidelines for falls preventions and management for older adults: a global initiative* (Montero-Odasso et al., 2022) que referem a educação individualizada e personalizada baseada em fatores, comportamentos ou situações de risco identificados, como recomendação forte enquanto estratégia de prevenção de quedas.

Ambos os estudos sugerem intervenções direcionadas para o treino motor de forma a promover a aptidão física, a marcha e o equilíbrio, também suportado por Gomes et al. (2019) uma vez que estas intervenções demonstraram ter efetividade na melhoria

da capacidade de execução do autocuidado e do equilíbrio, contribuindo para a diminuição da queda.

Seo et al. (2023) reforçam a importância de intervenções educacionais direcionadas para a utilização e adequação dos dispositivos de apoio, tal como sustentado por Bebiano & Baixinho (2020).

Reeves et al. (2021) referem a necessidade de incluir intervenções direcionadas para a melhoria do equilíbrio que incluam treino motor combinado com treino visual, uma vez que o movimento é influenciado pelo comportamento ocular, o que influencia diretamente a marcha.

### 1.5. Conclusão

A presente *Scoping Review* objetivou responder à questão “Quais as intervenções de reabilitação na gestão da queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores?”. Dos artigos analisados dois cumpriram os critérios de inclusão, permitindo, deste modo, responder à questão.

Através da realização desta *Scoping Review* foi possível identificar os componentes de um programa de prevenção de queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, nomeadamente a necessidade de uma intervenção individualizada e adequada a cada pessoa tendo por base a realização da avaliação cognitiva e sensoriomotora, assim como a identificação das redes sociais de apoio, e a importância de intervenções educacionais direcionadas para a prevenção da queda e para o treino motor, treino visual e treino de utilização dos dispositivos de apoio.

Pela escassez de estudos encontrados sugere-se a realização de mais pesquisa que produza evidência científica relevante direcionada para as intervenções de reabilitação na prevenção da queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, sendo este um problema real que pressupõe um conjunto de intervenções adaptadas a esta população.

## 2. Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas

Neste capítulo será realizada a descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio da UC Estágio com Relatório, incluindo o estágio realizado no 2º semestre: Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contextos Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, considerando os objetivos gerais e específicos e também as atividades planeadas e delineadas no projeto de estágio. A necessidade de incluir conteúdos do estágio do 2º semestre prende-se não só com a especificidade do tema do projeto de estágio, considerando que foi nos contextos de comunidade e ortotraumatologia que foi possível prestar cuidados, especificamente, à pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, mas também porque foi nesses referidos contextos que se deu início ao desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do EEER.

Os ensinamentos clínicos decorreram em dois momentos distintos. Um primeiro ensino clínico em contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, realizado de 15 de maio a 14 de julho de 2023, num total de nove semanas, e um segundo ensino desenvolvido ao longo de dezanove semanas, entre os dias 26 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024, que incluíram estágio em contexto neurológico, contexto cardiorrespiratório, UMDR e pediatria.

Em todos os contextos de estágio foram inúmeras as situações experienciadas que indicam o alcance de competências, no entanto irei descrever as que me marcaram enquanto pessoa e futura EEER, e que considero mais pertinentes para ilustrar o meu percurso e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, e das competências de mestre.

### 2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências comuns do EEER são definidas como as

“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de

um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

As competências comuns do EE estão organizadas por quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

### 2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Na sua prática os enfermeiros devem ter uma prática orientada pelos princípios éticos, morais e deontológicos, que promova a qualidade dos cuidados, garantindo o respeito pela vida, saúde e dignidade humanas, conforme o Artigo nº102 do REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), que sustenta que o enfermeiro tem o dever de “a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (p.82) e “f) respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (p.82).

A colheita de dados realizada à pessoa e família permitiu conhecer as crenças, valores e expectativas relativas aos processos de transição vivenciados, estabelecendo, deste modo, um processo de parceria de cuidados promotor de autonomia. Uma intervenção planeada entre a equipa e pessoa/família, com respeito pelas expectativas e o projeto de vida dos mesmos, fomenta a adesão à intervenção e a possibilidade de vivência de uma transição saudável (Meleis, 2010).

Os planos de cuidados e as intervenções definidas foram discutidos com a equipa multidisciplinar e a pessoa doente e família em todos os contextos, garantindo o respeito pelos seus direitos, pela privacidade e dignidade, e evitando intervenções que pudessem comprometer a segurança.

Os direitos das pessoas e suas famílias foram sempre defendidos, bem como a sua individualidade e privacidade, com respeito pelas crenças, valores e costumes, sendo sempre incluídos, pessoa e família, na elaboração do seu plano de cuidados (Nunes, 2014). Os dados foram recolhidos de forma a manter o anonimato e a confidencialidade, e a prestação de cuidados foi realizada de forma a garantir a segurança dos mesmos (Nunes, 2020). No respeito pela privacidade e direito de confidencialidade todos os dados

ou referências que permitissem a identificação da pessoa/família, ou outros intervenientes, foram omitidos e codificados em todos os trabalhos elaborados.

O EEER assume, no seio da equipa multidisciplinar, o papel de consultor dentro da sua área de especialidade, em especial em situações de cuidado complexo e diferenciado (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Pelas suas competências, assume-se como o profissional dotado de um conjunto de experiências e alto nível de conhecimentos que permite uma tomada de decisão fundamentada para que o plano de cuidados seja operacionalizado de forma a permitir a recuperação ou manutenção da funcionalidade da pessoa cuidada (Regulamento nº 392/2019). Particularizando, recorde um turno no estágio em contexto ortotraumatológico em que, perante a necessidade de iniciar levantar e treino de marcha a um senhor submetido a artroplastia da anca, o enfermeiro de cuidados gerais ter solicitado a presença do EEER de forma que este procedimento fosse realizado após correta avaliação da pessoa, realização dos ensinamentos e após garantidas as condições de segurança do mesmo.

No decorrer dos ensinamentos clínicos a leitura de documentação específica, normas e protocolos dos diferentes contextos, de forma a conhecer a dinâmica dos cuidados de enfermagem, especificamente os cuidados de enfermagem de reabilitação, integrando a equipa multidisciplinar; a mobilização dos princípios éticos e deontológicos de enfermagem na discussão e tomada de decisão de forma a implementar uma prática profissional baseada no código deontológico de Enfermagem; a elaboração de planos de intervenção integrando a pessoa alvo de cuidados na tomada de decisão e na elaboração do mesmo; e a promoção de um ambiente de confidencialidade e respeito pela pessoa, permitiram o desenvolvimento das competências comuns A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

### 2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria da qualidade preconiza análise e revisão das práticas e a implementação de programas de melhoria contínua de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. Deste modo, o EE deve promover e facilitar as iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e desenvolver práticas de

qualidade através da gestão e integração em programas de melhoria contínua de forma a garantir um ambiente terapêutico seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Todo o meu percurso teve em consideração os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação que defendem que, na procura permanente da excelência no exercício profissional o EEER persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa (Regulamento nº 350/2015, 2015). Os padrões de qualidade são definidos como “um instrumento importante que ajuda a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p. 16656). Foram elaborados de forma a promover a reflexão sobre o exercício profissional da ER e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados por esta especialidade, estabelecendo uma base para a elaboração e implementação de programas de reabilitação, assumindo-se como um guia orientador da segurança e qualidade do exercício profissional dos EEER (OE, 2018).

As atividades propostas e desenvolvidas ao longo dos estágios foram realizadas na procura da excelência dos cuidados através de uma prática baseada na evidência (PBE). Trata-se de uma ferramenta que fomenta o desenvolvimento da profissão, dá visibilidade à investigação e promove a melhoria da qualidade dos cuidados. Através da PBE, a tomada de decisão surge da utilização de pesquisa baseada em regras de avaliação da literatura científica (OE, 2020).

A identificação dos projetos dos diferentes campos de estágio já implementados e também os novos projetos a desenvolver, contribuíram para a aquisição de competências neste domínio, uma vez que me foi dada a oportunidade de apresentação de sugestões de melhoria dos projetos em desenvolvimento e de implementação de novos projetos, nomeadamente relacionados com manutenção da segurança dos doentes, como a prevenção de quedas e a prevenção de UPP, e na promoção da literacia em saúde.

No que se refere aos projetos direcionados para a manutenção da segurança dos doentes, nomeadamente no que se refere à prevenção de quedas e úlceras por pressão, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, concretamente no pilar 5, objetivos estratégicos 5.1 e 5.2. (Despacho nº 9390/2021, 2021), é dado ênfase à implementação e consolidação de práticas seguras, através da utilização de instrumentos

de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados nos diferentes níveis.

Particularizando no estágio realizado em contexto domiciliário foi identificada a necessidade de formação sobre as novas categorias das úlceras por pressão, desconhecidas pelos EEER da ECCI. Tendo formação avançada em feridas, foi então sugerido a realização da formação de forma a dotar a equipa de mais conhecimento, fazendo também a ponte para a intervenção do EEER na prevenção das UPP em comunidade (Apêndice II). No serviço de ortopedia, participei enquanto formanda na sessão: “Prevenção de Quedas” (Anexo I). No final da formação, em conversa com a equipa pedagógica responsável pela formação, atendendo às necessidades identificadas em termos de operacionalização do projeto em curso, sugeri alguma evidência científica mais recente para consulta, ainda desconhecida pelos colegas, contribuindo assim para a mobilização de conhecimentos.

A OMS define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde” (OMS, 1998). Enquanto promotores da literacia em saúde os EEER contribuem para a capacitação da pessoa e família para a autogestão das doenças crónicas, para a promoção da saúde e, conseqüentemente, para o aumento da qualidade de vida.

No estágio em contexto neurológico, considerando o projeto do serviço direcionado para a promoção da literacia em saúde, e no sentido de capacitar a família/cuidador para o seu novo papel, promovendo a vivência de uma transição saudável, elaborei dois pósteres para o ensino à pessoa doente e família/cuidador nomeadamente: “Cuidador Informal” e “Prevenção de Quedas” (Apêndice III e IV, respetivamente). Foi também elaborado um folheto direcionado para a reabilitação dos músculos da face (Apêndice V), necessidade identificada junto da enfermeira orientadora de forma a promover a continuidade do programa de reabilitação facial durante os turnos da tarde.

No estágio em contexto cardiorrespiratório, considerando o plano de educação para a saúde da equipa de RC desenvolvi duas sessões de educação direcionadas para a pessoa doente e família, nomeadamente: “Reeducação da Função Respiratória: porquê?” (Apêndice VI) e “Prevenção de Quedas” (Apêndice VII). As sessões de educação foram

promotoras de um ambiente onde as pessoas doentes e família se sentiam confortáveis para partilhar experiências e esclarecer dúvidas, encontrando suporte em pessoas que se encontravam a vivenciar transições semelhantes.

Ainda no serviço de RC, considerando o projeto específico das enfermeiras orientadoras para o serviço sobre a prevenção das Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho, elaborei uma apresentação sobre a mesma temática que será utilizada futuramente para a concretização do projeto pelas EEER.

Tal como descrito é possível constatar que a temática “Prevenção da Queda” foi desenvolvida em todos os ensinamentos clínicos. Além das sessões de educação e do póster apresentados, ao longo da minha intervenção existiu sempre o cuidado de instruir e capacitar a pessoa doente e família/cuidador para a importância da prevenção da queda. Destaco principalmente o EC na comunidade, uma vez que a ida aos domicílios das pessoas permitiu o reconhecimento de inúmeras barreiras arquitetónicas, como tapetes, escadas interiores, piso escorregadio, iluminação insuficiente, calçado inadequado, entre outros, potenciadoras da queda (Rehm, 2016) o que possibilitou o desenvolvimento de intervenção individualizada de forma a capacitar a pessoa e família para a prevenção da queda. Foram então realizadas intervenções educacionais, tais como identificação, adequação e eliminação de obstáculos no domicílio; uso de calçado apropriado; treino e adequação dos dispositivos de apoio; treino de equilíbrio e fortalecimento muscular (Oliveira et al., 2018; Fernandes et al., 2020; Bebian & Baixinho, 2020).

Todas estas atividades e procedimentos, foram ao encontro do domínio da melhoria contínua da qualidade, permitindo-me adquirir as competências B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

### 2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 o EEER deve gerir os cuidados de enfermagem, melhorando a resposta de enfermagem e a articulação da equipa de saúde, adapta o estilo de liderança ao local de trabalho e adequa os recursos às necessidades

de cuidados, situação e contexto garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos elementos da equipa de enfermagem.

A integração na equipa multidisciplinar de forma a conhecer a estrutura, organização e funcionamento dos diferentes contextos de prática clínica e a identificação e intervenção proativa na gestão de situações complexas com a equipa multiprofissional, sustentando a tomada de decisão nos conhecimentos profissionais, éticos e legais adequados, nomeadamente da área de enfermagem de reabilitação, contribuirá para o desenvolvimento das competências no domínio da gestão dos cuidados nomeadamente C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, no enunciado descritivo oito – Organização dos Cuidados de Enfermagem – é referido que, na procura da excelência do exercício profissional, o EEER “contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Regulamento n.º 350/2015, 2015, p.16659).

Em todos os ensinamentos clínicos, o EEER tinha uma posição de destaque assumindo o papel de gestor e de líder, sendo uma referência para todos os elementos da equipa multidisciplinar. Na ECCI os cuidados são organizados pelo gestor de caso, EEER, responsável não só pela implementação do programa individual de intervenção, mas também pela referenciação aos restantes membros da equipa multidisciplinar mediante as necessidades identificadas. Também em contexto de estágio cardiorrespiratório, existe uma equipa fixa de EEER responsável pela implementação do Programa de Reeducação da Função Respiratória, incorporado no programa de reabilitação cardíaca. Em contexto neurológico o método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, atribuído a um EEER. Deste modo o enfermeiro gestor do serviço nomeia um EEER que será responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem daquela pessoa em particular, durante aquele internamento, o que poderá ocorrer de forma individual ou em equipa com um enfermeiro generalista. A este EEER é atribuída a responsabilidade pela elaboração e atualização do Plano de Cuidados, pela colheita de dados e pela elaboração da carta de transferência e contacto com o enfermeiro da comunidade, na altura da alta.

É também este EEER que participa nas reuniões multidisciplinares e nas reuniões de objetivos referentes ao doente e família.

Em contexto de ortotraumatologia, a equipa de enfermagem do serviço passa, atualmente, por um período com grandes desafios e grande exigência profissional. Composta por 37 profissionais, dos quais 7 são EEER, assegura os cuidados do serviço de ortopedia 2 (24 camas), ortopedia 1 (8 camas) e urgência de ortopedia, que funcionam no mesmo espaço físico, e consulta externa de ortopedia. Existem vários colegas de atestado o que se repercute em horas de trabalho extra realizadas por todos os colegas, e com necessidade de que os EEER estejam na prestação de cuidados gerais. Tratando-se de um serviço de orto-traumatologia, com urgência aberta e fazendo parte de um centro hospitalar, muitas vezes eram admitidos mais utentes para internamento do que as vagas existentes no serviço, o que se traduzia em momentos de grande stress e tensão. A capacidade de organização de toda a equipa, em especial a capacidade de liderança da enfermeira gestora e dos EEER, permitiu que todas essas dificuldades fossem ultrapassadas e que sempre fosse assegurado a excelência dos cuidados prestados, nomeadamente dos cuidados de ER. De referir ainda a franca relação de interdisciplinaridade existente entre os EEER e o fisioterapeuta do serviço, cujas funções se complementam no sentido de proporcionar os melhores cuidados de reabilitação, em equipa, à pessoa e família.

Considerando os objetivos terapêuticos e a otimização do processo de reabilitação, os planos de cuidados eram discutidos em reuniões multidisciplinares, que tive oportunidade de integrar nos diferentes contextos de prática clínica. A participação nas diferentes reuniões multidisciplinares permitiu a estruturação do pensamento crítico e complexo, e o desenvolvimento de aprendizagens nomeadamente no que se refere à tomada de decisão, discussão dos planos individuais de intervenção, bem como na identificação de problemas e possíveis soluções, melhorando a qualidade dos cuidados. A relação estabelecida com todos os elementos da equipa foi de parceria, com respeito pelo domínio de funções de cada um, de forma a permitir a continuidade dos cuidados e a complementaridade da intervenção.

#### 2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De acordo com a OE o EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, central à prática de enfermagem, na medida em que esta influencia o estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais. A prática clínica do EE deve ser baseada em evidência científica e a tomada de decisão em conhecimento atual e pertinente de forma a promover a aprendizagem em contexto de intervenção (Regulamento nº 140/2019).

As aprendizagens desenvolvidas ao longo do ensino clínico possibilitaram relacionar e interligar as aprendizagens teóricas adquiridas com a prática de cuidados especializados, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER.

Ao longo dos diferentes campos de estágio a pesquisa bibliográfica, os jornais de aprendizagem realizados (Apêndices VIII, IX, X e XI), o desenvolvimento dos estudos de caso (Apêndices XII, XIII), e a análise crítica das situações clínicas de forma a promover o conhecimento, e a identificação das intervenções mais adequadas a implementar, permitiram o aprofundamento dos conhecimentos referentes às funções do EEER nos diferentes contextos. A pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e atuais foi uma constante e a procura do saber para melhorar a minha prática esteve sempre presente. Os momentos de partilha e reflexão com os enfermeiros orientadores, foram fundamentais para permitir o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos da especialidade.

A PBE pode ser entendida como a utilização dos resultados de pesquisas científicas no suporte à tomada de decisão. O profissional utiliza a evidência científica proveniente da investigação, para a aplicação na prática clínica (Danski et al., 2017). Trata-se de uma ferramenta que envolve as etapas de definição do problema, procura e avaliação crítica da evidência, implementação, e avaliação dos resultados, permitindo ao enfermeiro uma conduta profissional com base na evidência científica. Através da PBE o enfermeiro utiliza a evidência de acordo com a sua competência profissional, experiência clínica e preferências do cliente (Pedrosa et al. 2015), assim como o ambiente e o processo de trabalho (Silva, et al. 2021). A PBE tem resultados positivos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na satisfação dos utentes, contribuindo para ganhos em saúde, nomeadamente a nível da redução dos custos hospitalares, melhoria da recuperação clínica e na segurança dos cuidados prestados (Carvalho et al., 2019; Danski et al., 2017).

O desenvolvimento de uma práxis clínica especializada baseada em evidência científica também foi demonstrada na participação, com apresentação de um póster, no Webinar de Enfermagem de Reabilitação da ESEL (Anexo I), na participação, com apresentação de um póster, no Congresso da Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (Anexo II), na participação, enquanto palestrante, nas Jornadas de Feridas Complexas de Sintra, (Anexo III), na elaboração de uma *Scoping Review*, já com o seu protocolo publicado na OSF (Apêndice I) para mapear e sintetizar a evidência sobre as intervenções de Enfermagem de Reabilitação na prevenção da queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores.

No que se refere ao Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as competências D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 — Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica, foram desenvolvidas.

## 2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

As competências específicas do EEER são definidas como as

“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para casa área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. (Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745)

### 2.2.1 J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

De acordo com o Regulamento nº 392/2019 o EEER identifica as necessidades de intervenção especializada de reabilitação em todas as pessoas através da avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que condicionam limitação da atividade e incapacidade, de forma a desenvolver e aplicar planos e programas de reabilitação, implementar intervenções de reabilitação e avaliar os resultados das mesmas.

Uma avaliação completa é essencial a uma intervenção clínica apropriada (Hoeman, 2011), deste modo, a avaliação inicial foi o ponto de partida para qualquer plano de intervenção de reabilitação desenvolvido nos diferentes contextos de estágio.

Ao longo do EC a avaliação da pessoa foi realizada através da leitura e consulta dos processos clínicos dos utentes (em suporte papel e em suporte informático: Sclinico, Glint, ou outra plataforma de recolha de informação dos doentes), com informação registada pelos colegas (enfermeiros generalistas e/ou especialistas) e pela equipa multiprofissional; pela informação obtida nas reuniões de passagem de turno; pela entrevista à pessoa e família; e através da utilização de instrumentos e escalas de medida para avaliação física, neuro-motora e funcional.

Os dados recolhidos no processo clínico permitiram o acesso a informação importante para a intervenção do EEER como o diagnóstico médico, antecedentes pessoais (médicos e cirúrgicos), medicação habitual e diferentes exames complementares de diagnósticos como análises laboratoriais, telerradiografia do tórax, tomografia computadorizada, ressonância magnética, entre outros, assim como acesso ao registo da evolução e dos resultados das diferentes intervenções, nomeadamente através da consulta das notas de turno.

As reuniões de passagem de turno foram momentos de transmissão de informação pertinente e atual sobre a pessoa, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados e a melhoria contínua dos mesmos, potenciando a tomada de decisão em equipa (OE, 2017). Permitiram ainda um momento de reflexão e análise do plano terapêutico, de forma a estabelecer prioridades na prestação de cuidados, priorizando as necessidades em cuidados de ER.

A entrevista à pessoa e família foi realizada ao longo da prestação de cuidados, utilizando como guião os instrumentos de avaliação inicial de cada uma das instituições onde os estágios foram realizados, tendo sido também utilizados outros dados considerados pertinentes para a construção do processo de enfermagem de reabilitação, o que a tornava muito diferente da realizada previamente enquanto enfermeira de cuidados gerais.

Em muitas situações o momento da entrevista constituiu o primeiro contacto com a pessoa doente e família, constituindo um momento fundamental para o início do estabelecimento da relação terapêutica. Deste modo foi possível perceber quais as expectativas e objetivos da pessoa e adequar o plano de intervenção aos mesmos, de forma a facilitar a vivência da transição saúde/doença, e identificar transições passadas e estratégias de *coping* facilitadoras do processo atual (Meleis, 2010).

Os instrumentos e escalas de medida utilizados na avaliação da pessoa permitiram a identificação das necessidades de cuidados especializados e a definição do plano de cuidados, monitorização da evolução e avaliação dos resultados obtidos (regulamento nº 392/2019). De acordo com Hoeman (2011) tratam-se de ferramentas que permitem a avaliação da incapacidade e a monitorização dos progressos, otimizando a comunicação em equipa e fundamentando a tomada de decisão, assim como a documentação dos benefícios das intervenções, evidenciando os ganhos obtidos não só com o processo de reabilitação como também em saúde. Pestana (2016) refere que a utilização destes instrumentos deve ser implementada na prática clínica do EEER de forma a permitir o planeamento e a medição do resultado das intervenções específicas.

Foram então utilizados instrumentos e escalas de medida para avaliar as funções cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva; alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade, nomeadamente: Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional, Tabela Nacional da Funcionalidade, *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC), Escala de Borg Modificada, Escala de Berg; Avaliação da Amplitude Articular através da goniometria; Escala de equilíbrio de Fullerton; Protocolo dos Testes de Aptidão Física Funcional da Bateria de Riki & Jones; Escala da dor (EVA); Escala de Ansiedade; Escala de Qualidade de Vida (WHOWDL – BREF, adaptada), Escala de Morse, Escala de Braden, *Minimental State Examination Test*, TUGT, *6min Walk Test*.

Mediante as alterações identificadas foram desenvolvidos diagnósticos de enfermagem, em parceria com a pessoa doente/família, de forma a permitir a conceção de planos especializados de intervenção de ER: reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, reeducação na função eliminação vesical e função intestinal, treino de AVD e no âmbito da prevenção de quedas, de forma a maximizar, restaurar e preservar a funcionalidade, prevenir complicações e promover a reintegração da pessoa e família na comunidade. Foi ainda realizada a seleção de ajudas técnicas e dispositivos de compensação, e os ensinamentos, de forma a promover o autocuidado e a continuidade de cuidados nos diferentes contextos.

O plano de cuidados implementado diferiu nos contextos de estágio. Em ECCE a maioria dos utentes haviam sido referenciados por síndrome de imobilidade e os planos individuais de intervenção eram dirigidos para a reeducação funcional motora, treino de AVD e capacitação dos cuidadores. No ensino clínico decorrido no serviço de ortopedia, a

reabilitação funcional motora (RFM) foi central para a prevenção de complicações perioperatórias e para garantir que a pessoa conseguisse recuperar os níveis de funcionalidade pré-intervenção cirúrgica e pré-fratura. Em contexto neurológico foram prestados cuidados a doentes que se encontravam em regime de internamento na sequência de acidente vascular cerebral (AVC), lesões vertebro medulares (LVM) ou outras alterações do foro neurológico ou traumático, e os planos de intervenção eram direcionados para a reeducação sensoriomotora, reeducação da função respiratória, reeducação da função eliminação vesical e reeducação da função eliminação intestinal, treino de AVD e prescrição de produtos de apoio, treino e capacitação dos cuidadores. Já em contexto cardiorrespiratório a intervenção foi direcionada para doentes em ambulatório a frequentar a fase II da reabilitação cardíaca, em que o plano de intervenção é direcionado para recuperação funcional da pessoa vítima de um evento cardiovascular para melhoria da qualidade de vida e redução dos fatores de risco cardiovascular, de forma a prevenir a recorrência de complicações cardiovasculares. Devo salientar que todas as intervenções planeadas foram discutidas com os enfermeiros orientadores com o objetivo de reeducar e/ou promover a readaptação funcional, prevenir as complicações e promover a melhoria da qualidade de vida.

No que se refere à reeducação sensoriomotora, a intervenção deve ser direcionada para a implementação de exercícios e técnicas como mobilizações, atividades terapêuticas no leito (ponte, rolamento), treino de equilíbrio (sentado e de pé), exercícios com bola terapêutica, plano inclinado, mesa de verticalização, treino de levante, treino de marcha com auxiliares e exercícios em cadeira de rodas (Coelho, Barros & Sousa, 2016). Deste modo, foram realizadas intervenções como: posicionamentos em padrão anti-espástico; mobilizações articulares e exercícios terapêuticos no leito (ponte, rolar, rotação controlada da coxofemoral, auto-mobilizações); treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); execução das técnicas de transferência da cama para a cadeira de rodas e desta para o sanitário; realização de treino de marcha com andarilho e bengala; posicionamento em mesa de verticalização; ensino e treino na utilização da cadeira de rodas.

Relativamente à reeducação da função respiratória (RFR), cujo objetivo é a prevenção de complicações (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016), a atuação do EEER deve ter como foco: prevenção e correção das alterações músculo-

esqueléticas; redução da tensão psíquica e muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; prevenção e correção de defeitos ventilatórios; melhorar a performance dos músculos respiratórios; e a reeducação no esforço (Heitor et al. 2017). A eficácia do programa de RFR depende do início precoce e da adesão da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012; Gomes & Ferreira, 2016). Foram então realizadas intervenções como: ensino, treino e execução de técnicas respiratórias – consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, exercícios abdomino-diafragmáticos, exercícios de reeducação costal, ensinamentos da tosse; execução de técnicas de posicionamento – drenagem postural modificada, terapêutica de posição e correção postural; treino da tosse para limpeza das vias aéreas; ensinamentos e treino sobre o uso de inaladores, com foco na capacitação para a pessoa e cuidador; ensino e treino na utilização do espirómetro de incentivo.

Reportando agora à RFM as principais intervenções passaram pelo treino, instrução e realização de: exercícios isométricos (contrações isométricas dos abdominais, dos glúteos e do quadríceps); exercícios isotônicos (mobilizações ativas livre/assistidas/resistidas dos membros superiores; mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro intervencionado de acordo com a tolerância e com o tipo de patologia da pessoa, nomeadamente: flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho, abdução/adução da articulação coxofemoral; flexão/extensão do joelho; dorsiflexão/flexão plantar da tibiotársica); exercícios de fortalecimento dos membros superiores, nomeadamente, tríceps braquiais, uma vez que estão envolvidos na utilização dos auxiliares de marcha no período pós-operatório (andarilho e canadianas) (Sousa & Carvalho, 2016). No período pós-operatório os programas de RFM centraram-se em: posicionamentos terapêuticos e mobilizações no leito; levantar e treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé; ensino e treino de transferências (cama-cadeira, cadeira-sanita, entrar e sair do carro) e instrução e treino na utilização dos meios auxiliares de marcha, tanto em superfícies planas como no subir e descer escadas (Sousa & Carvalho, 2016).

Reportando à reeducação da função eliminação foi realizada instrução da pessoa e família sobre treino vesical (registo de ingeridos e eliminados) e auto-esvaziamentos assim como sobre o treino intestinal (Rocha & Redol, 2016). Antes de iniciar o treino vesical é realizado estudo urodinâmico e avaliações contínuas do volume vesical residual através do “Bladder Scan”.

As intervenções como o treino de AVD e no âmbito da prevenção de quedas assim como, prestação de cuidados à pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, serão abordadas nos próximos capítulos referentes à capacitação da pessoa e à maximização da funcionalidade.

## 2.2.2 J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

De acordo com o regulamento nº 392/2019 o EEER elabora e implementa planos de cuidados com inclusão de treino de AVD visando a adaptação às limitações/restrições e a maximização da autonomia e da qualidade de vida, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

O programa de treino de AVD deve ser individualizado e ter em consideração o tipo de limitação da pessoa, ensinando ao doente e seu familiar/cuidador técnicas específicas de autocuidado de acordo com as limitações identificadas. Deste modo ao longo dos ensinamentos clínicos foram desenvolvidas atividades como: ensino à pessoa e/ou ao cuidador de técnicas específicas para o autocuidado; realização de treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio; ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima funcionalidade da pessoa; identificação e orientação para eliminação de barreiras arquitetónicas, de forma a promover um ambiente seguro, com vista à promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social.

A educação para a saúde é fundamental num programa de reabilitação de forma a promover uma modificação do comportamento e estilo de vida, tendo como objetivo a manutenção ou melhoria da qualidade de vida do utente e família (Hoeman, 2011; Rodrigues, 2024).

O treino de AVD consiste na realização de tarefas e exercícios progressivamente mais complexos e exigentes em termos neurológicos, motores e cardiorrespiratórios. Pode ser realizado através de atividades básicas de vida diária ou de cuidado pessoal e das atividades instrumentais de vida diária ou atividades domésticas e comunitárias, após avaliação da capacidade individual da pessoa (Hoeman, 2011; Vigia et al., 2016).

No estágio em contexto neurológico foi possível realizar treino de higiene pessoal, vestir/despir, da eliminação vesical e intestinal, de transferências, da locomoção e da

alimentação. O treino de AVD pretende devolver a maior independência à pessoa/família, acometidas por determinada incapacidade, quando confrontadas com determinadas situações que encontram ou poderão encontrar no seu quotidiano (Hesbeen, 2003; Vigia et al., 2016). Deve ser realizado após avaliação da capacidade e limitação da pessoa de forma a poder adaptar o ensino, as instruções e procedimentos devem ser repetidos as vezes necessárias, de forma calma, paciente, encorajando sem criar pressão (Hoeman, 2011; Vigia et al., 2016).

Especificando, o treino da AVD higiene pessoal foi realizado na casa-de-banho através da utilização da cadeira sanitária ou maca banheira, assim como de produtos de apoio, tais como esponjas de cabo longo ou engrossado. De forma a facilitar a pessoa a pentear, barbear e lavar os dentes, o uso do espelho foi fundamental, assim como a utilização de produtos de apoio como pentes de cabo comprido, escovas de cabo comprido e/ou engrossado, escovas de dentes elétrica, entre outros.

O treino de vestir/despir foi realizado na posição de sentado (à beira da cama ou na cadeira de rodas (CR)) e através da utilização de produtos de apoio, uma vez que a maioria dos doentes apresentavam diminuição da força, da amplitude e de movimentos, assim como alterações do equilíbrio (Vigia et al., 2016).

O treino da alimentação foi realizado no refeitório do centro. Todos os doentes eram avaliados pelo EEER e pela terapeuta da fala, sendo as dietas e texturas adaptadas a cada pessoa. Durante o treino a pessoa foi instruída a adotar o correto posicionamento na cadeira, sendo estimulada a alimentar-se de forma independente, através da utilização de produtos de apoio como talheres de cabo grosso, pratos com rebordo, entre outros.

O treino na eliminação vesical e intestinal foi realizado, preferencialmente, na casa-de-banho. Dependendo da disfunção, foram realizados ensinamentos sobre alterações de hábitos, elaboração de diário miccional e de ingestão hídrica, assim como cateterização vesical intermitente pelo próprio (Vigia et al., 2016). O treino de eliminação intestinal foi realizado através da utilização de supositórios de glicerina, estimulação digital e massagem abdominal.

O treino de transferências era realizado entre a cama e a CR, cama/cadeira sanitária, CR/sanita e vice-versa, permitindo a pessoa a deslocar-se de uma superfície para outra (Vigia et al., 2016).

No que se refere ao treino da locomoção, este é referente à utilização de auxiliares de marcha de forma a permitir uma maior independência (Vigia et al., 2016). No centro de reabilitação o treino de locomoção foi direcionado para a utilização da cadeira de rodas, andarilho e bastão.

No EC em contexto neurológico destaco também os dias de estágio no departamento de AVD do Centro de Reabilitação. Neste departamento específico o EEER é responsável pelo ensino e treino ao doente e/ou família/cuidadores dos diferentes aspetos essenciais do dia-a-dia da pessoa com limitação funcional, nomeadamente: atividades na cama, vestuário, higiene, eliminação (utilização da sanita), uso da cadeira de rodas, treino de transferências, treino de equilíbrio, adaptação do domicílio e estudo de produtos de apoio.

Cada EEER é responsável por doentes internados num serviço específico do centro e por doentes em regime ambulatorio. Durante os dias de estágio no departamento de AVD a enfermeira orientadora, EEER, era responsável pelos doentes do serviço de internamento onde me encontrava a realizar o estágio, o que permitiu observar e intervir no treino de AVD implementado e dar continuidade ao mesmo durante o restante tempo de estágio no serviço de internamento.

Neste departamento participei também no processo de admissão e avaliação do utente, onde foi realizada entrevista ao utente e família, sendo aferidos elementos como: resumo da história clínica, condições da habitação nomeadamente sobre existência de barreiras arquitetónicas, acessibilidade e características da casa-de-banho; sobre produtos de apoio existentes; apoio familiar; perspectivas de integração social e expectativas com o internamento na instituição.

O EEER é responsável pela promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, transmissão de conhecimentos sobre legislação e normas, identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas, emitindo parecer face à situação das pessoas e, estruturas, equipamentos e produtos de apoio necessários à inclusão familiar e social (Regulamento nº 392/2019). Deste modo, após identificação barreiras arquitetónicas do domicílio, informação que era trabalhada com o doente e família/cuidador, o EEER emitia um parecer com as alterações sugeridas de forma a eliminar essas mesmas barreiras. Como exemplo, destaco a assessoria realizada em relação às alterações a serem

realizadas na casa-de-banho, que incluía orientações na presença de base de duche ou banheira.

No ensino realizado na comunidade a ida aos domicílios das pessoas permitiu o reconhecimento de inúmeras barreiras físicas e arquitetónicas, como tapetes, escadas interiores, piso escorregadio, banheira ou poliban, iluminação insuficiente, calçado inadequado, entre outros, potenciadoras da queda (Rehm, 2016) e que dificultam a livre circulação de pessoas com incapacidade (Pereira et al., 2018). Foram sugeridas alterações no domicílio como remoção de tapetes, alterações da disposição do mobiliário, substituição da banheira ou poliban por base de duche, colocação de barras de apoio no WC, melhoria da iluminação, colocação de rampas de acesso. Foi ainda realizada recomendação de produtos de apoio assim como adequação e treino na utilização dos mesmos.

No serviço de ortopedia destaco a intervenção junto das pessoas admitidas no Programa Rapid Recovery, habitualmente referenciadas por gonartrose ou coxartrose, cuja intervenção do EEER nos diferentes momentos (pré, intra e pós-operatório) é fundamental, de forma a permitir a recuperação da independência e autonomia ao nível da funcionalidade e autocuidado da pessoa e família/cuidador, permitindo a reinserção na sociedade.

Foram então realizados ensinios sobre a importância do início do programa de reabilitação pré-operatório com foco no fortalecimento muscular dos MI e MS, nomeadamente, tricípites braquiais, uma vez que estão envolvidos na utilização dos auxiliares de marcha no período pós-operatório (andarelo e canadianas) e exercícios de reeducação funcional respiratória. Foram também realizados ensinios de adequação e treino de marcha com auxiliares de marcha – andarelo e canadianas – subida e descida de escadas.

Todos estes ensinios têm continuidade no pós-operatório, o que resulta numa recuperação e adaptação mais eficaz às limitações, com recuperação da funcionalidade e autocuidado, gestão eficaz da dor, da angústia e da ansiedade; diminuição do tempo médio de internamento e melhor aceitação e adesão ao programa de reabilitação (Pina & Baixinho, 2020).

### 2.2.3 J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

De acordo com o Regulamento nº 392/2019 o EEER concebe e implementa programas de reeducação funcional motora e respiratória através da conceção de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação. Desta forma, deve demonstrar conhecimentos aprofundados acerca das funções cardíaca, respiratória e motora, e ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho nos diferentes níveis, de acordo com os objetivos individuais a atingir com cada pessoa/família. O EEER avalia os programas de reeducação funcional e reformula-os sempre que necessário, em função dos resultados esperados, integrando a pessoa em todo o processo de reabilitação.

Considerando especificamente a prestação de cuidados à pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, em ECCL tive oportunidade de integrar o programa de reabilitação do Sr. H.S., utente de 73 anos, referenciado para a UCC por Síndrome de Imobilidade, com antecedentes pessoais conhecidos de insuficiência venosa crónica dos membros inferiores com úlceras venosas bilaterais, vítima de uma queda em casa, da própria altura, sem fraturas, que motivou a imobilidade no leito por dor e medo de queda. Acompanhado há vários meses pela equipa da ECCL, tinha como objetivo do programa de reabilitação voltar a conseguir sentar-se. Avaliando o programa de reabilitação proposto, na primeira ida ao domicílio, sugeri a reformulação do programa com inclusão de exercícios de reabilitação funcional respiratória, uma vez que pela permanência no leito o utente apresentava diminuição da tolerância ao esforço, com dispneia, na realização dos exercícios que envolviam maior gasto de energia. Foi então estabelecido programa de otimização da função respiratória através de exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costais globais com uso de bastão. Durante as 4 semanas foram ainda realizados ensinamentos sobre adesão ao regime terapêutico, sobre posicionamentos no leito e importância das mobilizações e alternância de decúbito, concretamente para a prevenção das UPP. De referir que o Sr. H. apenas se lateralizava para cuidados de higiene e não tolerava cabeceira da cama a mais de 20°. Após reformulação do programa já estabelecido, ao fim das 4 semanas verificou-se:

- Aumento da tolerância ao esforço (introdução de exercícios de otimização da função respiratória);

- Melhoria da amplitude articular, nomeadamente da articulação coxofemoral, com capacidade para posicionamento em semi-fowler (45°), o que permitiu, por exemplo a recuperação da capacidade para a satisfação do autocuidado alimentar-se;
- Melhoria da amplitude articular a nível dos membros inferiores;
- Posicionamento em decúbito lateral direito e esquerdo, com ensino e treino da cuidadora para a execução dos mesmos;
- Adesão efetiva ao regime terapêutico.

De ressaltar também a relação de confiança que consegui estabelecer com o Sr. H., que desde o início da minha intervenção demonstrou vontade e determinação na realização do programa proposto, sendo que manteve sempre a realização dos exercícios várias vezes ao dia, o que permitiu a maximização da funcionalidade e a recuperação de algumas capacidades.

Destaco também o ensino clínico que decorreu em contexto cardiorrespiratório onde a minha intervenção foi direcionada para os doentes vítimas de evento cardiovascular ou portadores de doença cardiovascular, referenciados para a fase II da reabilitação cardíaca. A intervenção decorreu sobretudo no âmbito da implementação do programa de reeducação funcional respiratória integrado na reabilitação cardíaca.

A fase II da RC tem a duração de 8 a 12 semanas e é composta por um conjunto de sessões presenciais, duas a três vezes por semana. Tem como objetivos promover ganhos na função cardiovascular e na capacidade funcional (força, equilíbrio e flexibilidade), através do desenvolvimento de um programa de exercício físico individualizado (intensidade, tipo, duração, frequência e modalidade) e componente educacional de forma a promover mudanças comportamentais e adoção de estilos de vida saudáveis (Abreu et al., 2018). A intervenção do EEER centra-se na educação para a saúde e na conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório e na avaliação e reformulação desses mesmos programas, conforme as suas competências específicas (OE, 2023).

O programa de RC realizado no contexto de estágio contempla dois momentos distintos: uma sessão de RFR, orientada pelos EEER na sala de RC com a duração de 60 minutos, e uma sessão de reabilitação física, orientada pela equipa de MFR no ginásio de fisioterapia do hospital, com a duração de 60 minutos.

Para além das sessões de RFR e de reabilitação física, existe um programa estruturado de Educação para a Saúde, dirigido à pessoa doente e sua família, direcionados para o ensino sobre a doença cardíaca, modificação dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV), adoção de comportamentos saudáveis, importância e segurança na prática de exercício físico, alimentação saudável, adesão terapêutica e gestão de energia/stress, desenvolvidas pelos profissionais de saúde que constituem o programa de RC (tais como EEER, médicos cardiologistas, fisiologistas do exercício, entre outros), ou até mesmo por preletores externos, especializados na área da RC. Considerando o programa de educação para a saúde, tal como já havia sido mencionado anteriormente, realizei e apresentei duas sessões dirigidas às pessoas doentes e família, no âmbito da Reeducação da Função Respiratória e Prevenção de Quedas.

Na implementação do programa de RFR a minha intervenção passou por ensino de exercícios de relaxamento e respiratórios, de forma a treinar os músculos respiratórios, através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e de reeducação costal, seletiva e global (Sousa & Carvalho, 2016), e ainda exercícios de flexibilidade, equilíbrio e de mobilização articular.

A avaliação dos doentes era realizada de forma contínua, em diferentes tempos da sessão de RFR, sendo avaliados parâmetros como pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, glicémia capilar (na presença de antecedentes de diabetes mellitus) e nível de dispneia/cansaço (Escala de Borg modificada). Na presença de sinais e sintomas de descompensação ou de agravamento da patologia cardíaca, que colocassem em causa a segurança na realização da sessão, o doente era encaminhado para consulta pelo médico cardiologista.

Atendendo às atividades desenvolvidas de forma a dar resposta aos objetivos definidos, considera-se que todos os contextos proporcionaram experiências que contribuíram para o desenvolvimento de competências, quer as comuns do EE nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal (A); melhoria contínua da qualidade (B); gestão dos cuidados (C) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (Regulamento n.º 140/2019), quer as específicas do EEER: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da

prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2) e Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3) (Regulamento n.º 392/2019).

### 2.3 Competências de Mestre

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos acompanhadas de uma reflexão teórica e interpretação crítica das mesmas. Através do planeamento, monitorização e avaliação de intervenções de ER demonstrei uma crescente autonomia enquanto EEER, fundamentando a minha atuação na investigação, na PBE e nos referenciais éticos e deontológicos, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados de ER.

Deste modo, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 para obtenção do Grau de Mestre, demonstrei deter conhecimentos prévios e capacidade de utilização dos mesmos em contexto de investigação, conseguir aplicar novos conhecimentos e capacidades na área da ER de forma a permitir a resolução de problemas, num contexto multidisciplinar. Demonstrei ainda capacidade de assimilação de novos conhecimentos, integrando situações complexas, de desenvolver soluções ou emitir pareceres em situações de informação limitada ou incompleta, realizando reflexões éticas e sociais sobre os mesmos.

Através da defesa pública, aproveitamento e consequente publicação deste relatório espero demonstrar capacidade para transmitir conhecimento e conclusões sob a forma de evidência, contribuindo deste modo para desenvolvimento da disciplina de enfermagem, particularmente da enfermagem de reabilitação.

### **3. Avaliação da Aprendizagem**

A elaboração do presente relatório e a realização dos diferentes estágios conduziram ao crescimento profissional e pessoal, considerando todo o percurso desenvolvido, pautado pela procura da excelência dos cuidados, através do conhecimento sustentado na evidência e na prática reflexiva.

Não posso deixar de referir que todos os locais de estágio e a disponibilidade permanente dos enfermeiros orientadores, foram uma mais-valia à minha aprendizagem permitindo a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos e a sua aplicação prática, possibilitando dar resposta aos objetivos definidos e desenvolvimento das Competências Comuns do EE e das Competências Específicas do EEER. A forma como fui acolhida por todas as equipas, em todos os campos de estágio, e o estabelecimento de relações fortes e de amizade, não só com os profissionais de saúde, mas também com todos os doentes e famílias com quem me cruzei, foram fundamentais para conseguir atingir, com sucesso, todos os objetivos definidos e todos os desafios que foram surgindo ao longo deste percurso.

Como método de avaliação da aprendizagem, será realizada uma análise SWOT, que correspondente à identificação dos pontos fortes (Strengths), dos pontos fracos (Weaknesses), fatores intrínsecos, e das oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats), fatores extrínsecos, que foram sentidas relativamente à aprendizagem desenvolvida neste percurso.

#### **3.1. Aspetos Positivos e Negativos**

##### *3.1.1. Strengths*

A capacidade de integração dos conhecimentos teóricos na prática clínica, sustentados na evidência científica mais recente e a disponibilidade para novas aprendizagens foram uma constante ao longo de todo o meu percurso.

A postura adotada em todos os ensinamentos clínicos que evidenciou a capacidade de integração na equipa de enfermagem e multiprofissional, mediada e facilitada pelos

enfermeiros orientadores, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa doente e família, e que foi alvo de destaque em todos os momentos de avaliação pelos respetivos EEER orientadores.

A capacidade de organização demonstrada ao longo de todo o percurso académico, não só durante o tempo de aulas, mas principalmente durante os estágios, com uma gestão de tempo eficaz que permitiu dar resposta às minhas responsabilidades pessoais, profissionais e de estudante de mestrado.

### 3.1.2. *Weaknesses*

A maior dificuldade que senti neste percurso foi a gestão do tempo na conciliação da vida académica com a vida profissional e pessoal, nomeadamente no que se refere às horas exigidas para a realização dos estágios bem como todo o estudo subjacente necessário para concretizar as atividades propostas, com implicações a nível pessoal e profissional, mas que com esforço, dedicação e muita perseverança foram ultrapassadas.

### 3.1.3. *Opportunities*

Um dos aspetos que devo começar por destacar foi a preocupação constante pelos enfermeiros orientadores, em todos os locais de estágio, para que me fossem dadas oportunidades para a prestação de cuidados enquanto EEER e assim possibilitar o desenvolvimento de competências.

A realização da *Scoping Review*, que permitiu o desenvolvimento das competências de investigação e que deu suporte ao projeto de estágio, e a publicação do seu protocolo, com posterior apresentação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação promovido pela Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

O ensino em comunidade foi uma experiência muito enriquecedora, uma vez que sendo enfermeira há 20 anos, foi a primeira vez que prestei cuidados fora do ambiente hospitalar. Toda a organização e desenvolvimento dos cuidados constitui uma dinâmica muito diferente da realidade com que estou mais familiarizada. A ida ao domicílio dos utentes e família permitiu a apreciação do mesmo, a identificação de barreiras e a sugestão de alterações de forma a diminuir o risco de queda.

Em Ortotrauma o despertar para o cuidar em humanidade, em especial no que se refere à integração dos pilares: olhar, palavra, toque e verticalidade. Trata-se de uma

filosofia de cuidados com impacto positivo para a equipa, contribuindo para a satisfação e realização profissional, mas também pelo desenvolvimento de um cuidar que melhor responde às necessidades da pessoa internada e sua família, promovendo ganhos importantes na independência e na qualidade de vida.

No estágio em contexto neurológico a passagem pelo departamento de AVD onde foi possível intervir enquanto EEER, nomeadamente na emissão de pareceres sobre as alterações arquitetónicas a serem realizadas nas casas-de-banho e na escolha dos produtos de apoio.

No estágio em contexto cardiorrespiratório, a possibilidade de integrar um programa de reabilitação cardíaca com um programa de educação para a saúde estruturado e, não existindo sessão direcionada para a prevenção da queda, surgiu a oportunidade de realizar uma apresentação para os doentes e família, que servirá para futuras apresentações ministradas pela equipa de EEER.

O estágio em UMDR que, apesar de curto, foi riquíssimo em conhecimento e possibilidade de desenvolvimento e consolidação de competências, em especial pela diversidade de patologias e, deste modo, a variedade de programas de reabilitação implementados, nomeadamente treino de AVD, treino motor, sensoriomotor, cardiorrespiratório, utilização de produtos de apoio e prevenção de quedas.

O estágio na unidade de neonatologia, pela riqueza de experiências e especificidade de intervenções, tão fora da minha área de conforto e de atuação enquanto enfermeira de cuidados de adultos.

#### 3.1.4. *Threats*

A ameaça sentida ao longo deste percurso prendeu-se com a especificidade do projeto de estágio e com a impossibilidade de prestar cuidados especificamente à pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, em todos os campos de estágio, no entanto, tal situação foi ultrapassada pelo desenvolvimento da *Scoping Review* e pela implementação, em todos os contextos, de programas direcionados para a prevenção de quedas.

Considerando a nova organização dos cursos de mestrado, com estágios em multicontextos, a elaboração do projeto num curto espaço de tempo, dificultou a sua posterior operacionalização.

A prestação de cuidados a pessoas com alterações respiratórias não foi tão abrangente como se esperava, ficando por aprofundar conhecimento na área de auscultação pulmonar, análise de telerradiografia e outros meios complementares de diagnóstico, mas que serão tidos em necessidade de investimento pessoal e profissional no futuro.

### 3.2. Contributos para a Prática de Enfermagem de Reabilitação

O percurso de desenvolvimento de competências iniciado com a frequência e conclusão deste mestrado foi o ponto de partida para a implementação de uma prática diária sustentada na evidência científica, de forma a prestar os melhores cuidados à pessoa e sua família, contribuindo também para o desenvolvimento da própria disciplina de enfermagem, particularmente da enfermagem de reabilitação. Os conhecimentos e capacidades evidenciadas contribuíram para o desenvolvimento das competências definidas pela OE para atribuição do título de EEER e para as competências definidas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos.

Acredito que a produção deste relatório e a *Scoping Review* permitiram identificar uma necessidade de investigação e de intervenção para o EEER. Tendo por base o impacto do aumento da prevalência de doenças crónicas numa população cada vez mais envelhecida, a presença de uma ferida complexa coloca esta população num risco de queda ainda mais elevado. Não só a minha experiência profissional, mas também a situação descrita no ensino clínico em comunidade (apêndice x), permitem-me afirmar que a queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores é um problema real e pressupõe um conjunto de intervenções adaptadas a esta população.

Deste modo, torna-se necessário sensibilizar os profissionais de saúde, nomeadamente os EEER, para a necessidade de implementação de um programa estruturado de prevenção de queda direcionado para a pessoa com ferida complexa dos MI, com a finalidade de capacitar a pessoa e família para a gestão do risco de queda e a vivência de uma transição saudável.

A realização da *Scoping Review* possibilitou o desenvolvimento de competências na área da investigação e na utilização da evidência científica, nomeadamente na pesquisa

em bases de dados, na avaliação metodológica dos artigos, na extração de informação e na emissão de recomendações para a prática clínica. Tratando-se de uma *near-empty review*, verificou-se a necessidade de realização de investigação primária nesta área específica, abrindo-se a janela de oportunidade para o investimento pessoal e profissional, nomeadamente através da realização de estudo direcionado para a avaliação do risco de queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores no meu local de trabalho. Pretendo deste modo, implementar uma consulta de enfermagem de reabilitação integrada na Consulta de Ferida Complexa, onde seja realizada a avaliação multifatorial de risco de queda nestes doentes e posteriormente intervenções individualizadas e ajustadas a cada pessoa que incluam intervenções educacionais direcionadas para a alteração do risco ambiental, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular, e treino de utilização dos dispositivos de apoio, de forma a manter a capacidade funcional da pessoa, prevenir complicações e incapacidades, e manter ou recuperar a independência.

De futuro e enquanto EEER, sensibilizada para a importância da implementação de programas de reabilitação direcionados para a prevenção de quedas, espero ter a possibilidade de contribuir para a operacionalização destes programas, em especial na Unidade Local de Saúde onde exerço funções atualmente. Espero que este novo modelo de gestão do SNS seja potenciador da melhoria de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados, de forma que se desenvolvam programas estruturados de reabilitação que deem resposta às reais necessidades das nossas populações.

## 4. Considerações Finais

Chega ao fim um dos maiores desafios a nível profissional e pessoal que me propus realizar. O percurso desenvolvido ao longo da frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi pautado pela procura da excelência dos cuidados, através de uma prática reflexiva, baseada na evidência científica, cujo ponto de partida foi o desenvolvimento do projeto de estágio com o título: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Queda na Pessoa com Ferida Complexa dos Membros Inferiores.

Exercendo funções há já alguns anos numa consulta de Ferida Complexa, tenho bem presente o impacto que a presença de uma ferida complexa transporta para a vida da pessoa e família, e o desafio desta problemática para os sistemas de saúde e para a sociedade. Enquanto mestranda em ER, sensibilizada para esta problemática, apercebi-me do elevado risco de queda que se encontram as pessoas com Ferida Complexa, muitos dos quais, já com história de queda prévia.

Foi neste sentido que me propus a implementar o projeto de estágio, que agora vejo defendido com a produção deste relatório. A implementação do projeto de estágio foi dificultada pela sua especificidade, mas tendo em conta a abrangência dos locais de estágio, foi possível o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER, assim como alcançar a operacionalização dos objetivos definidos no projeto de estágio. De referir que, das atividades previstas no projeto de estágio, de forma a dar resposta aos objetivos definidos, não foi realizado o estudo para avaliação do risco de queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores. Contudo, de forma a dar resposta a esta mesma atividade, foi realizada a *Scoping Review* que permitiu o mapear da evidência, evidenciando uma área que requer maior investigação.

Através da realização da *Scoping Review* foi então possível identificar os componentes de um programa de prevenção de queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, nomeadamente a necessidade de uma intervenção individualizada e adequada a cada pessoa tendo por base a realização da avaliação

cognitiva e sensoriomotora, assim como a identificação das redes sociais de apoio, e a importância de intervenções educacionais direcionadas para a prevenção da queda e para o treino motor, treino visual e treino de utilização dos dispositivos de apoio.

Deste modo, tenho como pretensão futura e enquanto EEER, o desenvolvimento e implementação de um programa estruturado de prevenção da queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores na ULS onde exerço funções, de forma a ter uma atuação privilegiada ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, e na implementação de programas de reabilitação que maximizem o potencial da pessoa e o seu bem-estar, tendo como finalidade a qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade e a reintegração precoce na sociedade.

A criação da ULS irá permitir o desenvolvimento de um programa de prevenção de queda nesta população específica que envolva a equipa multiprofissional, nomeadamente EEER, não só do hospital, mas também da comunidade. A intervenção conjunta da equipa EEER do hospital e da comunidade irá permitir a implementação e avaliação de planos de cuidados de forma a manter a funcionalidade da pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, prevenindo a queda e evitando complicações e incapacidades.

Para a operacionalização deste projeto será realizada avaliação do risco de queda a todos os doentes com Ferida Complexa dos Membros Inferiores em tratamento nas diferentes instituições da ULS, nomeadamente aos doentes seguidos na consulta de Ferida Complexa da minha instituição, através da determinação multifatorial do risco de queda, conforme sugerido pelas guidelines internacionais de prevenção de queda. O programa de reabilitação será adequado ao risco de queda identificado e irá incluir treino de equilíbrio e fortalecimento muscular, e intervenções educacionais direcionadas para a alteração do risco ambiental, nomeadamente a eliminação de obstáculos no domicílio, uso de calçado apropriado e utilização e adequação dos dispositivos de apoio.

A implementação deste projeto trará contributos para a investigação nomeadamente através da publicação dos resultados obtidos da avaliação do risco de queda e da implementação do programa de reabilitação.

Sensibilizada para o problema das quedas e para todas as consequências que daí surgem, os cuidados prestados enquanto EEER vão muito além do tratamento local da ferida, incluindo também a conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados

de forma a manter a funcionalidade da pessoa com ferida complexa dos membros inferiores, prevenindo a queda e evitando complicações e incapacidades.

A conclusão e futura defesa do presente relatório de estágio evidenciam o culminar e simultaneamente o início de um novo percurso enquanto Mestre e EEER, que pretendo ser para uma prática profissional sustentada na evidência científica com a concretização de intervenções especializadas, de forma a prestar os melhores cuidados à pessoa e família com foco na sua singularidade e reais necessidades.

Enquanto futura EEER irei desenvolver um conjunto de competências de forma a ter uma atuação privilegiada ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, e na implementação de programas de reabilitação que maximizem o potencial da pessoa, tendo como finalidade a qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade e a reintegração precoce na sociedade.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, A., Mendes, M. Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, T. & Morais, J. (2018). Mandatory criteria for rehabilitation programs: 2018 guidelines from de Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(5), 363-373.  
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>
- American Geriatrics Society & Bristish Geriatrics Society (2011). Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of The American Geriatrics Society*, 59 (1), 148-157.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>
- Baixinho, C.L & Dixe, M.A. (2017). Team practices in fall prevention in institucionalized elderly people: scale design and validation. *Texto Contexto Enfermagem*, 26 (3), 1-9.  
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>
- Bebiano, W. S. & Baixinho, C. L. (2020). Possibilities for nursing interventions in the prevention of falls in the elderly: a review. *Cogitare enfermagem*, 25.  
<https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>
- Carvalho, A.L., Barroso, C., Pereira, M.A., Teixeira, A.P., Pinho, F. & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem – Manual prático*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/31971>
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. In: Chinn, P.N. (Ed.). *Nursing research methodology* (237-257). Aspen Publication.  
<https://repository.upenn.edu/bitstreams/561a826d-3531-4288-8f91-c92d8c869c3e/download>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (2017).  
<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.227 – 251). Lusodidacta.

- Costa-Dias, M.J., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 7-17.  
<https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Danski, M.T.R., Pedrolo, E., Lind, J., Johann, D.A. & Rodrigues, G.I. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2).  
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negri, E. (2010). Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*, 21(5), 658-668.  
<https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181e89905>
- Despacho nº 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, II Série (Nº 28 de 10-02-2015), 3882 (2-10).  
<https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho nº 9390/2021. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, II Série (Nº 187 de 24-09-2021), 96-103  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- DGS (2019). Prevenção e Intervenção na Queda no Adulto em Cuidados Hospitalares, norma nº 008/2019 de 09/12/2019.  
<https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>
- Fernandes, J.B., Sá, M.C.L. & Nabais, A.S.C. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), 57-63.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>
- Ferreira, M. C., Tuma Jr, P., Carvalho, V. F. & Kamamoto F. (2006). Complex wounds. *Clinics*, 61(6), 571-578.  
<https://doi.org/10.1590/s1807-59322006000600014>
- Ferris, A.E. & Harding, K.G. (2020). Are chronic wounds a feature of frailty? – Debate & Analysis, *British Journal of General Practice*, 70 (694), 256-257.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp20X709829>

- Gogia, P. (2003). *Feridas - tratamento e cicatrização*. Revinter.
- Gomes, B.N. & Ferreira, D. (2016). Reeducação da função respiratória. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.253 – 262). Lusodidacta.
- Gomes, J., Soares, C. M. & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11-17.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Gray, R. (2021). Empty systematic reviews: identifying gaps in knowledge or a waste of time and effort? *Nurse Author & Editor*, 31(2), 42–44.  
<https://doi.org/10.1111/nae2.23>
- Heitor, C. (2017). *Reeducação Funcional Respiratória* (3ª Edição). Broehring Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Processo, Intervenção e Resultados Esperados*. (4.ª Edição). Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020). *Projeções e população residente em Portugal 2018-2080*. Destaque à comunicação social.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Jorge, H., Silva, C., Pinto, C., Almeida, A. & Pedro, L.M. (2021). Novos paradigmas no tratamento das feridas complexas. *Angiologia e cirurgia vascular*, 17(2). 125-133.  
<https://doi.org/10.48750/acv.315>
- Lee, S.H. & Kim, H.S. (2017). Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*; 14(1), 74-80.  
<https://doi.org/10.1111/wvn.12193>
- Madeira, A.C., Reis, A.C. & Godinho, M.C. (2021). Supervisão clínica em enfermagem – uma solução digital. *Revista da UI\_IPSantarém*, 9(1), 18-26.  
<https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24829>

- Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., Car, J. & Järbrink, K. (2018). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Annals of Epidemiology*, 29, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories in Nursing Research And Practice*. Springer Publishing Company.
- Menoita, E.C., Sousa, L.M., Alvo I., Marques-Vieira, C. (2012). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa com AVC. In E. Menoita (Ed.). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Pyg, J., Aguilar-Navarro, N., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... The Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51, 1-36. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Nunes, L. (2014) Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. In Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Setúbal <https://hdl.handle.net/10400.26/15263>
- Nunes, L. (2020) Aspetos éticos na investigação em enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. NURSE'IN – Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem <https://hdl.handle.net/10400.26/32782>
- Oliveira, T., Baixinho, C.L. & Henriques, M.A. (2018). Multidimensional risk of falls in elderly. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31(2), 1-9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>
- OMS (1998) Health promotion glossary <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- OMS (2021). Falls. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- ONU (2019). Envelhecimento. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. In Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer nº 61/2017 – Atribuição de tempo para a passagem de turno. Conselho de enfermagem 2016-2019

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE\\_Parecer\\_61\\_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2020) Dia mundial dos cuidados de saúde baseados na evidência.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/dia-mundial-dos-cuidados-de-saude-baseados-na-evidencia/>

Ordem dos Enfermeiros (2023). Parecer n.º 03/2023 da Mesa colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação: A implementação de exercício nos doentes de alto risco cardiovascular, realizado por enfermeiros de reabilitação.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30948/parecer-da-mceer-03-2023\\_a-implementacao-de-exercicio-nos-doentes-de-alto-risco-cardiovascular-realizado-por-er\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30948/parecer-da-mceer-03-2023_a-implementacao-de-exercicio-nos-doentes-de-alto-risco-cardiovascular-realizado-por-er_anonimizado.pdf)

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pedrosa, K.K.A., Oliveira, I.C.M., Feijão, A.R. & Machado, R.C. (2015). Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare enfermagem*, 20(4), 733-741.

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40768>

- Pereira, R. S. D. S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 66–72.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>
- Pestana, H. (2016). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.67 – 78). Lusodidacta.
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C. & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIR Reviewer's Manual*, JBI, 2020.  
<https://doi.org/10.46658/JBIRM-20-01>
- Pina, B.M.V. & Baixinho, C.L. (2020). Vantagens da Consulta Pré-Operatória da Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42-48.
- Reeves N. D., Machekhina L. V. & Jude E. B. (2019). Falls risk and the diabetic foot. *The Diabetic Foot Journal*, 22(2), 23–27.  
<https://diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/pdf/dotn166c2e1378cf7caa25bbd1aa2dd645b4.pdf>
- Reeves, N.D., Orlando, G. & Brown, S.J. (2021). Sensory-Motor Mechanisms Increasing Falls Risk in Diabetic Peripheral Neuropathy. *Medicina*, 57(5)  
<https://doi.org/10.3390/medicina57050457>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República, *Diário da República*, Série II (n.º 26/2019 de 2019-02-06), 4744 – 4750.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, *Diário da República*, Série II (n.º 119/2015 de 2015-06-22), 16655 – 16660.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, Diário da República, Série II (n.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Rehm, K. B. (2016). Taking a stand on falls in the person with diabetes – part 1. The diabetic foot.  
<https://www.drrehmremedies.com/Images/HealthCarePro/pdf/Taking%20a%20Stand%20on%20Falls%20Part%201%20PDF.pdf>
- Rocha, C. & Redol, F. (2016). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.271 – 280). Lusodidacta.
- Rodrigues, O. (2024). Educação e Enfermagem de Reabilitação... caminhos que se cruzam.  
<https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2024/01/artigo-de-revisao-final.pdf>
- Seo, H., Yoon, J. & Cho, O. (2023) Falls, fear of falling, and related factors in patients with diabetic foot disease. *Applied Nursing Research*, 73  
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151715>
- Silva, J.O.M., Santos, L.C.O., Menezes, A.N., Neto, A.L., Melo, L.S.M. & Silva, F.J.C.P (2021). Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar *Cogitare Enfermagem*, 26.  
<https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- Sousa, L. & Carvalho, M.L. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.405 – 420). Lusodidacta.
- Trøstrup, H., Bjarnsholt T., Kirketerp-Møller, K., Høiby, N. & Moser, C. (2013). What Is New in the Understanding of Non Healing Wounds Epidemiology, Pathophysiology, and Therapies. *Ulcers*. (2013) 1-8.  
<https://doi.org/10.1155/2013/625934>
- Vigia, C., Ferreira, C. & Souza, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.351 – 364). Lusodidacta.

Wicke, C., Bachinger, A., Coerper, S., Beckert, S., Witte, M. B., & Königsrainer, A. (2009). Aging influences wound healing in patients with chronic lower extremity wounds treated in a specialized Wound Care Center. *Wound Repair and Regeneration*. 17, 25-33.

<https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2008.00438.x>

## **ANEXOS**

Anexo I

*Scoping Review Protocol*

## **Fall prevention in the person with complex wound of the lower limbs – rehabilitation nursing interventions: a Scoping Review Protocol**

Carla Correia<sup>1</sup>, Dulce Rodrigues<sup>2</sup> and Cristina Lavareda Baixinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), 1900-160  
Lisbon, Portugal

<sup>2</sup> Centro Hospitalar do Oeste

### **Introduction**

The technological evolution and consequent evolution of medicine has led to an increase in the average life expectancy and an increase in the aged population, which entails a high incidence of diseases associated with aging.

According to the United Nations (2019) the aging of the world population is becoming one of the most significant social changes of the twenty-first century, with repercussions in all sectors of society. In Portugal, the forecasts of the National Institute of Statistics (INE) (2020) pointed to an increase in the number of older persons (65 and over) from 2.2 to 3.0 million between the years 2018 and 2080.

Considering that aging is associated with degenerative diseases, the study of diseases and syndromes associated with it is fundamental, so that the delay or even inhibition of the appearance of these, may allow the older person to maintain quality of life.

Falls are defined as an event in which the change in body position occurs from a higher to a lower level, motivated by imbalance, fainting or inability to support weights and remain vertical (International Classification for Nursing Practice (ICNP), 2017). According to the Portuguese General Directorate of Health (DGS, 2019), it is a public health problem, which involves serious physical and psychological problems for the person, contributing to the reduction of functionality and quality of life.

According to Baixinho and Dixe (2017) 51.2% of falls has consequences, the most frequently described as abrasions and bruises. According to the same authors, they can also include fracture, fear of falling, anxiety, depression, and loss of confidence, leading to greater disability, dependence, and isolation.

Falls result as a consequence of changes related to gait and balance, polymedication and a complex set of factors that alone or together lead to this event happening throughout the life of the human being. According to the WHO (2021), the risk factors associated with falls can be multifactorial translating a variety of health determinants that, directly or indirectly, affect well-being. These factors can be biological, behavioral, socioeconomic, and environmental, and the risk of falling is higher the more risk factors a person holds. Some risk factors can be changed, but not all can be eliminated (Order No. 1400-A/2015, 2015).

According to Deandrea et al (2010) some of the risk factors associated with falls are reduced balance, impaired mobility, pain, fear of falling, functional limitations, muscle weakness and history of falls.

According to Rehm (2016) most falls are caused by the interaction of multiple risk factors, and the more risk factors a person has, the greater the risk of falling. According to the same author, most risk factors involve balance problems and/or muscle weakness, cognitive, visual, and psychological changes, and environmental changes. Risk factors associated with falls are also classified as intrinsic or extrinsic. Also, according to Rehm (2016), intrinsic factors include advanced age, previous falls, visual deficit, gait and balance changes, peripheral neuropathy, vestibular dysfunction associated with postural dizziness, muscle weakness particularly at the level of the lower limbs, functional and cognitive impairment (such as dementia), depressive conditions, postural hypotension, chronic diseases such as diabetes mellitus (DM), arthritis, sequelae stroke, Parkinson's disease, and incontinence. Extrinsic factors include complications associated with the use of inappropriate footwear, inappropriate use of gait aids and restraint devices, and the physical environment.

The concept of complex wound or difficult to heal, refers to any wound, acute or chronic, that is stagnant in any of the phases of the healing process (hemostasis, inflammation, proliferation, and maturation) considering for a period of six or more weeks, without achieving the intended goal which is healing (Menoita, 2015). According to Ferreira et al. (2006) the main groups of complex wounds correspond to Pressure Ulcers (UPP), Leg Ulcers (PU) and Diabetic Foot. According to Gogia (2003), the ulcers present in

the lower limbs, called leg ulcers, are divided into venous ulcers, arterial ulcers and diabetic ulcers.

The prevalence of complex wounds is considered a growing problem worldwide. In a systematic review and meta-analysis of observational studies by Martinengo et al. (2018), chronic wounds of mixed etiology showed a combined prevalence of 2.21 per 1,000 population, and chronic leg ulcers the prevalence was estimated at 1.51 per 1,000 population.

According to Ferris and Harding (2020) there is a high prevalence of complex wounds, including pressure ulcers, leg ulcers, and diabetic foot ulcers in the older persons related as a manifestation of comorbidities and frailty, common in this group. In a study conducted in Germany (Wicke et al., 2009), pathologies such as chronic venous insufficiency, diabetes mellitus and peripheral arterial disease are the most prevalent in the aged population and cause the appearance of chronic ulcers, in addition to influencing the healing process.

The most frequent comorbidities in the person with a complex wound are advanced age, diabetes, hypertension, dyslipidemia, obesity, malnutrition, smoking, vascular disease, atherosclerosis, heart disease, arterial and venous insufficiency, or secondary to drugs and pressure and friction forces with a negative influence on healing (Trøstrup et al., 2013).

According to Melguizo-Herrera et al. (2011), the presence of a wound constitutes a physical health problem, a limitation that causes, among others, reduced mobility, changes in sleep pattern, deformation, and functional impairment. Loss of strength and muscle, decreased mobility of the joints of the lower limbs, gait problems and pain, are associated with a high risk of falling (Rubenstein, 2006; Moylan & Binder, 2007).

Since the occurrence of falls is a real problem in our society, with serious consequences for the aged population and their families, it is imperative to join efforts for its prevention.

According to Costa-Dias et al. (2014), the assessment of the risk of falling or the assessment of the patient at risk is a fundamental element of any fall prevention program, whose purpose is to identify which patients are at risk. In order to correct the situation and prevent the occurrence of falls, one of the nine strategic objectives defined by the

National Plan for Patient Safety (PNSD) 2015-2020, namely strategic axis six, an objective that is extended in the new Plan 2021-2026, namely in pillar 5, strategic objectives 5.1 and 5.2. (Order No. 9390/2021, 2021).

The prevention of falls in this population is considered, according to Miller (2018), a fundamental basis for the maintenance of mobility and safety, and the evaluation and intervention of the Rehabilitation Nurse should focus on understanding the phenomenon of falls and intervene to eliminate or reduce risk factors, which can be translated into gains in health and improvement of the quality of life. Balance and gait deficits are some of the most predictive risk factors for falling (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2010).

In implementing a fall prevention program, the Rehabilitation Nurse should perform a multifactorial risk assessment (Fernandes et al., 2020) and implement individualized interventions tailored to each person (Lee & Kim, 2017). The pillar of any fall intervention program should be the identification of who is or is not at risk of falling (Baixinho & Dixe, 2017).

According to the World Guidelines for falls preventions and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) the identification of the person at risk of falls should be carried out according to the algorithm for stratification, assessment and risk management/intervention for older person in the community, which tells us that in a first evaluation, which can be accomplished through the discovery in an opportunistic evaluation of the person (for example in an annual consultation) or in a trip to a health service motivated by an episode of fall or by injury secondary to fall, the question "Have you fallen in the last 12 months?" should be asked or, in order to increase sensitivity, "3 Key Questions" (3KQ) should be asked: Has it fallen in the last year? Do you feel imbalance when standing or walking? Are you afraid of falling? After a positive response to one of these questions, balance and gait deficits should be evaluated, and one of the recommended tests is the Timed Up and Go Test (TUGT). It is a test with good sensitivity and specificity, easy to apply and that takes about three to four minutes to complete, considering as reference value TUGT 15s.

According to Fernandes et al. (2020), rehabilitation programs should be developed according to the risk factors identified to eliminate or reduce their influence, and

educational interventions aimed at altering environmental risk and those that promote muscle strengthening, balance, gait training and the ability to perform ADL are proven.

Rehabilitation Nurse intervention programs that include educational interventions aimed at changing environmental risk, namely the elimination of obstacles at home, the use of appropriate footwear, and the use and adequacy of support devices, have been shown to be effective as a component of a fall prevention program in the aged population (Oliveira et al., 2018; Bebiano & Baixinho, 2020). Also supported by the evidence we found intervention programs that include balance training and muscle strengthening, which have been shown to have favorable results in the ability to perform self-care and balance, also contributing to the decrease in falls (Gomes et al., 2019).

**Question:**

"What are the rehabilitation interventions in the management of falls in the older persons with complex wounds of the lower limbs?"

**Inclusion Criteria**

**Population:** articles that include older people with a complex wound of the lower limbs

**Concept:** studies that include rehabilitation interventions such as: environmental risk assessment; advice on modifications; adaptation of space and equipment; advice on the acquisition of support products; and cognitive-behavioral strategies that increase the safety of the elderly in the use of the physical space of the house; and intervention programs that include balance training and muscle strengthening.

**Context:** studies whose interventions take place in the community.

In this scoping review, all existing literature will be included, from primary research studies to secondary studies, such as systematic reviews. Articles will be limited to free full text available in English, Portuguese, and Spanish from January 2018 to July 2023.

Table 1 shows the eligibility criteria according to each PCC element.

**Table 1:** Eligibility criteria, Lisbon, 2023.

<b>Inclusion criteria</b>	<b>Exclusion criteria</b>
<b>Population:</b> Older persons (>65 years) with complex wound of the lower limbs	<b>Population:</b> Children and adults (<65 years), older persons with complex wound in body region other than the lower limbs
<b>Concept:</b> Rehabilitation interventions: environmental risk assessment; advice on modifications; adaptation of space and equipment; advice on the acquisition of support products; and cognitive-behavioral strategies that increase the safety of the elderly in the use of the physical space of the house; intervention programs that include balance training and muscle strengthening.	<b>Concept:</b> Interventions for fall prevention that are not included in the competences of the rehabilitation teams Studies on medication and polymedication Pluripathology Studies
<b>Context:</b> Community	<b>Context:</b> Hospitalization, emergency, nursing homes
<b>Language of articles:</b> Portuguese, English and Spanish.	<b>Language of articles:</b> Everyone else.
<b>Range of years:</b> January 2018 to July 2023.	<b>Range of years:</b> Everyone else.
<b>Other:</b> Full text available.	<b>Other:</b> Paid articles.

### **Data collection**

The search for publications will be carried out in MEDLINE (via the PubMed platform), CINAHL, Scopus, and Web of Science databases by using terms in natural language and descriptors used in the indexing of each database. Table 2 shows the terms used in the search in MEDLINE. Table 2 shows the terms used in the search in MEDLINE.

**Table 2.** Search strategy used in MEDLINE database. Lisbon, 2023.

	<b>Search strategy</b>	<b>Number of articles</b>
#1	<p>((((((((((Age*[Title/Abstract] OR (elderl*[Title/Abstract])) OR (Older person[Title/Abstract])) OR (older population[Title/Abstract]) OR (aged population[Title/Abstract]) OR (older adult[Title/Abstract])) OR (aged[MeSH Terms])) OR (adult, frail older[MeSH Terms])) OR (frail older adults[MeSH Terms])) OR (frail older adult[MeSH Terms])) OR (adults, frail older[MeSH Terms])) OR (elderly[MeSH Terms])) OR (elderly, frail[MeSH Terms])) OR (elderly, functionally impaired[MeSH Terms]) Filters: Full text, in the last 5 years, English, French, Portuguese, Spanish, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years</p>	496,895
#2	<p>((((((leg[Title/Abstract] OR (lower limb[Title/Abstract])) OR (lower limb[MeSH Terms])) OR (lower limbs[MeSH Terms])) AND (injuries and wounds[MeSH Terms])) ) OR (multiple wounds[MeSH Terms])) OR (injury and wounds[MeSH Terms]) Filters: Full text, in the last 5 years, English, French, Portuguese, Spanish, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years</p>	24,131
#3	<p>((((((((((accidental fall[Title/Abstract] ) OR (accidental falls[Title/Abstract])) OR (fall*[Title/Abstract])) OR (risk of fall*[Title/Abstract])) OR (fall prevention[Title/Abstract])) OR (fall intervent*[Title/Abstract])) OR (accident[MeSH Terms])) OR (accidental fall[MeSH Terms])) OR (accidental falls[MeSH Terms])) OR (risk factors[MeSH Terms])) OR (accident prevention[MeSH Terms])) OR (accident preventions[MeSH Terms]) Filters: Free full text, in the last 5 years, English, French, Portuguese, Spanish, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years</p>	40,238
#4	<p>((((((community[Title/Abstract] OR (home[Title/Abstract])) OR (home care[Title/Abstract])) OR (action, community[MeSH Terms])) OR (actions, community[MeSH Terms])) OR (aides, community</p>	24,338

---

health[MeSH Terms])) OR (aide, home care[MeSH Terms]))  
OR (aides, home care[MeSH Terms]) Filters: Free full text,  
in the last 5 years, English, French, Portuguese, Spanish,  
Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years

---

#5

#1 AND #2 AND #3 AND #4

249

---

### **Expected results:**

With this Scoping Review we intend to identify rehabilitation interventions in the management of falls in the elderly with complex wounds of the lower limbs. Thus, it is expected to find evidence to support that the Rehabilitation Nurse intervention programs include: environmental risk assessment and educational interventions that changed that risk such as elimination of obstacles at home, use of appropriate footwear and use and adequacy of support devices; intervention programs that include balance training and muscle strengthening; and cognitive-behavioral strategies that increase the safety of the elderly in the use of the physical space of the house.

With this Scoping Review we intend to sensitize the Rehabilitation Nurse to the problem of the fall and the consequences that arise from it, providing them with strategies that will allow the design, implementation, and evaluation of care plans in order to maintain the functionality of the person with complex wound of the lower limbs, preventing the fall and avoiding complications and disabilities.

## References

- American Geriatrics Society & British Geriatrics Society (2010). Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons. American Geriatrics Society.  
<https://www.archcare.org/sites/default/files/pdf/2010-prevention-of-falls-in-older-persons-ags-and-bgs-clinical-practice-guideline.pdf>
- Baixinho, C.L & Dixe M. A. (2017). Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: scale design and validation. *Texto Contexto Enfermagem*, 26 (3), 1-9.  
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (2017)  
<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. & Oliveira, A (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 7-17.  
<https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F. Foschi, R., La Vecchia, C. & Negria E. (2010). Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People – A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*, 21(5), 658-668.  
<https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181e89905>
- Despacho nº 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, II Série (Nº 28 de 10-02-2015), 3882 (2-10).  
<https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho nº 9390/2021 (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, II Série (Nº 187 de 24-09-2021), 96-103  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- DGS (2019). Prevenção e Intervenção na Queda no Adulto em Cuidados Hospitalares, norma nº 008/2019 de 09/12/2019.  
<https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>
- Gogia, P.P. (2003). *Feridas - tratamento e cicatrização*. Revinter.

- Fernandes, J. B., Sá, M. C. L. & Nabais, A. S. C. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), 57-63.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>
- Ferris, A. E. & Harding, K. G. (2020). Are chronic wounds a feature of frailty? – Debate & Analysis, *British Journal of General Practice*, 70 (694), 256-257.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp20X709829>
- Gomes, J., Soares, C. M. & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11-17.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- INE (2020). Projeções e população residente em Portugal 2018-2080. Destaque à comunicação social.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Lee, S.H. & Kim, H.S. (2017). Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*; 14(1), 74-80.  
<https://doi.org/10.1111/wvn.12193>
- Martinengo, L., Olsson, M. Bajpai, R. Soljak, M. Upton, Z. Schmidtchen, A. Car, J. & Järbrink, K. (2018). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Annals of Epidemiology*, 29, 8-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>
- Melguizo-Herrera, E., Díaz-Gómez, A. A., & Osorio-Lambis, M. (2011). The quality of life for people suffering from complex wounds in Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Publica*, 13(6), 942-952.
- Menoita, E. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Lusodidata.
- Moylan, K. C. & Binder, E. F. (2007). Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. *The American Journal of Medicine*, 120(6), 1-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.07.022>

- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Pyg, J., Aguilar-Navarro, N., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., ... ere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... The Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*. 51. 1-36.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Oliveira, T., Baixinho, C. L. & Henriques, M.A. (2018). Multidimensional risk of falls in elderly. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2), 1-9.  
<https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>
- OMS (2021). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva: World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>
- ONU (2019). Envelhecimento. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Rehm, K. B. (2016). Taking a stand on falls in the person with diabetes – part 1. The diabetic foot.  
<https://www.drrehmremedies.com/Images/HealthCarePro/pdf/Taking%20a%20Stand%20on%20Falls%20Part%201%20PDF.pdf>
- Rubenstein, Z. (2006) Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35(2), 37–41.  
<http://doi.org/doi:10.1093/ageing/afl084>
- Trøstrup, H., Bjarnsholt T., Kirketerp-Møller, K., Høiby, N. & Moser, C. (2013) What Is New in the Understanding of Non-Healing Wounds Epidemiology, Pathophysiology, and Therapies. *Ulcers*, 2013, 1-8.  
<https://doi.org/10.1155/2013/625934>
- Wicke, C., Bachinger, A., Coerper, S., Beckert, S., Witte, M. B., & Königsrainer, A. (2009). Aging influences wound healing in patients with chronic lower extremity wounds treated in a specialized Wound Care Center. *Wound Repair and Regeneration: Official Publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society*, 17(1), 25–33.  
<https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2008.00438.x>

Anexo II

Certificado Participação formação em serviço contexto Orto Traumatologia:

“Prevenção de Quedas”



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE






SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

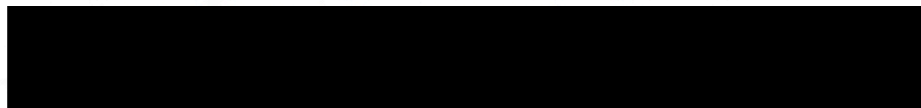


## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que a enfermeira Carla Pascoal, assistiu à formação “**Prevenção de Quedas**” ministrada pelos Enf. Responsáveis por esta área e pela Notificação de Incidentes

A formação decorreu no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar   
no dia 29 de junho, teve a duração de 2 horas.

 30 Junho de 2023  




Anexo III

Certificado Participação Webinar ESEL:

“Transição entre Ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador”



# CERTIFICADO

---

Certifica-se que CARLA FILIPA SANTANA PASCOAL CORREIA participou no Webinar "Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interventor e Formador", que decorreu online no dia 25 de outubro 2023, com a duração de 7 horas.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

*Carla Nascimento*

Professora Doutora Carla Nascimento



# CERTIFICADO

---

Certifica-se que Carla Filipa Santana Pascoal Correia participou com o Poster A Reabilitação Respiratória à Pessoa com Neoplasia do Pulmão submetida a Cirurgia Torácica: intervenções do EEER no Webinar "Transição Entre Ambientes de Prática Clínica: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interventente e Formador", que decorreu no dia 25 de outubro de 2023.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

*Carla Nascimento*

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo IV

Certificado de participação e apresentação de póster no Congresso Internacional de  
Enfermagem de Reabilitação da APER

CIER/2023  
CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
**ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**



Associação  
Portuguesa dos  
Enfermeiros de  
Reabilitação



*Competências, Valor para as Pessoas*

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

esteve presente no

**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2023**

que decorreu de **30/11 a 02/12 de 2023**, num total de **21 horas**.

**E apresentou:**

**Poster - "Prevenção de queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores: intervenções de enfermagem de reabilitação": Protocolo de uma revisão scoping**

FIGUEIRA DA FOZ  
Hotel Eurostars Oásis Plaza

**30 nov,  
1 e 2 dezembro 2023**

O Presidente da APER,

*Belmiro Rocha*  
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 34915



CIER/2023

CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
**ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**



Associação  
Portuguesa dos  
Enfermeiros de  
Reabilitação



*Competências, Valor para as Pessoas*

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica  
que o trabalho em forma de **Poster**:

**“Prevenção de queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores: intervenções de enfermagem de reabilitação”: Protocolo de uma revisão scoping**

de

**Carla Correia<sup>1</sup>; Cristina Baixinho<sup>1</sup>; Dulce Rodrigues<sup>2</sup>**

1 - Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR); 2 - Centro Hospitalar do Oeste

foi apresentado no

**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2023,**  
que decorreu de 30/11 a 02/12 de 2023 na Figueira da Foz

O Presidente da APER,

*Belmiro Rocha*  
(Belmiro Rocha)

FIGUEIRA DA FOZ  
Hotel Eurostars Oásis Plaza

**30 nov,  
1 e 2 dezembro 2023**

Certificado APER Resumo



Anexo V

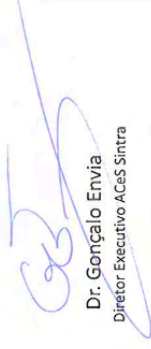
Certificado conferencista nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Ferida Complexa de Sintra

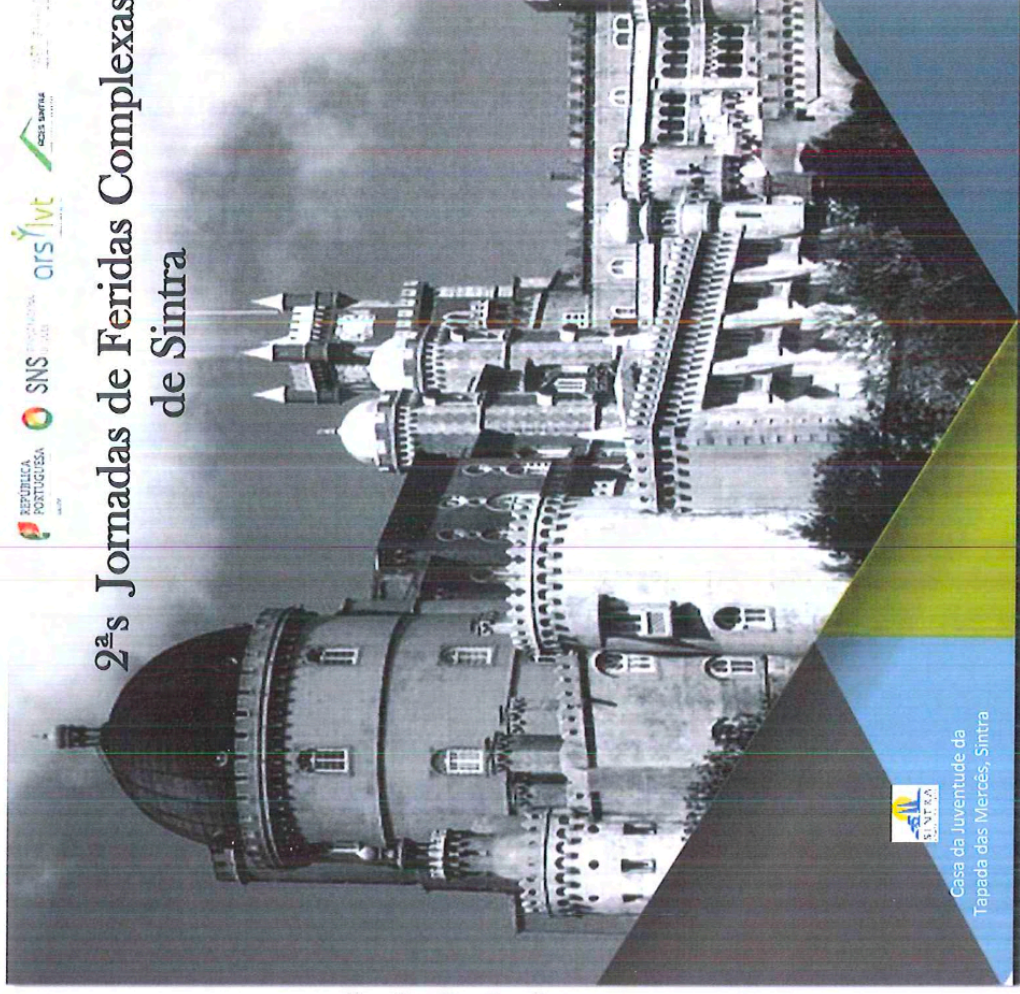
## CERTIFICADO

Certifica-se que,

**Carla Correia**

Participou como conferencista, nas **2<sup>as</sup> Jornadas de Feridas Complexas de Sintra**, promovidas pelo ACeS Sintra, em comemoração do “Dia Mundial STOP UPP”, realizadas no dia 16 de novembro de 2023, com o tema “Impacto das Feridas Complexas no HFF”.

  
Dr. Gonçalo Envia  
Diretor Executivo ACeS Sintra



## **APÊNDICES**

Apêndice I

Sessão de Formação UCC:

Úlceras por Pressão – Classificação e Intervenção do EEER

1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## ÚLCERAS POR PRESSÃO: CLASSIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO DO EER


Carla Correia

Orientador: Enfermeiro [REDACTED]

ESEL

02/05/24

1



If a patient is cold, if a patient is feverish, if a patient is faint, if he is sick after taking food, if he has a bed-sore, it is generally the fault not of the disease, but of the nursing.

- Florence Nightingale  
Notes on Nursing, 1859

## HISTORICAL ROOTS FOR THE AVOIDABILITY OF PRESSURE ULCERS

02/05/24

CARLA CORREIA

2

## Úlcera por Pressão

É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.



EPU/AP/NPU/AP/PPPIA: 2014

02/05/24

CARLA CORREIA

3

## Úlcera por Pressão

"Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada."



CIPE/ICNP® Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (2018)

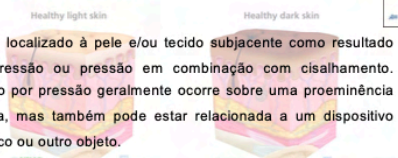
02/05/24

CARLA CORREIA

4

## Lesão por Pressão

Dano localizado à pele e/ou tecido subjacente como resultado de pressão ou pressão em combinação com cisalhamento. Lesão por pressão geralmente ocorre sobre uma proeminência óssea, mas também pode estar relacionada a um dispositivo médico ou outro objeto.



EPU/AP/NPU/AP/PPPIA: 2019

02/05/24

CARLA CORREIA

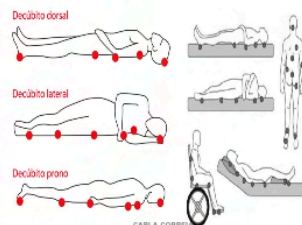
5

## Localização UPP

Decúbito dorsal

Decúbito lateral

Decúbito prono



02/05/24

CARLA CORREIA

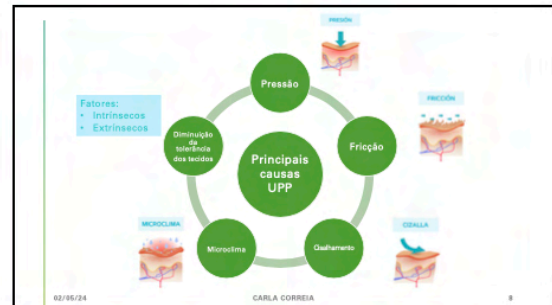
6

### Etiologia das UPP

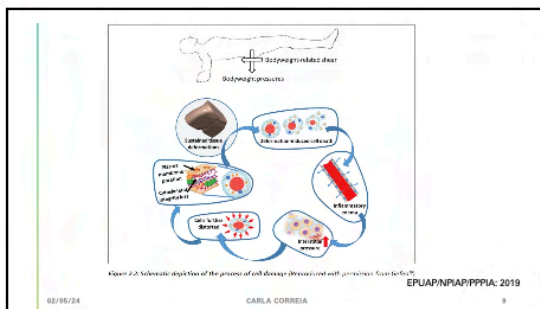
Fatores Extrínsecos	Fatores Intrínsecos
Pressão	Idade
Cisalhamento	Mobilidade e atividade
Fricção	Estado cognitivo, consciência e percepção sensorial
Microclima	Estado nutricional e de hidratação
Outros: higiene, posicionamentos, roupa, medicação...	Doenças sistêmicas
	Medicação
	Temperatura alterada
	Humidade da pele e incontinência

02/05/24 CARLA CORREIA 7

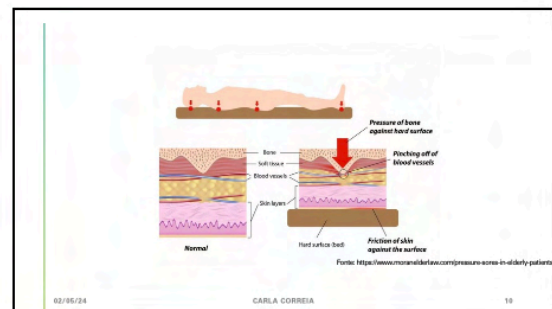
7



8



9



10

### SISTEMA INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DAS UPP

02/05/24 CARLA CORREIA 11

11

### Categoria/Grau I: Eritema Não branqueável

*"pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente"*

02/05/24 CARLA CORREIA 12

12

**Categoria/Grau II: Perda Parcial da Espessura da Pele**

*"perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose"*



02/05/24 CARLA CORREIA 13

EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2014

13

**Categoria/Grau III: Perda Total da Espessura da Pele**

*"perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulada. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica"*



02/05/24 CARLA CORREIA 14

EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2014

14

**Categoria/Grau IV: Perda total da espessura dos tecidos**

*"perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou tecido necrótico. Frequentemente são cavidades e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de categoria IV varia com a localização anatômica"*



02/05/24 CARLA CORREIA 15

EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2014

15

**Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada**

*"perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado e/ou necrótico no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e a verdadeira categoria não podem ser determinadas"*



02/05/24 CARLA CORREIA 16

EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2014

16

**Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada**

*"área vermelha ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocada por danos no tecido mole subjacente resultante de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente"*

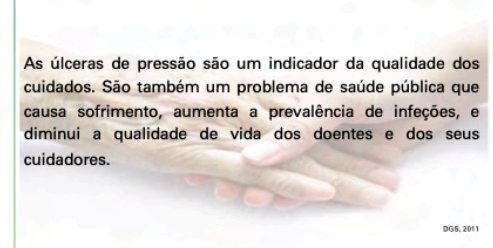


02/05/24 CARLA CORREIA 17

EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2014

17

As úlceras de pressão são um indicador da qualidade dos cuidados. São também um problema de saúde pública que causa sofrimento, aumenta a prevalência de infeções, e diminui a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores.



02/05/24 CARLA CORREIA 18

DGS, 2011

18

## Declaração do Rio de Janeiro - 2011

» Prevenção das UPP como um direito universal

- Considera-se que é possível evitá-las em pelo menos 95% dos casos;
- Para enfrentar o problema deve-se avançar no desenvolvimento dos cuidados, centrando esforços na investigação, em inovações, assim como na formação das pessoas.

Sociedade Iberoamericana Úlceras e Feridas (2011)

02/05/24 CARLA CORREIA 19

19

## Declaração do Rio de Janeiro - 2011

» Prevenção das UPP como um direito universal

- Considera-se que é possível evitá-las em pelo menos 95% dos casos;
- Para enfrentar o problema deve-se avançar no desenvolvimento dos cuidados, centrando esforços na investigação, em inovações, assim como na formação das pessoas.

Sociedade Iberoamericana Úlceras e Feridas (2011)

02/05/24 CARLA CORREIA 19

20

## Avaliação Estruturada do Risco de UPP

• A avaliação do risco de desenvolvimento de UP é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (DGS, 2011).

1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

02/05/24 CARLA CORREIA 21

21

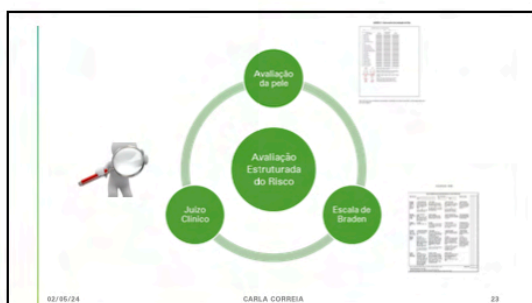
## Avaliação Estruturada do Risco de UPP

• A utilização de escalas e o juízo clínico são fundamentais na avaliação de risco de desenvolvimento e na sua estratificação

3. Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Esca de Braden<sup>1</sup> (Anexo I) e o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).

02/05/24 CARLA CORREIA 22

22



23

## Intervenção do EEER na prevenção das UPP na comunidade:

- Capacitação dos cuidadores, nomeadamente:
  - Posicionamentos
  - Observação da pele
  - Nutrição
  - Superfícies de apoio
  - Rede de apoio disponíveis na comunidade

02/05/24 CARLA CORREIA 24

24

## Ganhos em Saúde com a Prevenção de UPP

- Redução da incidência e prevalência de UPP;
- Redução dos custos associados à gestão de UPP;
- Otimização/manutenção da condição e integridade cutânea;
- Aumento da motivação, do envolvimento e promoção da autonomia da pessoa/família nos cuidados de saúde;
- Diminuição da morbilidade e mortalidade precoce;
- Redução da severidade das UPP;
- Diminuição de casos de internamento hospitalar relacionados com UPP, aumento da qualidade de vida e bem-estar;
- Detecção precoce de lesões com diagnóstico diferencial. (Menoita, 2015)

02/05/24

CARLA CORREIA

25

25

## Conclusão

- Medidas direcionadas para a prevenção de UPP resultam em taxas menos elevadas de prevalência deste evento e indicam a qualidade da assistência prestada.
- Os enfermeiros devem dar relevância e visibilidade à profissão e exprimir a sua visão e opinião em grandes questões dos cuidados de saúde contemporâneos.
- A formação na área é essencial e obrigatória (REPE) para a adoção de intervenções de Enfermagem que garantam a melhoria dos cuidados implicados na atenção às reais necessidades da pessoa, maximizando resultados positivos em saúde.

02/05/24

CARLA CORREIA

26

26

## Sugestão de consulta:

Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida

Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

PARTE C

02/05/24

CARLA CORREIA

27

27

## Dia Internacional STOP UP

Dia Internacional STOP UP

19 Save the Date

KEEP MOVING AND STOP PRESSURE ULCERS

02/05/24

CARLA CORREIA

28

## Bibliografia

- ALVES, Paulo [et al.]-Úlceras de Pressão. In AFONSO, Clotilde [et al.]-Prevenção e tratamento de feridas: da evidência à prática. [S.l.]: Hartman, 2014.ISBN 978-989-20-5133-8. p. 106-117.
- DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q), Úlceras de Pressão. Orientação n.º 013/2011
- Figueiredo, M.B. (2016) - Fatores de Risco de Úlceras por Pressão no Doente Cirúrgico - Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Centro para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra
- Menoita, E. (2015) - Gestão de feridas complexas. Loures: Lusodidacta.
- Ministério da Saúde (2016). Despacho n.º 140/A/2016. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2016-2020. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Heister (Ed.). Cambridge: Medica, Osborne Park, Australia, 2014
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Heister (Ed.). Cambridge: Medica, Osborne Park, Australia, 2019
- Walton-Greec, P. (2006). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. AORN Journal, 83(3), 528-562.

02/05/24

CARLA CORREIA

29

29

*"Nós somos ou tornamo-nos nas coisas que fazemos repetidamente. Portanto, a excelência pode deixar de ser só um acontecimento e tornar-se num hábito".*

Albert Einstein

02/05/24

CARLA CORREIA

30

30

Apêndice II

Póster contexto neurológico:

“Cuidador Informal”

# Cuidador Informal

Carla Correia, 1.º MER, ESEL

**Pessoa que cuida de outra pessoa em situação de dependência**

**Cuidador informal principal:** acompanha a pessoa cuidada permanentemente, vive na mesma casa e não recebe remuneração de trabalho ou recebe pelos cuidados que presta à pessoa.

**Cuidador informal não principal:** acompanha a pessoa cuidada de forma regular mas não permanente, podendo receber remuneração de trabalho ou receber pelos cuidados que presta à pessoa.

## Direitos dos Cuidadores Informais

- ✓ Reconhecimento do seu papel no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
- ✓ Acompanhamento e formação para necessários para a prestação de cuidados;
- ✓ Receber informação sobre a evolução da doença da pessoa cuidada e dos apoios que pode receber;
- ✓ Beneficiar de períodos de descanso e participar em grupos de autoajuda;
- ✓ Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais;
- ✓ Obter o estatuto de trabalhador-estudante, caso seja necessário;
- ✓ Usufruir e colaborar na definição de um Plano de Intervenção Específico (PIE).

## Deveres dos Cuidadores Informais

- ✓ Prestação de cuidados e acompanhamento da pessoa cuidada:
  - Alimentação
  - Cuidados de higiene pessoal;
  - Limpeza da habitação;
  - Cumprimento dos tratamentos;
  - Ambiente seguro, confortável e tranquilo;
  - Socialização;
- ✓ Dar informação sobre eventuais alterações do estado de saúde da pessoa cuidada aos profissionais de saúde.

## Como solicitar o estatuto de cuidador informal?

- ✓ Apresentar requerimento (Mod. CI 1/2022-DGSS) junto da Segurança Social Direta ou pessoalmente, nos serviços de Segurança Social, assim como os seguintes documentos:
  - Cartão de cidadão, bilhete de identidade ou passaporte;
  - Documento comprovativo da residência legal em território nacional, quando aplicável;
  - Declaração sob compromisso de honra de que o cuidador possui condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar;
  - Declaração relativa ao consentimento da pessoa cuidada e declaração médica que ateste que se encontra no pleno uso das suas faculdades intelectuais, ou pelo seu representante legal;
  - Comprovativo do pedido efetuado ao Ministério Público ou ao tribunal no âmbito do regime de maior acompanhado, quando aplicável.

Apêndice III

Póster contexto neurológico:

“Prevenção de Quedas”



# Prevenção de Quedas

Carla Correia, 1ª MER, ESEL; [Redacted]



## SUGESTÕES DE ALTERAÇÃO NO DOMICÍLIO

- Tirar ou fixar tapetes
- Substituir pisos escorregadios por pisos antiderrapantes
- Iluminação adequada
- Instalação de barras de apoio lateral, corrimão
- Modificar escadas ou instalar rampas
- Abrir caminhos em passagens obstruídas
- Utilizar alteador de sanita
- Utilizar sapatos com sola antiderrapante



Apêndice IV

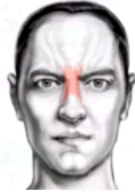
Folheto contexto neurológico:

“Reeducação Músculos da Face”

## Reeducação Músculos da Face



Unir as sobrancelhas



Enrugar a testa



Elevar as sobrancelhas



Fechar os olhos



Assobiar



Mostrar os dentes



Sorrir



Encher a boca de ar



Deprimir o lábio inferior

## Apêndice V

Sessão de educação contexto cardiorrespiratório:

“Reeducação da Função Respiratória: Porquê?”

# Reeducação Funcional Respiratória

## Porquê?

Carla Correia  
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeira orientada: XXXXXXXXXX  
Professor: Cristina Bastinho

**ESELO**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Lisboa  
novembro de 2023

1

*"Cada respiração contém duas bênçãos: a vida na inspiração, e a rejeição do ar viciado e inútil na expiração. Agradecei a Deus, portanto, duas vezes por cada respiração".*

By Gilbert  
(1868-1945)  
Small World (1938, 1939)



Fonte: OLAVS-GERHARDT, Elsevier - Anatomy of Breathing, Section: Gilbert/Press, 2020

02/05/24 Carla Correia **ESELO**

2

## Introdução

A respiração promove relaxamento muscular, melhora a concentração, diminui o stress, a ansiedade e a depressão, melhora o equilíbrio, a autoestima, a imagem corporal e o autoconceito.

02/05/24 Carla Correia **ESELO**

3

## A respiração

- Inspiração
- Expiração



Fonte: OLAVS-GERHARDT, Elsevier - Anatomy of Breathing, Section: Gilbert/Press, 2020

02/05/24 Carla Correia **ESELO**

4

## A respiração



**INSPIRAÇÃO**  
DIAFRAGMA CONTRAI (MOVE-SE PARA BAIXO)

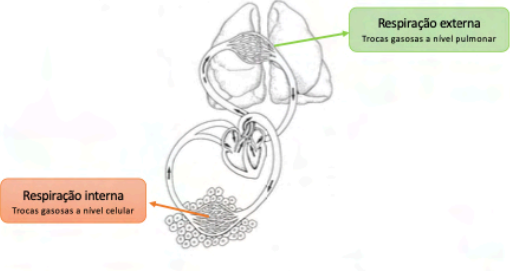
**EXPIRAÇÃO**  
DIAFRAGMA RELAXA (MOVE-SE PARA CIMA)

Fonte: [https://www.jplgfr.fr/les-organes-du-corp/le-corp/2025/02/20/inspiration\\_02.jpg](https://www.jplgfr.fr/les-organes-du-corp/le-corp/2025/02/20/inspiration_02.jpg)

02/05/24 Carla Correia **ESELO**

5

## A respiração



**Respiração externa**  
Trocas gasosas a nível pulmonar

**Respiração interna**  
Trocas gasosas a nível celular

Fonte: OLAVS-GERHARDT, Elsevier - Anatomy of Breathing, Section: Gilbert/Press, 2020

02/05/24 Carla Correia **ESELO**

6

## Sistema Respiratório

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

- LARINGE**: É o órgão principal da fala, onde estão as cordas vocais.
- Tronco-brônquica**: É um tubo onde o ar é aquecido, umidificado e filtrado.
- Tronco-brônquica**: É o caminho de passagem do ar.
- BRÔNQUIOS**: São os primeiros filtros do ar.
- BRÔNQUIOS**: Representa as ramificações da traqueia.
- BRÔNQUIOS**: São responsáveis pela troca de oxigênio em gás carbônico.
- BRÔNQUIOS**: Facilita a entrada e saída de ar nos pulmões e auxilia na estabilização da coluna vertebral.

02/05/24 Carla Correia ESELO

7

## Pulmões

Principais órgãos da respiração  
Local onde ocorrem as trocas gasosas

**Árvore brônquica**

Brônquios:  
 Principais – pulmões (2)  
 Secundários – lobos (5)  
 Terciários – segmentos (18)  
 Bronquíolos (4.000)  
 Ductos alveolares (400.000)  
 Alvéolos (300.000.000) - 150 m<sup>2</sup>

02/05/24 Carla Correia ESELO

8

## Músculos envolvidos na respiração

- Diafragma**: **Músculo mais potente da respiração, realiza 80% do trabalho respiratório. A sua atividade produz um aumento do diâmetro da caixa torácica.**

02/05/24 Carla Correia ESELO

9

## Músculos envolvidos na respiração

- Diafragma**

02/05/24 Carla Correia ESELO

10

## Esqueleto

Para que a respiração ocorra é necessário que exista movimento. Fornece suporte e estrutura aos músculos envolvidos na respiração.

Extensão vertebral  
Posição inspiratória

Flexão vertebral  
Posição expiratória

Lateral-flexão vertebral  
Posição inspiratória – lado côncavo  
Posição inspiratória – lado convexo

02/05/24 Carla Correia ESELO

11

## Reeducação Funcional Respiratória

- Terapêutica que usa o movimento na sua intervenção
- Tem como objetivo o restabelecimento do padrão funcional da respiração


02/05/24 Carla Correia ESELO

12

## Programa de RFR

✓ **Objetivos:**

- Fortalecer os músculos que intervêm na respiração;
- Controlar o ritmo cardíaco e a pressão arterial;
- Reduzir a tensão psíquica e muscular;
- Controlar melhor a respiração;
- Diminuir o stress e a ansiedade;
- Reduzir a sensação de falta de ar;
- Corrigir a postura;
- Melhorar a tolerância ao esforço.



02/05/24 Carla Correia ESELO

13

## Programa de RFR

- Relaxamento
- Consciencialização dos tempos respiratórios



<https://www.eselo.pt/objetivos-de-respiracao-para-pessoas-que-fazem-terapia-ao-covid-19-com-terapia-respiratoria/>

02/05/24 Carla Correia ESELO

14

## Programa de RFR

- Respiração/reeducação diafragmática com resistência



Deitado Sentado

<https://www.eselo.pt/objetivos-de-respiracao-para-pessoas-que-fazem-terapia-ao-covid-19-com-terapia-respiratoria/>

02/05/24 Carla Correia ESELO

15

## Programa de RFR

- Reeducação diafragmática com resistência



Expiração Inspiração

Fonte: Cordeiro e Moreira (2012) Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória

02/05/24 Carla Correia ESELO

16

## Programa de RFR

- Respiração/reeducação diafragmática com resistência



De lado

<https://www.eselo.pt/objetivos-de-respiracao-para-pessoas-que-fazem-terapia-ao-covid-19-com-terapia-respiratoria/>

02/05/24 Carla Correia ESELO

17

## Programa de RFR

- Abertura costal seletiva



Expirar Inspirar Inspirar

Fonte: Cordeiro e Moreira (2012) Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória

02/05/24 Carla Correia ESELO

18

## Programa de RFR

- Reeducação Costal Global



Fonte: Conkern e Minetti (2012) Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória

02/05/24 Carla Correia ESELO

19

## Programa de RFR

- Correção dos defeitos posturais



Fonte: Conkern e Minetti (2012) Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória

02/05/24 Carla Correia ESELO

20

## Programa de RFR

- Melhorar a ventilação pulmonar;
- Promover a expansão pulmonar;
- Melhorar a oxigenação e as trocas gasosas;
- Diminuir o trabalho respiratório e o consumo de oxigênio;
- Aumentar a mobilidade torácica e a força muscular respiratória;
- Promover a independência funcional respiratória;
- Prevenir complicações;
- Acelerar a recuperação da pessoa.




02/05/24 Carla Correia ESELO

21

## Reeducação Funcional Respiratória




02/05/24 Carla Correia ESELO

22

## Reeducação Funcional Respiratória

### Porquê?

Carla Correia  
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



23

## Apêndice VI

Sessão de educação:

“Queda: Vamos prevenir?”

# Queda

## Vamos prevenir?

Carla Correia  
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeiro orientador:  
Professora Cristina Bastos

ESELO  
Lisboa  
Janeiro de 2024

1

# Queda

- O que é?
- Ato ou efeito de cair
- Trambolhão

Infopédia, 2023

02/05/24  
Carla Correia  
ESELO

2

# Queda

OMS

“Evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior”.

OMS, 2021

02/05/24  
Carla Correia  
ESELO

3

# Queda: consequências

Físicas	Psicológicas	Socioeconómicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor</li> <li>• Escoriações</li> <li>• Hematomas</li> <li>• Lacerações</li> <li>• Fraturas</li> <li>• Traumatismos</li> <li>• Perda independência</li> <li>• Morte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade</li> <li>• Depressão</li> <li>• Angústia</li> <li>• Vergonha</li> <li>• Perda de confiança</li> <li>• Perda de autoestima</li> <li>• Solidão</li> <li>• Medo de cair</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos em saúde</li> <li>• Isolamento social</li> <li>• Abandono</li> </ul>

02/05/24  
Carla Correia  
ESELO

4

# Queda: Problema

Problema de saúde pública, que traz graves complicações a nível físico e psicológico para a pessoa, com redução da funcionalidade e da qualidade de vida (DGS, 2019).

Segunda principal causa de lesões e mortalidade no mundo (OMS, 2021).

02/05/24  
Carla Correia  
ESELO

5

# Queda: fatores de risco

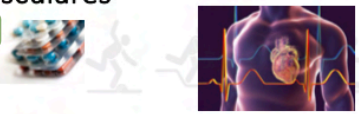
Intrínsecos	Extrínsecos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Género</li> <li>• Quedas anteriores</li> <li>• Défices visuais e auditivos</li> <li>• Alterações marcha e equilíbrio</li> <li>• <u>Tonturas</u></li> <li>• <u>Doenças crónicas</u></li> <li>• <u>Medicação</u></li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Estado nutricional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminação inadequada</li> <li>• Tapetes soltos ou dobrados</li> <li>• Superfícies molhadas</li> <li>• Degraus</li> <li>• Ausência de corrimão</li> <li>• Vestuário e calçado inadequados</li> <li>• Obstáculos</li> <li>• Comportamento</li> </ul>

02/05/24  
Carla Correia  
ESELO

6

## Queda: doenças cardiovasculares

**Polimedicação**



- Hipotensão ortostática
- Distúrbios de equilíbrio
- Tonturas
- Alterações motoras
- Sonolência


02/05/24 Carla Correia ESELO

7

## Queda: prevenção

❖ **Intervenção individualizada**

- ✓ Avaliação do risco de queda
- ✓ Modificação de fatores de risco




02/05/24 Carla Correia ESELO

8

## Queda: avaliação risco de queda

Caí nos últimos 12 meses?




02/05/24 Carla Correia ESELO

9

## Queda: risco

- Caiu no último ano?
- Sente desequilíbrio ao ficar de pé ou a caminhar?
- Tem medo de cair?




02/05/24 Carla Correia ESELO

10

## Queda: Vamos prevenir?

**Exercício Físico**



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

02/05/24 Carla Correia ESELO

11

## Queda: Vamos prevenir?

**Domicílio**

- Tapetes
- Escadas
- Iluminação
- Cozinha
- Quarto
- Casas de banho
- Arrumação
- Passeios e pavimentos
- Animais de estimação



02/05/24 Carla Correia ESELO

12

## Queda: Vamos prevenir?

**Vestuário e calçado**

- Sapatos e chinelos com calcanhares reforçados e presos aos pés
- Sapatos com solas antiderrapantes
- Atacadores ajustáveis
- Compra de sapatos no final do dia
- Roupa adequada







02/05/24 Carla Correia ESELO

13

## Queda: Vamos prevenir?

**Outros**

- Cuidados visão
- Cuidados com os pés
- Cuidados audição
- Medicação

02/05/24 Carla Correia ESELO

14

**STOP QUEDAS**



**Prevenir para não cair!**

02/05/24 Carla Correia ESELO

15

*O sucesso de todo este caminho nunca teria sido alcançado se não me tivesse cruzado com todas as pessoas incríveis que aqui conheci!*

*Obrigado a todos e a cada um de vós por me terem ajudado nesta etapa que agora termina!*

02/05/24 Carla Correia ESELO

16


*"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós"*



O Pequeno Príncipe

02/05/24 Carla Correia ESELO

17



02/05/24 Carla Correia ESELO

18

Apêndice VII

Jornal de Aprendizagem contexto comunidade:

“Consequências da Queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores”



## **1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto  
Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade

### **Jornal de Aprendizagem:**

**Consequências da queda na pessoa idosa com ferida  
complexa nos membros inferiores**

**Local de Estágio:** [REDACTED]

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

Orientador: Professora Cristina Lavareda Baixinho

**Lisboa**

**Junho de 2023**

## Jornal de Aprendizagem

Sou enfermeira há 20 anos e todo o meu percurso profissional decorreu em contexto hospitalar, nomeadamente em unidades de cuidados intensivos e serviço de urgência, e mais recentemente em consulta externa, na área do tratamento da pessoa portadora de ferida complexa.

Encontrando-me a realizar estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade, a organização dos cuidados é realizada de forma muito diferente da que se verifica em contexto hospitalar, o que permite a aquisição de todo um conjunto de vivências novas e muito enriquecedoras.

No primeiro dia de estágio considero ter andado um pouco nervosa e algo ansiosa da realidade que me esperava. Foi a primeira vez que, enquanto enfermeira, prestei cuidados fora do contexto hospitalar e que fui ao domicílio dos doentes.

Um dos casos que mais me marcou, logo no primeiro dia, foi o Sr HS, utente de 73 anos, referenciado para a UCC por Síndrome de Imobilidade. Trata-se de um utente com antecedentes pessoais conhecidos de insuficiência venosa crónica dos membros inferiores com úlceras venosas recorrentes, bilaterais e que, há cerca de 1 ano e 6 meses, sofreu uma queda em casa, da própria altura, sem fraturas, que motivou a imobilidade no leito por dor e medo de queda. Na altura da queda apresentava lesões em ambos os membros inferiores, sem seguimento por profissionais de saúde. Reside com a esposa, principal cuidadora, num apartamento pertencente a um dos filhos do casal, mas que reside e trabalha no norte do país. Na altura da queda foi avaliado pela médica de família e medicado com analgésico e anti-inflamatório, com pouco efeito. Durante mais de 1 ano o Sr. H. esteve posicionado em decúbito dorsal, com almofada na cabeça, sendo apenas lateralizado aquando dos cuidados de higiene. O aparecimento de UPP motivou o início do seguimento pela USF.

O colega da USF que acompanhou o utente para tratamento de UPP e das UP venosas dos MI que, verificando a situação de imobilidade, solicitou ao MF a referência para a ECCL, para integrar programa de reabilitação.

O Sr. H. é acompanhado pela equipa da ECCL desde 09 de janeiro de 2023, com programa de Enfermagem de Reabilitação 2 a 3 vezes por semana, fisioterapeuta 1 vez

por semana e terapeuta ocupacional também uma vez por semana. Logo no início do programa de reabilitação, foram discutidas as possibilidades de recuperação e quais as principais metas a atingir, sendo que um dos objetivos do utente era voltar a conseguir sentar-se.

Apesar do programa estabelecido há já 6 meses, ainda não foi possível sentar o Sr. H. na cama. Durante a realização dos exercícios ele mantém queixas acentuadas à mobilização da articulação coxofemoral, com incapacidade para a flexão. Quando colocado com elevação da cabeceira da cama a mais 45°, apresenta sintomas de hipotensão ortostática, com tonturas e suores frios, que motivam a permanência da cabeceira maioritariamente a pouco mais de 20° de elevação. O Sr H. também não consegue alternar posicionamento para DL, direito ou esquerdo, por queixas álgicas acentuadas. Apresenta ainda pouca capacidade para flexão dos joelhos, em especial à esq.

Ao longo das 4 semanas de estágio tive oportunidade de participar na aplicação do programa de reabilitação instituído ao Sr. H. que compreendia:

- Exercícios de reabilitação funcional motora, tais como mobilizações ativas assistidas dos MI com foco no aumento da amplitude articular do joelho e da coxofemoral de forma a poder preparar o utente para o levante;
- Treino de exercícios ao nível dos MS para levante no leito;
- Treino de exercícios para sentar-se no leito;
- Envolvimento da esposa no plano de intervenção de forma a planear a execução dos exercícios ao longo do dia;
- Capacitação da cuidadora para prevenção de UPP, cuidados de higiene, alimentação e eliminação.

Logo na primeira ida ao domicílio verifiquei a necessidade de incluir no programa exercícios de reabilitação funcional respiratória. Pela permanência no leito o utente apresentava diminuição da tolerância ao esforço, com dispneia, na realização dos exercícios que envolviam maior gasto de energia. Foi então estabelecido programa de otimização da função respiratória através de exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costais globais com uso de batôn.

Nas duas primeiras semanas verificou-se alguma melhoria, sendo possível posicionar o Sr. H. em semi-fowler. No entanto na terceira semana já não foi possível por agravamento das queixas álgicas na região dorso-lombar e por queixas de hipotensão ortostática. Percebeu-se então que, mais uma vez, o Sr. H. tinha decidido suspender a toma do analgésico e do relaxante muscular. Quando questionado referiu não ter dor em repouso e que os medicamentos teriam muitos efeitos secundários. Foram então realizados ensinamentos sobre a toma da medicação e a importância da manutenção dos tratamentos propostos, tanto ao Sr. H. quanto à sua esposa, a cuidadora do Sr. H.

No último dia de estágio em que estive com o Sr. H. foi possível posicioná-lo em decúbito semi-lateral esquerdo após alguma insistência. Notei alguma resistência por parte da esposa em assistir ao procedimento de forma a ser instruída para a correta realização do mesmo. O conhecimento foi validado e, uma vez mais, foi realizado ensino sobre a importância da realização da alternância de decúbitos, não só para a prevenção das UPP, mas também pela importância da manutenção de alguma mobilidade.

Desde 2016 que exerço funções no serviço de Consultas Externas do Hospital [REDACTED] nomeadamente na Consulta de Feridas Complexas. Na minha prática diária tenho bem presente o impacto das feridas complexas na vida das pessoas e o desafio desta problemática para os sistemas de saúde e para a sociedade, tendo escolhido como tema do meu projeto de estágio do Curso de Mestrado: “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de queda na pessoa com ferida complexa dos membros inferiores”.

A presença de ferida complexa nos membros inferiores provoca, entre outros, redução da mobilidade, dor, alterações no padrão do sono, deformação e compromisso funcional (Melguizo-Herrera et al., 2011), resultando em perda de força e massa muscular, diminuição da mobilidade das articulações dos membros inferiores, problemas da marcha e agravamento da dor, fatores associados a elevado risco de queda (Rubenstein, 2006; Moylan & Binder, 2007).

Pelo que me foi possível apurar, o Sr. H. sofreu uma queda motivada pela dor dos membros inferiores e pela alteração da marcha resultante da diminuição da amplitude

de movimento e da rigidez da articulação tibiotársica, secundárias às úlceras venosas recorrentes dos membros inferiores.

A situação descrita leva-me a acreditar cada vez mais na importância que deve ser atribuída pelos EEER à prevenção da queda na pessoa idosa com ferida complexa dos membros inferiores, uma vez que, com intervenções adequadas e atempadas, podemos contribuir para a diminuição da ocorrência e das consequências deste evento. As quedas na pessoa idosa são consideradas um problema real da sociedade com graves consequências para esta faixa etária e suas família, pelo que é imperativo reunir esforços para a sua prevenção.

De acordo com Miller (2018) a prevenção da queda na pessoa idosa é considerada uma base fundamental para a manutenção da mobilidade e segurança, sendo que a avaliação e intervenção do EEER deve ter como foco a compreensão do fenómeno da queda e intervir de forma a eliminar ou reduzir os fatores de risco, o que poderá ser traduzido em ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Considerando a situação do Sr. H., a queda e do medo de voltar a cair levaram a uma situação de imobilidade no leito com prováveis consequências irreversíveis, segundo os resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados e a que tive acesso.

De acordo com Boechat et al (2012), com a imobilidade prolongada a pessoa pode desenvolver contraturas da musculatura da coluna vertebral e dos membros, fraqueza muscular, osteoporose, alterações das características morfológicas, bioquímicas e biomecânicas de vários componentes das articulações sinoviais, além de alterações cardiovasculares. Independentemente da causa, a imobilidade pode alterar o estado emocional da pessoa e pode desencadear quadros de ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional e isolamento social.

Toda esta situação levou-me a pensar como foi possível o Sr. H. e a esposa não terem sido devidamente acompanhados para que não se chegasse a este ponto. Depois de aferir alguns dados, percebi que se trata de um casal que recorre muito às medicinas alternativas, nomeadamente tratamentos por fitoterapia, e pouco cumpridores de indicações médicas e de enfermagem, como por exemplo, nas questões da terapêutica instituída. Tal como já referi vivem sozinhos e não pretendem ter ajuda dos filhos para

gastos com a saúde ou outras necessidades, e só quando se aperceberam que a situação estava a agravar, nomeadamente com o aparecimento das UPP, decidiram solicitar apoio da USF. Já foi referenciado para o Centro de Reabilitação de Alcoitão, mas atendendo à gravidade e irreversibilidade do quadro terá sido recusado. Quando foi sugerido, pelos colegas da UCC, a integração numa unidade de reabilitação da rede, recusaram pelos prováveis gastos que daí resultariam.

Considerou-se também importante referenciar para apoio psicológico tanto para o Sr. H., pela importância de gestão das expectativas atendendo ao potencial de irreversibilidade do quadro, quanto para a Sra F., pela aparente exaustão emocional/stress do cuidador, o que não foi aceite pelo casal, pareceu inclusive que a sugestão foi ofensiva, atendendo à reação: “Apoio?! Se os srs enfermeiros soubessem o que já passei! Não preciso de apoio nenhum!”.

O objetivo da enfermagem enquanto profissão é prestar cuidados de enfermagem ao ser humano ao longo do seu ciclo vital, assim como no ambiente em que este se insere. O exercício da enfermagem procura atingir a máxima capacidade funcional da pessoa, tendo em conta a liberdade, dignidade e os valores (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A enfermagem de reabilitação é um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo que ambiciona a recuperação funcional da pessoa, a reintegração na família, comunidade e sociedade (Menoita et al., 2012).

A intervenção do EEER tem como objetivo o diagnóstico precoce e a promoção de ações de prevenção que visem a manutenção da capacidade funcional, a prevenção de complicações e incapacidades, e a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A relação profissionais de saúde-doente/família nem sempre é fácil e em comunidade, quando entramos na intimidade/privacidade da pessoa, existem inúmeras barreiras, a maioria do lado dos doentes e seus cuidadores. No caso específico do Sr. H. senti sempre alguma resistência por parte da esposa, principalmente no que se refere aos ensinamentos relativos aos posicionamentos e toma da medicação, referindo muitas vezes: “sim eu sei” ou “olhe eu faço assim”, dando pouca abertura para a nossa intervenção.

Avaliando toda a intervenção enquanto futura EEER ao longo destas quatro semanas em que participei ativamente no plano do Sr H., o resultado foi positivo. Ainda que o objetivo de sentar o Sr. H. se mantenha por realizar, foi possível verificar algumas melhorias nomeadamente a nível da mobilidade articular e capacidade para flexão a nível da região dorso-lombar e da articulação dos joelhos. No que se refere à gestão do esforço, o Sr. H. cumpriu sempre a execução dos exercícios propostos, com diminuição da dispneia na realização dos exercícios.

Na implementação do programa de reabilitação do Sr. H. pude desenvolver um conjunto de intervenções que se enquadram no âmbito do desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tais como:

- Estabelecimento de uma relação de ajuda, com respeito pela individualidade da pessoa e família, como garantia de excelência de cuidados;
- Conceção, planeamento e execução de um programa de reabilitação individualizado, discutido em conjunto com a equipa multidisciplinar, Sr. H. e esposa, e direcionado para a reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora e treino de AVD, com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à reabilitação, capacitação e autogestão;
- Ensino, instrução e treino de técnicas de forma a maximizar o desempenho motor, cardíaco e respiratório, respeitando a individualidade do Sr. H., objetivos e projeto de saúde do mesmo;
- Identificação e intervenção proativa na gestão do caso do Sr. H. com a equipa multiprofissional, sustentando a tomada de decisão nos conhecimentos profissionais, éticos e legais adequados, nomeadamente da área de enfermagem de reabilitação.

Neste caso concreto a minha intervenção enquanto futura EEER foi baseada nas necessidades identificadas após uma completa avaliação que permitiu a identificação das limitações e da capacidade funcional do Sr H.

No futuro, enquanto EEER pretendo desenvolver uma prática que vise a identificação precoce da pessoa em risco de queda ou vítima de queda, e ter uma intervenção de forma a prevenir a queda e evitar complicações e incapacidades, e

devolver à pessoa o máximo da sua capacidade e funcionalidade, através da concretização de planos de intervenção baseados nas suas necessidades com o objetivo de promover a sua independência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boechat, J. C. S., Manhães, F. C., Filho, R. V. G. & Istoé, R. S. C. (2012). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Revista Científica Internacional*. 22 (1), 89-107.  
<https://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2205>
- Melguizo-Herrera, E., Díaz-Gómez, A. A., & Osorio-Lambis, M. (2011). The quality of life for people suffering from complex wounds in Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Publica*, 13(6), 942-952.
- Menoita E., Sousa L., Alvo I., Marques-Vieira, C. (2012). Cuidados de reabilitação à pessoa idosa com AVC. In Menoita. Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência.
- Miller C. (2018). *Nursing for Wellness in Older Adults*. 8th edition, Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Moylan, K. C. & Binder, E. F. (2007). Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. *The American Journal of Medicine*, 120(6), 1-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.07.022>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Rubenstein, Z. (2006) Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35(2), 37-41.  
<http://doi.org/doi:10.1093/ageing/afl084>

Apêndice VIII

Jornal de Aprendizagem contexto Orto Traumatológico:

“Humanidade nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia”



## **1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto  
Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade

### **Jornal de Aprendizagem:**

**Humanidade nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação  
no Serviço de Ortopedia**

**Local de Estágio:**

Orientador: Professora Cristina Lavareda Baixinho

**Lisboa**  
**Julho de 2023**

## **Jornal de Aprendizagem**

Num dos primeiros turnos realizados no serviço de Ortopedia deparei-me com um cartaz que existe na sala de espera do serviço com o título “Humanidade”. Trata-se de uma filosofia do cuidar que me era familiar por ter sido abordada num dos seminários da disciplina de Enfermagem de Reabilitação e a Pessoa com Alteração Neurológica que me despertou grande interesse, pelo que decidi então desenvolver este Jornal de Aprendizagem, nomeadamente num dos pilares da Metodologia dos Cuidados Humanidade: a verticalidade.

“Nós somos Ortopedia!” é o lema do serviço, cujo objetivo é a melhoria contínua dos cuidados prestados ao utente e a melhoria do bem-estar físico e emocional da equipa. O curso “Metodologia de Cuidados Humanidade” foi proposto e implementado no serviço durante o ano de 2022 com impacto positivo na equipa que, através do conhecimento, motivação e vontade de mudança, permitiu a aquisição de ferramentas e segurança para melhor responder às necessidades da pessoa internada e sua família.

A construção do conhecimento em enfermagem tem evoluído suportado nos conceitos pessoa, ambiente, saúde e cuidar, direcionado para o paradigma da relação, sendo que o cuidar é entendido como uma expressão ética e humana em ligação relacional, ou seja em humanidade (Simões, 2014).

O conceito humanidade foi utilizado pela primeira vez em 1980 pelo jornalista Freddy Klopfenstein, tendo sido adotado como termo antropológico por Albert Jacquard. De acordo com Gineste e Pellisier (2008) a Humanidade é considerada como o conjunto de características particulares que distinguem o ser humano das outras espécies.

A metodologia do cuidado Humanidade foi desenvolvida por Yves Gineste e Rosette Marescotti há cerca de 40 anos, sendo orientada pelos princípios humanistas da filosofia humanidade. A Metodologia de Cuidar Humanidade (MCH) é centrada na relação cuidador – pessoa cuidada e é concretizada em regras de arte, pilares relacionais (olhar, palavra e toque) e identitário (verticalidade) e técnicas de manutenção relacional, através da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade. Através da MCH o enfermeiro desenvolve a intervenção e gere as emoções presentes na relação de forma

a promover o processo de reabilitação, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa, respeitando a sua identidade (Batista, et al., 2020).

O cuidado deve ser tranquilizador e promotor de confiança, integrando os quatro pilares da humanidade. No que se refere aos pilares relacionais, o olhar deve ser axial, horizontal, longo e próximo, de forma a estabelecer a ligação com a pessoa e captar a sua atenção; a palavra deve ser introduzida após entrada no campo visual da pessoa, num tom de voz suave, melodioso e suave; o toque deve ser realizado com suavidade ou “toque-ternura”, ou seja, amplo, lento e acariciador, sem dedos em pinça ou garra, evitando pegar ou agarrar à força, e deve ser progressivo e permanente (Simões, 2014).

No que se refere ao pilar identitário, verticalidade, esta é reconhecida como um importante pilar da Humanidade, essencial para a saúde (Phaneuf, 2007). A verticalidade é o que nos diferencia enquanto seres bípedes e deve ser promovida enquanto a pessoa viver (Simões, 2014). De acordo com o mesmo autor, refere-se à ação de colocar a pessoa de pé, em carga e promover a marcha de forma a estimular os recetores sensitivos barométricos, desencadeando respostas dos nervos sensitivos motores. A verticalização da pessoa melhora o sistema ósseo, cartilaginoso, muscular, tendinoso, circulatório, respiratório e nervoso, promove a perceção do esquema corporal e favorece as relações interpessoais (Phaneuf, 2010). De acordo com Gineste e Pellisier (2008) bastam 20 minutos por dia de verticalidade para promover o funcionamento orgânico.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes do foro orto traumatológico submetidos a cirurgia devem ser iniciados o mais precocemente possível e têm como principais objetivos a redução da dor, o aumento da força muscular, a melhoria da amplitude articular e a diminuição da incapacidade de forma a evitar as complicações pós-operatórias, e promover uma maior participação na realização das AVD, melhoria da qualidade de vida e aumento da autoestima (Hoeman, 2011).

Os benefícios do levante precoce são sobejamente conhecidos. O processo de levante deve iniciar-se logo que a situação clínica o permita e tem como objetivos a prevenção de complicações da imobilidade, a promoção do auto-cuidado, o treino do equilíbrio e a preparação para o treino de marcha. Diz-nos Pestana (2017) que “a mobilidade de forma geral e a capacidade da pessoa se deslocar no ambiente são

componentes da função física extremamente importantes, constituindo pré-requisitos para a execução das AVD e a manutenção da independência.” (p. 53).

As intervenções cirúrgicas do foro ortopédico podem provocar alterações a nível da força, e da flexibilidade, com dor associada, o que resulta em alterações no controlo do tronco, postura e no equilíbrio, com assimetria na distribuição da carga corporal, levando a perda das estratégias posturais envolvidas na manutenção do equilíbrio. Deste modo, os exercícios de equilíbrio tornam-se fundamentais, pois permitem a reeducação do mecanismo de reflexo postural, inibem a espasticidade, estimulam a sensibilidade postural ao fazer carga no MS e MI, estimulam a ação voluntária dos músculos do tronco e preparam o doente para a marcha (Menoita, 2012).

Deste modo, a realização do levante e transferências, visam a melhoria do padrão respiratório, da circulação e da eliminação, e a promoção do exercício, facilitam a mobilização de secreções, a manutenção da amplitude articular e da integridade cutânea, promovem a prevenção de atrofia muscular, proporcionam conforto e bem-estar, alternam o campo visual e favorecem a independência (DGS, 2010; Hoeman, 2011; Menoita, 2012; OE, 2013). O treino de marcha permite que o doente readquirir o padrão automático perdido e promova a independência a nível da locomoção e segurança e no dispêndio de energia razoável (Menoita, 2012).

A MCH evidencia a sua atenção no potencial da pessoa cuidada, estimulando-a a participar ativamente em todos os cuidados, o que promove ganhos importantes na autonomia e independência da mesma. Estes pressupostos remetem-nos para o regulamento n.º 392/2019, OE (2019, p.13366) reconhece no EEER, um vasto conjunto de conhecimentos específicos e especializados que o habilita a: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A equipa de enfermagem do serviço de Ortopedia passa, atualmente, por um período com grandes desafios e grande exigência profissional. Composta por 37 profissionais, dos quais 7 são EEER, assegura os cuidados do serviço de ortopedia 2 (24

camas), ortopedia 1 (8 camas) e urgência de ortopedia, que funcionam no mesmo espaço físico, e consulta externa de ortopedia. Existem vários colegas de atestado o que se repercute em horas de trabalho extra realizado por todos os colegas. Considerando a conjuntura atual, tem sido quase impossível que as colegas EEER assegurem apenas os cuidados de Reabilitação, estando maioritariamente na prestação de cuidados diretos.

Apesar de todas estas dificuldades, é notória a preocupação de todos os enfermeiros e particularmente dos EEER, no levantar precoce e treino de marcha a todos os doentes submetidos a cirurgia ortopédica, desde que reúnam condições e indicação médica para tal, respeitando assim um dos pilares do cuidado humanidade: a verticalidade. Esta importância vê-se refletida na folha de passagem de ocorrências dos diferentes turnos, com área de registo própria, sendo sempre referida e discutida em equipa. Apesar de, na maioria das vezes, os EEER estarem na prestação de cuidados gerais, em conjunto com o fisioterapeuta do serviço, com quem existe uma relação de enorme cooperação, é estabelecido um plano de intervenção para cada de turno, de forma que, todos os doentes com indicação para levantar e início de marcha sejam submetidos a essa mesma intervenção. Nenhum doente tem alta sem que tenha sido realizado levantar e, quando indicado, iniciado o treino de marcha.

Em conversa com alguns colegas foram perceptíveis a desmotivação e a exaustão em que se encontram, relacionadas com a situação atual que o serviço se encontra, referindo, por diversas vezes, que os cuidados prestados estão muito longe do cuidar em humanidade. No entanto fiz questão de reforçar o meu desacordo, sendo que considero que o cuidar em humanidade está bem presente em todos os profissionais, pela excelência de cuidados que são prestados, com respeito pela individualidade de cada pessoa e sua família, e integração dos pilares humanidade: olhar, palavra, toque e verticalidade.

Ao longo das quatro semanas de estágio, atendendo à situação em que se encontra o serviço, nomeadamente no que se refere à carência de enfermeiros, as EEER estiveram sempre na prestação de cuidados gerais. Apesar disso, houve sempre o cuidado de me serem dadas oportunidades de desenvolver a prática de cuidados de reabilitação, com foco particular na reabilitação funcional motora, em especial na realização das mobilizações e no processo de transferência/levantar e treino de marcha

dos doentes com indicação, de forma a promover a verticalidade dos doentes, contribuindo assim para a prevenção do declínio funcional e para a promoção do bem-estar e conforto emocional dos mesmos.

Enquanto futura EEER pretendo desenvolver uma prática baseada na evidência, com elevada competência técnica e humana e que coloque a pessoa e as suas necessidades no centro dos cuidados. Com este estágio despertei para o cuidar em humanidade, filosofia que vou desenvolver e perpetuar na minha prática diária. Atualmente em funções no serviço de medicina intensiva, já transpus para o cuidar dos meus doentes muito do que aprendi sobre o cuidar em humanidade, em especial no que se refere à integração dos pilares: olhar, palavra, toque e verticalidade. Sei que muito tenho ainda a desenvolver e aprender sobre esta metodologia de cuidados, mas de futuro gostava de conseguir implementar a Metodologia de Cuidar Humanidade no meu local de trabalho, não só pelo impacto positivo que esta metodologia de trabalho traz para a equipa, contribuindo para a satisfação e realização profissional, mas também pelo desenvolvimento de um cuidar que melhor responde às necessidades da pessoa internada e sua família, promovendo ganhos importantes na autonomia e independência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, M. J., Caetano, M. A., Melo, C., Figueiredo, P. & Costa, V. L. (2020, Março 4 – Março 5). *Humanidade no Cuidar em Enfermagem de Reabilitação*. Poster apresentado nas 2<sup>as</sup> Jornadas “Emoções em Saúde” da UI&DE/ESEL, Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral Itinerários Clínicos*. Lidel.
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade, Cuidar e Compreender a Velhice*. Instituto Piaget, Piaget Editora
- Hoeman, Shirley P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação*. (2.<sup>a</sup> Edição). Lusociência.
- Menoita E., Sousa L., Alvo I. & Marques-Vieira, C. (2012). Cuidados de reabilitação à pessoa idosa com AVC. In Menoita. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade -posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos OE. Serie 1. Número 7. Lisboa
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.47 – 56). Loures: Lusodidacta.
- Phaneuf, M. (2007). *O conceito de Humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais* (Tradução de Nídia Salgueiro).  
[http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/12/O\\_conceito\\_de\\_humanidade.pdf](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/12/O_conceito_de_humanidade.pdf)
- Simões, M.M.M. (Ed. do Autor). (2014). *Cuidar Humanidade, Enfermagem neurorelacional*. Coimbra: PMP, Lda.

Apêndice X

Jornal de Aprendizagem contexto neurológico:

“Contenção mecânica como forma de prevenção de queda”



# **1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem:**

**Contenção mecânica como forma de prevenção de queda**

**Local de Estágio:** [REDACTED]

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

Orientador: Professora Cristina Lavareda Baixinho

**Lisboa**

**Outubro de 2023**

## Jornal de Aprendizagem

A maioria dos utentes internados no [REDACTED] deslocam-se nas instalações em cadeira de rodas como medida de prevenção de queda. O risco de queda é avaliado através da aplicação da escala de Morse, sendo que muitos doentes admitidos se encontram em elevado risco de queda. Na admissão, é atribuída cadeira de rodas (CR) a cada doente, no caso de não terem CR própria, e todos os utentes são instruídos a solicitar a presença de um profissional nas idas ao WC e quando queiram realizar transferência para a cama. Os utentes passam grande parte do dia fora do serviço em que estão internados, nos programas de reabilitação ministrados nos diferentes departamentos, o que torna difícil a vigilância efetiva dos utentes em elevado risco de queda e que apresentam sucessivos comportamentos de risco. Em algumas situações, mesmo quando necessitam de ajuda os utentes não chamam os profissionais, ou por não terem noção das suas necessidades ou por não quererem incomodar, colocando-se em risco acrescido, levando, em algumas situações, a episódios de queda.

Ao longo do meu estágio encontrei-me perante três situações em que foi necessário adotar medidas de contenção extra por incumprimento das indicações, uma das quais que teve como consequência a queda, que passo a descrever.

Utente A. S., 52 anos, internada desde o dia 1 de setembro, com o diagnóstico de Esclerose Múltipla. Nos últimos dias tem apresentado sinais de agravamento da sua condição tendo sido avaliada pela possibilidade de estar a desenvolver novo surto. Uma das manifestações apresentadas passa por aumento da espasticidade do MIE, com desequilíbrio estático e dinâmico na posição de pé, o que agrava o risco de queda. Tendo sido instruída na necessidade de ajuda nas transferências em especial nas idas ao WC, a utente raramente solicitou pela presença de um profissional, o que motivou vários episódios de queda. Foi então decidido em equipa a necessidade de iniciar a contenção mecânica para evitar futuros episódios, inicialmente com faixa abdominal que não foi suficiente uma vez que a utente conseguia remover. Após apresentar novos episódios de queda, o último com alguma gravidade, resultando em hematoma na região isquiática e necessidade de ida ao SU para realização de RX para exclusão de fratura, foi decidido em

equipa multidisciplinar e após consentimento da utente, iniciar medidas de contenção mecânica com colete.

Trabalho há 20 anos e sempre me senti muito incomodada com a necessidade de conter um doente mecanicamente, nomeadamente a utilização de imobilizadores de membros ou de tronco. Nas situações em que o tive de realizar foram sempre situações limite em que a segurança e a integridade do doente, e por vezes dos próprios profissionais, estavam em risco. Nos diferentes serviços por onde tenho exercido a minha atividade profissional uma das medidas de contenção mais utilizada como prevenção de queda é a elevação de grades da cama, especialmente durante o período noturno.

Na situação anteriormente descrita foi possível perceber o quanto esta situação incomodou a utente. Consciente das suas limitações, a utente sempre lutou pela sua independência e tem demonstrado inadaptação à sua nova condição, apresentando por diversas vezes comportamentos que colocam em risco a sua segurança, com consequentes episódios de queda. Referiu que mesmo no domicílio já era frequente este tipo de episódios.

No [REDACTED] o risco de queda é avaliado de acordo com a Escala de Morse, sendo que as medidas de contenção mecânica estão protocoladas de acordo com o risco de queda e com os comportamentos de risco apresentados pelos utentes.

Considerando o comportamento de risco evidenciado pelos utentes referidos, um dos quais com vários episódios de queda consequentes, considero as medidas utilizadas foram necessárias, em especial para a utente com colete, uma vez que foi a única forma encontrada para, que até ao momento da alta, não ocorresse mais nenhum episódio de queda.

Quando foi tomada a decisão de contenção mecânica com colete na situação descrita, tive oportunidade de falar com a utente. Esta referiu sentir-se triste, mas percebeu a necessidade da medida, uma vez considerar que, na sua ausência, iria sempre tentar voltar a levantar-se para ver se já era capaz de o fazer sem voltar a cair. Voltei a referir os perigos que esses tipos de comportamento poderiam trazer, uma vez que uma queda futura poderia resultar em consequências mais graves.

Os profissionais de saúde têm como dever a proteção da integridade física das pessoas a quem prestam cuidados. O uso contenção mecânica é uma prática comum no

contexto hospitalar e as razões para o seu uso incluem prevenção de quedas (Veras et al., 2022). No entanto, o benefício do uso dessa estratégia não é consensual, uma vez que a sua utilização surge muitas vezes associado a complicações físicas e psicológicas, incluindo ainda questões morais e éticas como a perda da liberdade, autonomia e dignidade das pessoas a ela submetida, dificultando assim a tomada de decisão.

Segundo a orientação clínica 021/2011 da Direção Geral da Saúde (2011) a contenção terapêutica tem como objetivo a segurança dos doentes mantendo o seu conforto e dignidade, sendo definida como “uma medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações” (p.3). Ainda segundo a DGS deve ser vista como última medida a ser aplicada e apenas após terem sido esgotadas todas as medidas preventivas. A decisão de contenção terapêutica deve ser tomada pela equipa de saúde, devendo ser registado em processo clínico do doente a avaliação do estado do doente que determinou a contenção, medidas preventivas utilizadas, profissionais envolvidos na tomada de decisão, avaliação subsequente e revisão do plano de cuidados. O doente e família/pessoa significativa devem ainda ser informados e esclarecidos sobre a necessidade da medida de contenção. Tais pressupostos são igualmente defendidos no parecer do conselho de enfermagem nº41/2020 (OE, 2020) referente à contenção mecânica de doentes em tempo de pandemia.

A contenção terapêutica pode ser mecânica, química ou biológica. Por contenção mecânica entende-se qualquer ação ou procedimento impeditivos do movimento do corpo de uma pessoa através de qualquer método que lhe esteja adjacente ou anexado e que ela não consiga controlar ou remover facilmente (Bleijlevens et al., 2016), tais como cintos, luvas, coletes, grades e cadeiras.

Figueiredo Júnior et al. (2022) referem que as medidas de contenção, sejam elas mecânica, química ou biológica, desafiam a dignidade da pessoa humana, uma vez que não pode se falar em liberdade, paz ou desenvolvimento de uma pessoa que se encontra contida.

Os enfermeiros garantem a dignidade da pessoa e o princípio da autonomia informando-a e pedindo o seu consentimento, através de uma comunicação assertiva, de

forma a explicar o procedimento a ser realizado. A reavaliação da necessidade de manter as medidas de contenção deve ser realizada periodicamente, sendo que o doente deve ser tratado à semelhança dos outros e sem discriminação (Goethals et.al, 2013).

Deste modo, as instituições de cuidados de saúde devem ter regulamentação dos procedimentos a seguir perante uma situação em que se identifica a necessidade de aplicar medidas de contenção mecânica e as equipas de cuidados de saúde devem estar capacitadas para prestar cuidados de acordo com as melhores práticas de forma a garantir a proteção de todos os aspetos da integridade das pessoas de quem cuidam (Ye et al., 2018).

Segundo Scheepmans et al. (2020), a tomada de decisão no início de medidas de contenção mecânica passa por uma correta avaliação da situação, de forma a garantir o bem-estar, o respeito pela dignidade e autonomia da pessoa, evitando situações de abuso por parte dos profissionais. Esta deve ser realizada em equipa multidisciplinar, ou seja, a responsabilidade pelo seu uso deve ser partilhada (Sharifi et al., 2021). O mesmo autor refere ainda que a contenção mecânica deve ser considerada como último recurso para garantir a segurança dos doentes e nunca ser utilizada como uma opção para reduzir a carga de trabalho ou como forma de disciplinar/punição dos doentes.

A intervenção do EEER tem como objetivo o diagnóstico precoce e a promoção de ações de prevenção que visem a manutenção da capacidade funcional, a prevenção de complicações e incapacidades, e a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O EEER, enquanto detentor de um conjunto de competências específicas, com conhecimento técnico e científico, surge como o profissional de eleição para a realização da avaliação e identificação das pessoas em elevado risco de queda, de forma a poder planear, estratificar e implementar planos de intervenção de forma a prevenir ou reduzir a sua ocorrência, sendo que a necessidade de contenção de uma pessoa deve ser sempre alvo de reflexão e decisão em equipa multidisciplinar.

No futuro, enquanto EEER tenciono desenvolver uma prática que vise a identificação precoce da pessoa em risco de queda e ter uma intervenção de forma a prevenir a ocorrência da mesma. Considerando que o uso da contenção mecânica deve ser avaliado pela equipa prestadora de cuidados a fim de reduzir a sua utilização, e

apenas aplicado quando se encontrem esgotadas todas as alternativas, considero fundamental a elaboração de um procedimento a aplicar sempre que se identifique a necessidade de aplicação de medidas de contenção como forma de prevenção de queda. Para tal irá ser realizada formação em equipa de forma a capacitar os profissionais para que a tomada de decisão dê resposta às verdadeiras necessidades da pessoa em risco de queda.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleijlevens, M.H.C., Wagner, L.M., Capezuti, E. & Hamers, J.P.H. (2016). Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *Journal of American Geriatrics Society*, 64(11), 2307-2310.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.14435>
- Direção Geral da Saúde (2011). Orientação n.º 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente.
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. (2013). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 983 – 991.  
<https://doi.org/10.1007/s11019-012-9455-z>
- Figueiredo Júnior, J. C., Santos, L. C. A. dos, Alves Ribeiro, W., Lima, L. A. C., Diva de Oliveira, M., Bruno de Jesus, F., Costa de Moraes, M. ., & Paula, E. de. (2022). Mechanical restraint x humanization: nursing contributions to mental health care in the hospital environment. *Brazilian Journal of Science*, 1(6), 52–57.  
<https://doi.org/10.14295/bjs.v1i6.124>
- OE (2020). Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 41/2020: Contenção mecânica de doentes em tempos de pandemia.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20318/parecer-n%C2%BA-41\\_ce\\_22102020\\_conten%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-de-doentes-em-tempo-de-pandemia\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20318/parecer-n%C2%BA-41_ce_22102020_conten%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-de-doentes-em-tempo-de-pandemia_anonimizado.pdf)
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, Diário da República, Série II (n.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M. & Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Systematic Reviews*, 10(129), 1 – 10.  
<http://doi.org/10.1186/s13643-021-01676-8>

Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Boonen, S. & Milisen, K. (2014). Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*, 14(1), 1 – 10.

<http://doi.org/10.1186/1471-2318-14-17>

Veras, R. F. S., Rodrigues, M. M. P., Silva, V. A. & Oliveira, J. S. (2022). Contenção mecânica para prevenção de quedas no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura. E-book.

<http://doi.org/10.46943/IX.CIEH.2022.01.018>

Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Wei, H., Wang, C. & Luo, T. (2018). Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 68 – 71.

<http://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.001>

Apêndice XI

Jornal de Aprendizagem contexto cardiorrespiratório:

“Reabilitação Cardíaca – Fase II: e agora?”



# **1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem:**

**Reabilitação Cardíaca – Fase II: e agora?**

**Local de Estágio:** [REDACTED]

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

Professor Orientador: Professora Cristina Lavareda Baixinho

**Lisboa**

**Janeiro de 2024**

## Jornal de Aprendizagem

A reabilitação cardíaca é definida como uma intervenção multifatorial através do qual a pessoa mantém ou recupera a sua condição física, psicológica, social e laboral de forma satisfatória, após um evento cardíaco ou no contexto de doença crónica (DGS, 2017). Surge como uma resposta segura e eficaz que permite à pessoa com DCV estável reduzir a probabilidade de vir a desenvolver novos eventos agudos, recuperar a funcionalidade e reduzir o impacto psicossocial da doença, maximizando a sua qualidade de vida (Abreu et al., 2018).

Os programas de reabilitação cardíaca são estruturados ao longo de 3 fases: fase I – hospitalar, fase II – fase de transição (ambulatório) e fase III – manutenção. Trata-se de um programa desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, onde se inclui o EEER, em que cada profissional contribui com o seu conhecimento para que os objetivos do programa e os objetivos específicos de cada doente sejam alcançados.

Os benefícios da reabilitação cardíaca passam por redução dos sintomas, redução da incidência de fatores de risco da doença cardiovascular, melhoria da tolerância ao esforço, recuperação da autonomia na realização das AVD, promoção da confiança e diminuição dos medos e receios (Abreu et al., 2018).

Contudo, e apesar dos benefícios amplamente comprovados da reabilitação cardíaca, a inclusão e adesão de pessoas com doenças cardiovasculares a estes programas é ainda muito inferior ao ideal, também potenciado pela falta de investimento dos sistemas de saúde e desconhecimento dos profissionais de saúde. Em Portugal, apenas 8% dos doentes que recebem alta hospitalar após enfarte do miocárdio estão incluídos em programas de RC (Silveira & Abreu, 2016).

Ao longo deste estágio no Centro de Reabilitação Cardíaca, Fase II, do Departamento de Coração e Vasos do Serviço de Cardiologia do [REDACTED] foram vários os doentes que concluíram o programa de reabilitação, estando aptos para integrar um programa de reabilitação fase III, ou seja, fase de manutenção na comunidade. Conscientes da importância da continuidade do programa de reabilitação cardiovascular, para muitos doentes esta etapa vem acompanhada de alguma indefinição

futura uma vez que não sabem onde podem iniciar a fase III da reabilitação cardíaca na sua área de residência.

Um dos centros de referência para a fase III da RC na região de Lisboa é o Centro de Reabilitação Cardiovascular da Universidade de Lisboa – CRECUL, que funciona na Academia de Fitness do Estádio Universitário de Lisboa e que surgiu através de uma parceria entre a Faculdade de Motricidade Humana e a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Trata-se de um programa cujo objetivo é possibilitar a continuidade da RC iniciada em contexto hospitalar, dando resposta ao reduzido número de programas de reabilitação cardíaca existentes na comunidade. Uma das particularidades deste programa é a possibilidade de concretização do mesmo em regime online, o que se verifica como sendo uma mais-valia para os doentes que residem fora da área de Lisboa.

A fase III da reabilitação cardíaca é um programa a longo prazo, com duração ilimitada, e deve acompanhar o doente durante o resto da sua vida. Tem como objetivos ajudar os doentes controlar e reduzir os fatores de risco cardiovasculares, manter ou melhorar a capacidade funcional reduzindo o cansaço e promovendo a autonomia para as atividades da vida diária, manter um estilo de vida saudável e melhorar a qualidade de vida. Ao longo do programa de reabilitação da fase II, os doentes são instruídos sobre a necessidade de integrar um programa estruturado de reabilitação cardíaca: fase III, após conclusão da fase II, de forma a manter a prática de exercício físico e de exercícios de reeducação funcional respiratória, assim como manutenção do controlo dos fatores de risco cardiovascular. Contudo, verifiquei, nas diferentes consultas de reavaliação após conclusão do programa, que uma grande parte dos doentes ainda não tinha iniciado a fase III da reabilitação cardíaca e não sabiam onde iriam realizar.

Esta situação prende-se com a escassa oferta de centros de reabilitação cardíaca: fase III, em Portugal. No estudo realizado em 2019 por Fontes et al. (2021), verificou-se que em Portugal existe um total de 13 centros, públicos e privados, 11 dos quais na região de Lisboa. Quer os centros públicos quer os privados acrescentam custos elevados, o que é difícil de suportar para muitos dos doentes, verificando-se que muitos acabam por abandonar o programa de reabilitação.

Além disso, fora da área geográfica de Lisboa, a oferta de centros especializados não se verifica o que dificulta a manutenção do programa de reabilitação pelos doentes residentes nessas regiões, muitos com receio de realizarem exercício sem serem devidamente acompanhados e monitorizados.

Contudo, tendo já realizado estágio noutros contextos, nomeadamente na comunidade, foi possível verificar a existência de programas estruturados de promoção da atividade física e combate ao sedentarismo na comunidade, com acompanhamento por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, fisioterapeutas e professores de Educação Física, em diferentes concelhos da área da grande Lisboa. Deste modo, fui transmitindo aos doentes esta mesma informação, de forma que estes procurassem junto dos Cuidados de Saúde Primários ou até mesmo Juntas de Freguesia/Câmaras Municipais, forma de integrar estes mesmos programas.

Um dos exemplos deste tipo de programas é o Projeto Academias de Mobilidade de Mafra Saudável, programa visa a melhoria da qualidade de vida da população e cujos objetivos destaco: promover hábitos de vida saudáveis, incentivar ao exercício físico, combater o sedentarismo e aumentar a funcionalidade e mobilidade, aumentar a resistência cardiovascular, promover o autocuidado e o autocontrolo e aumentar o conhecimento em saúde.

De forma a apresentar esta informação para os doentes e para os colegas EEER realizei uma pesquisa sobre diferentes programas existentes em alguns concelhos na área da grande Lisboa, tendo identificado: “Clube do Movimento” e “Odivelas a Mexer” – Odivelas; “Vida ativa” – Loures; Desporto Sénior – Algueirão – Mem-Martins; Desporto Sénior: Mais Ativo – Cacém; “Toca a Mexer” – Junta de Freguesia dos Olivais; “Lisboa +55” – Junta de Freguesia de Lisboa; “Mexa-se para a Vida” – Torres Vedras.

Segundo o Regulamento nº 392/2019 a Enfermagem de Reabilitação (ER) compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem como objetivo prestar a ajuda que a pessoa necessita, visando maximizar o seu potencial funcional e a independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida.

A intervenção do EEER tem como objetivo o diagnóstico precoce e a promoção de ações de prevenção que visem a manutenção da capacidade funcional, a prevenção de

complicações e incapacidades, e a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nos programas de reabilitação cardíaca a intervenção do EEER passa pela reeducação da função respiratória, supervisão da prática de exercício físico, gestão da prevenção secundária pelo controlo dos fatores de risco, potencialização da autonomia da pessoa com patologia cardíaca e educação para a saúde.

De futuro e enquanto EEER, sensibilizada para a importância da implementação de programas de reabilitação cardíaca, espero ter a possibilidade de contribuir para a operacionalização destes programas, em especial na Unidade Local de Saúde onde exerço funções atualmente.

Pelo seu processo de formação e competências adquiridas, os EEER são os profissionais habilitados para identificar as necessidades de intervenção especializada de reabilitação e proceder à elaboração e implementação de programas de reabilitação dentro das ULS. Devem então assumir o papel de coordenação desses mesmos programas trabalhando com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, de forma a garantir a continuidade do programa de reabilitação nos diferentes níveis de cuidados, hospital e comunidade.

Que o novo modelo de gestão do Serviço Nacional de Saúde seja redutor das barreiras de comunicação que muitas vezes encontramos na transição de cuidados hospital-comunidade e que permita o desenvolvimento de programas estruturados de reabilitação que deem resposta às reais necessidades das nossas populações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A., Mendes, M. Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, T. & Morais, J. (2018). Mandatory criteria for rehabilitation programs: 2018 guidelines from de Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(5), 363-373.

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>

Direção Geral da Saúde (2017). Despacho nº 8597/2017. Diário da República, Série II (nº 189/2017 de 2017-09-29), 21827-21828.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8597-2017-108234779>

Fontes, J.P., Vilela, E.M. Durazzo, A. & Teixeira, M. (2021) - Current state of cardiac rehabilitation in Portugal: Results of the 2019 national survey. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40, 877-887.

<http://doi.org/10.1016/j.repc.2021.01.013>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocf\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocf_deontologia_2015_web.pdf)

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, Diário da República, Série II (n.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Silveira, C & Abreu, A. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(12), 659-668.

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.06.006>

Apêndice XII

Estudo de Caso

Contexto Neurológico



# **1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Estudo de caso**

**Local de Estágio:** [REDACTED]

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

Orientador: Professora Cristina Lavareda Baixinho

**Lisboa**

**Outubro de 2023**

## **Lista de siglas**

AVD - Atividades de Vida Diárias

AD - Autossómico dominante

AR - Autossómico recessivo



CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ER - Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MRC - Medical Research Council

MI - Membro Inferior

OE - Ordem dos Enfermeiros

PEF - Paraparésia Espástica Familiar

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>I. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA</b> .....	5
<b>1. PARAPARÉSIA ESPÁSTICA FAMILIAR</b> .....	5
1.1. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com PEF .....	7
<b>II. HISTÓRIA DE SAÚDE</b> .....	8
1. ANTECEDENTES PESSOAIS .....	8
2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL .....	8
3. MEDICAÇÃO HABITUAL .....	9
<b>III. AVALIAÇÃO INICIAL</b> .....	9
1. DADOS SOCIOFAMILIARES .....	9
2. AVALIAÇÃO FÍSICA .....	9
3. AVALIAÇÃO NEUROMOTORA .....	10
4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	12
<b>IV. PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO</b> .....	12
1. PRINCIPAIS OBJETIVOS DE REABILITAÇÃO .....	12
2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM .....	12
3. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO .....	18
<b>V. DISCUSSÃO</b> .....	20
<b>VI. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS</b> .....	22

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS

ANEXO I – HORÁRIO DE DEPARTAMENTOS 

## APÊNDICES

APÊNDICE I – MINIMENTAL STATE

APÊNDICE II – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

APÊNDICE III – ESCALA DE BRADEN

ANEXO IV – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

APÊNDICE V – ÍNDICE DE BARTHEL

APÊNDICE VI – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

## **INTRODUÇÃO**

O presente estudo de caso surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), realizado no primeiro contexto de prática clínica que decorreu entre 26 de setembro e 10 de novembro de 2023, num centro de reabilitação na área metropolitana de Lisboa. Tem como objetivo desenvolver competências na avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam a limitação na atividade, recolher informação necessária e utilizar escalas e instrumentos de medida de forma a avaliar as várias funções e desenvolver competências na conceção de planos de intervenção e na avaliação das intervenções implementadas.

Este estudo de caso reporta uma situação de Paraparésia Espástica Familiar (PEF). Trata-se da D. S. T. de 41 anos que foi internada no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão (CMRA) com os objetivos de melhorar a funcionalidade, reduzir o grau de dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD); avaliar a deglutição e ensinar estratégias; avaliar função urológica e reeducação vesicoesfincteriana; assessorar na escolha de produtos de apoio; ensinar e instruir os familiares.

Segundo o Regulamento nº 392/2019 (2019) a Enfermagem de Reabilitação (ER) compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem como objetivo prestar a ajuda que a pessoa necessita, visando maximizar o seu potencial funcional e a independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida.

A intervenção do EEER (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação) tem como objetivo o diagnóstico precoce e a promoção de ações de prevenção que visem a manutenção da capacidade funcional, a prevenção de complicações e incapacidades, e a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015).

Para realização deste documento foi obtido consentimento verbal da pessoa, tendo sido garantida a confidencialidade da mesma. A informação foi obtida através da observação direta, entrevista, aplicação de escalas e instrumentos de avaliação e consulta

dos registos no sistema de registos e de suporte de documentação existente no centro de reabilitação.

## **I. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA**

### **1. PARAPARÉSIA ESPÁSTICA FAMILIAR**

A Paraparésia Espástica Familiar (PEF), conhecida por Síndrome de Strümpell-Lorrain, corresponde a um grupo raro e heterogéneo de doenças hereditárias neurodegenerativas que afetam o neurónio motor superior, sendo caracterizadas por espasticidade, diminuição de força dos membros inferiores, hiperreflexia e reflexos cutâneos plantares em extensão (Braz et al., 2018). Podem ser herdadas como um carácter autossómico dominante (AD), autossómico recessivo (AR) ou recessivo ligado ao cromossoma X ou mitocondrial.

Em Portugal, considerando um estudo epidemiológico realizado por Loureiro (2012), a prevalência global das PEF é de 4,1/100.000 habitantes; sendo de 2,4/100.000 habitantes nas formas dominantes e de 1,5/100.000 habitantes nas recessivas. A nível mundial a prevalência média é de 3,6/100.000 habitantes, variando de 0,5 a 5,5/100.000 pessoas para a forma AD, a mais prevalente, e 0,0 a 5,3/100.000 pessoas para a forma AR (Ruano et al., 2014).

O aparecimento da PEF varia entre a infância e a 8ª década de vida, com uma média etária de início aos 30 anos (Braz et al., 2018).

Segundo Souza et al. (2017), fenotipicamente as PEF podem ser classificadas como formas clinicamente puras e formas clinicamente complexas. As formas clinicamente puras são habitualmente caracterizadas por existência de espasticidade progressiva dos membros inferiores, com hiperreflexia e reflexos cutâneo-plantares extensores e com uma fraqueza muscular ligeira, podendo ainda existir hiperreflexia dos membros superiores. Raramente existe atingimento dos nervos cranianos, assim como pés cavus, alterações proprioceativas, alterações urinárias (p.e. urgência miccional) e disfunção sexual. Geralmente têm dificuldades na marcha com necessidade de utilização de auxiliares de marcha como bengalas, andarilhos ou cadeiras de rodas (Hedera, 2021). A força e destreza dos membros superiores estão preservadas, sem envolvimento das

funções da mastigação, deglutição ou fala. Embora os sintomas possam ser incapacitantes, com diminuição da qualidade de vida, a esperança média de vida não está diminuída.

As formas clinicamente complexas são caracterizadas por alterações neurológicas como sinais extrapiramidais (coreoatetose, distonia, rigidez), disfunção cerebelosa (ataxia, disartria e nistagmo), deterioração cognitiva, surdez neurosensorial, epilepsia, neuropatia axonal ou desmielinizante, alterações tipo miopático (ptose palpebral e oftalmoparésia) ou atrofia ótica. Muitos casos também podem apresentar alterações não neurológicas como cataratas, retinite pigmentar e degenerescência macular, cardiomiopatia, alterações dismórficas (micro/macrocefalia, baixa estatura, malformações complexas), alterações músculo-esqueléticas (escoliose, luxação da anca, pés cavus) (Souza et al., 2017).

O diagnóstico é essencialmente clínico, caracterizado por uma síndrome piramidal progressiva que envolve predominantemente os membros inferiores. Poderá haver história de familiares de primeiro grau afetados de forma muito similar, em especial nas formas de hereditariedade AD. O estudo da via piramidal pode ser feito através da avaliação clínica, exames de imagem ou avaliações funcionais.

Segundo Hedera (2021) o tratamento não previne ou reverte o quadro e deve ser direcionado para reduzir os sintomas e melhorar o equilíbrio, a força e a agilidade, podendo incluir medidas farmacológicas ou não farmacológicas. Os indivíduos devem ser avaliados periodicamente (anualmente ou conforme necessário) por um neurologista e fisiatra para avaliar a progressão e desenvolver estratégias de tratamento para maximizar a capacidade de marcha e reduzir os sintomas.

Ainda segundo o mesmo autor as recomendações atuais para abordagem dos indivíduos com PEF são cuidados diários de reabilitação direcionados para melhorar a aptidão cardiovascular, manter e melhorar a força muscular e a marcha, e reduzir a espasticidade; terapia ocupacional, dispositivos de marcha assistida e ortóteses tornozelo-pé, conforme necessário; e medicamentos para reduzir a espasticidade muscular e a urgência urinária.

## 1.1 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com paraparésia espástica familiar

Segundo Machado (2017) o acompanhamento da pessoa com PEF deve ser contínuo, com avaliações regulares e cuidados de reabilitação física, de forma a promover uma maior independência para as atividades de vida diária.

Algumas das intervenções de enfermagem de reabilitação passam por posicionamentos terapêuticos, exercícios de movimento de amplitude de movimento passivos, alongamentos, exercícios de mobilidade funcional e treino de equilíbrio associado a exercícios de cadeia cinética fechados, e ainda a massagem de relaxamento e a aplicação de calor ou frio (Krishnamoorthy, Aradharajulu & Kanase, 2017; Oliveira & Golin, 2017; Stevenson, 2010).

Os objetivos dos cuidados de reabilitação devem ser centrados no indivíduo e na sua família ou cuidadores, e nas suas prioridades, de forma que estes se sintam envolvidos em todo o processo de reabilitação.

Deste modo, o EEER deve ainda estar desperto para a necessidade de intervenção junto da família/cuidador, sendo que devem ser envolvidos e colaborar no processo de reabilitação. Deste modo o EEER deve preparar o cuidador para o seu novo papel, promovendo a aquisição de novos conhecimentos e de aprendizagens que sejam facilitadoras do processo de transição (Meleis, 2010). Deve também estar atento às reais necessidades dos cuidadores nomeadamente a nível dos recursos comunitários e sociais, condições socioeconómicas, conhecimentos e aprendizagem de capacidades, crenças e atitudes, e do foro pessoal (Costa Melo et al., 2014).

O EEER deve ainda promover a inclusão e participação social da pessoa com PEF através da identificação de metas e objetivos satisfatórios para a pessoa, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros profissionais e organizações, como autarquias locais, de forma a desenvolver políticas de saúde que sejam promotoras dos melhores cuidados para a inclusão social da pessoa com deficiência. (Silva Pereira et al., 2020).

## II. HISTÓRIA DE SAÚDE

### 1. ANTECEDENTES PESSOAIS

A D. S. tem como antecedentes pessoais:

- Paraparésia espástica familiar, com diagnóstico há 23 anos, seguida em consulta de neurologia no Hospital [REDACTED] Início dos sintomas aos 18 anos, com quadro de diminuição da força muscular dos MI (Membro Inferior) e dor, com incapacidade funcional progressiva.
- Ovário poliquístico seguida em consulta de ginecologia do Hospital Garcia de Horta, com consultas regulares.
- Sem alergias conhecidas.

### 2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

A Sra. S.T. encontra-se internada no [REDACTED] desde o dia 14 de setembro de 2023 por tetraparésia e alterações cognitivas em utente com paraparésia espástica familiar.

Durante os primeiros momentos de contato com a Sra. S. notei alguma timidez e desconforto na relação, que foi evoluindo positivamente ao longo das semanas de estágio.

A Sra. S., apesar de referir estar motivada com o programa de reabilitação, demonstrou, por diversas vezes, pouca vontade na concretização do mesmo, em especial quando se encontrava no serviço de internamento, referindo cansaço após departamentos, o que dificultou a minha intervenção.

No [REDACTED] o programa de reabilitação passa pela intervenção de uma equipa multidisciplinar. Os doentes internados têm um horário de departamentos instituído que decorre entre as 10h e as 17h (ANEXO I), sendo que após o pequeno-almoço ausentam-se do serviço, regressando apenas para almoço.

### 3. MEDICAÇÃO HABITUAL

Princípio Ativo	Dose	Frequência	Objetivo terapêutico
Baclofeno	25 mg	1 cp PA, A, J	Anti-espástico, relaxante muscular
Donepezilo	5 mg	1 cp J	Inibidor da acetilcolinesterase
Pantoprazol	20 mg	1 cp PA	Anti-ácido e anti-ulceroso
Gabapentina	300 mg	1 cp A, J	Analgésico
Cloreto de Tróspio	20 mg	1 cp J	Antiespasmódico de vias urinárias

Legenda: PA - Pequeno-almoço, A - Almoço, J - Jantar

### III. AVALIAÇÃO INICIAL

#### 1. DADOS SOCIOFAMILIARES

A Sra. S. T. reside com os pais e 2 irmãos (39 e 43 anos). Os três filhos do casal são portadores do mesmo diagnóstico. Segundo a Sra S. o irmão mais velho encontra-se numa situação de maior dependência. Não têm apoio domiciliário.

Residem numa moradia térrea com quintal e rampa de acesso ao exterior, sem barreiras no interior, com 2 wc sendo 1 deles com base de duche. Possui cadeira de banho e elevador de transferências. Desloca-se em cadeira de rodas (CR) manual conduzida por 3ª pessoa. CR com encosto ergonómico, apoio de cabeça e almofada de prevenção de úlcera por pressão (UPP).

A D. S. não costuma sair de casa porque não tem meio de transporte e passa os dias no computador e a ver séries.

Durante o internamento teve a visita frequente do pai. O irmão mais novo da Sra. S., Sr. C. T., esteve internado no mesmo serviço durante o mesmo período.

#### 2. AVALIAÇÃO FÍSICA

- Pele e mucosas: pele e mucosas hidratadas, mas descoradas. Apresenta pele íntegra.
- Edemas: edema bimalear bilateral ao fim do dia. A D. S. utiliza meias elásticas terapêuticas até ao joelho durante o dia.

- Tórax: sem alterações visíveis, com movimentos simétricos durante a respiração. Respiração mista.
- Abdômen: abdômen mole, depressível e indolor à palpação.
- Esfíncteres: urina por sensação de urgência, com perdas pontuais. Tem controle do esfíncter anal.
- Alimentação: Necessita de ajuda para fracionar os alimentos. Ingere dieta geral. Apresenta engasgos ocasionais com líquidos finos e mastigação lenta, mas eficaz.
- Sono e repouso: refere não ter dificuldade em adormecer e dormir por longos períodos.

<b>Parâmetros Vitais</b>	
<b>Tensão Arterial</b>	118/57 mmhg
<b>Temperatura</b>	36,4°C
<b>Frequência Cardíaca</b>	76bpm (pulso forte, rítmico e regular)
<b>Respiração</b>	respiração eupneica, ritmo regular, tipo mista e frequência respiratória de 14 cvm.
<b>Dor</b>	0, na escala numérica da dor

09/10/2023

### 3. AVALIAÇÃO NEURO-MOTORA

- Consciência: vigil, reativa a estímulos verbais e outros do meio ambiente.
- Orientação: orientada auto e alopsiquicamente
- Atenção: sem alterações.
- Memória: memória imediata e recente a curto e longo prazo mantidas
- Linguagem: discurso espontâneo, com alterações a nível da linguagem complexa, aparentemente sem alterações na compreensão, nomeação e repetição.
- Capacidades práticas: sem alterações das capacidades práticas na avaliação de gestos simbólicos ou icónicos.
- Cognição: aplicado Minimental State Examination Test com uma pontuação igual a 22 – perda cognitiva leve: 1 a 11 anos de escolaridade (APÊNDICE I).
- Pares craneanos: sem alterações.

- Força muscular (Escala de Medical Research Council MRC)

Segmentos	Movimentos	Hemicorpo	
		Direito	Esquerdo
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	2	2
<b>Cotovelo</b>	Flexão	3	4
	Extensão	2	2
<b>Punho</b>	Flexão	4	4
	Extensão	2	2
<b>Dedos da mão</b>	Flexão	4	4
	Adução	2	2
	Abdução	2	2
<b>Coxo femural</b>	Flexão	1	1
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	1	1
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
<b>Joelho</b>	Flexão	1	1
	Extensão	1	0
<b>Tibiotársica</b>	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0

09/10/2023

- Tónus muscular (Escala de Ashworth Modificada)

Grau 0. Após avaliação não se verificou aumento do tónus muscular em nenhum dos segmentos corporais.

- Coordenação motora
  - Prova Índex-nariz: apresenta descoordenação na realização do movimento com os olhos fechados.
  - Prova calcanhar joelho: não realiza
- Sensibilidade (superficial e profunda): apresenta sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e profunda (vibratória não testada) mantidas. Sem alteração do esquema corporal.
- Equilíbrio: na posição de sentada o equilíbrio é instável. Não assume a posição de pé.
- Marcha: não realiza marcha

#### 4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A Sra. S. apresenta-se totalmente dependente de terceira pessoa para a realização do autocuidado. Foram então aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Equilíbrio de Berg – 1/56 (APÊNDICE II)
- Escala de Braden – score 15 – alto risco (APÊNDICE III)
- Escala de Morse – 35 – baixo risco (APÊNDICE IV)
- Índice de Barthel – 20 – Grau de dependência grave (APÊNDICE V)
- Medida de Independência Funcional – 56/126 – Dependência Modificada (APÊNDICE VI)

### **IV. PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO**

#### 1. PRINCIPAIS OBJETIVOS DE REABILITAÇÃO

No âmbito do plano de cuidados de reabilitação foram propostos os seguintes objetivos:

- melhorar a funcionalidade;
- reduzir o grau de dependência nas AVD;
- avaliar a deglutição e ensino de estratégias;
- avaliar função urológica e reeducação vesicoesfincteriana;
- assessorar na escolha de produtos de apoio;
- ensinar e instruir os familiares.

#### 2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

No âmbito do programa de reabilitação foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Movimento corporal comprometido
- Risco de espasticidade
- Equilíbrio corporal comprometido
- Autocuidado: alimentar-se comprometido
- Risco de deglutição comprometida
- Autocuidado: higiene comprometido

- Autocuidado: vestuário comprometido
- Autocuidado: ir ao sanitário comprometido
- Autocontrole: continência urinária comprometido
- Autocuidado posicionar-se/transferir-se comprometido
- Risco de ventilação comprometida
- Alto risco de UP
- Risco de isolamento social

Para cada diagnóstico de enfermagem identificado foram desenvolvidas intervenções de EEER, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015) e de acordo com a linguagem CIPE, evidenciados na seguinte tabela:

<b>DIAGNÓSTICO</b>	
<u>Movimento corporal comprometido</u> relacionado com paraparésia espástica familiar e manifestado por diminuição da força	
<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar técnica de exercício muscular e articular passivo a nível dos MI:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Flexão/extensão dos dedos do pé;</li> <li>○ Inversão/eversão tibiotársica;</li> <li>○ Dorsiflexão/flexão plantar;</li> <li>○ Flexão/extensão do joelho;</li> <li>○ Rotação interna e externa, adução/abdução, flexão/extensão, circundação da coxofemoral;</li> <li>○ rotação interna e externa com flexão do joelho e coxofemoral.</li> </ul> </li> <li>• Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido e ativo-resistido a nível dos MS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oponência do polegar;</li> <li>○ Flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital;</li> <li>○ Supinação/pronação do antebraço;</li> </ul> </li> </ul>	<p>09/10 – Realizado ensino de técnica de automobilizações e sobre técnica de exercício muscular assistido e ativo-resistido a nível dos MS</p> <p>08/11 – Executa automobilizações de forma independente Conduz a CR de forma independente em superfícies planas Foi realizado ensino aos familiares sobre técnica de transferência cama/cadeira sanitária/CR.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Flexão/extensão do cotovelo;</li> <li>○ Flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro.</li> <li>• Incentivar a pessoa a executar automobilizações e exercícios de motricidade fina;</li> <li>• Realizar treino de mobilidade no leito e na CR, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leito: rolar assistido;</li> <li>○ CR: exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado, exercícios de inclinação lateral do tronco.</li> </ul> </li> <li>• Realizar treino de equilíbrio sentado (na beira da cama e na cadeira de rodas);</li> <li>• Supervisionar o movimento muscular, corrigindo movimento;</li> <li>• Treino de utilização da CR de forma independente;</li> <li>• Realizar ensino de técnica de posicionamento e transferência ao pai e mãe (cuidadores).</li> </ul>	
<u>Risco de espasticidade</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar técnica de massagem;</li> <li>• Executar técnica de exercício muscular e articular passivo;</li> <li>• Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>• Executar técnica de relaxamento.</li> </ul>	<p>08/11/23 - Medicada com baclofeno.  Não apresentou aumento do tônus muscular durante o internamento.</p>
<u>Equilíbrio corporal comprometido</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado;</li> <li>• Aplicar estratégias de correção de equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corrigir postura na posição de sentada na cama e na CR;</li> <li>○ Colocar doente em frente ao espelho e corrigir postura corporal;</li> </ul> </li> <li>• Estimular manter equilíbrio corporal:</li> </ul>	<p>09/10 – Equilíbrio sentado diminuído</p> <p>08/11 – Equilíbrio sentado melhorado</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falar com a doente;</li> <li>○ Explicar a realização dos exercícios de correção da postura;</li> <li>• Executar técnica de treino de equilíbrio sentado: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exercícios de carga nos membros superiores;</li> <li>○ Exercícios de coordenação de movimentos;</li> </ul> </li> <li>• Orientar na técnica de treino de equilíbrio.</li> </ul>	
<u>Autocuidado: alimentar-se comprometido</u> relacionado com diminuição da força muscular dos MS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a refeição;</li> <li>• Preparar refeição, nomeadamente fracionar alimentos;</li> <li>• Gerir dieta;</li> <li>• Planear dieta;</li> <li>• Selecionar e sugerir produtos de apoio, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Talher adaptado com pega ergonómica.</li> </ul> </li> </ul>	<p>09/10/23 – Necessita de ajuda para fracionar alimentos.</p> <p>08/11/23 – Mantém necessidade de ajuda para fracionar alimentos.</p>
<u>Risco de Deglutição comprometida</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade da deglutição;</li> <li>• Supervisionar deglutição;</li> <li>• Posicionar a pessoa;</li> <li>• Ensinar exercícios de motricidade orofaciais;</li> <li>• Fornecer material educativo nomeadamente folheto informativo;</li> <li>• Ensinar sobre técnicas de deglutição: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corrigir postura corporal durante refeição;</li> <li>○ Flexão anterior do pescoço durante deglutição.</li> </ul> </li> </ul>	<p>09/10/23 – Apresenta mastigação lenta mas eficaz.</p> <p>08/11/23 – Sem episódios de engasgos no momento da alta.</p>
<u>Autocuidado: higiene corporal comprometido</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar treino de autocuidado higiene corporal;</li> <li>• Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene,</li> </ul>	

<p>nomeadamente esponja de cabo comprido;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar e avaliar o uso do dispositivo auxiliar;</li> <li>• Realizar ensino de técnica de transferência para cadeira de banho ao pai e mãe (cuidadores) através da utilização da tábua de transferência.</li> </ul>	<p>08/11/23 - A D. S. consegue realizar higiene da cintura para cima, necessitando de ajuda total para higienizar as costas e o corpo da cintura para baixo.</p> <p>Foi realizado ensino aos familiares sobre técnica de transferência cama/cadeira sanitária/CR.</p>
<b>Autocuidado: vestuário comprometido</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar treino de autocuidado vestuário;</li> <li>• Realizar ensino de vestuário aos cuidadores;</li> <li>• Selecionar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), nomeadamente calçador de meias;</li> <li>• Instruir, treinar e avaliar o uso dos dispositivos auxiliares.</li> </ul>	<p>09/10/23 - Dependente total no autocuidado vestuário da cintura para cima e dependente total da cintura para baixo.</p> <p>Realizado diariamente treino de vestuário da cintura para cima.</p> <p>08/11/23 - Dependente parcial no autocuidado vestuário da cintura para cima e dependente total da cintura para baixo.</p>
<b>Autocuidado: ir ao sanitário comprometido</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar treino de autocuidado</li> <li>• Realizar ensino de técnica de transferência da cama/CR para sanita (cuidadores)</li> </ul>	<p>09/10/23 - dependência total no autocuidado.</p> <p>08/11/23 - a Sra. S. mantém a dependência total no autocuidado ir ao sanitário.</p> <p>Foi realizado ensino aos familiares sobre técnica de transferência cama/cadeira sanitária/CR.</p>
<b>Autocontrolo: continência urinária comprometido</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar autocontrolo continência urinária;</li> <li>• Monitorizar eliminação urinária;</li> <li>• Planear a ingestão de líquidos;</li> <li>• Aconselhar eliminação urinária antes do sono.</li> </ul>	<p>08/11/23 - Urina por sensação;</p> <p>Apresentou perdas pontuais quando menstruada associada à saída do fluxo menstrual.</p>
<b>Autocuidado posicionar-se/transferir-se comprometido</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar mobilizações passivas dos MI</li> <li>• Ensinar e treinar a realização de automobilizações dos MS</li> </ul>	<p>09/10/23 - dependência total no autocuidado.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar e treinar atividades terapêuticas no leito, nomeadamente rolar;</li> <li>• Ensinar e treinar exercícios de fortalecimento dos MS;</li> <li>• Ensinar e treinar exercícios de equilíbrio sentado (na CR e na cama);</li> <li>• Ensinar e treinar uso de dispositivo auxiliar para transferir-se, nomeadamente tábua de transferência;</li> <li>• Realizar ensino de técnica de posicionamento e transferência ao pai e mãe (cuidadores).</li> </ul>	<p>08/11/23 - a Sra. S. mantém a dependência total no autocuidado posicionar-se/transferir-se.</p> <p>Foi realizado ensino aos familiares sobre técnica de transferência cama/cadeira sanitária/CR.</p>
<p><u>Risco de ventilação</u> comprometida</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar as características da respiração;</li> <li>• Instruir a pessoa acerca dos exercícios de Reeducação da Função Respiratória (RFR);</li> <li>• Executar exercícios de RFR: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>○ Exercícios respiratórios diafragmáticos e costais (globais e seletivos);</li> <li>○ Exercícios de expansão torácica com bastão;</li> <li>○ Ensino da tosse.</li> </ul> </li> <li>• Realizar treino de espirómetro de incentivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 10-15 respirações, 5-5 vezes/dia.</li> </ul> </li> </ul>	<p>09/10/23 - Realizado treino de espirometria incentiva com pouca colaboração da Sra. S.;</p> <p>Informada sobre importância da realização dos exercícios para a prevenção de complicações.</p> <p>08/11/23 - Validados ensinios.</p> <p>Realiza treino espirometria incentiva.</p>
<p>Alto risco de UPP</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar pele;</li> <li>• Incentivar mudança de decúbito no leito, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ decúbito lateral direito,</li> <li>○ decúbito lateral esquerdo,</li> <li>○ decúbito dorsal;</li> </ul> </li> <li>• Ensinar sobre superfícies de apoio adequadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colchão de pressão alternada;</li> </ul> </li> </ul>	<p>09/10/23 - Apresenta pele íntegra.</p> <p>08/11/23 - Mantém pele íntegra.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sobre colchão;</li> <li>○ Almofadas de posicionamento;</li> <li>○ Calcanheiras de proteção.</li> </ul>	
<b>Risco de isolamento social</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar suporte emocional;</li> <li>• Estimular a comunicação verbal e a interação social;</li> <li>• Estimular para a socialização com os outros doentes internados;</li> <li>• Favorecer envolvimento da família;</li> <li>• Avaliar dinâmica e apoio familiar;</li> <li>• Encaminhar para programa comunitário facilitador da interação social.</li> </ul>	<p>09/10/23 – Utente pouco comunicativa e pouco colaborante no plano de reabilitação. Após departamentos pede para ir para a cama.</p> <p>08/11/23 – Utente comunicativa e envolvida no plano de reabilitação, mesmo após departamentos.</p>

### 3. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

A D. S. colaborou no seu processo de reabilitação dentro das suas possibilidades. Mantém-se totalmente dependente de terceira pessoa para a realização do autocuidado. Foram então aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Equilíbrio de Berg – 3/56 – Equilíbrio prejudicado (APÊNDICE II)
- Escala de Braden – score 15 – Alto risco (APÊNDICE III)
- Escala de Morse – 35 – Baixo risco (APÊNDICE IV)
- Índice de Barthel – 30 – Grau de dependência grave (APÊNDICE V)
- Medida de Independência Funcional – 62/126 – Dependência Modificada (APÊNDICE VI)

<b>Instrumentos</b>	<b>09/10</b>	<b>08/11</b>
Escala Equilíbrio Berg	1/56	3/56
Escala de Braden	15	15
Escala de Morse	35	35
Índice de Barthel	20	30
MIF	56/126	62/126

- Força muscular (Escala de MRC)

Segmentos	Movimentos	Hemicorpo	
		Direito	Esquerdo
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	2	3
<b>Cotovelo</b>	Flexão	3	4
	Extensão	2	3
<b>Punho</b>	Flexão	4	4
	Extensão	2	2
<b>Dedos da mão</b>	Flexão	4	4
	Adução	3	3
	Abdução	3	3
<b>Coxo femoral</b>	Flexão	1	1
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	1	1
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
<b>Joelho</b>	Flexão	1	1
	Extensão	1	0
<b>Tibiotársica</b>	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0

## V. DISCUSSÃO

Ao integrar a equipa de reabilitação do [REDACTED] assumi o papel de EEER na prestação de cuidados aos doentes internados, particularmente da Sra. S., o que me possibilitou o desenvolvimento de competências específicas do EEER.

Relativamente à competência J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos de prática de cuidados” (OE, 2019, p.13566), o EEER identifica as necessidades de intervenção especializada de reabilitação em todas as pessoas através da avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que condicionam limitação da atividade e incapacidade, de forma a desenvolver e aplicar planos e programas de reabilitação, implementar intervenções de reabilitação e avaliar os resultados das mesmas.

A colheita de dados foi realizada através da leitura e consulta do processo clínico da Sra. S. e através da utilização de instrumentos e escalas de medida para avaliar as funções cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva; alimentação, eliminação vesical e intestinal, nomeadamente: Índice de Barthel, Escala de Lower, Escala de Morse, Medida da Independência Funcional, Escala de Equilíbrio de Berg; Escala numérica da dor e Escala de Braden.

Mediante as alterações identificadas foram desenvolvidos diagnósticos de enfermagem em parceria com a Sra. S. /família, de forma a permitir a conceção do plano especializado de intervenção de ER: reeducação funcional motora, treino de AVD reeducação funcional respiratória, e no âmbito da prevenção de quedas, de forma a maximizar, restaurar e preservar a funcionalidade, prevenir complicações e promover a reintegração da Sra S. e família na comunidade. Foi ainda realizada a seleção de ajudas técnicas e dispositivos de compensação, e os ensinamentos, de forma a promover o autocuidado e a continuidade de cuidados no domicílio.

No que se refere à competência J2 “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019, p.13567) o EEER elabora e implementa planos de cuidados com inclusão de treino de AVD visando a adaptação às limitações/restrições e a maximização da

autonomia e da qualidade de vida, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (regulamento nº 392/2019). Foi então elaborado um plano de cuidados cujas intervenções foram planeadas, implementadas e avaliadas.

O programa de treino de AVD elaborado foi individualizado, tendo em consideração o tipo de limitação da Sra S., ensinando a doente e seu familiar/cuidador técnicas específicas de autocuidado de acordo com as limitações identificadas. Deste modo ao longo do ensino clínico foram desenvolvidas atividades como: ensino à pessoa e/ou ao cuidador de técnicas específicas para o autocuidado; realização de treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio; ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima funcionalidade da pessoa; identificação e orientação para eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio, de forma a promover um ambiente seguro, com vista à promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social.

Relativamente à competência J3 “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019, p.13567) o EEER concebe e implementa programas de reeducação funcional motora e respiratória através da conceção de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação. Desta forma, deve ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho nos diferentes níveis, tendo em mente os objetivos individuais a atingir com cada pessoa/família. No caso específico da Sra. S. o plano de intervenção de ER permitiu que, no momento da alta, a Sra. S. conduzisse de forma autónoma, ainda que por curtos períodos e em superfícies planas, a sua CR, o que lhe proporcionava maior autonomia e possibilidade de interação com outras doentes internadas.

## **VI. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS**

O programa de reabilitação desenvolvido e implementado contribuiu para a concretização de alguns dos objetivos propostos inicialmente. Contudo a Sra. S. mantém-se totalmente dependente de terceira pessoa no autocuidado. Considero que, de futuro, seria importante a aquisição de CR elétrica, o que iria favorecer a mobilidade e a independência, nomeadamente nas deslocações no domicílio, e facilitar as deslocações ao exterior, contribuindo também para melhorar a socialização e reduzir o isolamento.

No plano de alta foi sugerida manutenção do programa de reabilitação na área de residência de forma a manter a melhoria da funcionalidade e a redução de dependência nas AVD. Foi ainda sugerido a integração num centro ocupacional, de forma a manter a interação social.

Considerando a situação familiar da Sra. S., em que os três filhos do casal são portadores do mesmo diagnóstico e com dependência total, foi realizada referenciação para apoio domiciliário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braz, L., França, S., Guimarães, J. & Leão, M. (2018). Investigação genética nas paraparésias espásticas hereditárias: recomendações do Grupo de Neurogenética do Centro Hospitalar de São João. *Sinapse*. 18(1), 4-13.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/classificacao-internacional-para-a-pratica-de-enfermagem-cipe/>
- Hedera P. (2021) Hereditary Spastic Paraplegia Overview. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA et al., editor. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2024.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1509/pdf/Bookshelf\\_NBK1509.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1509/pdf/Bookshelf_NBK1509.pdf)
- Krishnamoorthy, K., Varadharajulu, G. & Kanase, S.B. (2017). Effect of Close Kinematic Chain Exercises on Upper Limb Spasticity in Hemiparetic Adult. *Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(2), 146-152.  
<http://doi.org/10.5958/0973-5674.2017.00052.1>
- Loureiro, J. (2012). Hereditary spastic paraplegia: A clinical and genetic study. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2012  
<https://hdl.handle.net/10216/75381>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories*. Springer Publishing Company.
- da Costa Melo, R.M., dos Santos Rua, M., & Vilaça de Brito Santos, C.S. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 143-151.  
[www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239972011](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239972011)
- Oliveira, L. & Golin, M. (2017). Técnica para redução do tónus e alongamento muscular passivo: efeitos na amplitude de movimento de crianças com paralisia cerebral espática. *ABCS Health Sciences*. 42(1):27-33.  
<http://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.946>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

[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)

da Silva Pereira, R.S., Martins, M.M., Alves Machado, W.C., Pereira, A.I., Pereira, A.M., & Chesani, F.H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 86–95.

<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, Diário da República, Série II (n.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Ruano L, Melo C, Silva MC, Coutinho P. (2014). The global epidemiology of hereditary ataxia and spastic paraplegia: A systematic review of prevalence studies. *Neuroepidemiology*. 42(3):174-183.

<https://doi.org/10.1159/000358801> .

Souza, P.V.S., Pinto, W.B.V.R., Batistella, G.N.R. Bortholin, T. & Oliveira, A.S.B. (2017). Hereditary Spastic Paraplegia: Clinical and Genetic Hallmarks. *Cerebellum*, 16, 525–551.

<https://doi.org/10.1007/s12311-016-0803-z>

Stevenson, V.L. (2010). Spasticity management. *Clinical Rehabilitation*, 24, 293-304

<http://doi.org/10.1177/0269215509353254> .

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

HORÁRIO DE DEPARTAMENTOS



# HORÁRIO DE DEPARTAMENTOS

Obs:

Horas	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
09:00	ENF	ENF	ENF	ENF	ENF
09:30					
10:00	VM/TF	Eud		TFG	
10:30	TFG		TF	TFG	
11:00			TF		TF
11:30	TO	TO	TO	TO	TO
12:00	PSI	TO	TO	TO	TO
12:30	TF REF	TF REF	TF REF		TF REF
13:00					
13:30	Fisio	Fisio	Fisio	Fisio	
14:00	Fisio	Fisio	Fisio	Fisio	
14:30		TF			Fisio
15:00	TF	AVD			Fisio
15:30	TO Gec		TO Gec		TO Gec
16:00	TO Gec		TO Gec	TF	TO Gec
16:30	TO				
17:00					
17:30					
18:00					
18:30	ENF	ENF	ENF	ENF	ENF
19:00					

## **APÊNDICES**


## APÊNDICE I

MINIMENTAL STATE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

### I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Em que ano estamos?            | <u>2023</u>   |
| 2. Em que mês estamos?            | <u>novembro</u>   |
| 3. Em que dia do mês estamos?     | <u>8</u>  |
| 4. Em que estação do ano estamos? | <u>inverno</u>  |
| 5. Em que dia da semana estamos?  | <u>Quarta-feira</u>   |
| 6. Em que País estamos?           | <u>Portugal</u>   |
| 7. Em que Distrito vive?          |  |
| 8. Em que Terra vive?             | <u>Não sei</u>  |
| 9. Em que casa estamos?           | <u>Não sei o nome</u>   |
| 10. Em que andar estamos?         | <u>5º</u>   |

Nota: 7

### II. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

**PERA**

**GATO**

**BOLA**

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA ✓

GATO ✓

BOLA ✓

Nota: 3

### II. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) **X** (18) **X** (15) **X**

Nota: 3

#### IV. EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) “Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA   X  

GATO   ✓  

BOLA   X  

Nota:   1  

#### V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” Nota:   ✓  

b) Mostrar um lápis.

“Como se chama isto?” Nota:   ✓  

c) Repetir a frase:

“O rato rói a rolha” Nota:   ✓  

Nota:   3  

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita   ✓  

Dobra o papel ao meio   ✓  

Coloca o papel no chão   ✓  

Nota:   3  

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão.”

Mostrar o cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS”. (Dar 1 ponto por cada realização correta).

Nota:   1  

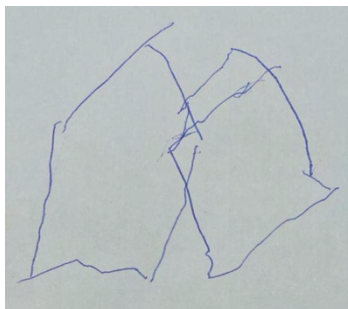
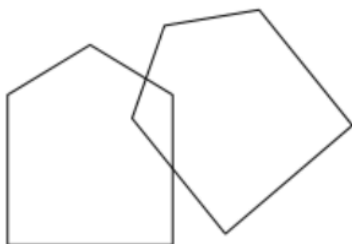
f) “Escreva uma frase.”

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)

Nota:   Ø

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar.” Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: 1

**NOTA TOTAL: 22**

## APÊNDICE II

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

### Escala de Equilíbrio de BERG

Descrição dos Ítems		Pontuação	
		09/10	10/11
1	Sentado para em pé	0	0
2	Em pé sem apoio	0	0
3	Sentado sem apoio	1	3
4	Em pé para sentado	0	0
5	Transferências	0	0
6	Em pé com os olhos fechados	0	0
7	Em pé com os pés juntos	0	0
8	Reclinar à frente com os braços estendidos	0	0
9	Apanhar objeto do chão	0	0
10	Virar-se para olhar para trás	0	0
11	Girar 360°	0	0
12	Colocar os pés alternadamente sobre um banco	0	0
13	Em pé com um pé em frente ao outro	0	0
14	Em pé apoiado em um dos pés	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>1/56</b>	<b>3/56</b>

## **APÊNDICE III**

ESCALA DE BRADEN

## Escala de Braden

ITEM	AVALIAÇÃO	
	09/10	10/11
<b>PERCEÇÃO SENSORIAL</b>		
<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	4	4
<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.		
<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades		
<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.		
<b>HUMIDADE</b>		
<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	3	3
<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.		
<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia		
<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.		
<b>ATIVIDADE</b>		
<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	2	2
<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.		
<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.		
<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.		
<b>MOBILIDADE</b>		
<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	1	2
<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.		
<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.		

<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.		
<b>NUTRIÇÃO</b>		
<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	3	3
<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.		
<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.		
<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmen4te entre as refeições. Não requer suplementos.		
<b>FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO</b>		
<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2	2
<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.		
<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

## **APÊNDICE IV**

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

### Escala de Quedas de Morse

ITEM	PONTUAÇÃO		
		09/10	10/11
<b>HISTORIAL DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES</b>			
Não	0	x	x
Sim	25		
<b>DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</b>			
Não	0		
Sim	15	x	x
<b>AJUDA PARA CAMINHAR</b>			
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	x	x
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15		
Apoia-se no mobiliário para andar	30		
<b>TERAPIA INTRAVENOSA</b>			
Não	0	x	x
Sim	20		
<b>POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA</b>			
Normal/acamado/imóvel	0		
Debilitado	10		
Dependente de ajuda	20	x	x
<b>ESTADO MENTAL</b>			
Consciente das suas limitações	0	x	x
Esquece-se das suas limitações	15		
<b>TOTAL</b>		<b>35</b>	<b>35</b>

## APÊNDICE V

ÍNDICE DE BARTHEL

## Índice de Barthel

ITEM		PONTUAÇÃO	
		09/10	10/11
<b>INTESTINO</b>			
Controle perfeito	10	10	10
Problemas ocasionais	5		
Problemas habituais	0		
<b>BEXIGA</b>			
Controle perfeito	10	0	5
Problemas ocasionais	5		
Problemas habituais	0		
<b>HIGIENE PESSOAL</b>			
Barba/dentes/cabelo/face	5	0	5
Dependente	0		
<b>USO DA SANITA</b>			
Independente	10	0	0
Ajuda parcial	5		
Totalmente dependente	0		
<b>ALIMENTAÇÃO</b>			
Independente	10	5	5
Com ajuda (para cortar)	5		
Impossível	0		
<b>TRANSFERÊNCIA LEITO-CR</b>			
Independente	15	0	0
Ajuda minor/verbal	10		
Ajuda maior	5		
Dependente	0		
<b>MOBILIDADE</b>			
Independente	15	0	0
Com ajuda	10		
Independente em CR	5		
Impossível	0		
<b>VESTIR</b>			
Independente	10	5	5
Ajuda moderada	5		
Impossível	0		
<b>ESCADAS</b>			
Independente	10	0	0
Ajuda/supervisão	5		
Impossível	0		
<b>BANHO</b>			
Independente	5	0	0
Dependente	0		
<b>TOTAL</b>		20	30

**Grau de dependência Grave**

## **APÊNDICE VI**

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

## Medida de Independência Funcional

AUTO-CUIDADOS		AVALIAÇÕES	
		09/10	10/11
A	Alimentação	4	4
B	Higiene Pessoal	2	2
C	Banho (lavar corpo)	2	2
D	Vestir metade superior	1	3
E	Vestir metade inferior	1	1
F	Utilização da sanita	1	1
<b>MOBILIDADE</b>			
G	Controlo esfíncter bexiga	6	6
H	Controlo esfíncter intestino	5	5
I	Transferência cama/CR	1	1
J	Transferência sanita	1	1
K	Transferência banho/duche	1	1
<b>LOCOMOÇÃO</b>			
L	Marcha CR	2	5
M	Escadas	1	1
<b>COMUNICAÇÃO</b>			
N	Compreensão	6	6
O	Expressão	6	6
<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>			
P	Interação social	6	7
Q	Resolução de problemas	5	5
R	Memória	6	7
<b>Total</b>		<b>56/126</b>	<b>63/126</b>

Legenda: 1 – assistência total; 2 – assistência máxima; 3 – assistência moderada; 4 – assistência mínima; 5 – supervisão; 6 – independência modifica; 7 – independência total

### Assistência Moderada

Apêndice XIII

Estudo de Caso

Contexto Cardiorrespiratório



# **1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

## **Estudo de caso**

### **Contexto Cardiorrespiratório**

**Carla Filipa Santana Pascoal Correia**

Orientador: Professora Cristina Lavareda Baixinho

**Lisboa**

**Janeiro de 2024**

## **Lista de siglas**

DCV – Doença Cardiovascular

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



IC – Insuficiência Cardíaca

OE – Ordem dos Enfermeiros

RC – Reabilitação Cardíaca

# Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>I. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA</b> .....	5
<b>1. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA</b> .....	5
<b>2. REABILITAÇÃO CARDÍACA</b> .....	6
2.1. Intervenção do EEER na fase II da Unidade de Reabilitação Cardiovascular do Departamento de Coração e Vasos do Serviço de Cardiologia do [REDACTED] .....	8
<b>II. HISTÓRIA DE SAÚDE</b> .....	10
1. ANTECEDENTES PESSOAIS .....	10
2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL .....	11
3. MEDICAÇÃO HABITUAL .....	11
<b>III. AVALIAÇÃO INICIAL</b> .....	12
1. DADOS SOCIOFAMILIARES .....	12
2. AVALIAÇÃO FÍSICA .....	12
3. AVALIAÇÃO NEUROMOTORA .....	13
4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	14
<b>IV. PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO</b> .....	14
1. PRINCIPAIS OBJETIVOS DE REABILITAÇÃO .....	14
2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM .....	14
<b>V. CONCLUSÃO</b> .....	19
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), realizado no segundo contexto de prática clínica num hospital na área metropolitana de Lisboa. Tem como objetivo desenvolver competências na avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam a limitação na atividade, recolha de informação necessária e utilização de escalas e instrumentos de medida de forma a avaliar as várias funções e desenvolver competências na conceção de planos de intervenção e na avaliação das intervenções implementadas.

O Sr. L.F.S.M.C.D., 52 anos, divorciado, reformado por invalidez, referenciado para o programa de reabilitação cardíaca por insuficiência cardíaca (IC) de etiologia isquémica.

Segundo o Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) a Enfermagem de Reabilitação (ER) compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem como objetivo prestar a ajuda que a pessoa necessita, visando maximizar o seu potencial funcional e a independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EER) tem como objetivo o diagnóstico precoce e a promoção de ações de prevenção que visem a manutenção da capacidade funcional, a prevenção de complicações e incapacidades, e a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para realização deste documento foi obtido consentimento verbal da pessoa, tendo sido garantida a confidencialidade da mesma. A informação foi obtida através da observação direta, entrevista, aplicação de escalas e instrumentos de avaliação e consulta dos registos no sistema de registos e de suporte de documentação existente no centro de reabilitação.

## **I. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA**

### **1. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

As doenças cardiovasculares (DCV) são atualmente a primeira causa de morte nos países desenvolvidos, prevendo-se um aumento para cerca de 23 milhões em 2030, continuando estas doenças a liderar as causas de morte a nível mundial (Organização Mundial da Saúde, 2021).

De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia a IC pode definir-se como uma anomalia da estrutura ou na função cardíaca, que resulta na incapacidade de o coração fornecer as doses de oxigénio necessárias às exigências dos tecidos, apesar das pressões de enchimento normais (Ponikowski et.al., 2016).

Nos países desenvolvidos, a Insuficiência Cardíaca (IC) é responsável por 1 a 4% de todos internamentos hospitalares, sendo que cada hospitalização contribui para o progressivo e irreversível declínio da condição clínica do doente (Fonseca et al., 2017).

A IC é considerada um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, uma vez que é responsável pela limitação física dos utentes, sobrecarga nas suas famílias e no próprio sistema de saúde, aumentando a admissão hospitalar, a taxa de morbimortalidade e a sobrecarga financeira (Fonseca et al., 2017; OE, 2020). Tipicamente a IC evolui por surtos de agudização que levam à deterioração progressiva da pessoa. Os sintomas mais comuns da IC são a dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, tolerância reduzida ao esforço, fadiga/cansaço e edema maleolar. Outros sintomas incluem tosse noturna, pieira, anorexia, confusão (mais frequente nos idosos), depressão, palpitações e síncope (Ponikowski et.al., 2016).

No diagnóstico da IC deve ser identificada a causa cardíaca subjacente, sendo este realizado através de exames complementares tais como análises clínicas (hemograma, ionograma e bioquímica com doseamento peptídeo natriurético do tipo B e marcadores cardíacos), eletrocardiograma, RX e ecocardiograma (OE, 2020). Na maioria das situações a IC é provocada por uma doença do miocárdio que causa disfunção ventricular sistólica. No entanto as anomalias da função diastólica ventricular, das válvulas, pericárdio, endocárdio, do ritmo cardíaco e da condução também podem provocar IC (OE, 2020).

## **2. REABILITAÇÃO CARDÍACA**

A reabilitação cardíaca é definida como uma intervenção multifatorial através do qual a pessoa mantém ou recupera a sua condição física, psicológica, social e laboral de forma satisfatória, após um evento cardíaco ou no contexto de doença crónica (DGS, 2017). Surge como uma resposta segura e eficaz que permite à pessoa com DCV estável reduzir a probabilidade de vir a desenvolver novos eventos agudos, recuperar a funcionalidade e reduzir o impacto psicossocial da doença, maximizando a sua qualidade de vida (Abreu et al., 2018).

Os benefícios da reabilitação cardíaca passam por redução dos sintomas, redução da incidência de fatores de risco da doença cardiovascular, melhoria da tolerância ao esforço, recuperação da autonomia na realização das AVD, promoção da confiança e diminuição dos medos e receios (Abreu et al., 2018).

Os desenvolvimentos atuais em cardiologia (intervenções percutâneas e cirúrgicas) bem como o aumento da consciencialização sobre os benefícios da RC, conduziram a um aumento significativo das indicações de RC, nomeadamente: síndromes coronárias agudas, insuficiência cardíaca crónica (com ou sem ressinchronizador/desfibrilador ou dispositivo de assistência ventricular esquerda), pós-cirurgia cardíaca (transplante valvular, coronário, congénito e cardíaco), pós-intervenção percutânea (coronária, implante de válvula aórtica, clipe mitral e outros) (Abreu, et al., 2018).

De acordo com Abreu et al. (2021) a avaliação é fundamental para estratificação do risco cardiovascular no doente que vai iniciar um programa de RC. Deste modo devem ser realizadas avaliações como aptidão cardiovascular (prova de esforço cardiorrespiratória), função cardíaca (eletrocardiograma com registo de Holter), aptidão física e funcional (por exemplo seet to stand, TUG test, teste marcha 6 minutos), aptidão muscular (força isométrica máxima e força dinâmica máxima), composição corporal (antropometria, densitometria radiológica), nutrição, qualidade de vida, condição psicológica, entre outros.

Os programas de reabilitação cardíaca são estruturados ao longo de 3 fases: fase I – intra-hospitalar, fase II – fase de transição (ambulatório) e fase III – manutenção. Trata-

se de um programa desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, onde se inclui o EEER, em que cada profissional contribui com o seu conhecimento para que os objetivos do programa e os objetivos específicos de cada doente sejam alcançados.

A fase I decorre em ambiente intra-hospitalar e deve iniciar-se 12/48h após evento, dependendo da estabilidade da pessoa. Comporta a mobilização precoce, exercícios de baixa intensidade, ações educativas no âmbito da adoção de estilos de vida saudáveis e controlo de fatores de risco, adesão ao regime terapêutico e participação nas seguintes fases da RC (OE, 2023). A intervenção do EEER deve ser direcionada para os exercícios promotores da mobilização, educação para a saúde sobre doença coronária, controlo de fatores de risco e modificação do estilo de vida, e para a preparação para a alta (Abreu et al., 2021).

A fase II diz respeito à fase ambulatoria e deve iniciar-se 1-2 semanas após o evento, tendo uma duração entre 8 a 12 semanas. Decorre em Centros Especializados de RC e inclui programa de exercício físico individualizado (intensidade, tipo, duração, frequência e modalidade) e componente educacional de forma a promover mudanças comportamentais e adoção de estilos de vida saudáveis. A intervenção do EEER centra-se na educação para a saúde e na conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório e na avaliação e reformulação desses mesmos programas, conforme as suas competências específicas (OE, 2023).

A fase III corresponde à fase de manutenção e deve ser iniciada 2 a 3 meses após evento cardíaco, tendo duração ilimitada. Envolve pessoas encaminhadas dos centros de RC da fase II e pessoas com alterações cardíacas de baixo risco que não participaram nas fases I e II da RC (OE, 2023; Abreu et al., 2021). Pode decorrer em vários contextos, tais como, clínica de reabilitação, centros especializados, ginásio ou mesmo em casa. Nesta fase, a atividade física e o exercício são mais intensos, e os programas educacionais focam-se na manutenção da adesão às mudanças de comportamento relacionadas com os fatores de risco. A intervenção do EEER engloba as componentes da Fase II, no entanto, considerando esta fase como um momento de transição de retorno ao trabalho, de acordo com Teixeira e Azevedo (2016), devem também ser avaliados fatores como a capacidade funcional e função cardíaca residual, fatores psicológicos, o tipo de trabalho realizado, assim como barreiras para o seu retorno, como as arquitetónicas, e as adaptações necessárias, focos da intervenção do EEER. Esta intervenção também deve

incluir a avaliação dos sistemas de suporte, como grupos de apoio ou outras organizações, no sentido da maximização da pessoa para regressar às suas atividades sociais (British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2017).

Segundo a ESC a RC é uma indicação de classe IA, ou seja, de evidência mais elevada, no contexto da IC (Ponikowski et.al., 2016). Mcdonagh et al. (2021) sustentam que a RC contribui para a melhoria da tolerância ao exercício físico e da qualidade de vida, na redução das hospitalizações por IC, e na redução da mortalidade global e por insuficiência cardíaca.

## 2.1. Intervenção do EEER na fase II da Unidade de Reabilitação Cardiovascular do Departamento de Coração e Vasos do Serviço de Cardiologia do [REDACTED]

A Unidade de Reabilitação Cardiovascular do serviço de Cardiologia do [REDACTED] é constituída por uma equipa multiprofissional composta por médicos cardiologistas, EEER, médicos fisiatras, psicólogos, fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, nutricionistas, médicos internistas e administrativas, e tem como objetivo principal a recuperação funcional do doente vítima de um evento cardiovascular para melhoria da qualidade de vida e redução dos fatores de risco cardiovascular, de forma a prevenir a recorrência de complicações cardiovasculares.

A fase II da RC tem a duração de 8 a 12 semanas e é composta por um conjunto de sessões presenciais, duas vezes por semana que decorrem de segunda a sexta-feira entre as 10 e as 13horas.

A componente prática do programa de RC contempla dois momentos distintos: uma sessão de RFR, orientada pelos EEER na sala de RC com a duração de 60 minutos, e uma sessão de reabilitação física, orientada pela equipa de MFR no ginásio de fisioterapia do hospital, com a duração de 60 minutos. A intervenção do EEER é realizada, sobretudo, no âmbito do ensino de exercícios de relaxamento e RFR, de forma a treinar os músculos respiratórios (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e de reeducação costal, seletiva e global). Durante a realização dos exercícios de função respiratória são incluídos, também, exercícios de flexibilidade, equilíbrio e de mobilização articular. Após a sessão com o EEER, os utentes

dirigem-se ao ginásio de fisioterapia onde são acompanhados por fisioterapeutas, na presença de médicos fisiatras, na realização de exercícios de treino aeróbio e de fortalecimento muscular, sempre sob monitorização contínua.

A avaliação do EEER é realizada de forma contínua, em diferentes tempos da sessão de RFR. São avaliados parâmetros como pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, glicémia capilar (na presença de antecedentes de Diabetes) e nível de dispneia/cansaço (Escala de Borg modificada). São também verificados a presença de sinais e sintomas de descompensação da IC, que possam limitar, ou mesmo impedir a realização da sessão. Sempre que se justifique o doente é encaminhado para consulta pelo médico cardiologista.

As consultas de ER são realizadas antes do início do programa de RC e no fim do mesmo. Nas consultas de ER no início do programa é realizada a avaliação inicial e recolha de dados do doente onde se inclui: sinais vitais, dados antropométricos, presença de edemas ou cicatrizes, entre outros, e preenchimento da folha de terapêutica. São ainda fornecidas informações sobre os benefícios da RC, é explicada a dinâmica e funcionamento de todo o programa de RC, e são esclarecidas dúvidas apresentadas pelo utente/família.

Para além das sessões práticas, que compõem o programa de RC, existe um programa estruturado de Educação para a Saúde, dirigido aos utentes e suas famílias, constituído por sessões onde são abordadas diferentes temáticas relacionadas com a doença cardíaca, os FRCV, comportamentos saudáveis, exercício físico, alimentação, adesão terapêutica e gestão de energia/stress, desenvolvidas pelos profissionais de saúde que constituem o programa de RC (tais como EEER, médicos cardiologistas, fisiologistas do exercício, entre outros), ou até mesmo por preletores externos, especializados na área da RC.

## II. HISTÓRIA DE SAÚDE

### 1. ANTECEDENTES PESSOAIS

O Sr. L.C. tem como antecedentes pessoais:

- Insuficiência Cardíaca (FEJ reduzida com diagnóstico em 2014): classe funcional II
- Cardiopatia Isquêmica com EAM anterior em 2014: doença de 3 vasos – submetido a angioplastia da DA e da OM, oclusão crônica da CD com tentativa de PCI sem sucesso – internamento complicado por choque cardiogênico e séptico com LRA com necessidade de VMI e TSR;
  - CDI DDD implantado em julho de 2014
  - Substituição de ECT de desf por aumento de impedância e substituição de gerador (jan/2022)
  - Eventos:
    - a. Internamento em abril/2019 por IC descompensada por pneumonia;
    - b. Internamento em novembro/2020 por IC descompensada;
    - c. Internamento em outubro/2022 por hematoma intracraniano após TCE grave em contexto de choque de CDI. Portador de DVE.
- HTA
- EM desde 1993 – 1º surto no olho direito com recuperação total. Última suspeita de surto em 2021, fez 3 dias de metilprednisolona com recuperação total;
- HTP;
- Hiperuricemia com episódios de gota;
- Ex-fumador;
- Alergias: cefalosporinas e naproxeno.

## 2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Referenciado para Reabilitação Cardíaca por Insuficiência Cardíaca com FEj comprometida em 21/03/2023. No dia 12/05/2023 foi observado na 1ª consulta do Programa de Reabilitação Cardíaca onde realizou PEGR:

Prova efectuada segundo o protocolo de Progressivo de rampa 10 watts em cicloergómetro. Pré programa de RCV.

1. Alteração do tipo restritivo de grau ligeiro.
2. Prova submáxima (QR 1,02 ; duração 07'06"; carga máxima 80W). Redução moderada da capacidade funcional (VO2 pico 15,5ml/kg/min; 49% VO2 máximo teórico predicto), interrompida por queixas de fadiga muscular. Admite-se redução da capacidade funcional por causa circulatória (curva de pulso de O2 diminuída) respiratória e periférica. Classe Webber C-II (VO2 pico 15,5 ml/kg/min; rampa VE/VCO2 34,2)
3. Prova inconclusiva para isquemia miocárdica, atingindo 69% da FCMP, sob terapêutica beta-bloqueante. Incompetência cronotrópica: índice cronotrópico= 0,51 (VN > 0.8) e déficit cronotrópico= 30% (VN <20%).
4. Frequência cardíaca dos limiares ventilatórios: VT1= 96bpm e VT2= 112bpm.
5. Presença de 1 dos 4 fatores de prognóstico, sugerindo moderado risco de eventos.

Estratificação do Risco: elevado

Iniciou programa de Reabilitação Cardíaca no dia 12/09/2023.

Realizou um total de 23 sessões das 24 sessões previstas entre 12/09/2023 e 12/12/2023.

Durante o programa de RC o Sr. L.C. esteve sempre bem-disposto e motivado, colaborando e realizando todos os exercícios e atividades propostos.

## 4. MEDICAÇÃO HABITUAL

Princípio Ativo	Dose	Frequência	Objetivo terapêutico
Furosemda	40 mg	1/2 cp jj	Diurético
Omeprazol	40	1 cp jj	Protetor gástrico
Bisoprolol	2,5 mg	1 cp PA	Beta-bloqueante
Sacubitril/valsartan	49/51	1 cp PA e J	Inibidor da angiotensina
Bosentan	125 mg	1 cp PA e J	Anti-hipertensivo
Dapaglifozina	10 mg	1 cp PA	Anti-diabético oral*
Beta-histina	24 mg	1 cp PA	Anti-vertiginoso
AAS	150 mg	1 cp A	Anti-agregante plaquetário
Espironolactona	25 mg	1 cp A	Anti-hipertensor. Diurético.
Rosuvastatina	20 mg	1 cp J	Anti-dislipidémico
Alopurinol	100 mg	1 cp J	Inibidor enzimático
Zolpidem	10 mg	1 cp deitar	Ipnotico não benzodiazepínico
Acetato de glatirâmero	SC	3x/semana	Tratamento EM

Legenda: PA - Pequeno-almoço, A - Almoço, J - Jantar

### III. AVALIAÇÃO INICIAL

#### 1. DADOS SOCIOFAMILIARES

O Sr L.C.D. tem 52 anos, é divorciado e reside sozinho num apartamento numa freguesia da cidade de Lisboa. Trabalhou como técnico de frio, estando reformado por invalidez desde 2015. Reside perto do irmão que é a pessoa de referência.

#### 2. AVALIAÇÃO FÍSICA (14/11/2023)

- Pele e mucosas: pele e mucosas coradas e hidratadas.
- Edemas: sem edemas.
- Tórax: sem alterações visíveis, com movimentos simétricos durante a respiração. Respiração mista.
- Abdómen: abdómen mole, depressível e indolor à palpação.
- Esfíncteres: sem alterações.
- Alimentação: sem alterações.
- Sono e repouso: refere não ter dificuldade em adormecer e dormir por longos períodos.
- Peso: 71,1 kg
- Altura: 164cm
- IMC: 26,4 Kg/m<sup>2</sup> (pré-obesidade)
- Perímetro abdominal: 93,5cm

Parâmetros Vitais		
	Pré-RFR	Pós-RFR
<b>Tensão Arterial</b>	88/59 mmhg	96/74 mmhg
<b>Frequência Cardíaca</b>	94bpm (pulso forte, rítmico e regular)	74 (pulso forte, rítmico e regular)
<b>Temperatura</b>	36,4°C	
<b>Respiração</b>	respiração eupneica, ritmo regular, tipo mista e frequência respiratória de 16 cvm. SpO2: 97%	respiração eupneica, ritmo regular, tipo mista e frequência respiratória de 14 cvm. SpO2: 99%
<b>Dor</b>	0, na escala numérica da dor	0
<b>Borg modificada</b>	1	0

### 3. AVALIAÇÃO NEURO-MOTORA

- Consciência: vigil, reativo a estímulos verbais e outros do meio ambiente.
- Orientação: orientado auto e alopsiquicamente.
- Atenção: sem alterações.
- Memória: memória imediata e recente a curto e longo prazo mantidas.
- Linguagem: sem alterações.
- Capacidades práticas: sem alterações das capacidades práticas na avaliação de gestos simbólicos ou icônicos.
- Cognição: sem alterações.
- Pares craneanos: sem alterações.
- Força muscular (Escala de MRC)

MSD	Grau 5, globalmente
MSE	Grau 5, globalmente
MID	Grau 5, globalmente
MIE	Grau 5, globalmente

- Tónus muscular (Escala de Ashworth Modificada)

Grau 0. Após avaliação não se verificou aumento do tónus muscular em nenhum dos segmentos corporais.

- Coordenação motora
  - Prova Índex-nariz: sem dismetria (com olhos abertos e olhos fechados)
  - Prova calcanhar joelho: sem alterações.
- Sensibilidade (superficial e profunda): apresenta sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e profunda (vibratória não testada) mantidas. Sem alteração do esquema corporal.
- Equilíbrio: estático e dinâmico sem alterações.
- Marcha: sem alterações.

#### 4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

- Escala de Equilíbrio de Berg – 56/56 (Apêndice xxx)
- Índice de Barthel – 100 (Apêndice xxx)
- TUGT: 9s e 97ms – teste normal
- Prova de marcha 6min: 461m
  - Borg modificada: 3

### **IV. PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO**

#### 1. PRINCIPAIS OBJETIVOS DE REABILITAÇÃO

O plano especializado de intervenção de ER foi desenvolvido em parceria com o Sr. L., tendo sido definidos os seguintes objetivos:

- Melhorar a capacidade funcional;
- Controlar os fatores de risco cardiovasculares;
- Educar para a saúde;
- Promover a adesão à realização do exercício físico;
- Promover a autogestão da doença;
- Encorajar a continuidade da reabilitação a longo prazo.

#### 2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

No âmbito do programa de reabilitação foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Risco de função cardíaca comprometida
- Risco de processo do sistema circulatório comprometido
- Risco de dispneia funcional
- Risco de intolerância à atividade
- Potencial para melhorar conhecimento sobre fazer exercício físico
- Peso comprometido
- Risco de queda.

## DIAGNÓSTICO

### **Risco de função cardíaca comprometida**

### **Risco de processo do sistema circulatório comprometido**

#### **Intervenções**

- Avaliar capacidade de gestão dos fatores de risco cardiovasculares;
- Instruir sobre importância de gestão dos fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente pressão arterial, colesterol, hábitos alimentares, sedentarismo e stress;
- Instruir sobre toma da medicação;
- Instruir sobre efeitos secundários da medicação, tais como hipotensão, bradicardia, tonturas, náuseas e vômitos, alterações motoras, sonolência;
- Providenciar material educativo.

#### **Avaliação**

Durante o programa de reabilitação não apresentou alterações dos sinais vitais, foi assíduo ao programa e às consultas de especialidade.

### **Risco de dispneia funcional**

#### **Intervenções**

- Avaliar dispneia ao esforço;
- Instruir sobre técnicas de conservação de energia no dia-a-dia:
  - Organizar o tempo e planear as tarefas;
  - Alternar tarefas mais cansativas com tarefas mais leves, descansando entre ambas:
    - Puxar objetos pesados em vez de os empurrar;
    - Colocar uma cadeira ou banco alto na cozinha para se sentar enquanto prepara as refeições ou faz limpezas;
    - Nas atividades realizadas em pé tentar trabalhar ao nível da cintura;
    - Colocar objetos mais pesados e que utiliza mais vezes ao nível da cintura.
  - Descansar quando se sentir cansado ao realizar uma atividade;
  - Realizar as atividades que exigem mais esforço no período do dia em que se sente com mais energia;
  - Manter uma postura correta.
- Instruir a pessoa acerca dos exercícios de Reeducação da Função Respiratória (RFR);
- Executar exercícios de RFR, séries de 5 repetições, várias vezes ao dia, e antes da realização de exercício físico:
  - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;
  - Exercícios respiratórios diafragmáticos e costais (globais e seletivos);
  - Exercícios de expansão torácica com bastão;
  - Ensino da tosse.
- Realizar sessão de educação para a saúde sobre "RFR".
- Instruir sobre necessidade de manter prática regular de exercício físico.

#### **Avaliação**

Durante o programa de reabilitação melhorou a tolerância ao esforço.  
Participou com interesse na sessão de educação para a saúde.  
No final do programa pretende integrar o CRECUL para a fase III da RC.

### **Risco de Intolerância à atividade**

#### **Intervenções**

- Avaliar a prática de atividade;
- Gerir atividade física:
  - O aumento de quantidade do exercício deve ser gradual;
  - Avaliar a TA antes e após o exercício;
  - Utilizar a escala de Borg para controlar o cansaço;
  - Não deve realizar exercício ou deve para se tiver dor no peito, falta de ar, TA mais elevada ou mais baixa que o habitual e com sintomas que vai desmaiar.
- Planear atividade física:
  - Iniciar com exercícios de RFR;
  - Aquecimento (5 minutos):
    - marcha lenta;
    - marcha lenta com elevação dos braços alternadamente).
  - Treino aeróbio (15-20 minutos):
    - marcha rápida/caminhada;
    - bicicleta estática;
    - passeadeira;
    - dança.
  - Treino de força (15 minutos):
    - começar com 2 séries de 10 repetições, sem pesos e aumentar gradualmente para um máximo de 3 séries de 12 repetições:
    - bicípetes;
    - tríцепtes;
    - flexão anterior dos ombros/abdução dos ombros;
    - agachamentos;
    - *lounges*;
    - *step*;
    - flexões na parede.
  - Alongamentos/relaxamento (5 minutos):
    - peitorais;
    - tricipetes;
    - quadricipetes;
    - isquiotibiais;
    - gêmeos.
- Planear o repouso;
- Supervisionar resposta ao exercício;
- Instruir sobre necessidade de manter prática regular de exercício físico.

<b>Avaliação</b>
Durante o programa de reabilitação apresentou sinais vitais dentro dos parâmetros normais durante a execução dos exercícios.
<b>Potencial para melhorar conhecimento sobre fazer exercício físico</b>
<b>Intervenções</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício físico;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de exercício físico;</li> <li>• Treinar exercício físico;</li> <li>• Providenciar material educativo, nomeadamente folheto informativo;</li> <li>• Instruir sobre necessidade de manter prática regular de exercício físico.</li> <li>• Disponibilizar informações sobre programas estruturados para a fase III da reabilitação cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CRECUL;</li> <li>○ Toca a mexer: Olivais;</li> <li>○ Lisboa 55+: Lisboa.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Avaliações</b>
Ao longo do programa de reabilitação executou exercícios propostos com melhoria da tolerância ao esforço e da técnica de execução dos mesmos.
<b>Peso Comprometido</b>
<b>Intervenções</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar peso corporal;</li> <li>• Avaliar IMC;</li> <li>• Instruir sobre importância da manutenção de peso corporal adequado;</li> <li>• Avaliar regime dietético;</li> <li>• Sugerir alterações ao regime dietético: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 6 a 7 refeições ao longo do dia;</li> <li>○ Dieta pobre em gorduras saturadas e rica em gorduras saturadas (azeite), ácidos gordos e ómega 3 (peixe);</li> <li>○ Incluir vegetais, hortícolas, fruta da época e cereais integrais;</li> <li>○ Ingestão diária de líquidas até perfazer cerca de 1,5L (água, chá, sumo natural, leite, café e sopa).</li> </ul> </li> <li>• Instruir sobre necessidade de manter prática regular de exercício físico.</li> </ul>
<b>Avaliações</b>
14/11/23 Peso: 71,1 12/12/23 Peso: 71
<b>Risco de queda</b>
<b>Intervenções</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar parâmetros vitais com regularidade;</li> <li>• Instruir sobre importância de manter toma correta da medicação;</li> </ul>

- Alertar sobre efeitos secundários da medicação;
- Realizar sessão de educação para a saúde sobre “Prevenção de Quedas”:
  - Alterações no domicílio: tapetes fixos, boa iluminação, arrumação em todas as divisões, WC com base de duche e barras de apoio laterais;
  - Vestuário e calçado: sapatos com sola antiderrapante e calcanhares reforçados, chinelos presos aos pés, atacadores ajustáveis, compra de sapatos ao fim do dia;
  - Cuidados com os pés;
  - Cuidados audição e visão;
  - Controlo medicação e efeitos secundários (tonturas, hipotensão, distúrbios do equilíbrio, alterações motoras, sonolência).

### **Avaliações**

Não referiu e não apresentou episódios de queda.

Participou com interesse na sessão de educação para a saúde.

### 3. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

O Sr. L.D. colaborou no seu processo de reabilitação. Foram então aplicados os seguintes instrumentos de avaliação no dia em que concluiu as sessões do programa de RC (12/12/2023):

- Escala de Equilíbrio de Berg -56/56
- Índice de Barthel - 100
- TUGT: 7s e 03ms - teste normal
- Prova de marcha 6min: 615m
  - Borg modificada: 2
- Força muscular (Escala de MRC)

MSD	Grau 5, globalmente
MSE	Grau 5, globalmente
MID	Grau 5, globalmente
MIE	Grau 5, globalmente

Peso: 70,6

Perímetro abdominal: 92,5

IMC: 26,2

## **V. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS**

O programa de reabilitação desenvolvido e implementado contribuiu para a concretização dos objetivos propostos inicialmente.

Ao longo do programa o Sr. L. mostrou-se empenhado e comprometido com o seu processo de reabilitação. Foi instruído sobre a continuidade dos exercícios respiratórios, prática de exercício físico, estratégias de conservação de energia, importância de manter controlo sobre os fatores de risco cardiovasculares.

No momento da alta do programa de reabilitação encontra-se motivado para a continuidade do programa, estando interessado em iniciar a fase III da RC no CRECUL.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Mendes, M. Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, T. & Morais, J. (2018). Mandatory criteria for rehabilitation programs: 2018 guidelines from de Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(5), 363-373.  
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>
- Abreu, A., Ricardo, I., Miguel, S., Santos, O., Araújo, G. Ramalhinho, M. Pinto, R. Pires, M.L., Borges, M., Correia, M.L., Caldeira, E., Fiúza, S., Salazar, F. Ferreira, M.C., Jordão, A., Guerreiro, C.S., Pinto, M. L., Rodrigues, C. & Sousa, P. (2021). Centro de Reabilitação Cardiovascular CHULN/FMUL/CRECUL – Manual de Apresentação. Laboratório de Exercício e Reabilitação Cardiovascular, CCUL.  
<https://www.medicina.ulisboa.pt/sites/default/files/2021-05/ebookmarcaagua.pdf>
- British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (2017). The BACPR standarts and core componentes for cardiovascular disease prevention and rehabilitation 2017. (3ª. Ed). London: British Cardiovascular Society.  
[https://www.bacpr.org/\\_data/assets/pdf\\_file/0026/39437/BACPR\\_Standards\\_and\\_Core\\_Components\\_2017.pdf](https://www.bacpr.org/_data/assets/pdf_file/0026/39437/BACPR_Standards_and_Core_Components_2017.pdf)
- Direção Geral da Saúde (2017). Despacho nº 8597/2017. Diário da República, Série II (nº 189/2017 de 2017-09-29), 21827-21828.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8597-2017-108234779>
- Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T., Morais, J., & Cardoso, J. S. (2017). Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal - documento de consenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(1), 1-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006>
- Mcdonagh, T. A., United, C., Gardner, R. S., Force, T., United, C., Baumbach, A., Kingdom, U., Bo, M., France, M. G., & Heymans, S. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro\\_cj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boas práticas em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca (Ordem dos Enfermeiros 2020 (ed.))

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boa-pratica-em-enfermagem-de-reabilitacao-cardiaca/>

Ordem dos Enfermeiros (2023). Parecer n.º 03/2023 da Mesa colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação: A implementação de exercício nos doentes de alto risco cardiovascular, realizado por enfermeiros de reabilitação.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30948/parecer-da-mceer-03-2023\\_a-implementacao-de-exercicio-nos-doentes-de-alto-risco-cardiovascular-realizado-por-er\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30948/parecer-da-mceer-03-2023_a-implementacao-de-exercicio-nos-doentes-de-alto-risco-cardiovascular-realizado-por-er_anonimizado.pdf)

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, Diário da República, Série II (n.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V. P., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosano, G. M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Davies, C. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37(27), 2129-2200.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

Teixeira; M. & Azevedo, A. (2016). Retorno à atividade profissional, condução de automóvel e viagem em altitude no doente cardiovascular. In A. Abreu, C. Araújo, M. Mendes & S. Serra (Eds.), *Prevenção e Reabilitação Cardiovascular* (pp.351-63). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

<https://derc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/publication.pdf>

